

# UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe

Der Einfluss krankheitsbezogener Faktoren auf die Dauer der  
unbehandelten Anorexia nervosa

## **Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Katharina Wong  
aus Hamburg

Hamburg 2017

**Angenommen von der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 26.09.2017**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Bernd Löwe**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Monika Bullinger**

# INHALT

<b>1. EINLEITUNG</b> .....	6
1.1 Das Störungsbild der Anorexia nervosa .....	8
1.1.1 Epidemiologie .....	8
1.1.2 Diagnosekriterien, Begleitsymptome und -erkrankungen.....	9
1.1.2.1 Diagnosekriterien .....	9
1.1.2.2 Somatische Begleitsymptome und -erkrankungen der Anorexia nervosa .....	11
1.1.2.3 Psychische Begleitsymptome und -erkrankungen der Anorexia nervosa .....	13
1.1.3 Ätiologie und Risikofaktoren .....	15
1.1.4 Therapie.....	16
1.1.5 Versorgungsrelevante Aspekte.....	18
1.1.6 Verlauf .....	19
1.2 Die Anorexia nervosa vor Therapiebeginn .....	21
1.2.1 Einfluss der Essstörungspsychopathologie auf die Zeitdauer von Störungsbeginn bis Behandlungsbeginn .....	23
1.2.2 Einfluss des Anorexia nervosa Subtyps auf die Zeitdauer von Störungsbeginn bis Therapieaufnahme .....	24
1.2.3 Einfluss der Gewichtsentwicklung auf die Zeitdauer von Störungsbeginn bis Therapiebeginn .....	25
1.2.4 Einfluss von psychischen Begleitsymptomen und -erkrankungen auf die Zeit von Krankheitsbeginn bis Therapiebeginn .....	26
1.2.5 Einfluss von somatischen Begleitsymptomen und -erkrankungen auf die Zeit von Störungsbeginn bis Therapieaufnahme .....	28
1.2.5.1 Überweisungsverhalten von Ärzten verschiedener Fachbereiche hinsichtlich Anorexia nervosa.....	29

1.2.6 Einfluss der Anorexiendiagnose auf die Dauer von Krankheitsbeginn bis Therapiebeginn.....	30
1.3 Herleitung der Fragestellung und Hypothesen .....	32
<b>2. MATERIAL UND METHODEN</b> .....	<b>34</b>
2.1 Methodisches Vorgehen.....	34
2.1.1 Ablauf der Erhebung.....	35
2.1.2 Stichprobe.....	35
2.1.2.1 Ethische Gesichtspunkte und Datensicherheit.....	36
2.1.2.2 Qualität, Eingabe und Aufbereitung der Daten.....	36
2.1.3 Darstellung der Erhebungsmethoden .....	37
2.1.3.1 Selbstbeurteilungsverfahren.....	37
2.1.3.2 Fremdbeurteilungsverfahren .....	42
2.1.4 Operationalisierung der Variablen .....	44
2.1.4.1 Erläuterung zur Operationalisierung der unabhängigen Variablen Anorexiendiagnose, Subtyp und Gewichtsentwicklung .....	45
2.1.4.2 Erläuterung zur Operationalisierung der abhängigen Variablen unbehandelte Erkrankungsdauer .....	46
2.1.5 Statistische Datenanalyse.....	46
2.1.5.1 Deskriptive Statistik.....	46
2.1.5.2 Multifaktorielles Modell .....	47
2.1.5.3 Software .....	47
2.2 Material.....	48
<b>3. ERGEBNISSE</b> .....	<b>49</b>
3.1 Deskriptive Statistik .....	49
3.1.1 Anorexiendiagnose und Subtyp .....	50
3.1.2 Gewichtsentwicklung .....	52
3.1.3 Essstörungspsychopathologie .....	54
3.1.4 Begleitsymptome und -erkrankungen .....	54



3.1.5 Unbehandelte Erkrankungsdauer .....	55
3.1.5.1 Behandlungslatenz.....	58
3.2 Explorative Statistik .....	60
3.2.1 Multifaktorielles Modell.....	60
<b>4. DISKUSSION .....</b>	<b>63</b>
4.1 Inhaltliche Diskussion .....	63
4.1.1 Unabhängige Variablen .....	64
4.1.2 Unbehandelte Erkrankungsdauer und Hypothesen .....	65
4.2 Stärken und Limitationen der Untersuchung .....	69
4.3 Conclusio.....	73
<b>5. ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>75</b>
<b>6. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>77</b>
<b>7. LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>78</b>
<b>8. ANHANG.....</b>	<b>109</b>
8.1 Theoretischer Hintergrund .....	109
8.2 Material und Methoden .....	110
8.2.1 Selbstbeurteilungsinstrumente .....	110
8.2.2 Fremdbeurteilungsinstrumente.....	153
8.2.3 Einverständniserklärung.....	170
8.3 Statistische Analysen.....	177
8.3.1 Gewichtsentwicklung und Body-Mass-Index .....	177
8.3.2 Essstörungspsychopathologie.....	178
8.3.3 Begleitsymptome und -erkrankungen.....	179
8.3.4 Multifaktorielles Modell .....	180
<b>9. DANKSAGUNG .....</b>	<b>181</b>
<b>10. LEBENS LAUF .....</b>	<b>182</b>
<b>11. EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG.....</b>	<b>183</b>

## 1. EINLEITUNG

Die Mädchen, die bei den großen Modenschauen dieser Welt über die Laufstege gehen, sind groß, schlank und langbeinig. Keines der fünf bestverdienendsten Models ist kleiner als 1,75 m<sup>1</sup>, ihre Körpermaße entsprechen einer Konfektionsgröße 36 oder kleiner (Robehmed, 2016). Im Fernsehen beschäftigen sich ganze Formate damit, nach jungen Frauen mit genau solchen Modelkörpern zu suchen und fast alle der ebenfalls jungen Zuschauerinnen empfinden sich als zu dick<sup>2</sup>.

Ein Blick auf die Altersperzentilen zur Körpergröße zeigt, dass die meisten Mädchen das aktuelle westliche Schönheitsideal gar nicht erreichen können: Nur drei Prozent der über-16-jährigen Mädchen sind größer als 1,75 m (Center for Disease Control, 2000), ohne Berücksichtigung des Gewichts. Das Gewicht als veränderlichen Faktor über die Nahrungsaufnahme zu regulieren, um dem Idealbild mehr zu entsprechen, liegt nahe. Immer wieder sind Berichte über magersüchtige Models in den Medien präsent (dpa, 2010; WELT.DE/ dpa, 2006).

Die umgangssprachlich als Magersucht bezeichnete Anorexia nervosa (AN), gehört zu den bekanntesten Essstörungen.

AN ist eine seltene, jedoch lebensbedrohliche Erkrankung. Sie ist von allen psychischen Erkrankungen diejenige mit der höchsten Sterblichkeit (Harris & Barraclough, 1998). Je länger die Erkrankung unbehandelt bleibt, desto stärker verschlechtert sich die Prognose (Zipfel, Löwe, Reas, Deter & Herzog, 2000). Studien zeigen jedoch, dass es oft Jahre dauert, bis diese Essstörung adäquat behandelt wird (Schoemaker, 1997). Bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Prognoseverbesserung bei AN sollte der Verkürzung der unbehandelten Erkrankungsdauer deswegen höchste Priorität eingeräumt werden. Um Interventionen möglichst effizient zu gestalten, müssen Merkmale gefunden

---

<sup>1</sup> Entsprechend der Angaben ihrer jeweiligen Agenturen (vgl. Model Management, 2016; Society Management, 2016; Elite Model Management Paris, 2016; IMG Models, 2016a; IMG Models, 2016b).

<sup>2</sup> Ca. 80 % der 17-jährigen Mädchen schauen zumindest manchmal die Fernsehsendung „Germany's Next Topmodel“ und 79 % der 17-jährigen Mädchen finden sich zu dick (Goetz & Mendel, 2015).

werden, anhand derer Patientinnen<sup>3</sup>, die von einem besonders langen prätherapeutischen Krankheitsverlauf bedroht sind, identifiziert werden können.

Im Gegensatz zum Krankheitsverlauf nach Therapieaufnahme (z.B. Zerwas u.a., 2013; Le Grange u.a., 2014), ist die unbehandelte Erkrankungsdauer bei AN bisher kaum untersucht worden (Schoemaker, 1997).

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es deswegen, den Einfluss krankheitsbezogener Faktoren auf die Dauer von Störungsbeginn bis Behandlungsaufnahme bei AN-Patientinnen in Erstbehandlung zu prüfen.

Als krankheitsbezogene Faktoren wurden Ausprägung selbstberichteter Essstörungspsychopathologie, Subtyp, Gewichtsentwicklung, Komorbidität (depressive Symptome, ängstliche Symptome, somatische Beschwerden) und die Anorexiadiagnose berücksichtigt.

Den eigenen Untersuchungen vorangestellt wird ein Überblick über die Erkrankung AN allgemein und eine Betrachtung des Zeitraumes von Störungsbeginn bis Therapieaufnahme mit seinen potenziellen Einflussfaktoren.

---

<sup>3</sup> In der vorliegenden Untersuchung werden ausschließlich Mädchen und Frauen betrachtet. Dementsprechend ist nachfolgend im Allgemeinen die Rede von ‚Patientinnen‘.

## 1.1 Das Störungsbild der Anorexia nervosa

### 1.1.1 Epidemiologie

Am häufigsten tritt die AN bei Frauen auf: Auf ca. acht betroffene Frauen kommt ein betroffener Mann (Steinhausen & Jensen, 2015). Hudson, Hiripi, Pope & Kessler (2007) deuten in ihrer Arbeit an, dass der Anteil männlicher AN-Patienten mit fast 20 % auch höher sein könnte. Der Unterschied könnte dadurch zu Stande kommen, dass Männer entweder keine behandlungsbedürftige AN ausbilden oder sich nicht in Behandlung begeben (Hudson u.a., 2007; Sweeting u.a., 2015).

Bei Erkrankungsbeginn sind die meisten Patientinnen noch Adolozente, denn die Erkrankungsspeaks liegen bei 14 und 18 Jahren (Tuschen-Caffier, Pook, & Hilbert, 2005).

Die AN hat bei den 14- bis 20-Jährigen eine Häufigkeit (Prävalenz) zwischen 0,2 % und 0,8 % (Jacobi, Paul & Thiel, 2004; vgl. auch Fichter, 2011).

Laut einer britischen Studie, die im Jahr 2000 in Hausarztpraxen durchgeführt wurde, gibt es 4,7 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnern pro Jahr (Inzidenzrate) und 8,6 Neuerkrankungen/100.000 nur auf die weiblichen Fälle bezogen (Currin, 2005; Hoek, 2006).

Obwohl die Inzidenzrate während der letzten Jahrzehnte insgesamt relativ stabil war, stieg die Zahl der Neuerkrankungen in der Hochrisiko-Gruppe der 15- bis 19-Jährigen an (Smink, van Hoeken & Hoek, 2012). Dem Statistischen Bundesamt (2015b) zufolge wurden 2013 30 % mehr Fälle von AN an deutschen Kliniken diagnostiziert als noch im Jahr 2000. Ob die Inzidenz tatsächlich gestiegen ist oder sich diese Zahlen durch Veränderungen im Konsultationsverhalten der AN-Betroffenen oder dem Diagnoseverhalten der Ärzte erklären lassen, ist schwierig zu ermitteln. Eine hohe Dunkelziffer bei Essstörungen durch Unterdiagnostizierung (Hoek & van Hoeken, 2003) verhindert eine differenzierte Bewertung dieser möglichen Gründe.

Neben Industrieländern wie Deutschland sind auch Entwicklungsländer und Schwellenländer von AN betroffen: Eine Studie aus Taiwan an einem Kollektiv von High School Schülerinnen zeigte eine AN-Prävalenz von 0,1 % (Tseng u.a., 2007).

Darüber hinaus werden aus Hongkong (Lee, Ng, Kwok & Fung, 2010), Singapur (Lee, Lee, Pathy & Chan, 2005) und Japan (Chisuwa & O’Dea, 2010) steigende Fallzahlen gemeldet.

Auch in Indien und dem Iran, zwei Entwicklungsländern<sup>4</sup>, werden AN-Fälle beschrieben. Im Iran bestimmte eine Studie eine Prävalenz von 0,9 % (Nobakht & Dezhkam, 2000).

Die Essstörung AN stellt dementsprechend eine globale gesundheitliche Gefährdung dar, die vor allem junge Menschen betrifft. Vor dem Hintergrund einer hohen Dunkelzifferrate sind die niedrig erscheinenden Prävalenzraten als Unterschätzung der tatsächlichen Betroffenheit zu interpretieren.

## 1.1.2 Diagnosekriterien, Begleitsymptome und -erkrankungen

### 1.1.2.1 Diagnosekriterien

AN ist sowohl in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (Index of Clinical Diseases [ICD]), als auch im Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]) als psychische Erkrankung gelistet. Einen Überblick über die Diagnosekriterien für AN, unterteilt nach Klassifikationen, bietet Tabelle A1 im Anhang.

Nachfolgend sind Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen DSM und zehnter Ausgabe der ICD (ICD-10) kurz dargestellt. Da 2013 die fünfte DSM-Ausgabe (DSM-V) veröffentlicht wurde,<sup>5</sup> jedoch zurzeit noch beide Auflagen in Alltag und Forschung präsent sind, werden sich innerhalb des DSM ergebende Veränderungen ebenfalls erläutert.

Das die AN kennzeichnende, für Körpergröße und Alter zu geringe Körpergewicht wird nach ICD-10 und DSM-IV als „weniger als 85 % des erwarteten normalen Körpergewichts“<sup>6</sup> definiert (American Psychiatric Association [APA], 2000; Dilling, Mombour & Schmidt, 2011). Zur Evaluation des Körpergewichts bieten sich bei

---

<sup>4</sup> Entwicklungsländer laut Liste des Entwicklungsausschusses Berichtsjahr 2014-2016 (Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2015)

<sup>5</sup> Hier ist die englische Ausgabe gemeint. Die Veröffentlichung der deutschen Version erfolgte Ende 2014.

<sup>6</sup> Nach ICD-10 wird auch 17,5 kg/m<sup>2</sup> als Cut-Off-Wert genannt (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011).

Erwachsenen der Body-Mass-Index<sup>7</sup> (BMI) und bei Kindern und Heranwachsenden die BMI-Perzentilen an (APA, 2013). Laut DSM-V muss ein „signifikant niedriges“<sup>8</sup> Körpergewicht (APA, 2013, S. 338) vorliegen, konkrete Cut-Off-Werte sind nicht gegeben. Vielmehr wird betont, dass eine Patientin nicht nur punktuell, sondern ganzheitlich, also auch unter Berücksichtigung ihrer (Gewichts-)Entwicklung beurteilt werden sollte.

Die gestörte Körperwahrnehmung mit einhergehender Angst vor Gewichtszunahme und Maßnahmen zur Erhaltung des niedrigen Gewichts oder weiterem Gewichtsverlust werden sowohl in der ICD-10 als auch im DSM berücksichtigt (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011; APA, 2000; APA, 2013).

ICD-10 und DSM-IV beschreiben eine der AN zugehörige hormonelle Störung, die zum Ausbleiben der Menstruation führen kann (Amenorrhoe) (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011; APA, 2000). Dieses Diagnosekriterium wurde in Hinblick auf das DSM-V gestrichen, da nur schwer festzustellen ist, ob die Amenorrhoe allein durch die AN verursacht wurde (Knoll, Föcker & Hebebrand, 2014; APA, 2013). Ganze Patientenkreise haben auch bei völliger Gesundheit keine Regelblutungen, wie zum Beispiel männliche Patienten, junge, prämenarchale Mädchen sowie postmenopausale Patientinnen (APA, 2013).

Alle Klassifikationen unterscheiden zwei Subtypen der AN. Einen restriktiven Typ, der den Gewichtsverlust ausschließlich durch verminderte Nahrungsaufnahme und/oder exzessive körperliche Tätigkeit herbeiführt,<sup>9</sup> und einen Binge-Purging-Typ (ANbp)<sup>10</sup> (APA, 2000; APA, 2013). Letztgenannten Subtyp kennzeichnen Essanfälle (Binge-Verhalten) und/oder darauf folgendes gegenregulierendes Verhalten (Purging-Verhalten) wie Erbrechen oder Laxanzienmissbrauch (APA, 2000; APA, 2013). Durch forcierten Energieverbrauch bzw. -abgabe wird die übermäßige Aufnahme von Kalorien überkompensiert, was in der Regel zur Gewichtsabnahme führt. Im DSM-V wird zur Subtypen-Einteilung nur das Verhalten der letzten drei Monate berücksichtigt<sup>11</sup> (APA, 2013).

---

<sup>7</sup> Er berechnet sich aus dem Körpergewicht (KG) in Kilogramm dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (KGr) in Metern ( $BMI = KG / (KGr)^2$  und  $[kg / (m \cdot m)] = kg/m^2$ ).

<sup>8</sup> Von unter normalgewichtig würde man unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (2016) und des Center for Disease Control (CDC, 2013) bei BMI-Werten von weniger als  $18,5 \text{ kg/m}^2$  sprechen, bzw. bei Kindern bei Werten unterhalb der 5. Perzentile.

<sup>9</sup> Nach DSM-IV; entspricht nach ICD-10 dem Typ ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion.

<sup>10</sup> Nach DSM-IV; entspricht nach ICD-10 dem Typ mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme.

<sup>11</sup> Nach DSM-IV wird das Verhalten auf die gesamte Krankheitsepisode bezogen.

Bei Fällen, die nicht alle Kriterien für AN erfüllen, sich aber sonst ein anorexiertypisches Beschwerdebild bietet, besteht die Möglichkeit, eine atypische AN (ATAN) zu diagnostizieren<sup>12</sup> (vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 2011; APA, 2000; APA, 2013). Durch den beschriebenen Wegfall bzw. die Modifikation der Diagnosekriterien von vierter zu fünfter DSM-Ausgabe werden seither weit weniger ATAN-Fälle und mehr AN-Fälle diagnostiziert (Fisher, Gonzalez & Malizio, 2015; Keel, Brown, Holm-Denoma & Bodell, 2011).

### 1.1.2.2 Somatische Begleitsymptome und -erkrankungen der Anorexia nervosa

In Folge von Unter- und Mangelernährung kommt es bei AN oftmals zu somatischen Begleiterscheinungen (APA, 2013). Neben endokrinen Auswirkungen können auch Beeinträchtigungen des Flüssigkeitshaushalts, der kardialen Funktion und der Verdauung auftreten: Eine hormonelle Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Achse ist im Rahmen der AN häufig (Herzog, Wild, Friederich, 2010; vgl. auch Diagnosekriterien ICD-10). Bei mangelnder Stimulation der Keimdrüsen aufgrund eines erniedrigten Gonadotropinspiegels werden weniger weibliche Geschlechtshormone ausgeschüttet (u.a. Hypoöstrogenämie), was wiederum eine Amenorrhoe bewirken kann (Deister, 2009).

Der Östrogenmangel hat außerdem schwerwiegende Auswirkungen auf die Knochendichte und kann auch bei vergleichsweise jungen Frauen Beeinträchtigungen der Knochenstruktur (Osteopenie, Osteoporose) (Meczekalski, Podfigurna-Stopa & Katulski, 2013; Mitchell & Crow, 2006) hervorrufen. Das Frakturrisiko ist bei AN-Patientinnen erhöht (Faje u.a., 2014).

Die Schilddrüse kann so beeinträchtigt sein, dass es zu einer Unterfunktion kommt (APA, 2013). Trotzdem sollte die Indikation zur Substitution mit Schilddrüsenhormonen zurückhaltend und nur bei eindeutigen Symptomen gestellt werden, weil dadurch der Grundumsatz erhöht wird (Cuntz, 2011). Dies ist bei AN problematisch, da der Körper durch die Mangelernährung ohnehin mit Energie unterversorgt ist (Cuntz, 2011).

Da die AN auch Knochenmarksveränderungen hervorruft (Abella u.a., 2002), liegt häufig eine Armut an weißen und roten Blutkörperchen vor (Leukopenie bzw.

---

<sup>12</sup> Nach ICD-10. Nach DSM-IV unter ‚Andere Nicht Näher Bezeichnete Essstörung‘ bzw. nach DSM-V unter ‚Andere Näher Bezeichnete Essstörung‘ einzuordnen.

Anämie). Die Werte normalisieren sich im Zuge der Gewichtszunahme meistens wieder und bedürfen in der Regel keiner Intervention (Cuntz, 2011).

Besonders wenn die ohnehin mangelhafte Ernährung durch Purging-Verhalten noch verstärkt wird, entsteht ein Mangel an Vitaminen und Spurenelementen, was wiederum zu Störungen der Blutbildung und des Knochenaufbaus führen kann (vgl. Löffler & Brigelius-Flohé, 2007; Aeschlimann & Kraenzlin, 2013; Goede, Renner & Stenner, 2013). Außerdem kann das Purging-Verhalten ernstzunehmende Elektrolytentgleisungen und Dehydratationen verursachen (Mitchell & Wonderlich, 2014).

Bei restriktivem Essverhalten kann eine mangelhafte Flüssigkeitsaufnahme vorliegen oder aber der Wasserhaushalt insofern beeinträchtigt sein, dass Patientinnen übermäßig trinken, um Hungergefühle zu unterdrücken (Cuntz, 2011).

Durch Elektrolytstörungen, besonders des Kaliums, werden Herzrhythmusstörungen begünstigt (Sato & Fukudo, 2015). In einer Studie von Przybyl, Barszcz und Rabe-Jablonska (2012) traten bei mehr als 80 % der AN-Patientinnen Veränderungen im Elektrokardiogramm auf. Am häufigsten zeigten sich hier Rhythmusstörungen und Reizweiterleitungsstörungen. Unter Umständen können diese lebensbedrohlich sein (Casiero & Frishman, 2006).

Das insbesondere beim Binge-Purging-Subtyp auftretende Erbrechen kann bei Regelmäßigkeit schon nach sechs Monaten zu Zahnschmelzschäden führen. Außerdem kommt es in diesem Zusammenhang nicht selten zu einer Vergrößerung der Ohrspeicheldrüsen und Narben- oder Hornhautbildung an der Hand, die zur Auslösung des Brechreizes benutzt wird (Stegeman & Davis, 2007).

AN-Patientinnen leiden oft unter gastroenterologischen Beschwerden, die sich durch einen organisch pathologischen Befund nicht ausreichend erklären lassen (Norris u.a., 2015; Boyd, Abraham & Kellow, 2005). Solche funktionellen Beschwerden wie Diarrhoe, Konstipation und Blähungen kamen bei jungen AN-Patientinnen deutlich häufiger als bei gesunden Gleichaltrigen vor (Perez, Coley, Crandall, Di Lorenzo & Bravender, 2013). Laut einer Studie von Sileri u.a. (2014) litten 93 % der untersuchten AN-Patientinnen entweder unter Konstipation oder Stuhlinkontinenz.



Die körperlichen Beschwerden, die mit AN einhergehen, sind vielfältig, zum Teil lebensbedrohlich und bedürfen medizinischer Betreuung (Whitelaw, Gilbertson, Lee & Sawyer, 2014). Viele dieser Veränderungen sind transient (vgl. Cuntz, 2011). Es gibt aber auch somatische Komplikationen, die sich nicht im Zuge einer AN-spezifischen Therapie bessern: Insbesondere Störungen der Knochenbildung sorgen dafür, dass Patientinnen durch die Folgen ihrer AN lebenslang beeinträchtigt sind (Donaldson & Gordon, 2015; Bachrach, Katzman, Litt, Guido & Marcus, 1991).

#### 1.1.2.3 Psychische Begleitsymptome und -erkrankungen der Anorexia nervosa

Neben den durch die AN verursachten oder häufig mit ihr einhergehenden körperlichen Beschwerden tragen psychische Begleiterkrankungen und -symptome ebenso dazu bei, die Erkennung und Behandlung der AN komplexer zu machen. Papadopulos, Ekblom, Brandt & Ekselius (2008) zeigten, dass neben somatischer auch psychiatrische Komorbidität das Outcome der AN verschlechtert.

Von einer psychiatrischen Begleiterkrankung ist ein Großteil der AN-Patientinnen betroffen. Laut einer neueren randomisierten Kontrollstudie an Heranwachsenden mit Ersterkrankung einer AN hatte die Hälfte der Patientinnen eine psychiatrische Begleiterkrankung (Bühren u.a., 2014). Eine andere Untersuchung ermittelte sogar eine 97 %-ige Prävalenz (Blinder, Cumella & Sanathara, 2006).

AN-Patientinnen leiden besonders oft unter Depressionen. Die Prävalenz ist höher als in der Normalbevölkerung und besonders der Binge-Purging-Subtyp ist betroffen (Abbate-Daga u.a., 2011). Für diesen Subtyp werden Lebenszeitprävalenzen für eine Major Depression von mehr als 70 % berichtet (Godart u.a., 2007).

Studien zufolge beeinflussen Depression und Essstörung sich gegenseitig. Es wird vermutet, dass eine Depression bzw. depressive Symptome durch den ausgeprägten Unterernährungszustand verstärkt werden (O'Brien & Vincent, 2003; Godart u.a., 2007). Zudem gibt es Hinweise, dass die Komorbidität auch die Ausprägung der AN verstärkt (Brand-Gothelf, Ayelet, Leor, Apter & Fennig, 2014) und sich die Prognose in der Folge zusätzlich verschlechtert (Fennig & Hadas, 2010).

Inwiefern die depressive Symptomatik unter Gewichtszunahme wieder abschwächt, konnte bisher noch nicht eindeutig belegt werden. Mattar, Thiebaud, Huas, Cebula & Godart (2012) fanden keinen Zusammenhang zwischen Gewichtszunahme und Ausprägung depressiver Symptome, während eine Studie von Accurso, Ciao, Fitzsimmons-Craft, Lock & Le Grange (2014) zeigt, dass eine Verbesserung der depressiven Symptome und eine schnelle Gewichtszunahme miteinander assoziiert sind.

Auch Angststörungen finden sich bei AN-Patientinnen häufiger als bei gesunden Kontrollen, wie ein Review von Swinbourne & Touyz (2007) zeigt. Eine ausgeprägte Angstsymptomatik ist mit einer schlechteren Prognose für den Verlauf der AN (Zerwas u.a., 2013) und einem verstärkt essgestörten Verhalten (Spindler & Milos, 2007) assoziiert. Analog zur depressiven Symptomatik wird im Zusammenhang mit Angststörungen diskutiert, ob die Symptome durch Unterernährung bedingt sind (DSM-V) bzw. verstärkt werden (Mattar, Thiebaud, Huas, Cebula & Godart, 2012), und sich infolge einer Gewichtszunahme wieder bessern. Kezelman, Touyz, Hunt & Rhodes (2015) weisen auf die Schwierigkeit hin, die durch AN verursachten Symptome von jenen Beschwerden zu unterscheiden, die schon vor Beginn der Essstörung präsent waren. Es sei jedoch wahrscheinlich, dass eine vorher manifeste Angstsymptomatik sich unter der Essstörungstherapie zwar bessere, aber nicht vollständig zurückbilde (Kezelman, Touyz, Hunt & Rhodes, 2015; vgl. auch Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich & Masters, 2004).

Neben den oben erwähnten Erkrankungen kommen auch Persönlichkeitsstörungen oft vor: In Kombination mit den Binge-Purging-Subtyp sind Borderline-Persönlichkeitsstörungen besonders häufig, der restriktive Subtyp geht am ehesten mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung einher (Sansone, Levitt & Sansone, 2005).

Psychische Begleiterkrankungen sind bei AN weit verbreitet. Insbesondere AN-Patientinnen mit komorbider Angststörung oder Depression zeigen schlechte Verläufe. Die Berücksichtigung von Faktoren, die den Krankheitsverlauf beeinflussen ist möglicherweise auch in Hinblick auf die Dauer der unbehandelten AN relevant.

### 1.1.3 Ätiologie und Risikofaktoren

Für die Ätiologie der AN sind sowohl soziodemografische und -ökonomische Faktoren als auch genetische und psychische Merkmale relevant. Neben weiblichem Geschlecht als einem der Hauptrisikofaktoren (Lindberg & Hjern, 2003), sind elterlicher Beruf und Bildung (Lindberg & Hjern, 2003; Ahrén, Chiesa, af Klinteberg & Koupil, 2012; Ahrén-Moonga, Silverwood, Klinteberg & Koupil, 2009), die ethnische Zugehörigkeit und Migration (Striegel-Moore u.a., 2003; Crago, Shisslak & Estes, 1996; Mulholland & Mintz, 2001; Mumford, Whitehouse & Platts, 1991; McCourt & Waller, 1996; Geller & Thomas, 1999) in Bezug auf das Risiko an einer AN zu erkranken, von Bedeutung. Weiterhin prädisponieren bestimmte körperbetonte berufliche Tätigkeiten (Jacobi, Paul & Thiel, 2004; Sundgot-Borgen, Skårderud & Rodgers, 2003) und Sportarten für AN (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer & Agras, 2004; Kong & Harris, 2015; Thiemann u.a., 2015; Sundgot-Borgen, 1993).

Darauf dass auch die Vererbung bei AN ätiologisch relevant ist, deutet eine Übersichtsarbeit von Pinheiro, Root & Bulik (2009) hin. Es ist jedoch bisher nicht gelungen, ein bestimmtes Gen als Auslöser für AN zu identifizieren (Boraska u.a., 2014). Es wurden aber neurobiologische Auffälligkeiten beobachtet, die nahelegen, dass bei AN-Patienten der serotonerge und dopaminerge<sup>13</sup> Stoffwechsel gestört sind (Kaye, Fudge & Paulus, 2009).

In Bezug auf psychische Faktoren machen negative Affektivität (Rohde, Stice & Marti, 2015; Pike u.a., 2008), negative Selbsteinschätzung und Erkrankungen wie Zwangsstörungen oder eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung eine AN wahrscheinlicher (Cederlöf u.a., 2015; Reas, Rø, Karterud, Hummelen & Pedersen, 2013; Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer & Agra, 2004; Keel & Forney, 2013).

Auch vorbestehende Angststörungen erhöhen das Risiko für eine AN (Meier u.a., 2015). Ob Depressionen die Entstehung einer AN begünstigen, ist nicht hinreichend geklärt, Gewichts- und Appetitverlust sind jedoch Symptome, die im Zusammenhang mit Depressionen auftreten (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011). Auch inwiefern somatische Erkrankungen die Entstehung einer AN fördern, ist

---

<sup>13</sup> Diese Botenstoffe nehmen Einfluss auf das Belohnungssystem. Es wird vermutet, dass durch die Beeinträchtigung das störungsspezifische Verhalten gefördert wird (vgl. Kaye, Fudge & Paulus, 2009).

fraglich. Der BMI konnte als signifikanter Prädiktor für die Entstehung einer Essstörung bisher nicht bestätigt werden (Rohde, Stice & Marti, 2015).

Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (Rohde, 2015) ebenso wie einzelne Aspekte, die im Falle einer Essstörung auch im Rahmen der Psychopathologie beschrieben werden, wie z.B. vorbestehendes Purging-Verhalten (Fairburn, Cooper, Doll & Davies, 2005) und restriktives Essverhalten (vgl. Zeeck u.a., 2011) begünstigen eine AN.

Mit einer Verbesserung des Wissens um ätiologische Faktoren verbessert sich auch die Chance, einer Neuentstehung von AN vorzubeugen bzw. neue Therapien zu entwickeln oder bestehende Therapien zu optimieren. Bekannte Risikofaktoren können beispielsweise als Ansatzpunkte für Frühinterventionen genutzt werden, um eine AN zu verhindern bzw. den Krankheitsverlauf zu verkürzen.

#### 1.1.4 Therapie

Das Behandlungsziel einer Therapie für AN ist laut S3-Leitlinie<sup>14</sup> neben der „Normalisierung des Körpergewichts und Essverhaltens“ die „Bewältigung psychischer Schwierigkeiten“ (Zeeck u.a., 2011, S. 55). Psychotherapie ist demnach ein Grundpfeiler in der Behandlung der AN, worüber die Behandlung körperlicher Symptome nicht vernachlässigt werden darf (Zeeck u.a., 2011).

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss sind psychoanalytische, tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Verfahren anerkannt (2015). Zudem bestätigen Gutachten des deutschen Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie die Wirksamkeit von systemischen und psychodynamischen Behandlungsformen (2004 bzw. 2008). Bislang konnte keine Überlegenheit einzelner Psychotherapieansätze nachgewiesen werden (Zeeck u.a., 2011; Watson & Bulik, 2013; Hay, Claudino, Touyz & Abd Elbaky, 2015).

Eine auf die AN abgestimmte Psychotherapie in Kombination mit Normalisierung des Körpergewichts und Essverhaltens sind das Mittel der Wahl zur Erreichung der oben beschriebenen Therapieziele (Zipfel, Giel, Bulik, Hay & Schmidt, 2015).

Unabhängig von der gewählten psychotherapeutischen Methode kann AN in drei verschiedenen Settings behandelt werden: Stationär, teilstationär und ambulant.

---

<sup>14</sup> Leitlinie mit allen Elementen systematischer Entwicklung (AWMF online, 2016).

Welches Setting zur Behandlung gewählt wird, ist abhängig vom körperlichen und psychischen Zustand der Patientin (Zeeck u.a., 2011).

Die leitliniengerechte Behandlung befürwortet ein ambulantes Setting, sofern die Motivation und der körperliche Zustand der Patientin dies zulassen (Zeeck u.a., 2011). Es erfolgt eine psychotherapeutische Behandlung als auch eine körperliche Überwachung. Stellt sich kein Therapieerfolg ein, sollte das Gewicht stagnieren oder sogar abnehmen, besteht die Möglichkeit, die Behandlung zu intensivieren (Zeeck u.a., 2011).

Die nächst intensivere Betreuung bietet die Tagesklinik. Hier ist durch eine engmaschigere Betreuung beispielsweise auch das Essen unter Aufsicht möglich. Zudem bedeutet eine tagesklinische Behandlung, dass die Patientinnen einen großen Anteil ihres Alltags dort erleben, ohne ihrem häuslichen Umfeld komplett entzogen zu sein. Dies kann bei problematischer sozialer Umgebung von Vorteil sein (Zeeck u.a., 2011). Für Jugendliche und Kinder kann es aber auch Nähe zum gewohnten Umfeld ermöglichen, die bei einem stationären Aufenthalt nicht umsetzbar ist (Wietersheim, Zeeck & Küchenhoff, 2005). Das tagesklinische Setting ist besonders bei Patientinnen mit chronischer AN, die bereits erfolglose stationäre Aufenthalte hinter sich haben und eine ausgeprägte soziale und zwischenmenschliche Problematik aufweisen, in Betracht zu ziehen (Zeeck u.a., 2011). Allerdings ist die Anzahl der Behandlungsplätze in Tageskliniken sehr begrenzt: In Deutschland stehen drei Betten der vollstationären Versorgung lediglich einem tagesklinischen Behandlungsplatz gegenüber<sup>15</sup> (Statistisches Bundesamt, 2015a). Eine vollstationäre Behandlung wird bei Patientinnen mit besonders starkem Untergewicht (BMI < 15 kg/m<sup>2</sup> oder weniger als 3. Altersperzentile) oder solchen mit großem Gewichtsverlust von mehr als 20 % ihres ursprünglichen Körpergewichts innerhalb von sechs Monaten empfohlen (Zeeck u.a., 2011). Gleiches gilt für Fälle mit schwerer bulimischer Symptomatik und auch psychiatrischer Komorbidität (Zeeck u.a., 2011).

Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass eine stationäre Behandlung bei besonders starkem Untergewicht einer ambulanten Therapie überlegen ist (Zeeck, Hartmann, Wetzler-Burmeister & Wirsching, 2006). Kleine Stichprobenzahlen erschweren

---

<sup>15</sup> Hier berücksichtigt: Kapazitäten der Fachbereiche Psychosomatik und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie.

jedoch die Übertragbarkeit des Ergebnisses (Zeeck, Hartmann, Wetzler-Burmeister & Wirsching, 2006).

Die Leitlinien der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (2006) unterstreichen, wie wichtig es ist, ein Behandlungskonzept nicht nur anhand einzelner klinischer Parameter, zum Beispiel des Gewichts, zu entwerfen, sondern die Patientin ganzheitlich wahrzunehmen: Ihren körperlichen Zustand, ihre Psychologie, ihre Lebensführung und die sozialen Umstände. Dementsprechend ist im Falle von AN keinesfalls jede Stufe von wenig intensiver zu intensiver Betreuung zu durchlaufen, sondern die Behandlung sofort an den aktuellen Krankheitszustand anzupassen (vgl. Zeeck u.a., 2011).

Es gilt außerdem zu beachten, dass die Behandlung einer AN in allen Settings, nur durch erfahrenes Fachpersonal durchgeführt werden sollte (klinischer Konsensuspunkt, vgl. Zeeck u.a., 2011): Neben Ärzten, die sich auch mit der Behandlung der körperlichen Symptomatik befassen, wirken im therapeutischen Prozess auch andere Disziplinen mit psychotherapeutischer Ausbildung sowie Ernährungsberater, Sozialtherapeuten oder Musiktherapeuten mit.

#### 1.1.5 Versorgungsrelevante Aspekte

Begründet durch die Komplexität der Erkrankung, die eine multidisziplinäre, zum Teil sehr intensive Betreuung notwendig macht, und die häufig langwierigen Verläufe (Löwe u.a., 2001) sind die Kosten für die Behandlung einer AN hoch: 2010 kostete die Behandlung von 228.460 essgestörten Patienten (AN und Bulimia nervosa) in Deutschland 162 Millionen PPP Euro (Purchasing Power Parity Euro) (Gustavsson u.a., 2011, vgl. hierzu auch Krauth, Buser & Vogel, 2002). Allerdings ist es etwa viermal teurer, eine AN zu behandeln als eine Bulimia nervosa (Krauth, Buser & Vogel, 2002).

Die vollstationäre Behandlung einer AN kostet bei einer durchschnittlichen Liegedauer von 28 Tagen ungefähr 6.000 Euro pro Patient und Krankenhausaufenthalt. Bei einem niedrigen BMI steigen die Kosten zusätzlich (Toulany u.a., 2015; Haas u.a., 2012).

In vielen Fällen ist die Behandlung einer AN nach 28 Tagen Klinikaufenthalt jedoch nicht erfolgreich abgeschlossen, weswegen Wiederaufnahmen sehr häufig

vorkommen (Steinhausen, Grigoriu-Serbanescu, Boyadjieva, Neumärker & Winkler Metzke, 2008; Castro, Puig, Rodriguez, Gila & Toro, 2004).

Zu den Kosten für lange und wiederholte Behandlungen kommen erhebliche nicht-medizinische Kosten hinzu, die beispielsweise durch Ertragsausfall bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit und erhöhter Sterblichkeit entstehen (Krauth, Buser & Vogel, 2002). Eine Verkürzung der Erkrankungsdauer würde somit nicht nur Vorteile für die Patientinnen bedeuten, sondern auch positive ökonomische Auswirkungen.

### 1.1.6 Verlauf

Laut einer Übersichtsarbeit von Steinhausen (2009) sind vier bis zehn Jahre nach Follow-Up weniger als 50 % der AN-Patienten geheilt. Bei einem Drittel verbesserte sich die Symptomatik, aber bei 20 % nahm die Krankheit einen chronischen Verlauf. Mit Zunahme der Beobachtungsdauer steigen sowohl die Mortalitätsrate als auch die Heilungsrate, während der Anteil der chronisch Kranken und derer mit nur teilweise gebesserter Symptomatik zurückgeht. Trotzdem liegt der Anteil der Fälle mit chronischer AN bei Follow-Up nach mehr als vier Jahren bei ungefähr 20 % und nach mehr als 10 Jahren immer noch bei 13 %. Mit zunehmender Dauer der Krankheit ist der Gesundheitszustand der Patientinnen also eindeutiger an zwei verschiedenen Enden eines Spektrums einzuordnen: Tot/krank und gesund/genesen.

Die Mortalität von AN ist nicht nur unter den Essstörungen, sondern von allen psychiatrischen Störungen die höchste (Harris & Barraclough, 1998). Eine Meta-Analyse von 36 Studien ergab eine standardisierte Mortalitätsrate<sup>16</sup> von 5,86 % (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011). Einer von fünf Todesfällen bei AN ist durch Selbstmord bedingt (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011).

Im Vergleich zur Normalbevölkerung ist die Selbstmordrate deutlich erhöht: Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto & Tatarelli (2004) zufolge sind im Durchschnitt achtmal mehr Todesfälle durch Selbstmord pro

---

<sup>16</sup> Die standardisierte Mortalitätsrate gibt die „Anzahl der beobachteten Todesfälle bei Personen mit einer bestimmten Erkrankung in Beziehung mit der erwarteten Todesrate in der Vergleichspopulation (gleiches Geschlecht, gleiches Alter)“ an (Fichter, 2011, S. 2f).

100.000 AN-Patienten zu erwarten als im Vergleich zur 14- bis 25-jährigen Normalbevölkerung (24 vs. 3 Fälle).

Langwierige und schwerwiegende Verläufe sind bei AN ein häufig beobachtbares Phänomen, wie die niedrigen Heilungsraten und die hohe Mortalität zeigen. Begleiterkrankungen wirken sich zusätzlich nachteilig auf den Krankheitsverlauf aus (Franko & Keel, 2006; Bulik u.a., 2008; Papadopulos, Ekbom, Brandt & Ekselius, 2008; Erdur u.a., 2012). Es gilt dementsprechend, die Verläufe abzukürzen und die Prognosen zu verbessern, indem die unbehandelte Erkrankungsdauer verkürzt wird, aber auch Therapien verbessert werden.



## 1.2 Die Anorexia nervosa vor Therapiebeginn

Wie oben dargestellt, ist die AN ein Krankheitsbild mit hoher Sterblichkeit und multikausaler Ätiologie, bei dem sich schwerwiegende körperliche wie auch psychische Symptome zeigen. Es betrifft weltweit insbesondere junge Mädchen und Frauen. Der Verlauf wird durch psychische und somatische Begleitsymptome und -erkrankungen verkompliziert. Neben den erheblichen Auswirkungen auf das Individuum, belastet dies auch das Gesundheitssystem. Obwohl wirksame Behandlungen in verschiedenen Settings zur Verfügung stehen, sind chronische Verläufe häufig. Um die Situation der AN-Betroffenen positiv zu beeinflussen, ist es wichtig, besser zu verstehen, wodurch diese langen Krankengeschichten verursacht werden.

Eine Übersichtsarbeit von Schoemaker (1997) hat gezeigt, dass durchschnittlich 1,78 Jahre vom Ausbruch der Erkrankung bis zum Beginn einer Therapie vergehen. Diese Zeitspanne nennt man auch unbehandelte Erkrankungsdauer (duration of untreated illness, [DUI]). Das bedeutet, dass die Patientinnen im Durchschnitt über 21 Monate unter AN leiden, aber (noch) nicht in Behandlung sind. Wie eine Studie von Zipfel, Löwe, Reas, Deter, & Herzog (2000) zeigte, ist eine lange DUI mit einem schlechten Outcome assoziiert.

Aktuellere Untersuchungen zur DUI bei AN liegen nicht vor. Die Relevanz der DUI als prognosewirksamer Faktor ist für andere psychiatrische Krankheitsbilder bereits gut belegt: Im Fall der unbehandelten Psychose bei Schizophrenie ist eine verlängerte DUI mit einer schlechteren Prognose assoziiert (Primavera u.a., 2012; Perkins, Gu, Boteva & Lieberman, 2005; Marshall u.a., 2005). Gleiches gilt für Angststörungen (Altamura u.a., 2008) und auch bei depressiven Erkrankungen sind Studien zu dem Ergebnis gekommen, dass eine verlängerte DUI einen negativen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Erkrankung hat (Ghio, Gotelli, Marcenaro, Amore & Natta 2014; Bukh, Bock, Vinberg & Kessing, 2013; Okuda u.a., 2010; Altamura, Dell'Osso, Mundo & Dell'Osso, 2007).

Ausgehend von der Annahme, dass die DUI auch bei AN ein Prädiktor für das Outcome ist, wie von Zipfel u.a. (2000) gezeigt, und fast zwei Jahre dauert (vgl.

Schoemaker, 1997), ist es von großer Wichtigkeit, diesen langen prätherapeutischen Verläufen vorzubeugen.

Die Entscheidung, ob und wann eine Behandlung begonnen wird oder nicht,<sup>17</sup> ist ein Zusammenspiel verschiedenster Faktoren (Hasler, Delsignore, Milos, Buddeberg & Schnyder, 2004; DiClemente u.a., 1991). Besonders kompliziert ist diese Entscheidungsfindung bei AN-Patientinnen geartet, wie schon eine Aussage Ernest-Charles Laségues (1837; abgedruckt 1997), einem der Erstbeschreiber der AN, andeutet: "I might almost say a condition of contentment truly pathological. Not only does she not sigh for recovery, but she is not ill-pleased with her condition notwithstanding all the unpleasantness it is attended with."<sup>18</sup> Die Patientinnen empfinden ihre Krankheit nicht als störend (Ich-Syntonie) und ihre Einstellung gegenüber einer Therapie ist dementsprechend eher zurückhaltend, wenn nicht sogar ablehnend (vgl. Zeeck u.a., 2011). Besonders die Wiederherstellung eines normalen Körpergewichts, die integraler Bestandteil der Behandlung von AN ist (vgl. 1.1.4 Therapie), löst eine Abwehrhaltung aus (Nordbø u.a., 2012). Dies ist nur logisch, da die Angst vor Gewichtszunahme ein Charakteristikum der AN ist (vgl. 1.1.2 Diagnosekriterien, Begleitsymptome und -erkrankungen).

Nur bei etwa der Hälfte der Patientinnen ist bei Aufnahme der Wille zur Verhaltensänderung vorhanden (Blake, Turnbull & Treasure, 1997, vgl. auch Mander, Teufel, Keifenheim, Zipfel & Giel, 2013). Mit zunehmender Motivation steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich Patienten selbst einweisen (Hasler, Delsignore, Milos, Buddeberg & Schnyder, 2004). Patienten, die motiviert sind, gesund zu werden, zeigen wiederum bessere Therapieergebnisse (Vall & Wade, 2015).

Gerade weil die Patientinnen selbst einer Behandlung oft ambivalent gegenüberstehen, gilt es, mit Präventionsmaßnahmen und Interventionen besonders solche Fälle anzusprechen, die ein besonders hohes Risiko dafür

---

<sup>17</sup> Von Zwangsbehandlungen, die bei Anorexia nervosa auch notwendig werden können (Clausen & Jones, 2014; Carney, Tait, Richardson & Touyz, 2008; Brunner, Parzer & Rech, 2005), sei hier abgesehen.

<sup>18</sup> „Ich könnte fast sagen, ein Zustand von wahrhaft krankhafter Zufriedenheit. Sie sehnt ihre Genesung nicht nur nicht herbei, sondern sie ist auch nicht unerfreut über ihren Zustand, ungeachtet der Unannehmlichkeiten, die mit ihm einhergehen.“

haben, den Therapiebeginn zu verzögern und so eine verlängerte DUI und damit auch eine schlechtere Prognose haben.

Zur Identifikation und auch um Maßnahmen zur Prävention bei AN bzw. der Verkürzung der DUI so spezifisch wie möglich gestalten zu können, bietet es sich an, besonders solche Größen als potenzielle Einflussfaktoren der DUI zu beleuchten, die besonders charakteristisch für die Erkrankung der AN sind und auf möglichst viele AN-Fälle wirken.

Aus Mangel an Voruntersuchungen zum Bezug der DUI zu einzelnen krankheitsbezogenen Faktoren werden deswegen in der vorliegenden Arbeit folgende ausgewählt: Anhand der Schwere psychologischer AN-Symptome (Essstörungspsychopathologie), des Subtyps, der Gewichtsentwicklung und der Anorexiadiagnose kann jeder Fall von AN genauer beschrieben werden. Durch Berücksichtigung häufiger Begleiterscheinungen (komorbide Symptome somatischer und psychischer Art) ist es möglich, eine Beschreibung zu treffen, die über die Diagnosekriterien der ICD-10 und des DSM-IV bzw. DSM-V hinausgeht, also noch individueller ausgerichtet ist. Diese krankheitsbezogenen Faktoren sind nicht nur rein qualitativ, sondern können zum Teil auch quantifiziert werden.

### 1.2.1 Einfluss der Essstörungspsychopathologie auf die Zeitdauer von Störungsbeginn bis Behandlungsbeginn

Die psychologischen Symptome der AN (Essstörungspsychopathologie) werden für die langwierigen Verläufe mitverantwortlich gemacht und als krankheitserhaltend eingeschätzt (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Halmi, 2013). Tatsächlich ist eine ausgeprägte essstörungsspezifische Psychopathologie mit geringer Motivation zu genereller Veränderung assoziiert (Abbate-Daga, Amianto, Delsedime, De-Bacco & Fassino, 2013). Hierzu passend ist eine starke Essstörungspsychopathologie mit niedriger Motivation zur Therapieaufnahme vergesellschaftet, wobei allerdings vor allem junge Menschen mit starker Essstörungspsychopathologie auch viel Druck von außen in Hinblick auf einen Behandlungsbeginn erfahren (Hillen, Dempfle, Seitz, Herpertz-Dahlmann & Bühren, 2015).

In einer prospektiven Studie von Keel u.a. (2002) wurde die Essstörungspsychopathologie von AN-Patientinnen über mehrere Jahre hinweg evaluiert. Wenn bereits eine Therapie begonnen worden war, war eine starke Essstörungspsychopathologie ein Prädiktor dafür, dass auch in den Folgejahren Behandlungen in Anspruch genommen wurden. Allerdings zeigten diejenigen mit weniger ausgeprägter Essstörungspsychopathologie bei Therapiebeginn bessere Behandlungserfolge (Treat, McCabe, Gaskill & Marcus, 2008), sodass in Betracht gezogen werden muss, dass in diesen Fällen möglicherweise seltener ein chronischer Verlauf eintritt, der eine langanhaltende Therapie notwendig macht.

In einer Studie von Bamford & Sly (2010) wurde zudem ein negativer Einfluss der Essstörungspsychopathologie auf die Lebensqualität dokumentiert. Dies ist interessant im Zusammenhang mit Studienergebnissen zum hilfeschenden Verhalten bei psychiatrischen Störungen allgemein, die ergaben, dass erlebte alltägliche Einschränkung mit Hilfesuchen verknüpft war (Vasiliadis, Tempier, Lesage & Kates, 2009).

Studien zum Einfluss der Essstörungspsychopathologie auf den Verlauf der AN beleuchten jedoch wie beispielsweise Keel u.a. (2002) vorwiegend die Entwicklung der Krankheit nach Therapieaufnahme bzw. Therapiebeendigung. Untersuchungen zur Auswirkung der Essstörungspsychopathologie auf die Zeit vor dem Behandlungsbeginn liegen zu diesem Zeitpunkt nicht vor.

Es ist aufgrund des bereits belegten negativen Zusammenhangs zwischen Motivation und Essstörungspsychopathologie naheliegend zu erwarten, dass eine stärkere Essstörungspsychopathologie eine Verlängerung der DUI bewirkt. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass ein mit der Symptomschwere verknüpfter Leidensdruck, wie bei anderen psychiatrischen Störungen gezeigt, eine Therapieaufnahme beschleunigt.

### 1.2.2 Einfluss des Anorexia nervosa Subtyps auf die Zeitdauer von Störungsbeginn bis Therapieaufnahme

Untersuchungen zeigten, dass ein Wechsel von Subtyp zu Subtyp im Krankheitsverlauf häufig vorkommt (Eddy u.a., 2008a; Peat, Mitchell, Hoek & Wonderlich, 2009). Die Sinnhaftigkeit der Subgruppen-Unterteilung wird

demensprechend diskutiert<sup>19</sup> (Eddy u.a., 2008a; Peat, Mitchell, Hoek & Wonderlich, 2009). Trotz aller Kontroversen über das Konzept der Subtypen kommen Studien überein, dass sich die Patientinnen je nach Subtypen-Zugehörigkeit in ihrer Prognose unterscheiden: Der Binge-Purging-Subtyp weist in der Regel eine stärkere Essstörungspsychopathologie auf (De Young u.a., 2013; Peat, Mitchell, Hoek & Wonderlich, 2009), ist öfter und stärker von Begleiterkrankungen betroffen (Abbate-Daga u.a., 2011) und unterliegt einer schlechteren Prognose als der restriktive Subtyp (Fassino, Piero, Tomba & Abbate-Daga, 2009; Bühren u.a., 2014; Bulik u.a., 2008). Bei den meisten Studien findet die Einteilung in Subtypen im Zuge der Diagnostik zu Therapie- oder Studienbeginn statt (z.B. Bühren u.a., 2014; Cachelin, Striegel-Moore & Reagan, 2006).

Ob der bei Therapieaufnahme vorherrschende AN-Subtyp Einfluss auf die Erkrankungsdauer vor Behandlungsbeginn hat, ist bislang nicht untersucht worden. Hinweise dafür, dass der Binge-Purging-Subtyp möglicherweise eine kürzere DUI hat, liefert eine Studie zu Essstörungen im Allgemeinen, die zeigt, dass Binge-Purging-Verhalten mit Hilfesuchen assoziiert ist (Cachelin, Striegel-Moore & Regan, 2006). Außerdem wurde in einer Studie zu Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung, zwei Essstörungen mit Binge-(Purging-)Verhalten, die Symptomschwere als ein Trigger zum Hilfesuchen identifiziert (Hepworth & Paxton, 2007). Im Widerspruch dazu steht das Ergebnis einer Untersuchung von Burket und Hodgins (1993), demzufolge Laxanzienabusus eher ein negativer Prädiktor für hilfesuchendes Verhalten ist.

### 1.2.3 Einfluss der Gewichtsentwicklung auf die Zeitdauer von Störungsbeginn bis Therapiebeginn

Der BMI ist ein durch viele Studien bestätigter Prädiktor für das Outcome der Therapie: Hohe BMI-Werte sind prognostisch günstiger als niedrige Werte (Vall & Wade, 2015; Sly, Morgan, Mountford & Lacey, 2013; Löwe u.a., 2001), obwohl AN-Patientinnen mit einem niedrigen BMI bei Behandlungsbeginn zunächst eine höhere Therapiemotivation zeigen (Hillen, Dempfle, Seitz, Herpertz-Dahlmann & Bühren, 2015).

---

<sup>19</sup> Im DSM-V wird zur Subtypen-Einteilung nur das Verhalten der letzten drei Monate berücksichtigt, während nach DSM-IV keine zeitliche Einschränkung bestand (APA 2013, APA 2000).

Mithilfe des BMI sind Aussagen über die Gewichtsentwicklung bis Behandlungsbeginn möglich. Niedrige BMI-Werte vor Krankheitsbeginn sind mit niedrigen BMI-Werten bei Therapieaufnahme assoziiert, während ein initial hoher BMI auch mit vergleichsweise hohen BMI-Werten bei Behandlungsbeginn einhergeht (Föcker u.a., 2015; Coners, Remschmid & Hebebrand, 1999; Miyasaka u.a., 2003).

Neuere Forschungsbemühungen zeigen, dass auch die sogenannte Gewichtssuppression, also die Differenz zwischen dem höchsten Körpergewicht und dem aktuellen (Wildes & Marcus, 2012), einen prognostischen Wert hat: Eine starke Gewichtssuppression ist mit einer rascheren und stärkeren Gewichtszunahme unter Therapie assoziiert (Carter u.a., 2015; Berner, Shaw, Witt & Lowe, 2013; Wildes & Marcus, 2012).

Neben erwiesenen Auswirkungen des BMIs und der Gewichtssuppression auf den Verlauf der AN nach Therapieaufnahme, legt eine Studie von Lebow, Sim & Kransdorf (2015) nahe, dass auch ein Zusammenhang zwischen der Gewichtsentwicklung und der DUI besteht: Die Stichprobe war initial in zwei Gruppen aufgeteilt worden (Gewicht bei Symptombeginn oberhalb bzw. unterhalb der 85. Altersperzentile), die sich hinsichtlich der Menge ihrer Beschwerden und Ausprägung der Essstörungspsychopathologie nicht unterschieden. Allerdings hatte die Gruppe mit initial höherem BMI einen größeren Gewichtsverlust bis Behandlungsbeginn und verzeichnete eine längere Erkrankungsdauer von Symptom- bis Therapiebeginn.

Bis zu diesem Zeitpunkt gibt es jedoch keine Studien, die unabhängig vom Ausgangsgewicht untersuchen, ob die Gewichtsentwicklung von Erkrankungsbeginn bis Therapieaufnahme die DUI beeinflusst.

#### 1.2.4 Einfluss von psychischen Begleitsymptomen und -erkrankungen auf die Zeit von Krankheitsbeginn bis Therapiebeginn

Laut eines britischen Reviews führen Begleiterkrankungen im Allgemeinen bei Menschen mit psychiatrischen Störungen zu vermehrter Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Twomey, Baldwin, Hopfe & Cieza, 2015).

Essstörungsspezifische Untersuchungen erbrachten zu diesem Zusammenhang

unterschiedliche Ergebnisse: Eine Studie von Cachelin, Striegel-Moore & Regan (2006) kommt zu dem Schluss, dass das Vorhandensein einer psychischen Begleiterkrankung mit Hilfesuchen assoziiert war, während eine Studie von Burket & Hodgkin (1993) zeigte, dass Patientinnen mit komorbiden depressiven Symptomen eine Therapie eher meiden.

Analog hierzu kommen auch Studien zum Einfluss depressiver Symptome auf das hilfesuchende Verhalten im nicht-komorbiden Kontext zu unterschiedlichen Ergebnissen. Zwei Studien zeigten, dass depressive Symptome dazu führen, dass Schüler bzw. Erwachsene das Gesundheitssystem (hier Hausärzte) in Anspruch nehmen (Mariu, Merry, Robinson & Watson, 2012; Vasiliadis, Lesage, Adair & Boyer, 2005). Allerdings ist der Anteil der Schüler, die psychische Auffälligkeiten zeigen und sich keine Hilfe suchen, mit 82 % in einer der Studien sehr groß (Mariu u.a., 2012). Eine dritte Studie demonstrierte, dass junge Menschen sich eher keine Hilfe suchen, wenn sie depressive Symptome aufweisen (Rickwood, Deane & Wilson, 2007).

Im Vergleich zu Fällen mit Angststörungen war der Anteil der Patienten mit affektiver Störung wie z.B. Depressionen, die sich Zeit ihres Lebens in Behandlung begeben, jedoch höher und auch früher in Behandlung (ten Have, Graaf, van Dorsselaer, & Beekman, 2013). Eine andere Studie bestätigt, dass sich Patienten mit Angstsymptomatik generell seltener Hilfe suchen und dies spät (Bunting, Murphy, O'Neill & Ferry, 2012). Diese Aussage stützt folgender Vergleich: Die durchschnittliche DUI für eine generalisierte Angststörung liegt bei fünf Jahren, während die für eine Major Depression ein Jahr beträgt. Unter Berücksichtigung anderer Angststörungen wie Phobien und Panikstörungen ergibt sich sogar eine DUI von 22 Jahren (Bunting, Murphy, O'Neill & Ferry, 2012).

Zudem ist es für Angst-Patienten auch schwieriger, adäquate Hilfe zu finden: Begleiterkrankungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit für Konsultationen, jedoch dauert es noch länger bis diese Patienten-Gruppe in angemessener Behandlung ist (Johnson & Coles, 2013).

Die aktuelle Forschungslage gibt demnach Hinweise darauf, dass ängstliche Symptome im Allgemeinen eine Therapieaufnahme verzögern. Untersuchungen, die dies für komorbide Angst bei AN untersuchen, liegen derzeit nicht vor. Zur

Auswirkung von depressiven Symptomen bei AN kamen unterschiedliche Studien zu gegensätzlichen Ergebnissen.

### 1.2.5 Einfluss von somatischen Begleitsymptomen und -erkrankungen auf die Zeit von Störungsbeginn bis Therapieaufnahme

Einen Überblick über das Konsultationsverhalten der Deutschen allgemein vermittelt eine repräsentative Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2013), der zufolge im Jahr 2011 88 % der 18-34-jährigen Frauen mindestens einmal, 66% sogar dreimal im Jahr zum Arzt gingen.

AN-Patientinnen besuchten in den fünf Jahren, die ihrer AN-Diagnose vorausgingen, deutlich öfter als die Kontrollgruppe den Hausarzt (Ogg, Millar, Pusztai & Thom, 1997, vgl. Lask u.a., 2005). Die dort geäußerten Beschwerden umfassten ein breites Spektrum (Ogg, Millar, Pusztai & Thom, 1997). Ähnliches zeigte eine amerikanische Studie (Dooley-Hash, Lipson, Walton & Cunningham, 2013), die Jugendliche im Alter von 14 - 20 Jahren auf Essstörungen screente. Die positiv gescreenten kamen 1,6-mal häufiger in die Notaufnahme als ihre negativ gescreenten Altersgenossen. Sie berichteten dabei besonders oft über Bauchschmerzen. Jedoch nur ein Patient<sup>20</sup> gab an, wegen Symptomen zu kommen, die direkt mit einer Essstörung zusammenhingen.

Eine niederländische Studie untersuchte den Prozess der Therapieinitiation bei Essgestörten und fand heraus, dass ein Drittel der Stichprobe nach einem Arztkontakt noch mehr als sechs Monate brauchte, bis sie eine Therapie für ihre Essstörung begannen; mehr als 20 % brauchten sogar mehr als drei Jahre (de la Rie, Noordenboos, Donker & van Furth, 2006).

Dass AN-Patientinnen mit ihren vielfältigen Symptomen bei Ärzten vorstellig werden, die aufgrund ihres Fachbereiches keine leitliniengerechte Behandlung der AN anbieten, ist ebenso wahrscheinlich wie fatal, denn die körperlichen Erscheinungen der AN erkannten als solche nur 3,8 % der Ärzte in einer Befragung (Karwautz, de Zwaan, Wöber-Bingöl, Wöber & Friedrich, 1997). Es ist naheliegend, dass körperliche Begleitsymptome sich nicht verkürzend auf die DUI auswirken.

---

<sup>20</sup> 1 von 249 positiv gescreenten Patienten.



### 1.2.5.1 Überweisungsverhalten von Ärzten verschiedener Fachbereiche hinsichtlich Anorexia nervosa

Eine zügige Überweisung in ein essstörungsspezifisches Behandlungssetting kann dazu beitragen, die unbehandelte Erkrankungsdauer zu verkürzen.

Nachfolgend soll deswegen das Überweisungsverhalten von Ärzten verschiedener Fachbereiche in Bezug auf AN beleuchtet werden.

Hausärzte werden von AN-Patienten häufig frequentiert (Ogg, Millar, Pusztai & Thom, 1997; vgl. Lask u.a., 2005), aber nur 4 % der in einer Studie befragten Hausärzte geben an, sich mit essstörungsspezifischen Leitlinien auseinander gesetzt zu haben (Currin u.a., 2007). Die Mehrheit gibt an, dass Essstörungen im Rahmen ihrer Ausbildung nicht ausreichend behandelt werden und fühlen sich in der Betreuung von Essstörungspatienten unsicher (Boulé & McSherry, 2002).

Gynäkologen gehören zu den Fachärzten, die von der Hochrisikogruppe (jungen Frauen und Mädchen) relativ gut frequentiert werden: 80 % der 17-Jährigen waren schon einmal beim Frauenarzt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010). Obwohl sich die Mehrheit der Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe der oft negativen Auswirkungen von Essstörungen auf Schwangerschaften bewusst ist (vgl. Hoffmann, Zerwas & Bulik, 2011; Cuntz, 2011), gab nur die Hälfte an, sich für das Screening auf Essstörungen verantwortlich zu fühlen (Leddy, Jones, Morgan & Schulkin, 2009). Bei einer Erstkonsultation führen nur 10 % ein solches durch und bei einem niedrigen BMI oder einer Amenorrhoe ohne Schwangerschaft fragen nur ein Drittel gezielt nach einer Essstörung (Leddy, Lawrence & Schulkin, 2011).

Eine weitere Gruppe von medizinischem Fachpersonal, mit der Patientinnen regelmäßig in Kontakt treten, sind Zahnärzte: In Deutschland besuchten 73 % aller Frauen im Jahr 2011 den Zahnarzt (Barmer GEK, 2013). Eine Studie zeigte, dass Zahnärzte oft der erste ärztliche Kontakt für essgestörte Frauen sind (Burke, Bell, Ismail & Hartley, 1996). Trotzdem prüfen nur gut ein Viertel der Zahnärzte die Zähne auf Folgeschäden von Essstörungen und noch weniger geben Ratschläge zur Zahnpflege oder raten zu verstärkten Kontrollen. Nur 11 % überweisen die Patienten bei Verdacht auf eine Essstörung (DiGiacchino, Keenen & Sargent, 2009).

Trotz einer erhöhten Anzahl ärztlicher Kontakte vergeht bei AN-Patientinnen eine lange Zeit von Störungsbeginn bis Therapieaufnahme. Es ist gut denkbar, dass der bei AN erhöhte Arztkontakt mit der Vielzahl der körperlichen Symptome zusammenhängt. Die Studienergebnisse machen aber auch deutlich, dass sich AN-Patientinnen nicht zwingend wegen ihrer Essstörung vorstellen bzw. über Symptome berichten, die zwar durch die AN bedingt, aber nicht spezifisch sind. In diesem Zusammenhang ist besonders problematisch, dass die körperlichen Begleiterscheinungen der AN vom ärztlichen Personal oft nicht als solche erkannt werden. Durch das verzögerte Überweisungsverhalten der Ärzte wird so der Zugang zu einer adäquaten Behandlung weiter erschwert. Es ist dementsprechend anzunehmen, dass sich die DUI bei körperlichen Begleiterscheinungen verlängert.

### 1.2.6 Einfluss der Anorexiendiagnose auf die Dauer von Krankheitsbeginn bis Therapiebeginn

Wenn ein Krankheitswert vorliegt, aber nicht alle Diagnosekriterien der AN erfüllt sind, besteht die Option, eine ATAN zu diagnostizieren.

Bei nicht vorhandener Amenorrhoe wird nach DSM-IV beispielsweise die Diagnose einer ATAN vergeben (APA, 2000). In ihrer Essstörungspsychopathologie unterscheiden sich AN und ATAN nach DSM-IV nicht (Le Grange u.a., 2013; Thomas, Vartanian & Brownell, 2009; Eddy, Celio Doyle, Hoste, Herzog & Le Grange, 2008b).

Nach der Streichung des Amenorrhoe-Kriteriums im DSM-V (vgl. APA 2000 und APA, 2013) ist es nun besonders das Gewichtskriterium, das den Unterschied zwischen AN und ATAN ausmacht (APA, 2013). Studien zeigten, dass Patienten, die trotz eines starken Gewichtsverlusts in Kombination mit einer AN-entsprechenden Essstörungspsychopathologie das Gewichtskriterium nicht erfüllten, ebenso unter schweren medizinischen Komplikationen litten, wie Patienten mit dem Vollbild einer AN (Whitelaw, Gilbertson, Lee & Sawyer, 2014; Madden, Morris, Zurynski, Kohn & Elliot, 2009).

Hinzukommt, dass das ärztliche Wissen über mögliche Komplikationen von Untergewicht nicht besonders gut ist (Hudson u.a., 2013). Dementsprechend

naheliegender ist die Schlussfolgerung, dass besonders ATAN-Fälle, die häufig nicht oder nur diskret untergewichtig sind, aber trotzdem unter Folgen des durch die Essstörung bedingten Gewichtsverlusts leiden, erst mit Verzögerung eine ATAN-Behandlung erhalten. Diese Vermutung stützen Fallbeschreibungen von Sim, Lebow & Billings (2013), wo trotz Symptomen und Gewichtsverlust mangels Untergewicht eher andere Diagnosen in Betracht gezogen wurden und es so zu einer Verzögerung der Essstörungsbehandlung kam.

## 1.3 Herleitung der Fragestellung und Hypothesen

Obwohl für viele krankheitsbezogene Faktoren ihre Auswirkung auf den Krankheitsverlauf der AN durch Studien belegt ist, wurde in den meisten Fällen nur ihr Einfluss nach Therapieaufnahme untersucht.

Wie oben dargestellt, legen Studien die Vermutung nahe, dass die DUI in ähnlicher Weise durch krankheitsbezogene Faktoren beeinflusst werden könnte. Bislang gibt es jedoch kaum Studien, die dies für AN getestet haben.

Ziel dieser Untersuchung ist es deswegen, den Einfluss krankheitsbezogener Faktoren auf die Zeitdauer von Symptombeginn bis Therapieaufnahme bei AN zu prüfen. Hierbei wird konkret der prädiktive Wert der Essstörungspsychopathologie, der Gewichtsentwicklung, des Subtyps der AN, der psychischen und körperlichen Begleitsymptome sowie der Anorexiendiagnose bestimmt.

Vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes in Bezug auf die Essstörungspsychopathologie wird vermutet, dass sie bei AN, entgegen der Tendenz bei psychiatrischen Störungen allgemein, mit zunehmender Ausprägung den prätherapeutischen Krankheitsverlauf verlängert. Beim Subtyp wird erwartet, dass die DUI beim Binge-Purging-Subtyp verkürzt ist.

Es wird weiterhin vermutet, dass bei größeren BMI-Veränderung bedingt durch einen größeren Gewichtsverlust die DUI von Symptombeginn bis Therapieaufnahme verlängert ist.

Sowohl somatische als auch psychische (ängstliche) Komorbidität werden als DUI-prolongierende Faktoren eingeschätzt. Im Fall von depressiven Begleitsymptomen ergaben Voruntersuchungen widersprüchliche Ergebnisse, sodass der Einfluss explorativ geprüft wird.

Hinsichtlich der Differenzierung eines Vollbilds der AN von der atypischen Form der Erkrankung wird vermutet, dass die Patientinnen mit einem Vollbild der AN schneller in Behandlung sind. Nachfolgend sind die Hypothesen noch einmal in tabellarischer Form dargestellt:

*Tabelle 1 Arbeitshypothesen*

<b>Hypothese 1</b>	Patientinnen mit ausgeprägter Essstörungspsychopathologie haben eine längere Erkrankungsdauer vor Therapieaufnahme.
<b>Hypothese 2</b>	Patientinnen mit Binge-Purging-Subtyp einer Anorexia nervosa sind schneller in Behandlung, als Patientinnen mit restriktivem Subtyp.
<b>Hypothese 3</b>	Je größer die -Veränderung des Body-Mass-Index von Störungsbeginn bis Therapiebeginn ist, desto länger ist die unbehandelte Erkrankungsdauer.
<b>Hypothese 4</b>	Patientinnen mit mehr psychischen Begleitbeschwerden in Form von ängstlichen Symptomen sind später in Behandlung, als Patientinnen mit weniger ängstlichen Begleitsymptomen.
<b>Hypothese 5</b>	Die Auswirkung von ausgeprägteren psychischen Begleitbeschwerden in Form von depressiven Symptomen im Gegensatz zu weniger ausgeprägter depressiver Symptomatik wird exploriert.
<b>Hypothese 6</b>	Patientinnen mit mehr körperlichen Beschwerden sind später in Behandlung, als Patientinnen mit weniger somatischen Beschwerden.
<b>Hypothese 7</b>	Patientinnen mit einem Vollbild der Anorexia nervosa gehen früher in Behandlung als Patientinnen mit einer atypischen Anorexia nervosa.

## 2. MATERIAL UND METHODEN

### 2.1 Methodisches Vorgehen

Die für die vorliegende Arbeit verwendeten Daten wurden im Rahmen der „Gesundheitsmetropole Hamburg - *psychnet* - Hamburger Netz für psychische Gesundheit“ erhoben, einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung unterstützten Projekt zur Förderung der Aufklärung über psychische Erkrankungen, ihrer Früherkennung und Behandlung. Das Projekt startete 2011 und wurde am 31.12.2015 beendet.

Insgesamt elf Teilprojekte befassten sich unter anderem mit dem Aufbau von Gesundheitsnetzen für verschiedene Krankheitsbilder (Essstörungen, somatoforme Störungen, Psychosen, Depressionen, Alkohol im Jugendalter) sowie mit der Aufklärung über psychische Erkrankungen in Gesellschaft und Unternehmen. Zudem wurde neben einer stärkeren Einbindung von Angehörigen und Betroffenen auch eine verbesserte hausärztliche Versorgung angestrebt (Härter, 2012).

Wichtig für diese Arbeit ist das Teilprojekt IX „Gesundheitsnetz Magersucht und Bulimie“. Die für die vorliegende Untersuchung genutzten Daten beziehen sich auf das Fokusprojekt „Früherkennung und Frühbehandlung“, dessen Zielsetzung es war, durch die Eröffnung eines Früherkennungszentrums und Öffentlichkeitsarbeit sowie eine stärkere Vernetzung von bereits vorhandenen Versorgungsstrukturen zu erreichen, dass die Information über Essstörungen erleichtert und die Versorgung von Essgestörten verbessert wird. Im Rahmen einer Prä-Post-Studie wurde der Erfolg gemessen, indem geprüft wurde, ob sich die Zeit bis zur initialen Behandlung durch die durchgeführten Maßnahmen verkürzt hat. Eine ausführliche Darstellung der Studienziele und Methodik bietet die Veröffentlichung von Gumz u.a. (2014).

Relevant für die vorliegende Arbeit ist der erste Messzeitpunkt des oben beschriebenen Fokusprojekts, der im November 2012 angelaufen und im Mai 2013 beendet wurde. In Form einer Querschnittsuntersuchung wird an diesen Daten die Fragestellung geprüft.

### 2.1.1 Ablauf der Erhebung

Die Patientinnen wurden im ambulanten und (teil-)stationären Setting sowie in Beratungsstellen rekrutiert. Hierzu waren im Vorwege ambulante Psychotherapeuten, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten sowie Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik und Beratungsstellen des Hamburger Stadtgebiets und Umlands als Kooperationspartner gewonnen worden. In den verschiedenen Settings wurden die Teilnehmerinnen direkt durch ihre Therapeuten unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien ausgewählt. In einem persönlichen Gespräch wurden sie über die Studie und deren Ablauf informiert und über die Pseudonymisierung der Daten aufgeklärt. Außerdem erhielten sie ein Aufklärungsblatt sowie eine schriftliche Einwilligungserklärung (informed consent) (siehe Anhang). Bei Patientinnen, die jünger als 16 Jahre alt waren, war außerdem die schriftliche Einwilligung eines Erziehungsberechtigten erforderlich. Nach erfolgter informierter Zustimmung wurde den Patientinnen eine Sammlung von Fragebögen ausgehändigt.

Die ausgefüllten Fragebögen wurden von den Kooperationspartnern an das Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf weitergeleitet. Dort wurden die Unterlagen auf Vollständigkeit überprüft und die Erfüllung der Ein- und Ausschlusskriterien kontrolliert. Anschließend kontaktierte man die Patientinnen zeitnah, um ein Telefoninterview durchzuführen, anhand dessen die Diagnose für eine Essstörung verifiziert wurde.

Alle Patientinnen erhielten als Aufwandsentschädigung einen Kino-Gutschein, die rekrutierenden Ärzte und Therapeuten jeweils einen Fachbuch-Gutschein.

### 2.1.2 Stichprobe

In die Studie eingeschlossen wurden Frauen und Mädchen im Alter von 10 - 60 Jahren mit Diagnose einer typischen oder atypischen AN, die zum Erhebungszeitpunkt oder kurz zuvor erstmals wegen ihrer Essstörung in ambulanter bzw. (teil-)stationärer leitliniengerechter Erstbehandlung waren (Mindestdauer 14 Tage bzw. 6 Sitzungen). Ausgeschlossen wurden Patientinnen, deren Deutschkenntnisse für die Beantwortung der Fragen nicht ausreichend

waren, und jene, die durch psychische oder somatische Beschwerden bzw. Suizidalität so eingeschränkt waren, dass eine Teilnahme nicht möglich war.

Probandinnen, die den Fragebogen zwar ausgefüllt hatten, jedoch mehrmalig nicht für das Telefoninterview zur Verfügung standen, dieses verweigerten oder die informierte Zustimmung nicht gaben, wurden ebenfalls von der weiteren Teilnahme ausgeschlossen.

#### 2.1.2.1 Ethische Gesichtspunkte und Datensicherheit

Der Ethikantrag an die Ethikkommission der Psychotherapeutenkammer wurde am 26.07.2011 bewilligt (siehe Anhang).

Die Patientinnen wurden bei der Rekrutierung über den Ablauf der Studie und ihre Zielsetzung sowie zu den geltenden Bestimmungen zur Datensicherheit<sup>21</sup> aufgeklärt und mussten ihr schriftliches Einverständnis geben. Durch Vermittlung der Kontaktdaten des Instituts und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Eppendorf standen den Teilnehmerinnen bei Fragen jederzeit Ansprechpartner zur Verfügung.

#### 2.1.2.2 Qualität, Eingabe und Aufbereitung der Daten

Um eine gute Qualität der Daten zu gewährleisten, wurden validierte Messinstrumente verwendet und aus Fragebögen erhobene Daten mit Interviewdaten kombiniert. Zudem wurden alle Mitarbeiterinnen sorgfältig geschult, um eine einheitliche Dateneingabe zu ermöglichen. Sie erhielten eine Einführung in das genutzte Statistik-Programm und eine Fortbildung zur Durchführung des Fremdbeurteilungsverfahrens. Regelmäßige Treffen der Arbeitsgruppe gewährleisteten eine optimale Kommunikation zwischen allen Mitarbeitern und so eine reibungslose Durchführung der Untersuchung.

---

<sup>21</sup> Nutzung der Daten in anonymisierter und pseudonymisierter Form, getrennte Lagerung persönlicher Daten und Fragebögen gemäß den geltenden Datenschutzstandards.



### 2.1.3 Darstellung der Erhebungsmethoden

Nachfolgend findet sich eine genaue Beschreibung der verwandten Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren, entsprechend der Reihenfolge der an die Patientinnen weitergegebenen Inventare.

#### 2.1.3.1 Selbstbeurteilungsverfahren

##### 2.1.3.1.1 Soziodemographie-Fragebogen

Anhand dieses Fragebogens wurden für alle Teilprojekte des Hamburger Gesundheitsnetzes *psychnet* auf gleiche Weise Informationen zu Alter, Herkunft, Wohnverhältnissen, familiärem Hintergrund und Bildung erfasst. Bei Items, die nicht-dichotome bzw. numerische Antworten erforderten, standen verschiedene Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Darüber hinaus konnte bei Nichtzutreffen die Freitextantwort genutzt werden.

##### 2.1.3.1.2 Fragebogen zum Behandlungsbeginn

Dieser Fragebogen wurde für das Fokusprojekt „Früherkennung und Frühbehandlung“ entworfen und gliedert sich in drei Teile: Zwei Teile erfassen bisherige Behandlungen und Beratungskontakte, während ein dritter Teil sich mit dem Erkrankungsbeginn und der Diagnosestellung beschäftigt.

Es werden alle bisherigen essstörungsspezifischen Behandlungen, die mindestens 14 Tage bzw. 6 Sitzungen dauerten, inklusive Behandlungsbeginn und Setting erfasst. So kann der Zeitpunkt der ersten leitliniengerechten Therapieaufnahme bestimmt werden. In Kombination mit der Angabe, wann die AN bzw. ATAN begonnen hat, ist die Dauer von Störungsbeginn bis Behandlungsbeginn bestimmbar. Des Weiteren werden Therapieabbrüche dokumentiert sowie Informationen zu Motivation und Informationsbeschaffung, erstmaliger Diagnosestellung und Hilfesuchen erhoben.

Ein letzter Teil erfasst die bisherigen Erfahrungen der Patientin mit der Gesundheitsversorgungslandschaft, indem die Anzahl, Qualität und der Zeitpunkt von Kontakten mit beratend tätigen Einrichtungen, Kliniken und Krankenhausstationen sowie ambulanten Behandlungseinrichtungen und Praxen abgefragt wird.

Zeitpunktangaben und numerische Antworten waren von den Patientinnen selbst einzufügen, für dichotom zu beantwortende Fragen existieren vorgegebene Antwortmöglichkeiten (Ja/Nein), für alle anderen Fragen sowohl vorgegebene Antwortmöglichkeiten als auch Freitextantworten.

In einer Pilotstudie wurde die Verständlichkeit des Fragebogens getestet und die Korrektheit der von den Patientinnen gemachten Angaben von den behandelnden Therapeuten geprüft. Die Genauigkeit der Informationen war überzeugend (Weigel u.a., 2014).

#### *2.1.3.1.3 Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) bzw. Ch-EDE-Q*

Zur Evaluation der Essstörungspsychopathologie wurde der EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994; dt. Übersetzung von Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006) verwendet. Dies ist ein Fragebogen, der sich aus dem „Eating Disorder Examination“-Interview (EDE) ableitet (Fairburn & Cooper, 1993). Patientinnen, die jünger als 16 Jahre alt waren, bearbeiteten die für Kinder und Jugendliche adaptierte Version, den Children's EDE-Q (Ch-EDE-Q), der ebenfalls in deutscher Übersetzung vorliegt (Hilbert, Hartmann & Czaja, 2008).

Der EDE-Q besteht aus insgesamt 28 Items. 22 Items sind insgesamt vier Subskalen zuzuordnen („Restraint“- gezügeltes Essen<sup>22</sup>, „Eating Concern“- essensbezogene Sorgen<sup>23</sup>, „Weight Concern“ - Gewichtssorgen, „Shape Concern“- Figursorgen) und beziehen sich jeweils auf die letzten vier Wochen. Die Antwortmöglichkeiten sind gestaffelt von 0 („Merkmal nicht vorhanden“) bis 6 („Merkmal war jeden Tag ausgeprägt bzw. in extremer Ausprägung vorhanden“). Die sechs übrigen Items erfassen Essanfälle, den Gebrauch von Laxanzien und selbstinduziertes Erbrechen sowie Amenorrhoe, die Einnahme der Anti-Baby-Pille, Körpergewicht und -größe.

Zur Auswertung werden Mittelwerte der jeweiligen Subskalen-Scores ermittelt.

Die deutsche Version des EDE-Q erwies sich als reliabel und valide: Die Test-Retest-Korrelation lag bei 0,88, die interne Konsistenz war exzellent (Cronbachs Alpha 0,97), es wurde zudem eine „signifikante bis hochsignifikante Korrelation zwischen EDE und EDE-Q“ nachgewiesen (Hilbert, Tuschen-Caffier, Kawautz,

---

<sup>22</sup> Nachfolgend: Restriktives Verhalten

<sup>23</sup> Nachfolgend: Essenssorgen

Niederhofer & Munsch, 2007). Bei Vorhandensein einer Essstörung wurden deutlich höhere Scores erreicht als bei Nicht-Vorhandensein, der EDE-Q zeigte sich dementsprechend als ausreichend valide (Hilbert, Tuschen-Caffier, Kawautz, Niederhofer & Munsch, 2007). Eine Übersichtsarbeit von Berg u.a. (2012) zu den psychometrischen Eigenschaften der englischen Originalversion kam zu ähnlichen Ergebnissen: In Bezug auf die Subskalen zeigten sich Test-Retest-Korrelationen von 0,66 bis 0,94, in Bezug auf die das Verhalten messenden Items 0,51 bis 0,92, die interne Konsistenz war zufriedenstellend (Cronbachs Alpha 0,70 – 0,93) (Berg u.a., 2012).

Die AN-Gruppe erzielte in der deutschen Validierungsstudie (Hilbert, Tuschen-Caffier, Kawautz, Niederhofer & Munsch, 2007) durchschnittlich 3,1 Punkte auf der Restraint-Subskala, 3,5 auf der Eating-Concern-Subskala, 3,8 Punkte auf der Weight-Concern-Subskala und 4,3 Punkte auf der Shape-Concern-Subskala. Die durchschnittliche Gesamtpunktzahl lag bei 3,7 Punkten. Es liegen darüber hinaus Referenzwerte für die deutsche Bevölkerung vor (Hilbert, de Zwaan & Braehler, 2012).

Die Durchführung dauert ungefähr 15 Minuten und unterstreicht den Wert des EDE-Q als initiales Screening-Instrument (Schweiger, Salbach-Andrae, Hagenah & Tuschen-Caffier, 2011).

Auch der Ch-EDE-Q zeigte gute psychometrische Eigenschaften (Hilbert, Hartmann & Czaja, 2008).

#### *2.1.3.1.4 Auszüge aus dem Patient-Health-Questionnaire-D (Gesundheitsfragebogen für Patienten [PHQ-D])*

Die nachfolgend beschriebenen drei Instrumente sind Teil der deutschen Version des Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire (Spitzer u.a., 1994), des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D) (Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002).

##### *2.1.3.1.4.1 Patient-Health-Questionnaire-15 (PHQ-15)*

In der vorliegenden Untersuchung wird der PHQ-15 genutzt, um die Beeinträchtigung durch körperliche Symptome zu messen. Er besteht aus fünfzehn Items, die sich auf die somatischen Beschwerden der letzten 28 Tage

beziehen und die häufigsten Formen von somatischen Schmerzen abfragen (Kroenke, Spitzer & Williams, 2002). Zu diesen Beschwerden zählen Störungen der Verdauung (Übelkeit, Blähungen, Obstipation, Diarrhoe, Bauchschmerzen), Schmerzen des Bewegungsapparats, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, thorakale Schmerzen, Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Herzklopfen oder -rasen, Dyspnoe, Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr sowie Dysmenorrhoe.

Es stehen drei skalierte Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: 0 - „Nicht beeinträchtigt“, 1 - „Wenig beeinträchtigt“ und 2 - „Stark beeinträchtigt“. Validierungsstudien zeigten, dass der Test sich dazu eignet, somatische Symptome zu messen (Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2010; Kroenke, Spitzer & Williams, 2002). Die interne Reliabilität des Originals und auch der deutschen Übersetzung waren sehr gut mit Werten für Cronbachs Alpha von 0,80 bzw. 0,79 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2002; Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe, 2004). Patienten mit psychischen Störungen erzielten in der deutschen Validierungsstudie höhere Werte als psychisch gesunde Patienten (Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe, 2004).

#### 2.1.3.1.4.2 Patient-Health-Questionnaire-9 (PHQ-9)

Im Rahmen dieser Arbeit wird der PHQ-9 zur Erfassung der Beeinträchtigung durch depressive Symptome verwandt. Er besteht aus neun Items, die die Kriterien für eine Major Depression abbilden (u.a. Antriebslosigkeit, Verlust von Interessen, Schlafstörungen, Selbstmordgedanken, Ruhelosigkeit, Konzentrationsprobleme).

Der Grad der Beeinträchtigung ist einer der vier Antwortmöglichkeiten zuzuordnen: 0 - „überhaupt nicht“, 1 - „an einzelnen Tagen“, 2 - „an mehr als der Hälfte der Tage“, 3 - „beinahe jeden Tag“.

Die Ergebnisse können sowohl qualitativ als auch quantitativ ausgewertet werden (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). Das heißt, dass sie Auskunft über die Wahrscheinlichkeit geben, dass eine Major Depression vorliegt, und zum anderen eine Aussage darüber möglich machen, wie ausgeprägt die Symptomatik ist (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001).

Die Originalversion des Instruments und auch die deutsche Übersetzung erwiesen sich als valide und reliabel (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe, 2004). Die Test-Retest Korrelation betrug 0,84, die interne Konsistenz lag bei 0,89 (Cronbachs Alpha), Sensitivität und Spezifität bei je 88 % (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). Im Rahmen der deutschen Validierungsstudie wurde die Performance des Instruments auch an einer psychosomatisch erkrankten Stichprobe geprüft.

Mehrere Studien bestätigen die guten psychometrischen Eigenschaften des PHQ-9 bei Stichproben der ärztlichen Grundversorgung (Gilbody, Richards, Breal & Hewitt, 2007; Wittkamp, Naeije, Schene, Huyser & van Weert, 2007; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), wie auch im Zusammenhang mit adoleszenten Patienten (Allgaier, Pietsch, Frühe, Sigl-Glückner & Schulte-Körne, 2012; Tsai u.a., 2014).

#### 2.1.3.1.4.3 Generalized-Anxiety-Disorder-7 (GAD-7)

Der GAD-7 dient in der vorliegenden Untersuchung der Erfassung von Ängstlichkeit. Seine sieben Items orientieren sich an den DSM-Kriterien einer generalisierten Angststörung (Generalized Anxiety Disorder - GAD) (Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002).

Er misst das Auftreten von Angst-Symptomen und die erlebte Beeinträchtigung hierdurch während der letzten zwei Wochen. Anhand der vierstufigen Antwortmöglichkeiten soll eine Aussage über die Häufigkeit getroffen werden (0 - „überhaupt nicht“, 1 - „an einzelnen Tagen“, 2 - „an mehr als der Hälfte der Tage“, 3 - „beinahe jeden Tag“).

Der erzielte Score gibt Hinweise darauf, wie wahrscheinlich es ist, dass eine generalisierte Angststörung vorliegt. Bei einem Score von  $\geq 10$  Punkten zeigte der Test eine gute Sensitivität und Spezifität (0,89 bzw. 0,82) (Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2010). Ab einem Score von  $\geq 15$  ist die Spezifität maximiert, allerdings nimmt die Sensitivität wieder ab (Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2010). Die sich bei einem Punktwert von 15 ergebenden Prävalenzen spiegeln die in der Grundversorgung erhobenen Prävalenzen wider (Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2010).

Die deutsche Version des GAD-7 zeigte sich ausreichend valide und reliabel (Cronbachs Alpha 0,89), es liegen zudem Referenzwerte für die deutsche Bevölkerung vor (Löwe u.a., 2008). Es liegen Validierungsstudien sowohl für somatisch als auch psychiatrisch erkrankte Stichproben vor (Seo u.a., 2014; Delgadillo u.a., 2012).

Für PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7 gibt es verschiedene Cut-off Werte, die eine Einordnung der Symptomstärke in minimal, mild, mittelgradig und schwergradig ermöglichen (Kroenke, Spitzer & Williams, 2002; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006; Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2010). Einen Überblick hierüber bietet Tabelle 2.

*Tabelle 2 Einordnung in Schweregrade nach Punktwert*

	<b>PHQ-15</b>	<b>PHQ-9</b>	<b>GAD-7</b>
Minimal	0-4	0-4	0-4
Mild	5-9	5-9	5-9
Mittelgradig	10-14	10-14	10-14
Schwergradig	15-30	15-27	15-21

PHQ – Gesundheitsfragebogen für Patienten; GAD – Generalized Anxiety Disorder

### 2.1.3.2 Fremdbeurteilungsverfahren

#### 2.1.3.2.1 Strukturiertes Klinisches Interview nach DSM-IV (SKID)

Das SKID nach DSM-IV (Wittchen u.a., 1997) ist ein halbstrukturiertes Leitfadeninterview, anhand dessen DSM-IV-Diagnosen der Achse I erfasst werden können. Das SKID I ist in zehn verschiedene Sektionen aufgeteilt (Sektion A-J), die jeweils die Diagnosen affektiver, psychotischer und somatoformer Störungen sowie Angst-, Ess-, Anpassungsstörungen und Störungen durch psychotrope Substanzen abbilden.

Zur Erhebung der AN-Diagnose und des Subtyps wurde für diese Studie die Sektion H (Essstörungen) telefonisch abgefragt. Zusätzlich zur Prüfung des Vorhandenseins der einzelnen Diagnosekriterien wurde jeweils der Zeitpunkt des ersten Auftretens erfasst. Als Störungsbeginn ergibt sich somit der Zeitpunkt, an dem die Patientin zum ersten Mal alle Diagnosekriterien der Essstörung erfüllte. Die Auswertung der Antworten nach DSM-IV wurde durch eine Beurteilung nach

Kriterien des DSM-V ergänzt. Dementsprechend lag für alle Patientinnen eine Diagnose nach Kriterien des DSM-IV und eine Diagnose nach Kriterien des DSM-V vor.

Das SKID erzielte gute Ergebnisse in Hinblick auf psychometrische Testkriterien. Die Test-Retest-Reliabilität und Interrater-Reliabilität ist zufriedenstellend bis sehr gut (Lobbestael, Leurgans & Arntz, 2011; Zanarini & Frankenburg, 2001; Williams u.a., 1992). Das SKID hat im Vergleich zu dem, was einem Goldstandard für psychiatrische Diagnosen am nächsten kommt, dem LEAD (Longitudinal assessment done by expert diagnosticians using all data) (Spitzer, 1983), eine gute Validität und ist dem nicht strukturierten Gespräch überlegen (Miller, Dasher, Collins, Griffith & Brown, 2001; Ramirez u.a., 2000). Es sollte jedoch nur von erfahrenen und geschulten Interviewern durchgeführt werden (Williams u.a., 1992). Speziell auf Essstörungen bezogen zeigte die SKID-Diagnose eine gute Übereinstimmung mit der klinischen Diagnose (Thomas u.a., 2010).

## 2.1.4 Operationalisierung der Variablen

Tabelle 3 bietet einen Überblick über die Operationalisierung der Variablen anhand der erhobenen Daten bzw. der verwandten Instrumente.

*Tabelle 3 Operationalisierung der Variablen*

<b>Variable</b>	<b>Operationalisierung</b>
Essstörungenpsychopathologie	EDEQ-Score bzw. Ch-EDE-Q-Score
- Gewichtssorgen	- Weight-Concern Subskala-Wert
- Figursorgen	- Shape-Concern Subskala-Wert
- Essenssorgen	- Eating-Concern Subskala-Wert
- Restriktives Verhalten	- Restraint Subskala-Wert
Anorexiediagnose	Diagnosekriterien SKID-Interview
Subtyp	Diagnosekriterien SKID-Interview
Gewichtsentwicklung	BMI-Differenz = BMI_Therapiebeginn – BMI_Störungsbeginn
Depressive Symptome	PHQ-9-Score
Ängstliche Symptome	GAD-7-Score
Somatische Symptome	PHQ-15-Score
Unbehandelte Erkrankungsdauer	Therapiebeginn - Störungsbeginn

EDE-Q – Eating Disorder Examination-Questionnaire; Ch-EDE-Q – Children’s Eating Disorder Examination-Questionnaire; SKID – Strukturiertes Klinisches Interview nach der vierten Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; BMI – Body-Mass-Index; PHQ – Gesundheitsfragebogen für Patienten; GAD – Generalized Anxiety Disorder



## 2.1.4.1 Erläuterung zur Operationalisierung der unabhängigen Variablen Anorexiediagnose, Subtyp und Gewichtsentwicklung

### 2.1.4.1.1 Anorexiediagnose

Die Anorexiediagnose wird anhand des SKID-Interviews ermittelt. Es kann entweder eine AN oder eine ATAN nach DSM-IV bzw. DSM-V vorliegen. Um eine Diagnose der ATAN nach DSM-IV zu erlangen, muss die Patientin bis auf eine Ausnahme alle Diagnosekriterien für eine AN nach DSM-IV erfüllen.

Für eine Diagnose der ATAN nach DSM-V wurde laut Studienprotokoll die Erfüllung von zwei von drei Diagnosekriterien für eine AN nach DSM-V gefordert.

### 2.1.4.1.2 Subtyp

Der Subtyp wird anhand des SKIDs ermittelt. Es kann entweder der restriktive Subtyp oder der Binge-Purging-Subtyp vorliegen.

### 2.1.4.1.3 Gewichtsentwicklung

Die Gewichtsentwicklung wird durch die BMI-Differenz aus BMI bei Therapiebeginn und BMI bei Störungsbeginn operationalisiert.

Im EDE-Q bzw. Ch-EDE-Q werden Körpergewicht und -größe zum Zeitpunkt des Ausfüllens erfasst. Im Rahmen des Interviews werden zudem das niedrigste je erreichte Gewicht sowie das Gewicht bei Störungsbeginn und Therapiebeginn von den Patientinnen erfragt. Anstatt reine Gewichtsangaben zu nutzen, wird aus den erhobenen Werten der BMI zu Störungsbeginn, der BMI zu Therapiebeginn und der niedrigste, je erreichte BMI berechnet. Der BMI, ein Relativwert, wird als Bezugsgröße für die Gewichtsentwicklung genutzt, um diese für alle Fälle einheitlich und vergleichbar abzubilden. Zudem bilden Störungs- und Therapiebeginn einheitliche Bezugspunkte für den Betrachtungszeitraum der Gewichtsentwicklung, anders als bei zeitlich nicht eingegrenzten Größen wie der Gewichtssuppression (Wildes & Marcus, 2012).

In Studien führten die Angaben von AN-Patientinnen zu Körpergröße und -höhe zu zutreffenden BMI-Werten (Ciarapica, Mauro, Zaccaria, Cannella, & Polito, 2010; Wolfe, Kelly-Weeder, Malcom & McKenry, 2013).

## 2.1.4.2 Erläuterung zur Operationalisierung der abhängigen Variablen

### unbehandelte Erkrankungsdauer

Die DUI ist definiert als die Zeit in Monaten, die von Störungsbeginn bis zur Aufnahme einer erkrankungsspezifischen, leitliniengerechten Therapie vergeht. Sie wird in der vorliegenden Untersuchung als Differenz des Datums der Therapieaufnahme und des Störungsbeginns

(Zeitpunkt [Therapiebeginn] - Zeitpunkt [Störungsbeginn]=DUI) berechnet. Diese Information wird im Fragebogen zum Behandlungsbeginn erhoben und durch die Interview-Angaben nochmals validiert. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Patientinnen-Aussagen während des Interviews ergibt sich der Erkrankungsbeginn folglich als das Datum, zu dem erstmalig alle Kriterien für eine AN oder ATAN nach DSM-IV bzw. DSM-V erfüllt waren.

### 2.1.4.2.1 *Behandlungslatenz*

Die Behandlungslatenz berechnet sich aus der Differenz der DUI und der Dauer von Störungsbeginn bis zur ersten Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitssystem (duration until first contact [DUC]) (DUI-DUC). Das Datum des Erstkontakts mit dem Gesundheitssystem wird im Fragebogen zum Behandlungsbeginn erhoben. Sie wird explorativ als Teilmenge der DUI betrachtet.

## 2.1.5 Statistische Datenanalyse

### 2.1.5.1 Deskriptive Statistik

An den erhobenen Querschnittsdaten wurde zunächst eine univariate deskriptive Datenanalyse vorgenommen. Dafür wurden für die Variablen auf nominalem Datenniveau Häufigkeiten erfasst bzw. für die Variablen auf einem höheren Skalenniveau Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima bestimmt.

Anhand der stetigen Variable Alter wurde eine Gruppeneinteilung der Stichprobe in Erwachsene ( $\geq 18$  Jahre) und Kinder/Jugendliche<sup>24</sup> ( $< 18$  Jahre) vorgenommen.

Anschließend wurden bivariate Betrachtungen durchgeführt, so dass die einzelnen Variablen in Abhängigkeit des Alters bzw. der Altersgruppe und ggf. der Diagnose

---

<sup>24</sup> Kinder und Jugendliche unterstehen bei der Behandlung ihrer Essstörung der Betreuung von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und-psychotherapie.

bzw. der Anorexiendiagnose und des Subtyps weitergehend deskriptiv betrachtet wurden. Um Tendenzen hinsichtlich der DUI herauszuarbeiten, wurden die metrischen Variablen gruppiert und sich zwischen den verschiedenen Gruppen ergebende Unterschiede wurden je nach Skalenniveau anhand von T-Tests für unabhängige Stichproben oder Chi<sup>2</sup>-Tests weiter geprüft.

#### 2.1.5.2 Multifaktorielles Modell

Für die multifaktorielle Betrachtung mit der DUI als abhängiger Variablen (Übersicht der Variablen s. Tabelle 3) wurde eine negativ binomiale Regression gewählt. Zur Beurteilung der Anpassungsgüte wurde das Informationskriterium nach Akaike herangezogen. Der EDE-Q-Gesamt-Score wurde zugunsten der Subskalen-Werte nicht berücksichtigt, da die Subskalen-Werte im Gesamt-Score enthalten sind<sup>25</sup> und eine differenziertere Auswertung ermöglichen. Das Alter wurde als offset-Variable im Modell berücksichtigt.

Für das abschließende Modell wurde bei mehr als 5 % fehlenden Werten pro relevanter Variablen mithilfe einer multiplen Imputation ausgeglichen. Hierbei wurden 30 zusätzliche Datensätze erzeugt.

Anhand einer Rückwärtsselektion wurden signifikante Prädiktoren identifiziert. Das Signifikanzniveau lag bei  $p \leq 0,05$ .

#### 2.1.5.3 Software

Es wurde IBM SPSS Statistics in der Version 21 und Microsoft Office Excel 2013 verwendet.

---

<sup>25</sup> Summe der Subskalen-Werte dividiert durch Anzahl der Subskalen.

## 2.2 Material

Sämtliche verwandten Fragebögen sowie das SKID und die Einverständniserklärung können im Anhang eingesehen werden.

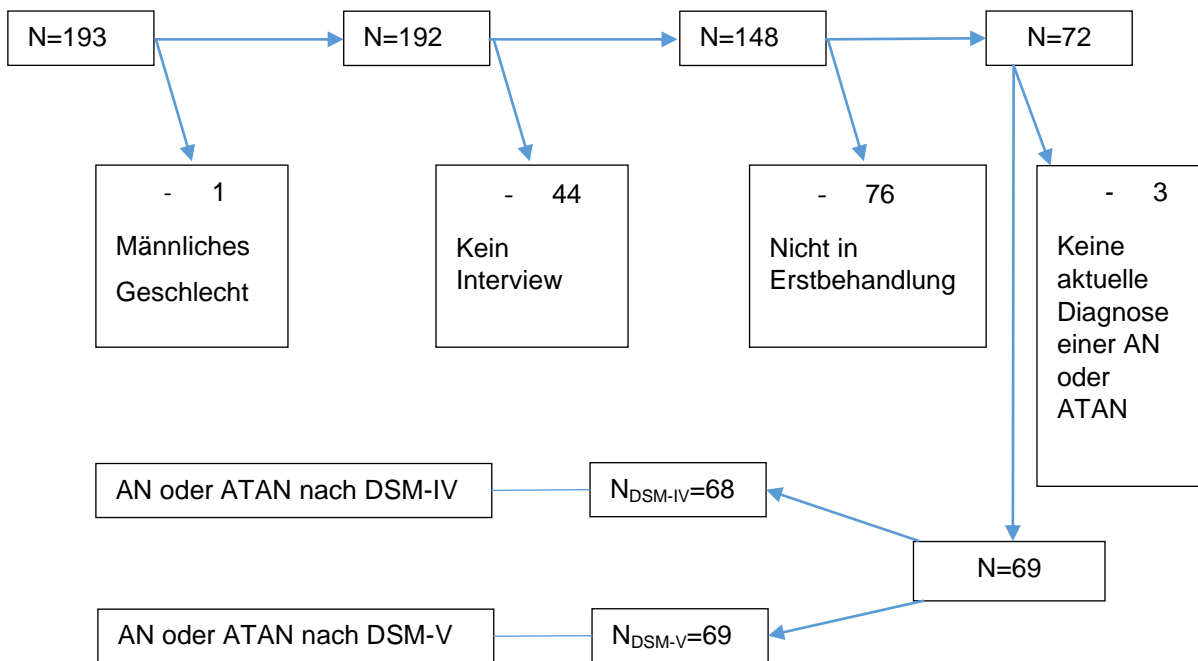
*Tabelle 4 Übersicht Selbstbeurteilungsverfahren*

- 
- Soziodemographie-Fragebogen
  - Fragebogen zu Behandlungsbeginn
  - Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) bzw. Children's Eating Disorder Examination-Questionnaire (Ch-EDE-Q)
  - Patient-Health-Questionnaire-15 (PHQ-15)
  - Patient-Health-Questionnaire-9 (PHQ-9)
  - Generalized-Anxiety-Disorder-7 (GAD-7)
-

### 3. ERGEBNISSE

#### 3.1 Deskriptive Statistik

Von 193 Personen, die die Fragebögen ausgefüllt haben, wurden n=69 für die Betrachtung nach DSM-V und n=68 nach DSM-IV berücksichtigt. In Abbildung 1 ist die Stichprobenauswahl näher erläutert.



AN – Anorexia nervosa; ATAN – atypische Anorexia nervosa; DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; N – Größe der Stichprobe

Abbildung 1 Auswahl der Stichprobe

51 Patientinnen (73,9 %) <sup>26</sup> wurden im stationären oder teilstationären Setting rekrutiert, 14 Fälle (20,4 %) im ambulanten Bereich und vier Fälle (5,8 %) wurden durch Beratungsstellen übermittelt.

Alle Patientinnen sind in Deutschland geboren. In vier Fällen liegt ein Migrationshintergrund (ein Elternteil nicht in Deutschland geboren) vor.

<sup>26</sup> Die Zahlen dieses Abschnitts zu soziodemographischen Charakteristika der Stichprobe beziehen sich auf alle betrachteten Fälle (n=69). In den nachfolgenden Abschnitten ist die für die angegebenen Werte relevante DSM-Auflage gekennzeichnet.

Mit Ausnahme von vier verheirateten Patientinnen, waren zum Erhebungszeitpunkt alle anderen ledig. 16 davon leben in einer festen Beziehung. In 64 % der Fälle (n=44) sind die Eltern verheiratet, in 32 % (n=22) geschieden. Ein Elternteil ist verwitwet, in zwei Fällen sind die Eltern ledig.

27 Patientinnen hatten bei Befragung ihre Schulbildung noch nicht abgeschlossen. Der höchste Schulabschluss der übrigen 42 Frauen war für 15 der Fachhochschul- oder Universitätsabschluss, für 19 Patientinnen das Abitur und in acht Fällen die mittlere Reife. 36 % (n=15) dieser Frauen waren teil- oder vollzeitbeschäftigt, 45,2 % (n=19) von ihnen studierten noch oder befanden sich in der Ausbildung, sechs Patientinnen waren zum Zeitpunkt der Erhebung arbeitslos.

58 % der Patientinnen lebten bei ihren Eltern, 15 % allein, 26 % in einer WG oder mit dem Partner.

Die jüngste Patientin war 11 Jahre alt, die Älteste 53 Jahre, das durchschnittliche Alter betrug 22,0 Jahre (DSM-V) (SD=7,4). In Bezug auf die für DSM-IV betrachtete Stichprobe ergibt sich ein etwas niedrigeres Durchschnittsalter (21,8 Jahre, SD=7,37). 53,6 %<sup>27</sup> (n=37) waren bei Störungsbeginn jünger als 18 Jahre alt, aktuell zählen 29,0 %<sup>28</sup> (n=20) zu den Patientinnen, die in kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. –psychosomatischer Betreuung sind.

Die Kinder und Jugendlichen waren zum Erhebungszeitpunkt im Durchschnitt 15,3 Jahre (SD=1,8)<sup>29</sup> alt, die nach DSM-IV betrachteten Erwachsenen 24,5 Jahre (SD=6,7) bzw. nach DSM-V 24,7 Jahre (SD=7,0) alt.

### 3.1.1 Anorexiediagnose und Subtyp

Eine ausführliche Darstellung der Häufigkeiten und Verteilung von Anorexiediagnose und Subtypen bietet Tabelle 5.

In Abbildung 2 sind die prozentualen Anteile der einzelnen Diagnosen an der Gesamtstichprobe für die Betrachtungen nach DSM-IV und DSM-V veranschaulicht.

---

<sup>27</sup> Betrachtung nach DSM-V. DSM-IV: N=37 (54,4 %).

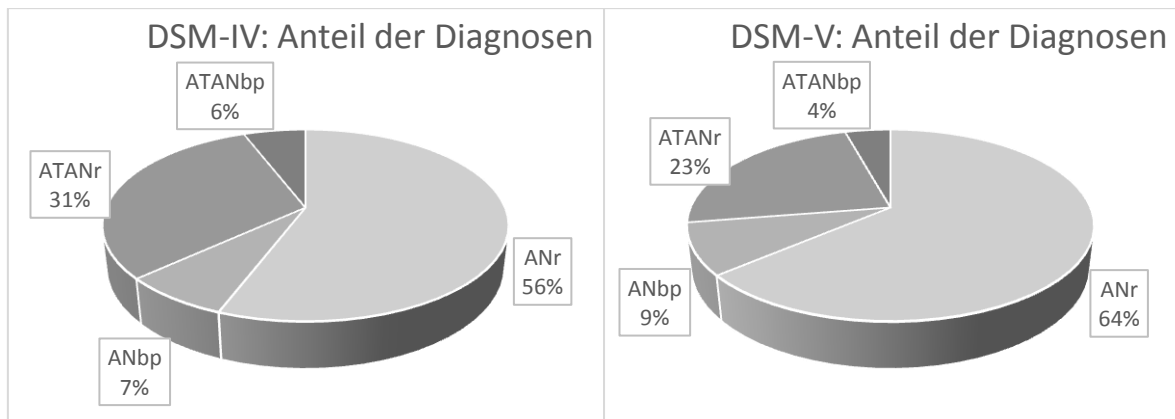
<sup>28</sup> Betrachtung nach DSM-V. DSM-IV: N=20 (29,4 %).

<sup>29</sup> Kein Unterschied zwischen DSM-IV und DSM-V.

Tabelle 5 Häufigkeiten und Verteilungen von Anorexiendiagnose, Subtyp und Diagnose an Gesamtstichprobe und Altersgruppen

			Gesamt		Erwachsene		Kinder und Jugendliche		
			%	n	%	n	%	n	
Anorexiendiagnose	<b>AN</b>	DSM-IV	63,2	43	64,6	31	60,0	12	
		DSM-V	72,5	50	69,4	42	80,0	16	
	<b>ATAN</b>	DSM-IV	36,8	25	35,5	17	40,0	8	
		DSM-V	27,5	19	30,6	7	20,0	4	
Subtyp	<b>Restriktiver Subtyp</b>	DSM-IV	86,8	59	85,4	41	90,0	18	
		DSM-V	87,0	60	85,7	42	90,0	18	
	<b>Binge-Purging-Subtyp</b>	DSM-IV	13,2	9	14,6	7	10,0	2	
		DSM-V	13,0	9	14,3	7	10,0	2	
	Diagnose	<b>ANr</b>	DSM-IV	55,9	38	56,3	27	55,0	11
			DSM-V	63,8	44	61,2	30	70,0	14
<b>ANbp</b>		DSM-IV	7,4	5	8,3	4	5,0	1	
		DSM-V	8,7	6	8,2	4	10,0	2	
<b>ATANr</b>		DSM-IV	30,9	21	29,2	14	35,0	7	
		DSM-V	23,2	16	24,5	12	20,0	4	
<b>ATANbp</b>	DSM-IV	5,9	4	6,3	3	5,0	1		
	DSM-V	4,3	3	6,1	3	0,0	0		

AN – Anorexia nervosa; ATAN – atypische Anorexia nervosa; ANr – Anorexia nervosa, restriktiver Subtyp; ANbp – Anorexia nervosa, Binge-Purging-Subtyp; ATANr – atypische Anorexia nervosa, restriktiver Subtyp; ATANbp – atypische Anorexia nervosa, Binge-Purging-Subtyp; DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen



DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; ANr – Anorexia nervosa, restriktiver Subtyp; ANbp – Anorexia nervosa, Binge-Purging-Subtyp; ATANr – atypische Anorexia nervosa, restriktiver Subtyp; ATANbp – atypische Anorexia nervosa, Binge-Purging-Subtyp

Abbildung 2 Diagnosen: Prozentualer Anteil am Gesamtkollektiv nach DSM-IV und DSM-V

Die Zunahme von AN-Diagnosen von DSM-IV zu DSM-V ist signifikant ( $p=0,007$ ). Entsprechend des höheren Anteils der ATAN4- und AN5-Diagnosen in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen (ATAN4 40 %, AN5 80 % vs. Erwachsene ATAN4 35,5 %, AN5 69,4 %; vgl. Tabelle 5), war der Anteil der Fälle, die hier von einer Diagnoseveränderung von DSM-IV zu DSM-V betroffen war, mit 20 % höher, als bei den Erwachsenen (6 %,  $n=3$ ) und der Gesamtstichprobe (10 %,  $n=7$ ).

### 3.1.2 Gewichtsentwicklung

Bei Störungsbeginn lag der durchschnittliche BMI (BMI<sub>sb</sub>) bei 20,1 kg/m<sup>2</sup> bzw. 20,4 kg/m<sup>2</sup> (DSM-IV: SD=3,3 bzw. DSM-V: SD=3,7), zu Therapiebeginn (BMI<sub>tb</sub>) bei 16,0 kg/m<sup>2</sup> (SD=2,0)<sup>30</sup> und der durchschnittliche Minimal-BMI bei 15,0 kg/m<sup>2</sup> (SD=1,6)<sup>31</sup>. Dementsprechend verzeichneten die Patientinnen im Durchschnitt eine BMI-Differenz von Störungsbeginn zu Behandlungsbeginn von 4,3 bzw. 4,5 BMI-Punkten (DSM-IV: SD=3,2 bzw. DSM-V: SD=3,4). Der Minimal-BMI und der BMI zu Behandlungsbeginn unterschieden sich im Durchschnitt um 1,0 kg/m<sup>2</sup> (SD=1,3)<sup>32</sup>.

Kinder und Jugendliche hatten eine größere BMI-Differenz als Erwachsene, genauso verhielt es sich beim Binge-Purging-Typ im Vergleich zum restriktiven Typ.

<sup>30</sup> Kein Unterschied zwischen DSM-IV und DSM-V.

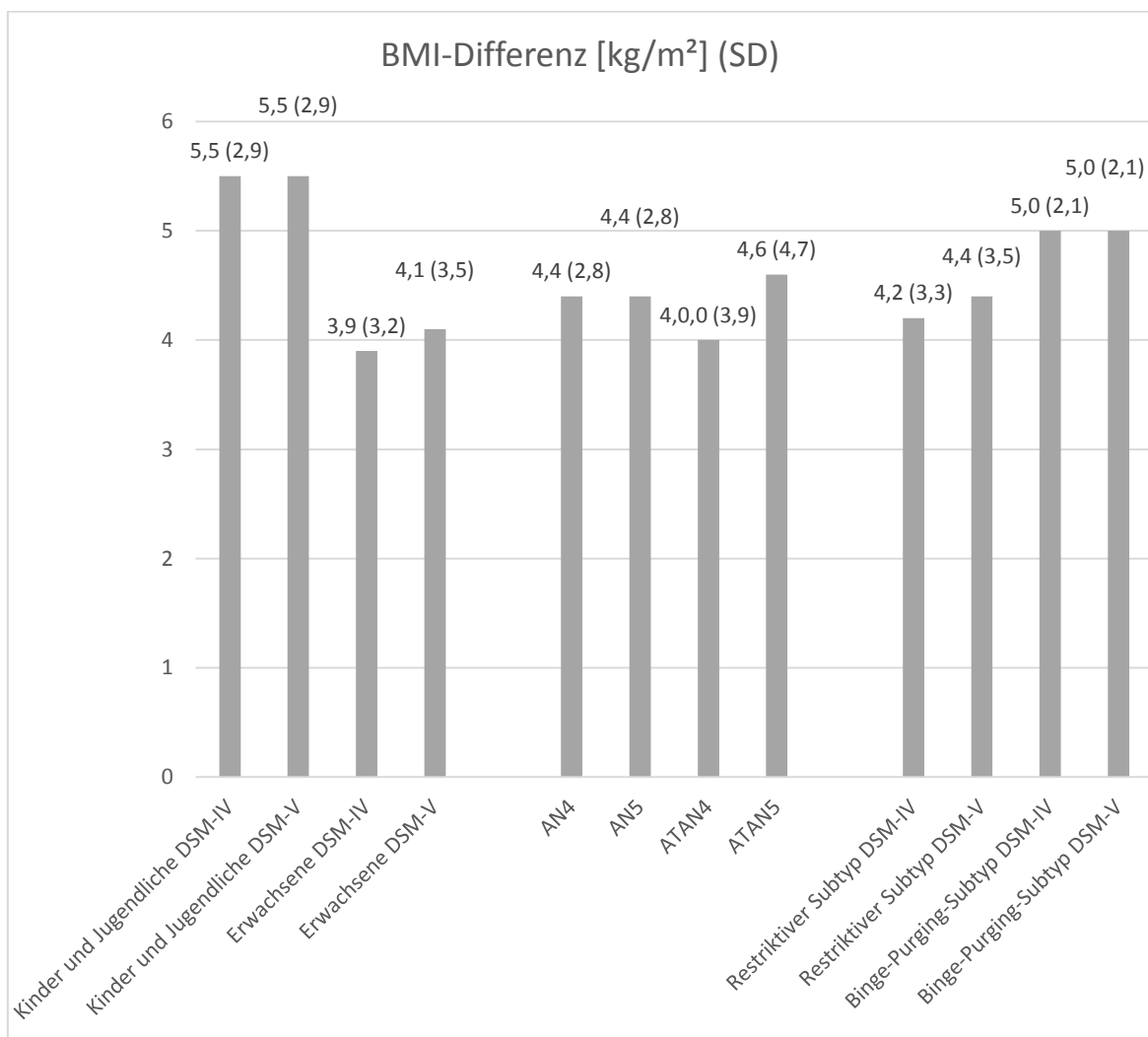
<sup>31</sup> Kein Unterschied zwischen DSM-IV und DSM-V.

<sup>32</sup> Kein Unterschied zwischen DSM-IV und DSM-V.



Bezüglich der Anorexiediagnose unterschieden sich die Auswertung je nach DSM-Auflage ( $BMI\text{-Differenz}_{AN} > BMI\text{-Differenz}_{ATAN}$ ; DSM-V:  $BMI\text{-Differenz}_{AN} < BMI\text{-Differenz}_{ATAN}$ ). Keiner der Unterschiede erwies sich als signifikant.

Eine Übersicht über alle Ergebnisse bietet Tabelle A2 im Anhang. Eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zur unabhängigen Variablen BMI-Differenz bietet die nachfolgende Abbildung 3.



BMI – Body-Mass-Index; DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; AN4 – Anorexia nervosa nach DSM-IV-Kriterien; AN5 – Anorexia nervosa nach DSM-V-Kriterien; ATAN4 – atypische Anorexia nervosa nach DSM-IV-Kriterien; ATAN5 – atypische Anorexia nervosa nach DSM-V-Kriterien; SD - Standardabweichung

Abbildung 3 BMI-Differenz von Störungsbeginn zu Therapiebeginn: Altersgruppe, Anorexiediagnose und Subtyp

### 3.1.3 Essstörungspsychopathologie

Im EDE-Q wurde auf allen Subskalen außer der Essenssorgen-Subskala Punktzahlen einschließlich der minimal bis maximal möglichen Mittelwerte (0,0 bzw. 6,0 Punkte) erreicht. Der Gesamt-Score lag zwischen 0,3 und 5,6 und betrug im Durchschnitt 3,3 Punkte (SD=1,3)<sup>33</sup>. Eine Übersicht über die durchschnittlich erreichten Subskalen-Punktwerte bietet Tabelle 6.

Tabelle 6 Übersicht Eating Disorder Examination-Questionnaire und Subskalen Gesamtstichprobe

	Minimum	Maximum	Mittelwert DSM-IV (SD)	Mittelwert DSM-V (SD)
<b>Gesamt-Score</b>	0,3	5,6	3,3 (1,3)	3,3 (1,3)
<b>Restriktives Verhalten</b>	0	6,0	2,8 (1,8)	2,7 (1,7)
<b>Essenssorgen</b>	0,2	6,0	2,9 (1,3)	2,9 (1,3)
<b>Gewichtssorgen</b>	0	6,0	3,3 (1,5)	3,4 (1,5)
<b>Figursorgen</b>	0	6,0	4,0 (1,5)	4,0 (1,5)

DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; SD – Standardabweichung

Die Kinder und Jugendlichen zeigten generell eine stärkere Ausprägung der Essstörungspsychopathologie als die Erwachsenen. Ihre Essenssorgen waren signifikant stärker ausgeprägt (DSM-IV  $p=0,018$  bzw. DSM-V  $p=0,02$ ).

Patientinnen mit Binge-Purging-Subtyp erreichten im Durchschnitt höhere Werte als Patientinnen mit restriktivem Subtyp. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant. Auch bei Betrachtung nach Anorexiediagnose ergab sich kein signifikanter Unterschied (vgl. Tabelle A3 im Anhang).

### 3.1.4 Begleitsymptome und -erkrankungen

Im PHQ-9 wurde im Durchschnitt eine Punktzahl von 13,0<sup>34</sup> erreicht, im PHQ-15 7,3<sup>35</sup> Punkte und im GAD-7 10,0 Punkte nach DSM-IV bzw. 9,8 Punkte nach DSM-V.

Erwachsene erzielten für somatische und ängstliche Symptome höhere Ergebnisse als Kinder und Jugendliche, die dafür mehr depressive Symptome

<sup>33</sup> Kein Unterschied zwischen DSM-IV und DSM-V.

<sup>34</sup> Für DSM-IV und DSM-V gleich.

<sup>35</sup> Für DSM-IV und DSM-V gleich.

zeigten. Patientinnen mit Binge-Purging-Subtyp erzielten im Vergleich zum restriktiven Subtyp für alle Symptome höhere Punktzahlen<sup>36</sup>.

Im GAD-7 und PHQ-9 erzielten Patientinnen mit ATAN gegenüber Patientinnen mit AN nach beiden DSM-Ausgaben die höheren Werte (siehe auch Tabelle A4 im Anhang).

Unter Berücksichtigung der Symptomeinteilung in Schweregrade waren zwei Drittel der Stichprobe von depressiven Symptomen betroffen (Schweregrad 3 - „mittelgradig“ und 4 - „schwer“), knapp die Hälfte von ängstlichen Symptomen und ein Viertel von körperlichen Symptomen (vgl. Tabelle A5 im Anhang).

### 3.1.5 Unbehandelte Erkrankungsdauer

Die DUI beträgt durchschnittlich 34,1 Monate bei Beurteilung der Patientinnen nach DSM-IV (SD=64,2) und 33,6 Monate (SD=64,2) nach DSM-V. Aufgrund der nicht-symmetrischen Verteilung (s. Abbildung 4) unterscheidet sich der Median mit 11 Monaten für beide DSM-Ausgaben deutlich von den Mittelwerten. Das Minimum liegt bei einem Monat und das Maximum bei 438 Monaten. Für den restriktiven Typ wurden längere DUIs dokumentiert als für den Binge-Purging-Typ, genauso wie für AN im Vergleich zur ATAN (Abbildung 5).

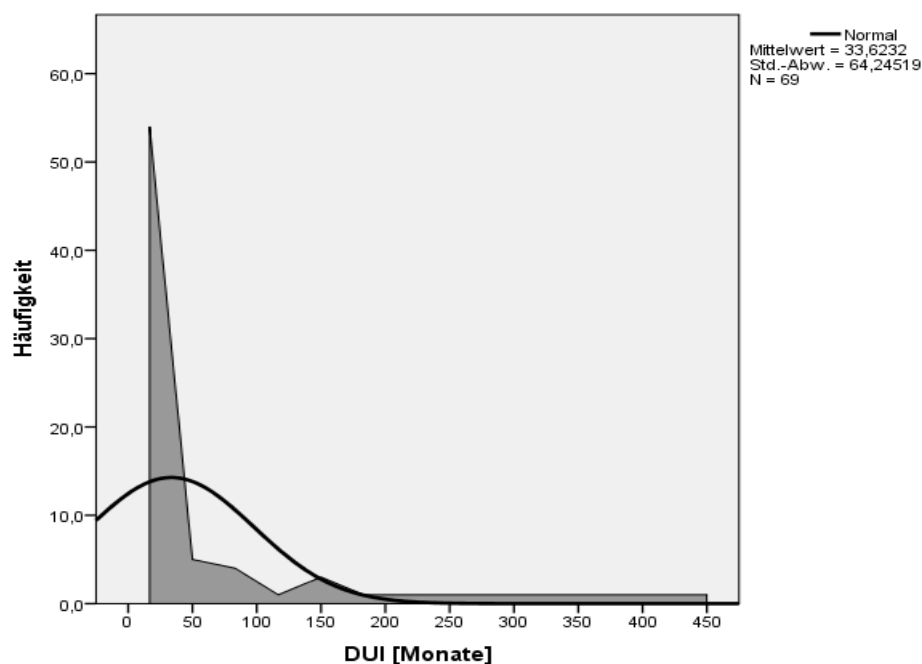


Abbildung 4 Unbehandelte Erkrankungsdauer (DUI): Verteilung in Gesamtstichprobe

<sup>36</sup> Nach DSM-IV und DSM-V.



AN – Anorexia nervosa; ATAN - atypische Anorexia nervosa; DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; SD - Standardabweichung

Abbildung 5 Durchschnittliche unbehandelte Erkrankungsdauer: Gesamtkollektiv, Altersgruppe, Subtyp und Anorexiendiagnose<sup>37</sup>

Nach DSM-IV waren die Werte für ANr am höchsten, gefolgt von ATANr und ATANbp und den niedrigsten Werten bei ANbp.

Nach DSM-V hatten ebenfalls Patientinnen mit ANbp durchschnittlich die kürzeste DUI. Abgesehen davon, zeigten sich jedoch die höchsten Werte bei ATANbp, gefolgt von ANr und ATANr. Eine Übersicht bietet Tabelle 7.

Wenn man die Stichprobe anhand der BMI-Differenz in zwei Gruppen unterteilt (<4,5 kg/m<sup>2</sup> bzw. >4,5 kg/m<sup>2</sup>) und in Abhängigkeit davon die DUI betrachtet, fällt auf, dass für die Gruppe mit größerer BMI-Differenz die durchschnittliche DUI

<sup>37</sup> Ein Whisker entspricht 1 SD. Die DUI kann definitionsgemäß keine negativen Werte annehmen, weswegen in der Grafik nur +1SD eingezeichnet ist. Dementsprechend endet die negative Standardabweichung für alle Balken bei 0,0.

kürzer ist [17,1 Monate<sup>38</sup> (SD=31,8, Median: 8,0) vs. 44,1 Monate (SD=89,5, Median: 18,5)].

Die Patientinnen mit einer DUI kürzer als 12 Monate hatten eine signifikant größere BMI-Differenz (5,4 kg/m<sup>2</sup>, SD=3,2 vs. 3,0 kg /m<sup>2</sup>, SD=3,2, p=0,011<sup>39</sup>).

Eine größere depressive oder somatische Symptomlast geht mit einer längeren DUI einher. Bei Aufteilung der Stichprobe nach DUI<sup>40</sup> und PHQ-15-Schweregrad ergab der Chi<sup>2</sup>-Test einen signifikanten Zusammenhang (DSM-V: p=0,047 und DSM-IV: p=0,026). Nach DSM-IV war eine stärkere Depressivität ebenfalls mit einer längeren DUI verbunden (p= 0,048)<sup>41</sup>.

Bei Gruppierung der Stichprobe nach erzielter Punktzahl im EDE-Q bzw. seinen Subskalen fällt auf, dass die Gruppen mit hohen (> 3 Punkte) und sehr hohen Punktzahlen (> 5 Punkte) für restriktives Verhalten und Figursorgen auch eine längere DUI haben (Median und Mittelwert). Anders verhält es sich bei der Essenssorgen-Subskala; hohe und sehr hohe Werte gingen mit einer vergleichsweise kürzeren DUI einher.

---

<sup>38</sup> Werte für DSM-V. DSM-IV: 17,7 Monate (SD=32,3, Median 8,0).

<sup>39</sup> Werte für DSM-V. DSM-IV: 5,2 kg/m<sup>2</sup> SD 3,0 vs. 3,0 kg/m<sup>2</sup> SD 3,2, p=0,017.

<sup>40</sup> <12 Monate bzw. ≥12 Monate.

<sup>41</sup> Nach DSM-V war der Zusammenhang nicht signifikant.

Tabelle 7 Unbehandelte Erkrankungsdauer: Gesamtstichprobe und nach Altersgruppe, Anorexiendiagnose, Subtyp und Diagnose [Monate]

		n	Minimum	Maximum	Mittelwert (SD)	Median
<b>Gesamt</b>	DSM-IV	68	1	438	34,1 (64,6)	11,0
	DSM-V	69	1	438	33,6 (64,2)	11,0
<b>Kinder und Jugendliche</b>	DSM-IV	20	2	52	11,2 (13,9)	4,5
	DSM-V	20	2	52	11,2 (13,9)	4,5
<b>Erwachsene</b>	DSM-IV	48	1	438	42,7 (74,5)	14,0
	DSM-V	49	1	438	43,6 (74,0)	13,0
<b>AN</b>	DSM-IV	43	1	438	34,2 (71,6)	11,0
	DSM-V	50	1	438	37,4 (72,7)	11,0
<b>ATAN</b>	DSM-IV	25	1	194	33,8 (51,8)	10,0
	DSM-V	19	1	118	23,7 (32,3)	10,0
<b>Restriktiver Subtyp</b>	DSM-IV	59	1	438	35,2 (68,0)	11,0
	DSM-V	60	1	438	34,7 (67,5)	11,0
<b>Binge-Purging-Subtyp</b>	DSM-IV	9	2	118	26,6 (37,6)	8,0
	DSM-V	9	2	118	26,6 (37,6)	8,0
<b>ANr</b>	DSM-IV	38	1	438	36,0 (75,8)	11,0
	DSM-V	44	1	438	40,1 (77,0)	11,0
<b>ANbp</b>	DSM-IV	5	5	52	20,8 (19,1)	18,0
	DSM-V	6	2	52	17,7 (18,7)	12,0
<b>ATANr</b>	DSM-IV	21	1	194	33,8 (52,4)	11,0
	DSM-V	16	1	78	19,8 (24,7)	10,0
<b>ATANbp</b>	DSM-IV	4	2	118	33,8 (56,2)	7,5
	DSM-V	3	7	118	44,3 (63,8)	8,0

DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen ; AN – Anorexia nervosa; ATAN – atypische Anorexia nervosa; ANr – Anorexia nervosa, restriktiver Subtyp; ANbp – Anorexia nervosa, Binge-Purging-Subtyp; ATANr – atypische Anorexia nervosa, restriktiver Subtyp; ATANbp – atypische Anorexia nervosa, Binge-Purging-Subtyp

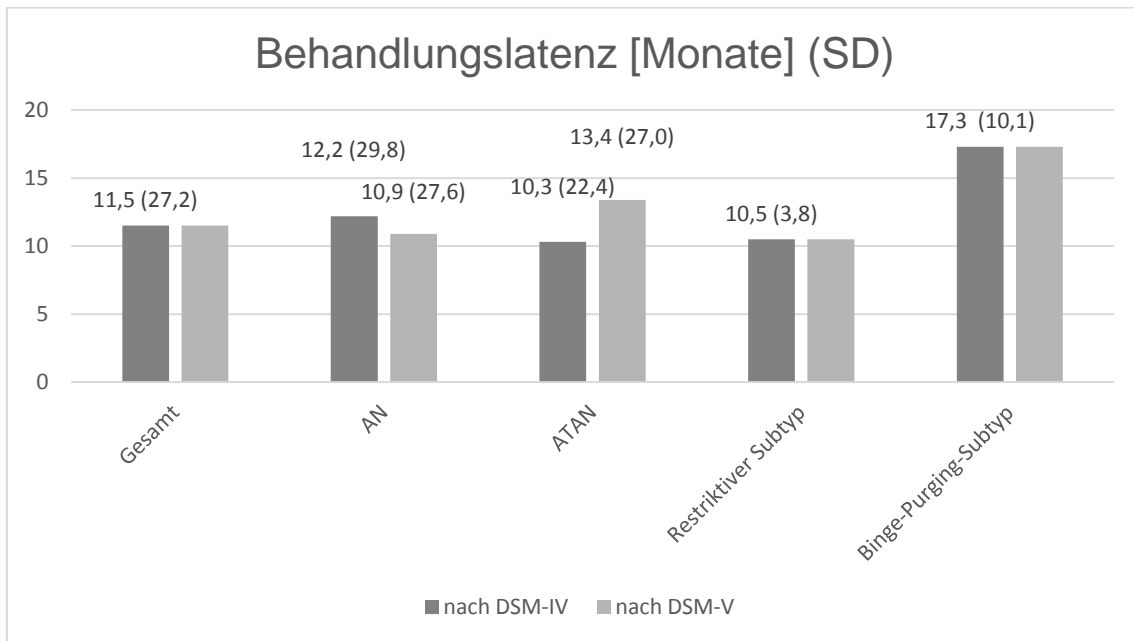
### 3.1.5.1 Behandlungslatenz

Die explorativ betrachtete Behandlungslatenz, also die Zeitdauer zwischen Therapieaufnahme und Erstkontakt, ist eine Teilmenge der DUI und beträgt im Durchschnitt 11,5 Monate (SD=27,2)<sup>42</sup>. Der Median liegt bei 2 Monaten, woraus sich eine linksschiefe Verteilung ergibt. Die Spannweite beträgt 0 -125 Monate. 75 % der Patientinnen waren 8 Monate nach Erstkontakt in Behandlung, 15 % brauchten länger als ein Jahr, 9 % sogar mehr als 4 Jahre.

<sup>42</sup> Sämtliche Betrachtungen zur Behandlungslatenz erfolgten mit n=59. Es ergeben sich keine Unterschiede zwischen DSM-IV und DSM-V.

Beim restriktiven Subtyp vergeht zwischen erster Kontaktaufnahme bis zum Therapiebeginn deutlich weniger Zeit als beim Binge-Purging-Subtyp<sup>43</sup>.

Einen Überblick über die Behandlungslatenz nach Anorexiendiagnose bietet Abbildung 6. Nach beiden Ausgaben des Diagnosemanuals zeigten sich bei ATANr gefolgt von ANbp die niedrigsten Werte.



AN – Anorexia nervosa; ATAN – atypische Anorexia nervosa; SD - Standardabweichung

Abbildung 6 Durchschnittliche Behandlungslatenz: Anorexiendiagnose (n=59)<sup>44</sup>

<sup>43</sup> Die Behandlungslatenz entspricht beim Binge-Purging-Subtyp 65 % der DUI, beim restriktiven Subtyp 30 %.

<sup>44</sup> Keine Unterschiede zwischen DSM-IV und DSM-V, wenn nicht berichtet.

## 3.2 Explorative Statistik

### 3.2.1 Multifaktorielles Modell

Im abschließenden multifaktoriellen Modell wurde aufgrund der nicht-symmetrischen Verteilung der DUI-Werte eine negativ binomiale Regression vorgenommen.

Das Alter wurde als offset-Variable berücksichtigt, um für eine altersabhängige Dynamik der DUI zu kontrollieren.

Eine Wechselwirkung zwischen Subtyp und Anorexiediagnose wurde geprüft und stellte sich als nicht signifikant heraus (DSM-IV / DSM-V:  $p=0,614$  bzw.  $p=0,127$ ).

Im Zuge der Rückwärtsselektion wurden bei der Betrachtung nach DSM-IV nacheinander PHQ-9-Score, Subtyp, Anorexiediagnose, Gewichtssorgen-Subskala, GAD-7-Score, Subskala für restriktives Verhalten und BMI-Differenz als nicht signifikante Prädiktoren ausgeschlossen. Es erwiesen sich für Diagnosen nach DSM-IV der PHQ-15-Score, die Figursorgen-Subskala des EDE-Q und die Essenssorgen-Subskala des EDE-Q als signifikante Prädiktoren der DUI. Für die beiden erstgenannten Variablen zeigte sich ein positiver Zusammenhang: Mit Zunahme des PHQ-15-Scores um einen Punkt steigt die DUI um das 1,09-fache und mit Zunahme des Figursorgen-Scores nimmt die DUI um das 1,60-fache zu. In Bezug auf Essenssorgen zeigte sich ein gegensinniger Zusammenhang: Mit Abnahme des Punktwerts der Essenssorgen-Subskala um 1,0 reduziert die DUI sich um das 1,67-fache.

Für die Betrachtung nach DSM-V stellten sich nacheinander Subtyp, GAD-7-Score, Gewichtssorgen-Subskala, Subskala für restriktives Verhalten, PHQ-15-Score und die BMI-Differenz als nicht signifikant heraus.

Neben dem PHQ-9-Punktwert und der Anorexiediagnose erwiesen sich nach DSM-V die gleichen EDE-Q-Subskalen wie bei der Betrachtung nach DSM-IV als signifikant. Ein Anstieg des Figursorgen-Punktwerts um 1,0 bedeutet eine Verlängerung der DUI um das 1,46-fache. Die Beziehung der DUI zur Essenssorgen-Subskala des EDE-Q verhält sich auch nach DSM-V so, dass mit einer Verringerung der Essenssorgen die DUI zunimmt (Faktor 1,89).



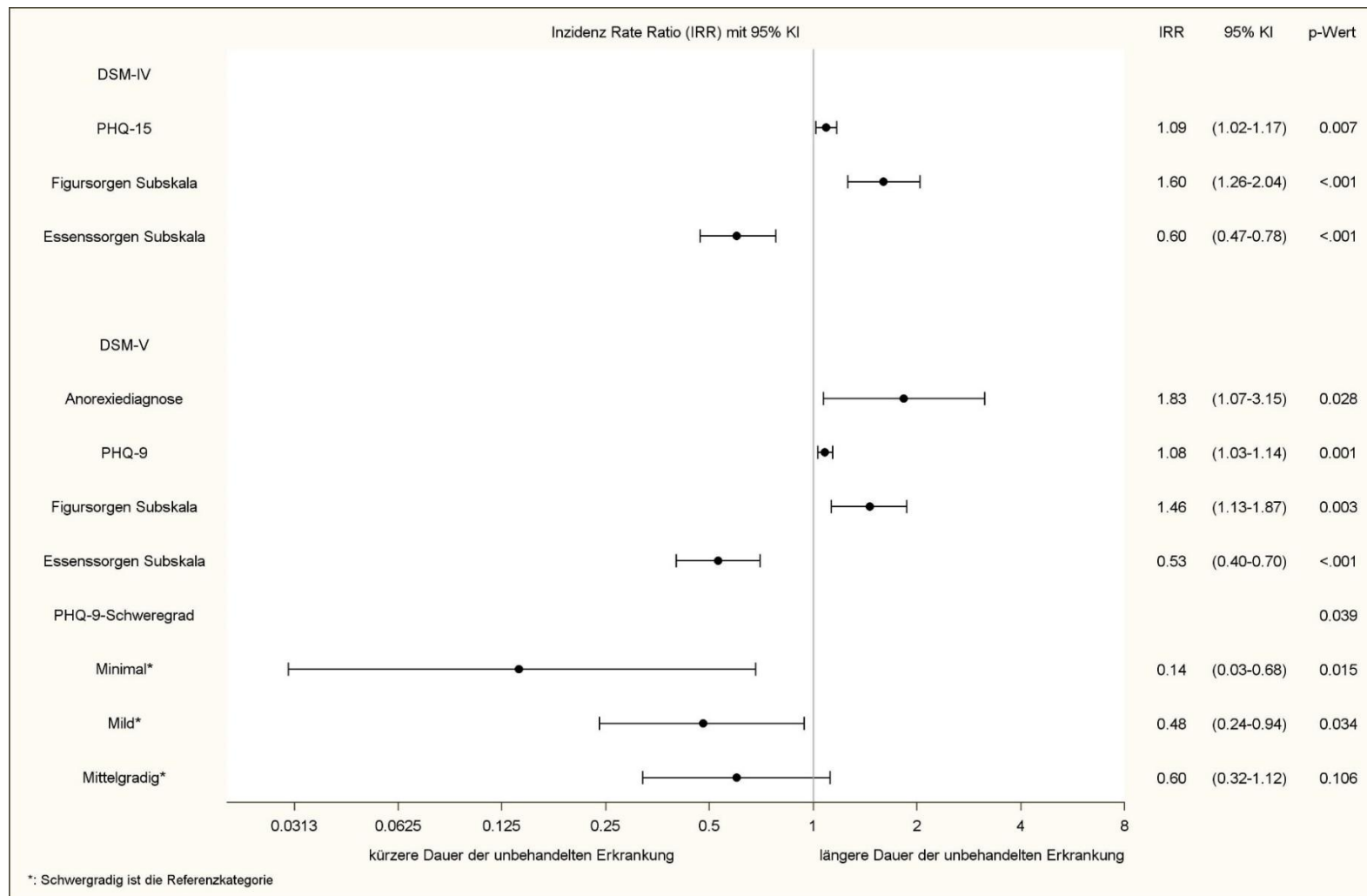
Bei Zunahme des PHQ-9-Scores um einen Punkt erhöht sich die mittlere DUI in Monaten um den Faktor 1,08. Die durchschnittliche DUI war bei Patientinnen mit AN im Vergleich zu Patientinnen mit ATAN um das 1,83-fache erhöht.

Explorativ wurde geprüft, ob neben dem PHQ-15- bzw. PHQ-9-Punkteergebnis auch der PHQ-15- bzw. PHQ-9-Schweregrad signifikanter Prädiktor der DUI ist. Dies erwies sich für die PHQ-15-Schweregrade als nicht zutreffend ( $p=0,157$ ). Bei den Schweregraden nach PHQ-9 kann davon ausgegangen werden, dass sich die DUI mit zunehmendem Schweregrad erhöht ( $p=0,039$ )<sup>45</sup>.

Im Vergleich zu kaum vorhandenen depressiven Symptomen (Schweregrad 1) ist bei schwergradigen Symptomen die DUI 7,14-fach erhöht und im Vergleich zu milden Symptomen 2,10-fach erhöht. Im Vergleich zu mittelgradigen Symptomen ergab sich kein signifikanter Unterschied. Im Anhang findet sich eine Übersicht über die nicht-signifikanten Variablen mit Signifikanzwert (Tabelle A6), ebenso wie eine tabellarische Auflistung der signifikanten Prädiktoren (Tabelle A7).

---

<sup>45</sup> Bei Beurteilung nach DSM-V.



DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; PHQ – Gesundheitsfragebogen für Patienten; KI – Konfidenzintervall

Abbildung 7 Übersicht über signifikante Prädiktoren der unbehandelten Erkrankungsdauer nach DSM-IV und DSM-V

## 4. DISKUSSION

### 4.1 Inhaltliche Diskussion

Die vorliegende Untersuchung beschäftigte sich mit der Auswirkung krankheitsbezogener Faktoren von AN auf die Zeitdauer von Störungs- bis Therapiebeginn.

In diesem Zusammenhang wurde erwartet, dass eine stärkere Ausprägung der Essstörungspsychopathologie einen verlängernden Einfluss auf die unbehandelte Erkrankungsdauer (DUI) hat. Darüber hinaus wurde in Hinblick auf die Subtypen angenommen, dass der restriktive Subtyp länger braucht, um eine Behandlung zu beginnen. Ebenso wurde erwartet, dass ein größerer prätherapeutischer Gewichtsverlust, genauso wie stärkere ängstliche und somatische Symptome die DUI prolongieren. Der Einfluss von depressiven Symptomen wurde exploriert. Zudem wurde geprüft, ob zwischen DUI und Anorexiendiagnose ein Zusammenhang besteht.

Zur Überprüfung der Hypothesen wurde eine negativ binomiale Regressionsanalyse vorgenommen und signifikante Faktoren per Rückwärtsselektion ermittelt.

Die DUI betrug im Durchschnitt 34,1 Monate bei Betrachtung der Fälle nach DSM-IV bzw. 33,6 Monate nach DSM-V. Die Hypothese zum Einfluss der Essstörungspsychopathologie kann in Hinsicht auf Figursorgen bestätigt werden. Auch Essenssorgen haben einen prädiktiven Wert, allerdings nimmt die DUI entgegen der Vermutung mit zunehmenden Essenssorgen ab. Andere Teilaspekte der Essstörungspsychopathologie stellten sich nicht als signifikante Prädiktoren für die Dauer der DUI heraus.

Hinsichtlich des prädiktiven Wertes des Subtyps ergab sich keine Signifikanz, ebenso zeigte die Gewichtsentwicklung keinen signifikanten Zusammenhang mit der DUI.

Verstärkt körperliche Symptome waren nach DSM-IV signifikante Prädiktoren für eine verlängerte DUI. Ausgeprägtere depressive Symptome waren bei Beurteilung nach DSM-V signifikant mit einer längeren DUI assoziiert. Für einen

Zusammenhang ängstlicher Symptome mit der DUI gab es weder nach DSM-IV noch nach DSM-V einen Hinweis. Die Anorexiendiagnose, d.h. die Diagnose einer AN im Gegensatz zu einer ATAN, war nach DSM-V ein Prädiktor für eine verlängerte DUI.

Zusammenfassend wurden für die Betrachtung der Stichprobe nach DSM-IV-Diagnosekriterien somatische Symptome, Figursorgen und Essenssorgen als signifikante Prädiktoren in Bezug auf die DUI bestimmt.

Nach DSM-V-Diagnosekriterien ergaben sich für depressive Symptome, Anorexiendiagnose, Figursorgen und Essenssorgen signifikante Werte.

#### 4.1.1 Unabhängige Variablen

Unterschiede der Ergebnisse zwischen DSM-IV und DSM-V, die die Gesamtstichprobe betreffen, erklären sich durch die um einen Fall größere Stichprobe bei DSM-V<sup>46</sup>.

Der Anstieg von AN-Diagnosen bei Betrachtung nach DSM-V gegenüber DSM-IV ist durch veränderte Diagnosekriterien bedingt und entspricht den Beobachtungen in anderen Untersuchungen (Fisher, Gonzalez & Malizio, 2015; Keel, Brown, Holm-Denoma & Bodell, 2011). Bei der Analyse einzelner Variablenwerte unter Berücksichtigung der Anorexiendiagnose ergeben sich dementsprechend Unterschiede je nach DSM-Auflage.

Bei Unterteilung der Gesamtstichprobe in zwei Gruppen, AN und ATAN, zeigten sich außer hinsichtlich des BMIs bei Therapiebeginn und Minimal-BMIs keine signifikanten Unterschiede. Dass AN und ATAN keine signifikant unterschiedliche Essstörungspsychopathologie haben, bestätigen Ergebnisse von Ricca u.a. (2011) für die Betrachtung nach DSM-IV (vgl. auch Thomas, Vartanian & Brownell, 2009) und Ergebnisse von Ekeroth u.a. (2013) (vgl. auch Fairweather-Schmidt & Wade, 2014).

Kinder hatten durchschnittlich eine ausgeprägtere Essstörungspsychopathologie als Erwachsene und sogar signifikant mehr Essenssorgen.

---

<sup>46</sup> N<sub>DSM-IV</sub>=68, N<sub>DSM-V</sub>=69.

Wie schon in anderen Studien erzielten auch in dieser Untersuchung – wenn auch nicht signifikant – Patientinnen mit Binge-Purging-Subtyp höhere Punktzahlen für Essstörungspsychopathologie als die Gruppe mit restriktivem Subtyp (vgl. Ekeroth, Clinton, Norring & Birgegård, 2013; Tasca u.a., 2012; Kelly & Carter, 2014).

Ungefähr 70 % der Patientinnen hatte mindestens eine Art von wenigstens mittelgradig ausgeprägten Begleitsymptomen. Die in anderen Untersuchungen gemessenen hohen Prävalenzen von insbesondere psychiatrischen Begleitsymptomen werden durch die vorliegenden Ergebnisse bestätigt (vgl. Bühren u.a., 2014).

#### 4.1.2 Unbehandelte Erkrankungsdauer und Hypothesen

Der hier vorliegende Mittelwert für die DUI ist um das 1,5-fache größer, als der in der Übersichtsarbeit von Schoemaker (1997) berichtete.

Zwischen Essstörungspsychopathologie und DUI zeigte sich zwar ein Zusammenhang, jedoch kann die Hypothese, dass Patientinnen mit ausgeprägterer Essstörungspsychopathologie eine längere Erkrankungsdauer vor Therapieaufnahme haben, nur mit Einschränkung bestätigt werden.

Unabhängig davon, nach welcher DSM-Ausgabe die Fälle beurteilt werden, sind verstärkte Figursorgen mit einer verlängerten DUI assoziiert. Dies ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass verstärkte Figursorgen einen Antrieb darstellen, eine Figuränderung herbeizuführen, und in der Folge das essgestörte Verhalten aufrechterhalten und keine Therapie angetreten wird.

Für Patienten in Behandlung ist ein Zusammenhang von Gewicht und Figursorgen bereits durch Ricca u.a. (2010) belegt worden. In dieser Untersuchung waren stärkere Figursorgen mit schlechter Gewichtszunahme assoziiert, des Weiteren war das Risiko für ein Therapieversagen höher (Ricca u.a., 2010). Ob Menschen mit viel Figursorgen nicht nur unter Therapie weniger zunehmen, sondern auch ohne Therapie weiter abnehmen und sich die DUI deswegen verlängert, muss in zukünftigen Studien weiter untersucht werden.

Starke Essenssorgen sind entgegen der Hypothese mit einer früheren Therapieaufnahme assoziiert. Im Gegensatz zur Subskala für restriktives Verhalten, die sich ebenfalls mit Essen bzw. Einschränkung dessen beschäftigt,

werden mit der Essenssorgen Subskala keine bestimmten Verhaltensweisen gemessen. Viel mehr beschreiben die Items eine gedankliche Beschäftigung mit dem Thema Essen. Wie die kausalen Zusammenhänge zwischen DUI und Essenssorgen geartet sind und wie sie sich von den durch die anderen EDE-Q-Subskalen gemessenen Parametern unterscheiden, müssen weitere Untersuchungen zeigen. Es ist denkbar, dass mit zunehmenden Essenssorgen die empfundene Einschränkung im Alltag zunimmt (Bamford & Sly, 2010), somit ein größerer Anreiz zum Hilfesuchen besteht (Vasiliadis, Tempier, Lesage & Kates, 2009; Thompson, Hunt & Issakidis, 2004) und eine Therapie schneller begonnen wird.

Erwartungsgemäß hatte der Subtyp mit Binge-Purging-Verhalten im Durchschnitt rein deskriptiv eine kürzere DUI als der restriktive Subtyp (Cachelin, Striegel-Moore & Regan, 2006; Hepworth & Paxton, 2007). Im multifaktoriellen Modell zeigte sich jedoch kein signifikant prädiktiver Wert der Subtypenzugehörigkeit. Die Behandlungslatenz macht bei AN des Binge-Purging-Subtyps jedoch einen größeren Anteil der DUI aus. Bei Erstkontakt sollte deswegen besonders bei diesen Frauen Wert darauf gelegt werden, dass sie engmaschig angebunden und einer Therapie zugeführt werden, damit die Behandlungslatenz und folglich auch die DUI weiter verkürzt wird. De la Rie, Noordenbos, Donker & van Furth (2006) zeigten bereits, dass die Behandlungslatenz wesentlich zur DUI beiträgt.

In der vorliegenden Stichprobe war der Anteil der Patientinnen mit Binge-Purging-Subtyp zudem relativ klein. Es ist möglich, dass ein möglicher Effekt deswegen nicht deutlich wurde. Im nachfolgenden Abschnitt ist die Problematik von vorzeitigen Therapieabbrüchen bei AN des Binge-Purging-Subtyps näher erläutert.

In der deskriptiven Statistik hatte nach Unterteilung der Stichprobe in zwei Gruppen (viel und wenig Gewicht verloren), die Gruppe mit weniger Gewichtsverlust eine 2,6-mal längere DUI. Diejenigen mit einer DUI unter 12 Monaten hatten eine signifikant größere BMI-Differenz. Im multifaktoriellen Modell zeigte sich in der hier vorliegenden Untersuchung jedoch kein signifikanter Zusammenhang des Gewichtsverlusts mit der DUI.

Einen ähnlichen Zusammenhang untersuchten auch Lebow, Sim und Kransdorf (2015). Hier wurde die Stichprobe initial allerdings anhand ihres Ausgangs-BMIs

unterteilt, was möglicherweise das anders geartete Ergebnis erklärt, denn die initial schwereren nahmen im Durchschnitt mehr ab und hatten eine längere DUI (Lebow, Sim & Kransdorf, 2015).

Für einen signifikant prädiktiven Wert von ängstlichen Symptomen gab es weder nach DSM-IV noch nach DSM-V einen Hinweis. Weil das unbehandelte Zeitintervall bei Angststörungen achtmal länger als das für AN gemessene ist (Wang u.a., 2007; vgl. Ergebnisse DUI) und Begleiterkrankungen den Beginn einer spezifischen Therapie weiterhin verzögern (Johnson & Coles, 2013), hätte die DUI der Erwartung nach verlängert sein sollen. Diese Annahme kann durch die vorliegende Untersuchung nicht bestätigt werden. Es sollten weitere Untersuchungen zu diesem möglichen Zusammenhang erfolgen, um die hier vorliegenden Ergebnisse zu bestätigen.

Ausgeprägtere depressive Symptome hingegen waren bei Beurteilung der Patientinnen nach DSM-V signifikant mit einer längeren DUI assoziiert. Auch die Einteilung der depressiven Symptome in Schweregrade hatte einen signifikanten prädiktiven Wert für die DUI. Dies bestätigt Ergebnisse von Studien, die zeigten, dass komorbide depressive Symptome mit therapievermeidendem Verhalten assoziiert sind (Burket & Hodgins, 1993; Rickwood, Deane & Wilson, 2007). Ein wichtiger Aspekt der depressiven Symptomatik ist ein herabgesetzter Antrieb (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011), der für diese Verzögerung der Therapieaufnahme ursächlich sein könnte, bzw. dass die Kombination der AN mit depressiven Symptomen das therapievermeidende Verhalten verstärkt. Zukünftige Untersuchungen sollten diesen Zusammenhang deswegen weiter untersuchen.

Größere Beeinträchtigung durch körperliche Symptome war nach DSM-IV ein signifikanter Prädiktor für eine verlängerte DUI. Obwohl die Verlängerung nur gering war, bieten Studienergebnisse eine gute Erklärungsgrundlage hierfür, indem sie belegen, dass körperliche Symptome bei AN selten als solche erkannt werden (Karwautz, de Zwaan, Wöber-Bingöl, Wöber & Friedrich, 1997). Selbst bei Verdacht auf eine Essstörung ist das Überweisungsverhalten der Ärzte oft zögerlich (DiGiacchino, Keenen & Sargent, 2009). Des Weiteren sind die körperlichen Symptome oft Folgen der Unterernährung (APA, 2013), die mit Fortschreiten der Gewichtsabnahme, also im Verlauf und entsprechend mit zunehmender DUI, auftreten.

Nach DSM-V war die AN im Vergleich zur ATAN signifikant mit einer fast doppelt so langen DUI assoziiert. Nach DSM-IV war dieser Zusammenhang nicht signifikant. Schon in der deskriptiven Statistik zeigen sich nach DSM-IV nur diskrete, nach DSM-V jedoch deutliche Unterschiede in den Mittelwerten der DUI. Dieser Unterschied zwischen AN und ATAN nach DSM-Ausgaben ist zum einen durch die veränderten Diagnosekriterien (APA, 2000; APA, 2013; vgl. auch 4.3.1), zum anderen durch Ausreißer bei den DUI-Werten zu erklären, die den Überläufer-Fällen zuzuordnen sind. Diese Werte wurden bewusst nicht von der statistischen Betrachtung ausgeschlossen (s. Limitationen), da die Krankheitsverläufe vielfältig sind (Löwe u.a., 2001; Steinhausen, 2009). Eine Bereinigung der Daten von Ausreißern würde also der klinischen Wirklichkeit widersprechen. Um den Einfluss einzelner Ausreißer zu dezimieren, und die Aussagekraft zu steigern, müssten die Ergebnisse an einer noch größeren Stichprobe repliziert werden.

Das vorliegende Ergebnis widerspricht der initialen Hypothese, dass die ATAN-Fälle länger brauchen, um eine Therapie zu beginnen. Die Vermutung, dass sie schlechter als essgestört zu identifizieren sind, da das starke Untergewicht als offensichtliches Erkennungsmerkmal für die Essstörung zum Teil fehlt (APA, 2013; vgl. Lebow, Sim & Kransdorf, 2015; Sim, Lebow & Billings, 2013), ist dadurch jedoch nicht widerlegt, sondern wird durch die Ergebnisse zur Behandlungslatenz, die nach DSM-V bei ATAN tatsächlich länger war als bei AN, gestützt. Im Rückschluss muss bei AN-Patientinnen mehr Zeit vergehen, bis sie in Kontakt mit dem Gesundheitssystem treten, so dass die unbehandelte Erkrankungsdauer trotz der kürzeren Behandlungslatenz länger ist. Es sollten weitere Untersuchungen zu den Unterschieden zwischen AN und ATAN hinsichtlich Hilfesuchens und Behandlungsinitiation erfolgen, um die hier erbrachten Ergebnisse noch näher zu erläutern.



## 4.2 Stärken und Limitationen der Untersuchung

Zu den Stärken der Untersuchung zählt, dass sich alle Patientinnen in Erstbehandlung befanden. Die DUI war klar definiert und wurde genau bestimmt. Durch genaue Abfrage im Rahmen des Interviews, wann die einzelnen Diagnosekriterien erstmals erfüllt waren, konnte der Störungsbeginn eindeutig und für alle Patientinnen auf die gleiche Weise bestimmt werden. Auch der Therapiebeginn war durch die Forderung eines Mindestmaßes an durchgeführter Behandlung eindeutig festgelegt; so wurde vermieden, dass Frauen in die Studie eingeschlossen wurden, die eine Therapie im Anfangsstadium abbrachen.

Durch Rekrutierung in verschiedenen Settings wurde eine settingbedingte Vorauswahl bezüglich der Erkrankungsschwere verhindert. Trotzdem muss beachtet werden, dass Patientinnen, die in besonders schlechtem Zustand waren, durch Wirken eines Ausschlusskriteriums („Zu schlechter körperlicher/psychischer Zustand; Suizidalität“) von der Untersuchung ausgeschlossen wurden.

Ein Bias könnte dadurch entstanden sein, dass die Patientinnen, die eine Therapie im Mindestmaß durchhalten, sich grundsätzlich von Patientinnen unterscheiden, die sich gar nicht erst in Therapie begeben bzw. diese frühzeitig beenden. Mehrere Studien ergaben beispielsweise, dass AN-Fälle mit Binge-Purging-Subtyp eine Therapie eher abbrechen (Wallier u.a., 2009). Hinsichtlich des Subtyps ist dementsprechend eine Vorauswahl nicht auszuschließen. In zukünftigen Untersuchungen sollte deswegen ein ausgewogenes Verhältnis der Subtypen angestrebt werden.

In Bezug auf die Essstörungspsychopathologie unterschieden sich Fälle, in denen eine Therapie vorzeitig beendet wurde, laut einer Untersuchung von Sly, Morgan, Mountford & Lacey (2013) nicht von den therapietreuen Patienten. Darüber, ob Patienten mit langer DUI stärker von einem vorzeitigen Therapieabbruch gefährdet sind, lässt die aktuelle Studienlage keine Aussage zu. Allerdings bestand hinsichtlich der totalen Erkrankungsdauer kein höheres Risiko für einen Abbruch (Wallier u.a., 2009; Abd Elbkay u.a., 2014). In zukünftigen Studien zum Thema „Frühzeitiger Therapieabbruch“ sollte deswegen die DUI als Prädiktor berücksichtigt werden, um ein Bias sicher ausschließen zu können.

Obwohl Männer zu keinem geringen Anteil von AN betroffen sind (vgl. Wooldridge & Lytle, 2012), wurden sie in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt, da eine Diskrepanz zwischen Männer betreffenden AN-Prävalenzen besteht, die in bevölkerungsbezogenen Studien erhoben wurden, und denen klinischer Stichproben (Sweeting u.a., 2015). In ersteren waren 11,8 - 25 % der betroffenen Fälle männlichen Geschlechts, während in letzteren der Anteil nur bei 5 - 11 % lag (Sweeting u.a., 2015). Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass Männer in einem nicht-repräsentativen Maß in klinischen Stichproben enthalten sind und deutet auf eine Unterdiagnostizierung männlicher Patienten hin (vgl. Sweeting u.a., 2015). Zudem ist nicht auszuschließen, dass die DUI sich geschlechtsbedingt verlängert (Räisänen & Hunt, 2014). Um die Stichprobe homogener zu gestalten, wurden deswegen nur Patientinnen in die Studie einbezogen.

Unter Ausschluss von Ausreißern in Bezug auf DUI und Alter hätten sich andere Werte ergeben. Langwierige Verläufe, die auch Frauen im fortgeschrittenen Alter betreffen, kommen jedoch vor (Podfigurna-Stopa u.a., 2015). Um den klinischen Alltag realistisch abzubilden, wurden die Extreme deswegen belassen.

Neben Patienten, die sich erst spät in Behandlung begeben, die besser zu charakterisieren diese Untersuchung beitragen soll, ist es besonders schwierig, Betroffene zu erreichen, die sich gar nicht in Therapie begeben.

Bevölkerungsbezogene Untersuchungen bieten die einzige Möglichkeit, Informationen über die Gruppe nicht-diagnostizierter bzw. nicht-behandelter AN-Fälle zu sammeln. Im Rahmen solcher Studien sollte zukünftig ein Hauptaugenmerk darauf gelegt werden, Ansatzpunkte zu finden, um die Dunkelziffer zu dezimieren und die Prognose dieser Menschen zu verbessern.

Bei allen Patientinnen wurde durch Durchführung des SKID die Essstörungsdiagnose nach DSM-IV und DSM-V evaluiert. Dadurch, dass die Auswertung der Daten sowohl unter Berücksichtigung der Diagnose nach DSM-IV als auch DSM-V erfolgte, ist es möglich, Vergleiche mit vergangenen Studien anzustellen. Diese berücksichtigen in der Mehrheit noch Diagnosen nach DSM-IV, da das DSM-V erst seit Mai 2013 in englischer Sprache und seit Dezember 2014 auf Deutsch verfügbar ist. Durch den nun zunehmenden Einsatz der neuen

Ausgabe im wissenschaftlichen wie klinischen Kontext ist auch ein Vergleich mit zukünftigen Studienergebnissen möglich.

Um die Ergebnisse vergleichbar zu machen, wird in der vorliegenden Arbeit nicht nur zwischen den DSM-Ausgaben, sondern auch zwischen AN und ATAN differenziert.

Von DSM-IV zu DSM-V ergeben sich aufgrund veränderter Diagnosekriterien unterschiedliche Zuordnungen der Fälle zu AN und ATAN. Das bedeutet, dass die ATAN-Gruppe nach DSM-IV beurteilt, nicht automatisch dieselben Patientinnen einschließt, wie die ATAN-Gruppe nach DSM-V. Es ist Gegenstand der aktuellen Forschung, inwieweit die Diagnosen AN und ATAN nach DSM-V tatsächlich distinkt voneinander sind und sich hinsichtlich der Essstörungspsychopathologie und anderer klinischer Faktoren unterscheiden. Die Ergebnisse hierzu sind bisher widersprüchlich (Fairweather-Schmidt & Wade, 2014; Flament u.a., 2015).

Die eingesetzten Messinstrumente sind validiert und erlauben eine standardisierte Erhebung der Informationen zur Essstörungspsychopathologie, dem Subtyp, der Anorexiendiagnose, der körperlichen und hier betrachteten psychischen Symptome (vgl. Material und Methoden). Es ist zu betonen, dass die durch Selbstbeurteilungsinstrumente erhobenen Informationen keine konkrete Diagnose für eine psychische Störung darstellen, sondern lediglich Hinweise auf vorhandene Symptome bzw. die Symptomlast geben.

Bei großen Erhebungen, bei denen Selbstbeurteilungsinstrumente zum Einsatz kommen und retrospektiv Daten abgefragt werden, wie beispielsweise Werte für das Körpergewicht, kann es vorkommen, dass Informationen fehlen. Es gibt keine Leitlinien, die festlegen, ab wann eine Menge an fehlenden Daten zu groß ist (Fox-Wasylyshyn & El-Masri, 2005). Laut Cohen (2003) sei es für unbedenklich zu halten, wenn 10 - 15 % der Fälle von fehlenden Daten betroffen sind. In dieser Untersuchung lag bei einzelnen Variablen eine Vollständigkeit von weniger als 95 % vor. Insgesamt waren 18 Fälle von fehlenden Werten bei Variablen betroffen, die für das multifaktorielle Modell relevant waren, weswegen eine multiple Imputation durchgeführt wurde. Hierbei werden auf Grundlage der vorhandenen Daten zusätzliche Datensätze erstellt (vgl. Rubin, 1987). Anhand dieser Methode kann einer Verkleinerung der Stichprobe aufgrund von fehlenden Werten entgegengewirkt werden, während gleichzeitig Standardfehler und

Konfidenzintervalle nicht verfälscht werden (Donders, van der Heijden, Stijnen & Moons, 2006).

Besonders bei retrospektiv erhobenen Daten besteht zudem das Risiko von Abweichungen von den wahren Werten. In Einzelfällen sind große Unterschiede zwischen gemessenen und angegebenen Werten möglich (Yoong, Carey, D'Este & Sanson-Fisher, 2013). Je kleiner die Stichprobe ist, desto stärker wirken sich solche Abweichungen auf die Ergebnisse aus. Allerdings zeigen Untersuchungen, die selbstberichtete Angaben mit gemessenen Angaben verglichen, sowohl aktuell als auch rückblickend, dass es in der Regel zu keinen großen Abweichungen kommt (Wright, Green, Reeves, Beral & Cairns, 2015; Stevens, Keil, Waid & Gazes, 1990). Vor allem junge Erwachsene waren ziemlich präzise in ihren Angaben (Großschädl, Haditsch & Stronegger, 2012).

Für die Körpergröße wurde nur ein Wert erhoben und dementsprechend angenommen, dass die Körpergröße bei Aufnahme der Körpergröße bei Störungsbeginn entspricht. Angesichts des Durchschnittsalters der Stichprobe (50 % jünger als 18 Jahre bei Erkrankungsbeginn) ist ein Größenzuwachs noch nicht ausgeschlossen, sodass unter Angabe einer zu großen Körperhöhe bei der retrospektiven BMI-Berechnung zu kleine Werte zu befürchten wären. Im Durchschnitt wachsen Mädchen vom 15. bis zum 17. Lebensjahr jedoch weniger als 1-2 cm pro Jahr (Reinken & van Oost, 1992). Zudem ist bekannt, dass die AN das Wachstum hemmt (Golden u.a., 1994). Eine Studie zeigte in diesem Zusammenhang, dass die Berücksichtigung der aktuellen Körpergröße auch bei einer jungen Stichprobe zu akzeptablen BMI-Werten führt (Coners, Remschmidt & Hebebrand, 1999).

## 4.3 Conclusio

Mithilfe der vorliegenden Arbeit konnten verschiedene krankheitsbezogene Faktoren der AN, die in einem signifikanten Zusammenhang mit der DUI stehen, identifiziert werden. Diese können dazu beitragen, Fälle, die ein besonders hohes Risiko für einen langen prätherapeutischen Verlauf und in der Folge auch posttherapeutische Verläufe und ein schlechtes Outcome haben, besser zu erkennen. Um Patientinnen mit AN schnell zu identifizieren, vor einem langen prätherapeutischen Krankheitsverlauf zu bewahren und insbesondere die Zeit zwischen Erstkontakt und Therapiebeginn zu verkürzen, sind Screening-Fragen durch die von der Hochrisikogruppe häufig frequentierten Ärzten sinnvoll. Aufgrund der Relevanz dieser Erkrankung im Schulalter sollte zudem auch Lehrpersonal mit der Thematik Essstörungen vertraut gemacht werden und ggf. über Anlaufstellen informieren können.

Insbesondere in Bezug auf körperliche Symptome ist es von absoluter Wichtigkeit, dass das Bewusstsein hierfür beim ärztlichen Personal gesteigert wird, damit eine essstörungsspezifische Therapie nicht durch ärztliches Nicht-Erkennen verzögert wird. Das Bereitstellen von Informationsmaterial und Aufnahme des Krankheitsbildes in Fortbildungscurricula kann hier zur Verbesserung des Wissens beitragen. Weiterhin würde eine bessere Vernetzung von primärer Versorgung mit essstörungsspezifischen Behandlern eine reibungslosere Übergabe der Patienten erleichtern.

Es ist anzustreben, die bei ATAN-Patientinnen ausgeprägtere Behandlungslatenz zu verkürzen. Eine Maßnahme ist auch hier verbessertes ärztliches Wissen. Dies gilt insbesondere für Hausärzte und Kinderärzte, sowie andere Ärzte der Grundversorgung und Betriebsärzte. Besonders wichtig ist, das Bewusstsein zu stärken, dass diese Gruppe von Patientinnen, die nicht notwendigerweise untergewichtig ist, genauso wie AN-Patientinnen von zum Teil lebensbedrohlichen körperlichen Symptomen betroffen sein kann.

Aufgrund der Häufigkeit komorbider Symptome ist es schon bei Verdacht auf eine Essstörung, spätestens aber bei Diagnosestellung, sinnvoll, das Vorhandensein

von psychischen Begleitsymptomen zu prüfen und in der Behandlung gegebenenfalls zu berücksichtigen.

Nach erfolgter Diagnostik bzw. positivem Screening sollte zudem eine Evaluation der Essstörungspsychopathologie erfolgen und anhand der bekannten Prädiktoren besonders darauf geachtet werden, dass Patientinnen mit hohem Risiko für eine lange DUI zuverlässig einer Behandlung zugeführt werden. Auch hier sind eine gute Kenntnis und eine funktionierende Kommunikation zwischen den bzw. über die vorhandenen Versorgungsstrukturen hilfreich.

Neben den oben dargestellten Ansatzpunkten, die besonders auf die medizinische Versorgung abzielen, ist aber auch die Selbstbefähigung der Patientinnen wichtig: Programme und Selbsthilfegruppen, die niederschwellig Informationen vermitteln und das Wissen über Essstörungen steigern, sowie leicht zugängliche Behandlungswegweiser sind eine gute Möglichkeit, um bereits betroffenen Personen den Zugang zu einer Therapie zu erleichtern.

## 5. ZUSAMMENFASSUNG

Anorexia nervosa (AN) zeichnet sich durch besonders lange Krankheitsverläufe aus. Da mit zunehmender Erkrankungsdauer die Prognose schlechter wird und oft Jahre vergehen, bis sich die Betroffenen in Behandlung begeben, ist es Ziel der vorliegenden Arbeit, Faktoren zu identifizieren, die die unbehandelte Erkrankungsdauer (DUI) beeinflussen. **Methoden:** Anhand standardisierter Fragebögen und eines strukturierten klinischen Interviews wurde die Ausprägung selbstberichteter Essstörungspsychopathologie, Subtyp, Gewichtsentwicklung, Begleitsymptome und -erkrankungen (depressive Symptome, ängstliche Symptome, somatische Beschwerden) und die Anorexiediagnose erhoben. **Ergebnisse:** 68 Frauen (beurteilt nach DSM-IV) bzw. 69 Frauen (DSM-V) wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Die durchschnittliche DUI beträgt 34,1 Monate (DSM-IV) bzw. 33,6 Monate (DSM-V). Bei schweren depressiven Symptomen ist die DUI im Vergleich zu kaum vorhandenen depressiven Symptomen mehr als siebenfach erhöht. Weitere Prädiktoren sind Figursorgen und Essenssorgen im Rahmen der Essstörungspsychopathologie. Bei Betrachtung nach DSM-V haben die AN-Patientinnen eine signifikant längere DUI als ATAN-Patientinnen. **Conclusio:** Zwischen der unbehandelten Erkrankungsdauer von durchschnittlich fast drei Jahren und depressiven Symptomen, der Essstörungspsychopathologie und der Anorexiediagnose besteht ein Zusammenhang. Behandler können dieses Wissen nutzen, um Patienten, die besonders für lange Verläufe gefährdet sind, besser zu identifizieren und schneller einer krankheitsspezifischen Therapie zuzuführen.

## ENGLISH VERSION

**Objective:** Anorexia nervosa (AN) is a mental disorder with a rather long course of disease. Very often it takes years before patients start treatment for their eating disorder. Since prognosis negatively deteriorates with increasing duration of untreated illness (DUI) this study aims to identify factors that have an impact on DUI. **Method:** Standardized questionnaires and a structured clinical interview were used to obtain information on eating disorder psychopathology, subtype, weight change, comorbidity, and diagnosis (AN vs. ATAN). A negative binomial regression was applied to identify significant predictors of long DUI. **Results:** Data of 69 or 68 female patients (evaluated by DSM-IV and DSM-V-criteria, respectively) were analyzed, respectively. Mean DUI was 34.1 months (DSM-IV) respectively 33.6 months (DSM-V). Severe depressive symptoms were associated with a 7-times increased DUI. Further significant predictors included shape concern and eating concern. Considering DSM-V evaluation, AN-patients had a significantly longer DUI than ATAN-patients. **Conclusion:** Results suggest an association between DUI, depressive symptoms, eating disorder psychopathology, and eating disorder diagnosis. Awareness of comorbid depressive symptoms among others predicting DUI should be increased. This knowledge can then be used to screen for patients especially at risk of long DUI, so time until treatment initiation can be shortened and prognosis improved.



## 6. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AN	Anorexia nervosa
AN4	Anorexia nervosa nach DSM-IV
AN5	Anorexia nervosa nach DSM-V
ANbp	Binge-Purging-Subtyp der Anorexia nervosa
ANr	Restriktiver Subtyp der Anorexia nervosa
APA	American Psychiatric Association
ATAN	Atypische Anorexia nervosa
ATAN4	Atypische Anorexia nervosa nach DSM-IV
ATAN5	Atypische Anorexia nervosa nach DSM-V
ATANr	Restriktiver Subtyp der atypischen Anorexia nervosa
ATANbp	Binge-Purging-Subtyp der atypischen Anorexia nervosa
BMI	Body-Mass-Index
BMI <sub>diff</sub>	BMI-Differenz
BMI <sub>min</sub>	Minimal-BMI
BMI <sub>sb</sub>	BMI bei Störungsbeginn
BMI <sub>tb</sub>	BMI bei Therapiebeginn
Bzgl.	bezüglich
Bzw.	Beziehungsweise
CDC	Center of Disease Control
Ch-EDE-Q	Children's Eating Disorder Examination Questionnaire
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Ausgabe
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 5. Ausgabe
DUC	Duration until first contact , Dauer bis zur ersten Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitssystem
DUI	Duration of untreated Illness, unbehandelte Erkrankungsdauer
EDE	Eating Disorder Examination-Interview
EDE-Q	Eating Disorder Examination-Questionnaire
EPP	Essstörungspsychopathologie
FzB	Fragebogen zu Behandlungsbeginn
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7
ICD	Index of Clinical Diseases - Internationale Klassifikation der Krankheiten
kg	Kilogramm
LEAD	Longitudinal assessment done by expert diagnosticians using all data
m	Meter
PHQ-15	Patient-Health-Questionnaire-15
PHQ-9	Patient-Health-Questionnaire-9
PHQ-D	Patient-Health-Questionnaire bzw. Gesundheitsfragebogen für Patienten, deutsche Version
PPP Euro	Purchasing Power Parity Euro
s.	siehe
SD	Standardabweichung
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview nach DSM-IV
u.a.	und andere
Vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

## 7. LITERATURVERZEICHNIS

1. Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Marzola, E., Amianto, F., Zuccolin, F. & Fassino, S. (2011). Eating disorders and major depression: role of anger and personality. *Depression Research and Treatment* 2011, S. 194732. DOI: 10.1155/2011/194732.
2. Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C. & Fassino, S. (2013). Resistance to treatment and change in anorexia nervosa [corrected]: a clinical overview. *BMC Psychiatry* 13, S. 294. DOI: 10.1186/1471-244X-13-294.
3. Abd Elbaky, G. B., Hay, P. J., Le Grange, D., Lacey, H., Crosby, R. D. & Touyz, S. (2014). Pre-treatment predictors of attrition in a randomised controlled trial of psychological therapy for severe and enduring anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 14, S. 69. DOI: 10.1186/1471-244X-14-69.
4. Abella, E., Feliu, E., Granada, I., Millá, F., Oriol, A., Ribera, J. M. u.a. (2002). Bone marrow changes in anorexia nervosa are correlated with the amount of weight loss and not with other clinical findings. *American Journal of Clinical Pathology* 118 (4), S. 582–588. DOI: 10.1309/2Y7X-YDXK-006B-XLT2.
5. Accurso, E. C., Ciao, A. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Lock, J. D. & Le Grange, D. (2014). Is weight gain really a catalyst for broader recovery? The impact of weight gain on psychological symptoms in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 56, S. 1–6. DOI: 10.1016/j.brat.2014.02.006.
6. Aeschlimann, A. & Kraenzlin, M. E. (2013). 11.3 Generalisierte Knochenveränderungen. In E. Battegay (Hrsg.). *Siegenthalers Differenzialdiagnose: Innere Krankheiten - vom Symptom zur Diagnose (20. Aufl.)* (S. 395-405). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
7. Ahrén, J. C., Chiesa, F., af Klinteberg, B. & Koupil, I. (2012). Psychosocial determinants and family background in anorexia nervosa-results from the Stockholm birth cohort study. *The International Journal of Eating Disorders* 45 (3), S. 362–369. DOI: 10.1002/eat.20953.

8. Ahren-Moonga, J., Silverwood, R., Klinteberg, B. A. & Koupil, I. (2009). Association of Higher Parental and Grandparental Education and Higher School Grades with Risk of Hospitalization for Eating Disorders in Females: The Uppsala Birth Cohort Multigenerational Study. *American Journal of Epidemiology* 170 (5), S. 566–575. DOI: 10.1093/aje/kwp166.
9. Allgaier, A.-K., Pietsch, K., Frühe, B., Sigl-Glöckner, J. & Schulte-Körne, G. (2012). Screening for depression in adolescents: validity of the patient health questionnaire in pediatric care. *Depression and Anxiety* 29 (10), S. 906–913. DOI: 10.1002/da.21971.
10. Altamura, A. C., Dell'Osso, B., Mundo, E. & Dell'Osso, L. (2007). Duration of untreated illness in major depressive disorder: a naturalistic study. *International Journal of Clinical Practice* 61 (10), S. 1697–1700. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2007.01450.x.
11. Altamura, A. C., Dell'osso, B., D'Urso, N., Russo, M., Fumagalli, S. & Mundo, E. (2008). Duration of untreated illness as a predictor of treatment response and clinical course in generalized anxiety disorder. *CNS Spectrums* 13 (5), S. 415–422.
12. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (4th Ed., Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
13. American Psychiatric Association (2006). *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
14. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th Edition)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
15. Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry* 68 (7), S.724-31. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.

16. AWMF online – Das Portal der wissenschaftlichen Medizin (2016). *Klassifikation der Entwicklungsstufe S3, Stand 29.04.2010*. Online verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation/klassifikation-s3.html> [29.10.2016, 00:03].
17. Bachrach, L. K., Katzman, D. K., Litt, I. F., Guido, D. & Marcus, R. (1991). Recovery from osteopenia in adolescent girls with anorexia nervosa. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 72 (3), S. 602–606. DOI: 10.1210/jcem-72-3-602.
18. Bamford, B. & Sly, R. (2010). Exploring quality of life in the eating disorders. *European Eating Disorders Review* 18 (2), S. 147–153. DOI: 10.1002/erv.975.
19. Barmer GEK (Hrsg.) (2013). *Barmer GEK Zahnreport 2013*, S. 61. Siegburg: Asgard Verlagsservice.
20. Berg, K C., Peterson, C. B., Frazier, P. & Crow, S. J. (2012). Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: a systematic review of the literature. *The International Journal of Eating Disorders* 45 (3), S. 428–438. DOI: 10.1002/eat.20931.
21. Berner, L. A., Shaw, J. A., Witt, A. A. & Lowe, M. R. (2013). The relation of weight suppression and body mass index to symptomatology and treatment response in anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology* 122 (3), S. 694–708. DOI: 10.1037/a0033930.
22. Blake, W., Turnbull, S. & Treasure, J. (1997). Stages and processes of change in eating disorders: implications for therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1997 (4), S. 186–191. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199709)4:3<186::AID-CPP128>3.0.CO;2-5.
23. Blanz, B. J., Detzner, U., Lay, B., Rose, F. & Schmidt, M. H. (1997). The intellectual functioning of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry* 6 (3), S. 129–135.
24. Blinder, B. J., Cumella, E. J. & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine* 68 (3), S. 454–462. DOI: 10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5.

25. Boraska, V., Franklin, C. S., Floyd, J. A. B., Thornton, L. M., Huckins, L. M., Southam, L. u.a. (2014). A genome-wide association study of anorexia nervosa. *Molecular Psychiatry* 19 (10), S. 1085–1094.  
DOI: 10.1038/mp.2013.187.
26. Boulé, C. J. & McSherry, J. A. (2002). Patients with eating disorders. How well are family physicians managing them? *Canadian Family Physician Médecin de famille canadien* 48, S. 1807–1813.
27. Boyd, C., Abraham, S. & Kellow, J. (2005). Psychological features are important predictors of functional gastrointestinal disorders in patients with eating disorders. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 40 (8), S. 929–935.
28. Brand-Gothelf, A., Leor, S., Apter, A. & Fennig, S. (2014). The impact of comorbid depressive and anxiety disorders on severity of anorexia nervosa in adolescent girls. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 202 (10), S. 759–762. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000194.
29. Brunner, R., Parzer, P. & Resch, F. (2005). Unfreiwillige Hospitalisierung von Patienten mit Anorexia nervosa: Klinische Aspekte und empirische Befunde. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 73 (1), S. 9–15.  
DOI: 10.1055/s-2004-830078.
30. Bühren, K., Schwarte, R., Fluck, F., Timmesfeld, N., Krei, M., Egberts, K. u.a. (2014). Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: the Journal of the Eating Disorders Association* 22 (1), S. 39–44. DOI: 10.1002/erv.2254.
31. Bukh, J. D., Bock, C., Vinberg, M. & Kessing, L. V. (2013). The effect of prolonged duration of untreated depression on antidepressant treatment outcome. *Journal of Affective Disorders* 145 (1), S. 42–48.  
DOI: 10.1016/j.jad.2012.07.008.
32. Bulik, C. M., Thornton, L., Pinheiro, A. P., Plotnicov, K., Klump, K. L., Brandt, H. u.a. (2008). Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine* 70 (3), S. 378–383. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181646765.

33. Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. *DAC-Liste der Entwicklungsländer und –gebiete: gültig für die Berichtsjahre 2014-2016*. Online verfügbar unter [https://www.bmz.de/de/zentrales\\_downloadarchiv/Ministerium/ODA/DAC\\_Laenderliste\\_Berichtsjahre\\_2014\\_2016.pdf](https://www.bmz.de/de/zentrales_downloadarchiv/Ministerium/ODA/DAC_Laenderliste_Berichtsjahre_2014_2016.pdf) [15.11.2015, 11:45]
34. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2010). *Jugendsexualität 2010: Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern - aktueller Schwerpunkt Migration; Ergebnisse der aktuellen Repräsentativbefragung*. Köln: BZgA. Online verfügbar unter: <https://www.tns-emnid.com/studien/pdf/jugendsexualitaet.pdf> [18.02.2016, 17:17].
35. Bunting, B. P., Murphy, S. D., O'Neill, S. M. & Ferry, F. R. (2012). Lifetime prevalence of mental health disorders and delay in treatment following initial onset: evidence from the Northern Ireland Study of Health and Stress. *Psychological Medicine* 42 (08), S. 1727–1739. DOI: 10.1017/S0033291711002510.
36. Burke, F. J., Bell, T. J., Ismail, N. & Hartley, P. (1996). Bulimia: implications for the practising dentist. *British Dental Journal* 180 (11), S. 421–426.
37. Burket, R. C. & Hodgkin, J. D. (1993). Factors predicting reluctance to seek treatment in patients with eating disorders. *Southern Medical Journal* 86 (5), S. 529–532.
38. Cachelin, F. M., Striegel-Moore, R. H. & Regan, P. C. (2006). Factors associated with treatment seeking in a community sample of European American and Mexican American women with eating disorders. *European Eating Disorders Review* 14 (6), S. 422–429. DOI: 10.1002/erv.720.
39. Carney, T., Tait, D., Richardson, A. & Touyz, S. (2008). Why (and when) clinicians compel treatment of anorexia nervosa patients. *European Eating Disorders Review* 16 (3), S. 199–206. DOI: 10.1002/erv.845.
40. Carter, F. A., Boden, J. M., Jordan, J., McIntosh, V. W., Bulik, C. M. & Joyce, P. R. (2015). Weight suppression predicts total weight gain and rate of weight gain in outpatients with anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders* (in Druck) DOI: 10.1002/eat.22425.

41. Casiero, D. & Frishman, W. H. (2006). Cardiovascular complications of eating disorders. *Cardiology Review* 14 (5), S. 227–231.  
DOI: 10.1097/01.crd.0000216745.96062.7c.
42. Castro, J., Gila, A., Puig, J., Rodriguez, S. & Toro, J. (2004). Predictors of rehospitalization after total weight recovery in adolescents with anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders* 36 (1), S. 22–30.  
DOI: 10.1002/eat.20009.
43. Cederlöf, M., Thornton, L. M., Baker, J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Rück, C. u.a. (2015). Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 14 (3), S. 333–338. DOI: 10.1002/wps.20251.
44. Center for Disease Control and Prevention (2013). *Use and Interpretation of the WHO and CDC Growth Charts for Children from Birth to 20 Years in the United States*. Online verfügbar unter:  
<https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiui5iS0urJAhVDHQ8KHXqODo4QFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fnccdcphp%2Fdnpa%2Fgrowthcharts%2Fresources%2Fgrowthchart.pdf&usg=AFQjCNGgASzdINJywch-3pyCSF2sqYPHfg> [20.12.15, 15:28].
45. Center for Disease Control and Prevention (2000). *2 to 20 years: Girls. Stature-for-age and Weight-for-age percentiles*. Online verfügbar unter:  
<http://www.cdc.gov/growthcharts/data/set1clinical/cj411022.pdf> [23.02.2016, 14:58].
46. Chisuwa, N. & O’Dea, J. A. (2010). Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite* 54 (1), S. 5–15.  
DOI: 10.1016/j.appet.2009.11.008.
47. Ciarapica, D., Mauro, B., Zaccaria, M., Cannella, C. & Polito, A. (2010). Validity of self-reported body weight and height among women including patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders: EWD* 15 (1-2), S. e74-80.

48. Clausen, L. & Jones, A. (2014). A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics. *Journal of Eating Disorders* 2 (1), S. 29. DOI: 10.1186/s40337-014-0029-8.
49. Cohen, J. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences (3rd ed)*. Mahwah, N.J: L. Erlbaum Associates.
50. Coners, H., Remschmidt, H. & Hebebrand, J. (1999). The relationship between premorbid body weight, weight loss, and weight at referral in adolescent patients with anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders* 26 (2), S. 171–178.
51. Crago, M., Shisslak, C. M. & Estes, L. S. (1996). Eating disturbances among American minority groups: a review. *The International Journal of Eating Disorders* 19 (3), S. 239–248.  
DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199604)19:3<239::AID-EAT2>3.0.CO;2-N.
52. Cuntz, U. (2011). Körperliche Folgeerkrankungen von Essstörungen. In S. Herpertz, B. Herpertz-Dahlmann, M. Fichter, B. Tuschen-Caffier & A. Zeeck (Hrsg.). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (S. 229–241). Berlin: Springer.
53. Currin, L. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry* 186 (2), S. 132–135. DOI: 10.1192/bjp.186.2.132.
54. Currin, L., Waller, G., Treasure, J., Nodder, J., Stone, C., Yeomans, M. & Schmidt, U. (2007). The use of guidelines for dissemination of "best practice" in primary care of patients with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders* 40 (5), S. 476–479. DOI: 10.1002/eat.20385.
55. Deister, A. (2009). Essstörungen. In H.-J. Möller, H. Braun-Scharm, A. Deister & G. Laux (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie (4., vollst. überarb. und erw. Aufl. mit Video-CD-ROM)* (S. 271–281). Stuttgart: Thieme.
56. de la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M.; & van Furth, E. (2006). Evaluating the treatment of eating disorders from the patient's perspective. *The International Journal of Eating Disorders* 39 (8), S. 667–676.  
DOI: 10.1002/eat.20317.



57. Delgadillo, J., Payne, S., Gilbody, S., Godfrey, C., Gore, S., Jessop, D. & Dale, V. (2012). Brief case finding tools for anxiety disorders: validation of GAD-7 and GAD-2 in addictions treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 125 (1-2), S. 37–42. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2012.03.011
58. De Young, K. P., Lavender, J. M., Steffen, K., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Mitchell, J. E. u.a. (2013). Restrictive eating behaviors are a nonweight-based marker of severity in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders* 46 (8), S. 849–854. DOI: 10.1002/eat.22163.
59. DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M. & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 (2), S. 295–304.
60. DiGiacchino, R. F., Keenan, M. F. & Sargent, R. (2000). Assessment of dental practitioners in the secondary and tertiary prevention of eating disorders. *Eating Behaviours* 1 (1), S. 79–91.
61. Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2011). *ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Klassifikation psychischer Störungen (8., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM)*. Bern: Huber.
62. Donaldson, A. A. & Gordon, C. M. (2015). Skeletal complications of eating disorders. *Metabolism: clinical and experimental* 64 (9), S. 943–951. DOI: 10.1016/j.metabol.2015.06.007.
63. Donders, A R. T., van der Heijden, G. J. M. G., Stijnen, T. & Moons, K. G. M. (2006). Review: a gentle introduction to imputation of missing values. *Journal of Clinical Epidemiology* 59 (10), S. 1087–1091. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2006.01.014.
64. Dooley-Hash, S., Lipson, S. K., Walton, M. A. & Cunningham, R. M. (2013). Increased emergency department use by adolescents and young adults with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders* 46 (4), S. 308–315. DOI: 10.1002/eat.22070.
65. Dpa (2010). *Magermodel Caro stirbt an Lungenentzündung*. Zeit Online. Online verfügbar unter: <http://www.zeit.de/lebensart/mode/2010-12/magermodel-isabel-caro-tot> [24.02.2016, 10:40].

66. Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H. & Herzog, D. B. (2008a). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *The American Journal of Psychiatry* 165 (2), S. 245–250. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.07060951.
67. Eddy, K. T., Celio Doyle, A., Hoste, R. R., Herzog, D. B. & Le Grange, D. (2008b). Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47 (2), S. 156–164. DOI: 10.1097/chi.0b013e31815cd9cf.
68. Ekeröth, K., Clinton, D., Norring, C. & Birgegård, A. (2013). Clinical characteristics and distinctiveness of DSM-5 eating disorder diagnoses: findings from a large naturalistic clinical database. *Journal of Eating Disorders* 1, S. 31. DOI: 10.1186/2050-2974-1-31.
69. Elite Model Management Paris (2016). *Kendall Jenner*. Online verfügbar unter: <http://www.elitemodel.fr/fr/mainboard/women/693320/kendall-jenner> [11.06.2016, 16:45].
70. Erdur, L., Kallenbach-Dermutz, B., Lehmann, V., Zimmermann-Viehoff, F., Köpp, W., Weber, C. & Deter, H.-C. (2012). Somatic comorbidity in anorexia nervosa: First results of a 21-year follow-up study on female inpatients. *BioPsychoSocial Medicine* 6 (1), S. 4. DOI: 10.1186/1751-0759-6-4.
71. Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (twelfth edition). In C. G. Fairburn & G.T. Wilson (Hrsg.). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment* (S. 317-360). New York: Guilford Press
72. Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *The International Journal of Eating Disorders* 16 (4), S. 363–370.
73. Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy* 41 (5), S. 509–528.
74. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. & Davies, B. A. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry* 162 (12), S. 2249–2255. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.12.2249.

75. Fairweather-Schmidt, A. K. & Wade, T. D. (2014). DSM-5 eating disorders and other specified eating and feeding disorders: is there a meaningful differentiation? *The International Journal of Eating Disorders* 47 (5), S. 524–533. DOI: 10.1002/eat.22257.
76. Faje, A. T., Fazeli, P. K., Miller, K. K., Katzman, D. K., Ebrahimi, S., Lee, H. u.a. (2014). Fracture risk and areal bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders* 47 (5), S. 458–466. DOI: 10.1002/eat.22248.
77. Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E. & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry* 9, S. 67. DOI: 10.1186/1471-244X-9-67.
78. Fennig, S. & Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic journal of psychiatry* 64 (1), S. 32–39. DOI: 10.3109/08039480903265751.
79. Fichter, M. (2011). Epidemiologie der Essstörungen. In S. Herpertz, B. Herpertz-Dahlmann, M. Fichter, B. Tuschen-Caffier & A. Zeeck (Hrsg.). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (S. 1-15). Berlin: Springer.
80. Fisher, M., Gonzalez, M. & Malizio, J. (2015). Eating disorders in adolescents: how does the DSM-5 change the diagnosis? *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 27 (4), S. 437–441. DOI: 10.1515/ijamh-2014-0059.
81. Flament, M. F., Buchholz, A., Henderson, K., Obeid, N., Maras, D., Schubert, N. u.a. (2015). Comparative distribution and validity of DSM-IV and DSM-5 diagnoses of eating disorders in adolescents from the community. *European Eating Disorders Review: the journal of the Eating Disorders Association* 23 (2), S. 100–110. DOI: 10.1002/erv.2339.
82. Fox-Wasylyshyn, S. M. & El-Masri, M. M. (2005). Handling missing data in self-report measures. *Research in Nursing & Health* 28 (6), S. 488–495. DOI: 10.1002/nur.20100.

83. Föcker, M., Bühren, K., Timmesfeld, N., Dempfle, A., Knoll, S., Schwarte, R. u.a. (2015). The relationship between premorbid body weight and weight at referral, at discharge and at 1-year follow-up in anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry* 24 (5), S. 537–544.  
DOI: 10.1007/s00787-014-0605-0.
84. Franko, D. L. & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review* 26 (6), S. 769–782. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.04.001.
85. Geller, G. & Thomas, C. D. (1999). A review of eating disorders in immigrant women: Possible evidence for a culture-change model. *Eating Disorders* 7 (4), S. 279–297. DOI: 10.1080/10640269908251200.
86. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015). Richtlinie über die Durchführung von der Psychotherapie: Psychotherapie-Richtlinie (In Kraft getreten am 6.1.2016). In Bundesanzeiger (5.2.2016). Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1099/PT-RL\\_2015-10-15\\_iK-2016-01-06.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1099/PT-RL_2015-10-15_iK-2016-01-06.pdf) [18.02.2016, 19:07].
87. Ghio, L., Gotelli, S., Marcenaro, M., Amore, M. & Natta, W. (2014). Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal Affective Disorders* 152-154, S. 45–51.  
DOI: 10.1016/j.jad.2013.10.002.
88. Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S. & Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 22 (11), S. 1596–1602. DOI: 10.1007/s11606-007-0333-y.
89. Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, Ph & Flament, M. F. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders* 97 (1-3), S. 37–49. DOI: 10.1016/j.jad.2006.06.023.
90. Goede, J. S., Renner, C. & Stenner, F. (2013). 13.2 Anämie durch inadäquate Produktion und/oder ineffektive Erythropoese. In E. Battegay (Hrsg.). *Siegenthalers Differenzialdiagnose: Innere Krankheiten - vom Symptom zur Diagnose (20. Aufl.)* (S. 427-436). Stuttgart: Georg Thieme.

91. Goetz, M., Mendel, C. (2015). Der Gedanke, "zu dick zu sein", und Germany's Next Topmodel. Eine repräsentative Studie mit 6- bis 19-Jährigen. *Television* 28 (1), S. 54–57.
92. Golden, N. H., Kreitzer, P., Jacobson, M. S., Chasalow, F. I., Schebendach, J., Freedman, S. M. & Shenker, I. R. (1994): Disturbances in growth hormone secretion and action in adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Pediatrics* 125 (4), S. 655–660.
93. Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". *Diagnostica* 50 (4), S. 171–181. DOI: 10.1026/0012-1924.50.4.171.
94. Großschädl, F., Haditsch, B. & Stronegger, W. J. (2012). Validity of self-reported weight and height in Austrian adults: sociodemographic determinants and consequences for the classification of BMI categories. *Public Health Nutrition* 15 (1), S. 20–27. DOI: 10.1017/S1368980011001911.
95. Gumz, A., Uhlenbusch, N., Weigel, A., Wegscheider, K., Romer, G. & Löwe, B. (2014). Decreasing the duration of untreated illness for individuals with anorexia nervosa: study protocol of the evaluation of a systemic public health intervention at community level. *BMC Psychiatry* 14 (1), S. 371. DOI: 10.1186/s12888-014-0300-1.
96. Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E. u.a. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21 (10), S. 718–779. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2011.08.008.
97. Haas, L., Stargardt, T., Schreyoegg, J., Schlösser, R., Danzer, G. & Klapp, B. F. (2012). Inpatient costs and predictors of costs in the psychosomatic treatment of anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders* 45 (2), S. 214–221. DOI: 10.1002/eat.20903.
98. Halmi, K. A. (2013). Perplexities of treatment resistance in eating disorders. *BMC Psychiatry* 13, S. 292. DOI: 10.1186/1471-244X-13-292.
99. Harris, E. C. & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry* 173 (1), S. 11–53. DOI: 10.1192/bjp.173.1.11.

100. Härter, M., Kentgens, M., Brandes, A., Bock, T., Dirmaier, J., Erzberger, M. u.a. (2012). Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262 (S2), S. 57–63. DOI: 10.1007/s00406-012-0359-y.
101. Hasler, G., Delsignore, A., Milos, G., Buddeberg, C. & Schnyder, U. (2004). Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 57 (1), S. 67–72. DOI: 10.1016/S0022-3999(03)00562-2.
102. Have, M. Ten, Graaf, R. de, van Dorsselaer, S. & Beekman, A. (2013). Lifetime treatment contact and delay in treatment seeking after first onset of a mental disorder. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 64 (10), S. 981–989. DOI: 10.1176/appi.ps.201200454.
103. Hay, P. J., Claudino, A. M., Touyz, S. & Abd Elbaky, G. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *The Cochrane database of systematic reviews* 7, S. CD003909. DOI: 10.1002/14651858.CD003909.pub2.
104. Hepworth, N. & Paxton, S. J. (2007). Pathways to help-seeking in bulimia nervosa and binge eating problems: a concept mapping approach. *The International Journal of Eating Disorders* 40 (6), S. 493–504. DOI: 10.1002/eat.20402.
105. Herzog, W., Wild, B. & Friederich, H.-C. (2010). Anorexia Nervosa. In R. Adler und T. von Uexküll (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns (7. Auflage)* (S. 641-651). München: Elsevier, Urban & Fischer.
106. Hilbert, A. & Tuschen-Caffier B. (2006). *Eating Disorder Examination-Questionnaire: Deutschsprachige Übersetzung*. Münster: Verlag für Psychotherapie.
107. Hilbert, A.; Tuschen-Caffier, B.; Karwautz, A.; Niederhofer, H.; Munsch, S. (2007): Eating Disorder Examination-Questionnaire. *Diagnostica* 53 (3), S. 144–154. DOI: 10.1026/0012-1924.53.3.144.

108. Hilbert, A., Hartmann, A. & Czaja, J. (2008). Child Eating Disorder Examination-Questionnaire: Evaluation der deutschsprachigen Version des Essstörungsfragebogens für Kinder. [The Eating Disorder Examination-Questionnaire for children: Psychometric properties of the German version]. *Klinische Diagnostik und Evaluation* (1), S. 447–464.
109. Hilbert, A., Zwaan, M. de & Braehler, E. (2012). How frequent are eating disturbances in the population? Norms of the eating disorder examination-questionnaire. *PLoS ONE* 7 (1), S. e29125.  
DOI: 10.1371/journal.pone.0029125.
110. Hillen, S., Dempfle, A., Seitz, J., Herpertz-Dahlmann, B. & Bühren, K. (2015). Motivation to change and perceptions of the admission process with respect to outcome in adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 15, S. 140. DOI: 10.1186/s12888-015-0516-8.
111. Hoek, H. W. & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders* 34 (4), S. 383–396. DOI: 10.1002/eat.10222.
112. Hoek, H. W. (2006): Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 19 (4), S. 389–394. DOI: 10.1097/01.yco.0000228759.95237.78.
113. Hölling, H., Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt* 50 (5-6), S. 794–799.  
DOI: 10.1007/s00103-007-0242-6.
114. Hoffman, E. R., Zerwas, S. C. & Bulik, C. M. (2011). Reproductive issues in anorexia nervosa. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 6 (4), S. 403–414. DOI: 10.1586/eog.11.31.
115. Holland, L. A., Bodell, L. P. & Keel, P. K. (2013). Psychological Factors Predict Eating Disorder Onset and Maintenance at 10-year Follow-up. *European Eating Disorders Review* 21 (5), S. 405–410.  
DOI: 10.1002/erv.2241.
116. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 61 (3), S. 348–358.  
DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040.

117. Hudson, L. D., Cumby, C., Klaber, R. E., Nicholls, D. E., Winyard, P. J. & Viner, R. M. (2013). Low levels of knowledge on the assessment of underweight in children and adolescents among middle-grade doctors in England and Wales. *Archives of Disease in Childhood* 98 (4), S. 309–311. DOI: 10.1136/archdischild-2012-303357.
118. Hunt, J. S. & Rothman, A. J. (2007). College students' mental models for recognizing anorexia and bulimia nervosa. *Appetite* 48 (3), S. 289–300. DOI: 10.1016/j.appet.2006.05.013.
119. IMG Models (2016a). *Karlie Kloss*. Online verfügbar unter: <http://www.imgmodels.com/portfolio/london/women/model?mid=19402> [11.06.2016, 16:50].
120. IMG Models (2016b). *Gigi Hadid*. Online verfügbar unter: <http://imgmodels.com/portfolio/new-york/women/model?mid=20343> [11.06.2016, 16:58].
121. Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Essstörungen (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 24)*. Göttingen: Hogrefe.
122. Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M. de, Kraemer, H. C. & Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin* 130 (1), S. 19–65. DOI: 10.1037/0033-2909.130.1.19.
123. Johansson, A.-K., Nohler, E., Johansson, A., Norring, C. & Tegelberg, A. (2009). Dentists and eating disorders--knowledge, attitudes, management and experience. *Swedish Dental Journal* 33 (1), S. 1–9.
124. Johnson, E.M. & Coles, M. E. (2013). Failure and delay in treatment-seeking across anxiety disorders. *Community Mental Health Journal* 49 (6), S. 668–674. DOI: 10.1007/s10597-012-9543-9.
125. Karwautz, A., Zwaan, M. de, Wöber-Bingöl, C., Wöber, C. & Friedrich, M. H. (1997). Awareness of early-onset anorexia nervosa. *Eating and weight disorders: EWD* 2 (3), S. 138–143.
126. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013). *Patientenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2013: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April/Mai 2013*. Online verfügbar unter: [http://www.kbv.de/media/sp/KBV\\_2013\\_Berichtband.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/KBV_2013_Berichtband.pdf) [18.02.2016, 17:28].



127. Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry* 161 (12), S. 2215–2221. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.12.2215.
128. Kaye, W. H., Fudge, J. L. & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature reviews. Neuroscience* 10 (8), S. 573–584. DOI: 10.1038/nrn2682.
129. Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Delinsky, S. S., Franko, D. L., Blais, M.A. u.a. (2002). Predictors of treatment utilization among women with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 159 (1), S. 140–142.
130. Keel, P. K., Brown, T. A., Holm-Denoma, J. & Bodell, L. P. (2011). Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *The International Journal of Eating Disorders* 44 (6), S. 553–560. DOI: 10.1002/eat.20892.
131. Keel, P. K. & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders *The International Journal of Eating Disorders* 46 (5), S. 433–439. DOI: 10.1002/eat.22094.
132. Kelly, A. C. & Carter, J. C. (2014). Eating disorder subtypes differ in their rates of psychosocial improvement over treatment. *Journal of Eating Disorders* 2, S. 2. DOI: 10.1186/2050-2974-2-2.
133. Kezelman, S., Touyz, S., Hunt, C. & Rhodes, P. (2015). Does anxiety improve during weight restoration in anorexia nervosa? A systematic review. *Journal of Eating Disorders* 3, S. 7. DOI: 10.1186/s40337-015-0046-2.
134. Knoll, S., Föcker, M. & Hebebrand, J. (2014). Essstörungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 42 (5), S. 361-6; quiz 367-8. DOI: 10.1024/1422-4917/a000311.
135. Köhrle, J. & Petrides, P.E. (2007). Hypothalamisch-hypophysäres System und Zielgewebe. In G. Löffler, P. E. Petrides & P. C. Heinrich (Hrsg.). *Biochemie und Pathobiochemie (8., vollst. neu bearb. Aufl.)* (S. 841–892). Heidelberg: Springer.

136. Kong, P. & Harris, L. M. (2015). The sporting body: body image and eating disorder symptomatology among female athletes from leanness focused and nonleanness focused sports. *The Journal of psychology* 149 (1-2), S. 141–160. DOI: 10.1080/00223980.2013.846291.
137. Krauth, C., Buser, K. & Vogel, H. (2002). How high are the costs of eating disorders - anorexia nervosa and bulimia nervosa - for German society? *The European Journal of Health Economics* 3 (4), S. 244–250. DOI: 10.1007/s10198-002-0137-2.
138. Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 16 (9), S. 606–613.
139. Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine* 64 (2), S. 258–266.
140. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 32 (4), S. 345–359. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006.
141. Laségue, E.-C. (1997). On hysterical anorexia (a). 1873. *Obesity research* 5 (5), S. 492–497.
142. Lask, B., Bryant-Waugh, R., Wright, F., Campbell, M., Willoughby, K. & Waller, G. (2005). Family physician consultation patterns indicate high risk for early-onset anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders* 38 (3), S. 269–272. DOI: 10.1002/eat.20163.
143. Lebow, J., Sim, L. A. & Kransdorf, L. N. (2015). Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. *The Journal of Adolescent Health: official publication of the Society for Adolescent Medicine* 56 (1), S. 19–24. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2014.06.005.
144. Leddy, M. A., Jones, C., Morgan, M. A. & Schulkin, J. (2009). Eating disorders and obstetric-gynecologic care. *Journal of Women's Health (Larchmt)* 18 (9), S. 1395–1401. DOI: 10.1089/jwh.2008.1183.

145. Leddy, M. A., Lawrence, H. & Schulkin, J. (2011). Obstetrician-gynecologists and women's mental health: findings of the Collaborative Ambulatory Research Network 2005-2009. *Obstetrical and Gynecological Survey* 66 (5), S. 316–323. DOI: 10.1097/OGX.0b013e31822785ee.
146. Lee, H. Y., Lee, E. L., Pathy, P. & Chan, Y. H. (2005). Anorexia nervosa in Singapore: an eight-year retrospective study. *Singapore Medical Journal* 46 (6), S. 275–281.
147. Lee, S., Ng, K. L., Kwok, K. & Fung, C. (2010). The changing profile of eating disorders at a tertiary psychiatric clinic in Hong Kong (1987-2007). *The International Journal of Eating Disorders* 43 (4), S. 307-314. DOI: 10.1002/eat.20686.
148. Le Grange, D., Crosby, R. D., Engel, S. G., Cao, L., Ndungu, A., Crow, S. J. u.a. (2013). DSM-IV-defined anorexia nervosa versus subthreshold anorexia nervosa (EDNOS-AN). *European Eating Disorders Review: the journal of the Eating Disorders Association* 21 (1), S. 1–7. DOI: 10.1002/erv.2192.
149. Le Grange, D., Fitzsimmons-Craft, E. E., Crosby, R. D., Hay, P., Lacey, H., Bamford, B. et al. (2014). Predictors and moderators of outcome for severe and enduring anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 56, S. 91–98. DOI: 10.1016/j.brat.2014.03.006.
150. Lindberg, L. & Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *The International Journal of Eating Disorders* 34 (4), S. 397–408. DOI: 10.1002/eat.10221.
151. Lobbestael, J., Leurgans, M. & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy* 18 (1), S. 75–79. DOI: 10.1002/cpp.693.
152. Löffler, G. & Brigelius-Flohé, R. (2007). Vitamine. In G. Löffler, P. E. Petrides & P. C. Heinrich (Hrsg.). *Biochemie und Pathobiochemie (8., vollst. neu bearb. Aufl.)* (S. 679–712). Heidelberg: Springer.
153. Lopez, C., Stahl, D. & Tchanturia, K. (2010). Estimated intelligence quotient in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Annals of General Psychiatry* 9, S. 40. DOI: 10.1186/1744-859X-9-40.

154. Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D. L. & Herzog, W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychological Medicine* 31 (5), S. 881–890.
155. Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D): Komplettversion und Kurzform (2. Aufl.)*. Karlsruhe: Pfizer.
156. Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W. & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care* 46 (3), S. 266–274. DOI: 10.1097/MLR.0b013e318160d093.
157. Madden, S., Morris, A., Zurynski, Y. A., Kohn, M. & Elliot, E. J. (2009). Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *Medical Journal of Australia* 190 (8), S. 410–414.
158. Mander, J., Teufel, M., Keifenheim, K., Zipfel, S. & Giel, K. E. (2013). Stages of change, treatment outcome and therapeutic alliance in adult inpatients with chronic anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 13, S. 111. DOI: 10.1186/1471-244X-13-111.
159. Mariu, K. R., Merry, S. N., Robinson, E. M. & Watson, P. D. (2012). Seeking professional help for mental health problems, among New Zealand secondary school students. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 17 (2), S. 284–297. DOI: 10.1177/1359104511404176.
160. Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of General Psychiatry* 62 (9), S. 975–983. DOI: 10.1001/archpsyc.62.9.975.
161. Mattar, L., Thiebaud, M.-R., Huas, C. E., Cebula, C. & Godart, N. (2012). Depression, anxiety and obsessive-compulsive symptoms in relation to nutritional status and outcome in severe anorexia nervosa. *Psychiatry Research* 200 (2-3), S. 513–517. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.04.032.
162. McCourt, J. & Waller, G. (1996). The Influence of Sociocultural Factors on the Eating Psychopathology of Asian Women in British Society. *European Eating Disorders Review* 4 (2), S. 73–83. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0968(199606)4:2<73::AID-ERV147>3.0.CO;2-2.

163. Meczekalski, B., Podfigurna-Stopa, A. & Katulski, K. (2013). Long-term consequences of anorexia nervosa. *Maturitas* 75 (3), S. 215–220. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.04.014.
164. Meier, S. M., Bulik, C. M., Thornton, L. M., Mattheisen, M., Mortensen, P. B. & Petersen, L. (2015). Diagnosed Anxiety Disorders and the Risk of Subsequent Anorexia Nervosa: A Danish Population Register Study. *European Eating Disorders Review: the journal of the Eating Disorders Association* 23 (6), S. 524–530. DOI: 10.1002/erv.2402.
165. Miller, P. R., Dasher, R., Collins, R., Griffiths, P. & Brown, F. (2001). Inpatient diagnostic assessments: 1. Accuracy of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Research* 105 (3), S. 255–264.
166. Mitchell, J. E. & Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry* 19 (4), S. 438–443. DOI: 10.1097/01.yco.0000228768.79097.3e.
167. Mitchell, J. E. & Wonderlich, S. A. (2014). Feeding and Eating Disorders. Anorexia Nervosa. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky und L. Weiss Roberts (Hrsg.). *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry (Sixth edition)* (S. 560-570). Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
168. Miyasaka, N., Yoshiuchi, K., Yamanaka, G., Sasaki, T., Kumano, H. & Kuboki, T. (2003). Relations among premorbid weight, referral weight, and psychological test scores for patients with anorexia nervosa. *Psychological reports* 92 (1), S. 67–74. DOI: 10.2466/pr0.2003.92.1.67.
169. Model Management (2016). *Gisele Bündchen*. Online verfügbar unter: <http://www.model-management.de/book/mai/gisele-buendchen-371> [11.06.2016, 16:38].
170. Mulholland, A. M. & Mintz, L. B. (2001). Prevalence of eating disorders among African American women. *Journal of Counseling Psychology* 48 (1), S. 111–116. DOI: 10.1037//0022-0167.48.1.111.
171. Mumford, D. B., Whitehouse, A. M. & Platts, M. (1991). Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford. *British Journal of Psychiatry* 158, S. 222–228.
172. Nicholls, D., Wells, J. C., Singhal, A. & Stanhope, R. (2002). Body composition in early onset eating disorders. *European Journal of Clinical Nutrition* 56 (9), S. 857–865. DOI: 10.1038/sj.ejcn.1601403.

173. Nobakht, M. & Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *The International Journal of Eating Disorders* 28 (3), S. 265–271.
174. Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2012). Reluctance to recover in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: the journal of the Eating Disorders Association* 20 (1), S. 60–67. DOI: 10.1002/erv.1097.
175. Norris, M. L., Harrison, M. E., Isserlin, L., Robinson, A., Feder, S. & Sampson, M. (2015). Gastrointestinal complications associated with anorexia nervosa: A systematic review. *The International Journal of Eating Disorders* (in Druck). DOI: 10.1002/eat.22462.
176. O'Brien, K. M. & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review* 23 (1), S. 57–74.
177. Ogg, E. C., Millar, H. R., Pusztai, E. E. & Thom, A. S. (1997). General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders* 22 (1), S. 89–93.
178. Okuda, A., Suzuki, T., Kishi, T., Yamanouchi, Y., Umeda, K., Haitoh, H. u.a. (2010). Duration of untreated illness and antidepressant fluvoxamine response in major depressive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 64 (3), S. 268–273. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2010.02091.x.
179. Papadopoulos, F. C., Ekblom, A., Brandt, L. & Ekselius, L. (2008). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry* 194 (1), S. 10–17. DOI: 10.1192/bjp.bp.108.054742.
180. Peat, C., Mitchell, J. E., Hoek, H. W. & Wonderlich, S. A. (2009). Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders* 42 (7), S. 590–594. DOI: 10.1002/eat.20717.
181. Perez, M. E., Coley, B., Crandall, W., Di Lorenzo, C. & Bravender, T. (2013). Effect of Nutritional Rehabilitation on Gastric Motility and Somatization in Adolescents with Anorexia. *Journal of Pediatrics* 163 (3), S. 867-872.e1. DOI: 10.1016/j.jpeds.2013.03.011.

182. Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry* 162 (10), S. 1785–1804. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.10.1785.
183. Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F.-A., Walsh, B. T. & Striegel-Moore, R. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychological Medicine* 38 (10). DOI: 10.1017/S0033291707002310.
184. Pinheiro, A. P., Root, T. & Bulik, C. M. (2009). The Genetics of Anorexia Nervosa: Current Findings and Future Perspectives. *International Journal of Child and Adolescent Health* 2 (2), S. 153–164.
185. Podfigurna-Stopa, A., Czyzyk, A., Katulski, K., Smolarczyk, R., Grymowicz, M., Maciejewska-Jeske, M. & Meczekalski, B. (2015). Eating disorders in older women. *Maturitas* 82 (2), S. 146–152. DOI: 10.1016/j.maturitas.2015.06.036.
186. Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A. & Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders* 36 (1), S. 99–103. DOI: 10.1002/eat.20011.
187. Primavera, D., Bandecchi, C., Lepori, T., Sanna, L., Nicotra, E. & Carpinello, B. (2012). Does duration of untreated psychosis predict very long term outcome of schizophrenic disorders? Results of a retrospective study. *Annals of General Psychiatry* 11 (1), S. 21. DOI: 10.1186/1744-859X-11-21.
188. Przybyl M., Barszcz Z. & Rabe-Jablonska J. (2012). The correlation between BMI, weight loss, duration of emaciation and changes in ECG in patients with anorexia nervosa. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 12 (2), S. 80-87.
189. Räisänen, U. & Hunt, K. (2014). The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: a qualitative interview study. *BMJ Open* 4 (4), S. e004342. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004342.
190. Ramirez B. M., Bostic, J. Q., Davies, D., Rush, A. J., Witte, B., Hendrickse, W. & Barnett, V. (2000). Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *The American Journal of Psychiatry* 157 (10), S. 1599–1605.

191. Råstam, M. & Gillberg, C. (1991). The family background in anorexia nervosa: a population-based study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30 (2), S. 283–289.  
DOI: 10.1097/00004583-199103000-00018.
192. Reas, D. L., Rø, Ø., Karterud, S., Hummelen, B. & Pedersen, G. (2013). Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders. *International Journal of Eating Disorders* 46 (8), S. 801–809.  
DOI: 10.1002/eat.22176.
193. Reinken, L. & van Oost, G. (1992). Longitudinale Körperentwicklung gesunder Kinder von 0 bis 18 Jahren. Körperlänge/-höhe, Körpergewicht und Wachstumsgeschwindigkeit. *Klinische Pädiatrie* 204 (3), S. 129–133.  
DOI: 10.1055/s-2007-1025337.
194. Ricca, V., Mannucci, E., Mezzani, B., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Paionni, A. u.a. (2001). Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. *Eating and Weight Disorders* 6 (3), S. 157–165. DOI: 10.1007/BF03339765.
195. Rickwood, D. J., Deane, F. P. & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia* 187 (7 Suppl), S. S35-9.
196. Robehmed, N., (2016). *The World's Highest-Paid Models 2016: Karlie Kloss And Kendall Jenner Storm Top Three With \$10 Million Apiece*. Forbes, 30.08.2016. Online verfügbar unter:  
<http://www.forbes.com/sites/natalierobehmed/2016/08/30/the-worlds-highest-paid-models-2016-karlie-kloss-and-kendall-jenner-storm-top-three-with-10-million-apiece/print/> [04.09.2016, 19:38].
197. Rohde, P., Stice, E. & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *The International Journal of Eating Disorders* 48 (2), S. 187–198.  
DOI: 10.1002/eat.22270.
198. Rothschild-Yakar, L., Levy-Shiff, R., Fridman-Balaban, R., Gur, E. & Stein, D. (2010). Mentalization and Relationships With Parents as Predictors of Eating Disordered Behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 198 (7), S. 501–507. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181e526c8.



199. Rubin, D. B. (1987). *Multiple imputation for nonresponse in surveys*. New York: Wiley.
200. Sansone, R. A., Levitt, J. L. & Sansone, L. A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders* 13 (1), S. 7–21. DOI: 10.1080/10640260590893593.
201. Sato, Y. & Fukudo, S. (2015). Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Clinical Journal of Gastroenterology*. DOI: 10.1007/s12328-015-0611-x.
202. Schoemaker, C. (1997): Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome literature. *The International Journal of Eating Disorders* 21 (1), S. 1–15.
203. Schweiger, U., Salbach-Andrae, H., Hagenah, U. & Tuschen-Caffier, B. (2011). Diagnostik von Essstörungen. In: S. Herpertz, B. Herpertz-Dahlmann, M. Fichter, B. Tuschen-Caffier & A. Zeeck (Hrsg.). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (S. 17–35). Berlin: Springer.
204. Seo, J.-G., Cho, Y. W., Lee, S.-J., Lee, J.-J., Kim, J.-E., Moon, H.-J. & Park, S.-P. (2014). Validation of the generalized anxiety disorder-7 in people with epilepsy: a MEPSY study. *Epilepsy and Behavior* 35, S. 59–63. DOI: 10.1016/j.yebeh.2014.04.005.
205. Sileri, P., Franceschilli, L., Lorenzo, A., de Mezzani, B., Todisco, P., Giorgi, F. u.a. (2014): Defecatory disorders in anorexia nervosa: a clinical study. *Techniques in coloproctology* 18 (5), S. 439–444. DOI: 10.1007/s10151-013-1068-x.
206. Sim, L. A., Lebow, J. & Billings, M. (2013). Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics* 132 (4), S. e1026-30. DOI: 10.1542/peds.2012-3940.
207. Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A. & Lacey, J. H. (2013). Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eating Behaviors* 14 (2), S. 119–123. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2013.01.007.
208. Smink, F. R. E., Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports* 14 (4), S. 406–414. DOI: 10.1007/s11920-012-0282-y.

209. Spindler, A. & Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviors* 8 (3), S. 364–373. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2006.11.012.
210. Spitzer, R. L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry* 24 (5), S. 399–411.
211. Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V. 3rd, Hahn, S. R. u.a. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Journal of the American Medical Association* 272 (22), S. 1749–1756.
212. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine* 166 (10), S. 1092–1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.109
213. Statistisches Bundesamt (2015a). *Anzahl der in deutschen Krankenhäusern diagnostizierten Fälle von Anorexie und Bulimie in den Jahren 2000 bis 2013*. Online verfügbar unter:  
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/28909/umfrage/in-krankenhaeusern-diagnostizierte-faelle-von-anorexie-und-bulimie/>  
 [07.11.2015, 14:33].
214. Statistisches Bundesamt (2015b). *Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser 2014 (Fachserie 12 Reihe 6.1.1)*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
215. Stegeman, C. A. & Davis, J. R. (2007). *Zahnmedizin und Ernährung: Basiswissen - Beratung – Prävention (1. Aufl.)*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
216. Steinhausen, H.-C., Grigoriu-Serbanescu, M., Boyadjieva, S., Neumärker, K.-J. & Winkler Metzke, C. (2008) Course and predictors of rehospitalization in adolescent anorexia nervosa in a multisite study. *The International Journal of Eating Disorders* 41 (1), S. 29–36. DOI: 10.1002/eat.20414.
217. Steinhausen, H.-C. (2009): Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 18 (1), S. 225–242. DOI: 10.1016/j.chc.2008.07.013.

218. Steinhausen, H.-C. & Jensen, C. M. (2015). Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a danish nationwide psychiatric registry study. *The International Journal of Eating Disorders* 48 (7), S. 845–850. DOI: 10.1002/eat.22402.
219. Stevens, J., Keil, J. E., Waid, L. R. & Gazes, P. C. (1990). Accuracy of current, 4-year, and 28-year self-reported body weight in an elderly population. *American Journal of Epidemiology* 132 (6), S. 1156–1163.
220. Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Kraemer, H. C., Taylor, C. B., Daniels, S., Crawford, P. B. & Schreiber, G. B. (2003). Eating disorders in white and black women. *American Journal of Psychiatry* 160 (7), S. 1326–1331.
221. Sundgot-Borgen, J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *International Journal of Sport Nutrition* 3 (1), S. 29–40.
222. Sundgot-Borgen, J., Skårderud, F. & Rodgers, S. (2003). Athletes and Dancers. In: J. Treasure, U. Schmidt & E. van Furth (Hrsg.). *Handbook of eating disorders. (2nd ed)* (S. 385–400). Southern Gate, Chichester, Hoboken, N.J: John Wiley.
223. Sweeting, H., Walker, L., MacLean, A., Patterson, C., Räisänen, U. & Hunt, K. (2015). Prevalence of eating disorders in males: a review of rates reported in academic research and UK mass media. *International Journal of Men's Health* 14 (2). DOI: 10.3149/jmh.1402.86.
224. Swinbourne, J. M. & Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review* 15 (4), S. 253–274. DOI: 10.1002/erv.784.
225. Tasca, G. A., Maxwell, H., Bone, M., Trinneer, A., Balfour, L. & Bissada, H. (2012). Purging disorder: Psychopathology and treatment outcomes. *The International Journal of Eating Disorders* 45 (1), S. 36–42. DOI: 10.1002/eat.20893.
226. The Society Management (2016). *Adriana Lima*. Online verfügbar unter: <http://www.thesocietymanagement.com/details.aspx?nav=3&modelid=647418&subid=10863&mainsubid=10863&a=1> [11.06.2016, 16:40].

227. Thiemann, P., Legenbauer, T., Vocks, S., Platen, P., Auyeung, B. & Herpertz, S. (2015). Eating disorders and their putative risk factors among female German professional athletes. *European Eating Disorders Review: the journal of the Eating Disorders Association* 23 (4), S. 269–276.  
DOI: 10.1002/erv.2360.
228. Thomas, J. J., Vartanian, L. R. & Brownell, K. D. (2009). The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychological Bulletin* 135 (3), S. 407–433. DOI: 10.1037/a0015326.
229. Thomas, J. J., Delinsky, S. S., St Germain, S. A, Weigel, T. J., Tangren, C. M., Levendusky, P. G. & Becker, A. E. (2010). How do eating disorder specialist clinicians apply DSM-IV diagnostic criteria in routine clinical practice? Implications for enhancing clinical utility in DSM-5. *Psychiatry Research* 178 (3), S. 511–517. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.05.021.
230. Thompson, A., Hunt, C. & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39 (10), S. 810–817.
231. Toulany, A., Wong, M., Katzman, D. K., Akseer, N., Steinegger, C., Hancock-Howard, R. L. & Coyte, P. C. (2015). Cost analysis of inpatient treatment of anorexia nervosa in adolescents: hospital and caregiver perspectives. *CMAJ open* 3 (2), S. E192-7. DOI: 10.9778/cmajo.20140086.
232. Treat, T. A., McCabe, E. B., Gaskill, J. A. & Marcus, M. D. (2008). Treatment of anorexia nervosa in a specialty care continuum. *The International Journal of Eating Disorders* 41 (6), S. 564–572. DOI: 10.1002/eat.20571.
233. Tsai, F.-J., Huang, Y.-H., Liu, H.-C., Huang, K.-Y., Huang, Y.-H. & Liu, S.-I. (2014). Patient health questionnaire for school-based depression screening among Chinese adolescents. *Pediatrics* 133 (2), S. e402-9.  
DOI: 10.1542/peds.2013-0204.
234. Tseng M. M.-C. G., Fang, D., Lee, M.-B., Chie, W.-C., Liu, J.-P. & Chen, W. J. E. I. (2007): Two-phase survey of eating disorders in gifted dance and non-dance high-school students in Taiwan. *Psychological Medicine* 37 (08), S. 1085. DOI: 10.1017/S0033291707000323.
235. Tuschen-Caffier, B., Pook, M. & Hilbert, A. (2005). *Diagnostik von Essstörungen und Adipositas*, S. 17. Göttingen: Hogrefe

236. Twomey, C. D., Baldwin, D.S., Hopfe, M. & Cieza, A. (2015). A systematic review of the predictors of health service utilisation by adults with mental disorders in the UK. *BMJ Open* 5 (7), S. e007575.  
DOI: 10.1136/bmjopen-2015-007575.
237. Vall, E. & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders (in Druck)* DOI: 10.1002/eat.22411.
238. Van Son, G. E., van Hoeken, D., Bartelds, A. I. M., Van Furth, E. F. & Hoek, H. W. (2006). Urbanisation and the incidence of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry* 189 (6), S. 562–563.  
DOI: 10.1192/bjp.bp.106.021378.
239. Vasiliadis, H.-M., Lesage, A., Adair, C. & Boyer, R. (2005). Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Canadian Journal of Psychiatry* 50 (10), S. 614–619.
240. Vasiliadis, H.-M., Tempier, R., Lesage, A. & Kates, N. (2009). General practice and mental health care: determinants of outpatient service use. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 54 (7), S. 468–476.
241. Wallier, J., Vibert, S., Berthoz, S., Huas, C., Hubert, T. & Godart, N. (2009). Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: critical review of the literature. *The International Journal of Eating Disorders* 42 (7), S. 636–647.  
DOI: 10.1002/eat.20609.
242. Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., Girolamo, G. de et al. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 6 (3), S. 177–185.
243. Watson, H. J. & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological medicine* 43 (12), S. 2477–2500.  
DOI: 10.1017/S0033291712002620.
244. WELT.de/dpa (2006). *Brasilianisches Top-Model stirbt an Magersucht*. Online verfügbar unter: <http://www.welt.de/vermishtes/article94785/Brasilianisches-Top-Model-stirbt-an-Magersucht.html> [24.02.2016, 10:48]

245. Weigel, A., Rossi, M., Wendt, H., Neubauer, K., Rad, K. von, Daubmann, u.a. (2014). Duration of untreated illness and predictors of late treatment initiation in anorexia nervosa. *Journal of Public Health* 22 (6), S. 519–527.  
DOI: 10.1007/s10389-014-0642-7.
246. Weltgesundheitsorganisation (2016). *BMI classification*. Online verfügbar unter: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) [16.10.2016, 14:31]
247. Whitelaw, M., Gilbertson, H., Lee, K. J. & Sawyer, S. M. (2014). Restrictive eating disorders among adolescent inpatients. *Pediatrics* 134 (3), S. e758-64.  
DOI: 10.1542/peds.2014-0070.
248. Wietersheim, J. von, Zeeck, A. & Küchenhoff, J. (2005). Status, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 55 (2), S. 79–83.  
DOI: 10.1055/s-2004-828509.
249. Wildes, J. E. & Marcus, M. D. (2012). Weight suppression as a predictor of weight gain and response to intensive behavioral treatment in patients with anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 50 (4), S. 266–274.  
DOI: 10.1016/j.brat.2012.02.006.
250. Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II: Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
251. Wittkampf, K. A., Naeije, L., Schene, A. H., Huyser, J. & van Weert, H. C. (2007). Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 29 (5), S. 388–395. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2007.06.004.
252. Williams, J. B., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J. u.a. (1992): The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry* 49 (8), S. 630–636.
253. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2004). *Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen*. Online verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.131.132> [21.12.2015 17:25]

254. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2008). *Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie*. Online verfügbar unter:  
<http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.134.135>  
 [21.12.2015, 17:24].
255. Wolfe, B. E., Kelly-Weeder, S., Malcom, A. W. & McKenry, M. (2013). Accuracy of Self-Reported Body Weight and Height in Remitted Anorexia Nervosa. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 19 (2), S. 66–70. DOI: 10.1177/1078390313481062.
256. Wooldridge, T. & Lytle, P. "Polly" (2012). An Overview of Anorexia Nervosa in Males. *Eating Disorders* 20 (5), S. 368–378.  
 DOI: 10.1080/10640266.2012.715515.
257. Wright, F. L., Green, J., Reeves, G., Beral, V. & Cairns, B. J. (2015). Validity over time of self-reported anthropometric variables during follow-up of a large cohort of UK women. *BMC Medical Research Methodology* 15, S. 81.  
 DOI: 10.1186/s12874-015-0075-1.
258. Yoong, S. L., Carey, M. L., D'Este, C. & Sanson-Fisher, R. W. (2013). Agreement between self-reported and measured weight and height collected in general practice patients: a prospective study. *BMC Medical Research Methodology* 13, S. 38. DOI: 10.1186/1471-2288-13-38.
259. Zanarini, M. C. & Frankenburg, F. R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders over the course of a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry* 42 (5), S. 369–374.  
 DOI: 10.1053/comp.2001.24556.
260. Zeeck, A., Hartmann, A., Wetzler-Burmeister, E. & Wirsching, M. (2006). Zum Vergleich stationärer und tagesklinischer Behandlung der Anorexia Nervosa. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 52 (2), S. 190–203.
261. Zeeck, A., Cuntz, U., Hartmann, A., Hagenah, U., Friederich, H.-C., Gross, G. u.a. (2011). Anorexia nervosa. In S. Herpertz, B. Herpertz-Dahlmann, M. Fichter, B. Tuschen-Caffier & A. Zeeck (Hrsg.). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (S. 47–155). Berlin: Springer.

262. Zerwas, S., Lund, B. C., Holle, A. von, Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Brandt, H. u.a. (2013): Factors associated with recovery from anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research* 47 (7), S. 972–979.  
DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.02.011.
263. Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H. C. & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 355 (9205), S. 721–722. DOI: 10.1016/S0140-6736(99)05363-5.
264. Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P. & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet. Psychiatry*. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00356-9.



## 8. ANHANG

### 8.1 Theoretischer Hintergrund

Tabelle A1 Übersicht Diagnosekriterien nach ICD-10, DSM-IV und DSM-V (nach Dilling, Mombour & Schmidt, 2011; APA, 2000; APA 2013; vgl. auch Zeeck u.a., 2011)

	ICD-10		DSM-IV		DSM-V
1	BMI $\leq$ 17,5 kg/m <sup>2</sup> oder mehr als 15 % unterhalb des für die Körpergröße erwarteten Körpergewichts	A	Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts) bzw. Ausbleiben einer adäquaten Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode auf 85 % des zu erwartenden Gewichts	A	Verhältnismäßig zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, die unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und körperlicher Gesundheit zu signifikant niedrigem Körpergewicht führt. D.h. weniger als das erwartete minimale Normalgewicht
2	Forcierter Gewichtsverlust, zum Beispiel durch selbst herbeigeführtes Erbrechen, Abführen, exzessive körperliche Aktivität, Einnahme von Appetitzüglern und Diuretika	B	Ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts	B	Ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden oder dauerhaftes Verhalten, das eine Gewichtszunahme verhindert trotz bestehenden Untergewichts
3	Körperschemastörung – übermäßige Angst, dick zu werden und sehr niedrige persönliche Gewichtsschwelle	C	Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtig geringen Körpergewichts	C	Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder anhaltende fehlende Einsicht in Bezug auf Schweregrad des gegenwärtig geringen Körpergewichts
4	Endokrine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Achse, die sich z.B. in Form von Amenorrhoe äußert; falls Beginn der Erkrankung vor Einsetzen der Pubertät, Beeinträchtigung der pubertären Entwicklung		Bei postmenarchalen Frauen Vorliegen einer Amenorrhoe (mind. drei aufeinander folgende Menstruationszyklen)		

DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; ICD-10 – Internationale Klassifikation der Krankheiten, zehnte Ausgabe

## 8.2 Material und Methoden

### 8.2.1 Selbstbeurteilungsinstrumente

#### Version - Erwachsene<sup>47</sup>

Prä-Post-Studie zur Frühbehandlung der Anorexia nervosa



Name: .....	<b>Prä   E</b>
Vorname: .....	
Anschrift: .....	
Telefonnummer (Festnetz): .....	
Telefonnummer (Mobil): .....	
Wann sind Sie telefonisch zu erreichen? Zwischen ..... Uhr und ..... Uhr	
E-Mail-Adresse: .....	

#### **Liebe Studienteilnehmerin,**

wir freuen uns sehr, dass Sie sich zur Teilnahme an unserem Forschungsprojekt zur Frühbehandlung von Anorexia nervosa entschlossen haben.

Die Studie untersucht die Frage, wie lange es in der Regel dauert, bis Patientinnen mit Anorexia nervosa sich nach Auftreten der ersten Anzeichen der Erkrankung in Behandlung begeben bzw. eine Beratungsstelle aufsuchen, und ob frühzeitige Behandlungsangebote helfen können, die Zeitspanne zwischen Krankheits- und Behandlungsbeginn zu verkürzen.

Der folgende Fragebogen erfasst neben Daten zum Beginn Ihrer Behandlung und möglichen Begleiterkrankungen auch Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Darüber hinaus enthält er Fragen zu Symptomen von Essstörungen, Persönlichkeitseigenschaften und zu Risikofaktoren, die mit der Entstehung von Essstörungen in Zusammenhang gebracht werden.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird ca. eine Stunde in Anspruch nehmen. Bitte bearbeiten Sie den Fragebogen vollständig und lassen Sie keine Frage aus. Bitte versuchen Sie auch, die Fragen möglichst spontan und unbefangen zu beantworten – es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten und die Beantwortung der Fragen hat keinerlei Auswirkung auf Ihre individuelle Therapie oder Beratung.

Innerhalb der nächsten vier Wochen wird gegebenenfalls eine Projektmitarbeiterin telefonisch mit Ihnen Kontakt aufnehmen und einen Termin für ein ebenfalls telefonisches Interview vereinbaren.

#### **Wir bedanken uns bei Ihnen recht herzlich für Ihre Unterstützung!**

##### Projektleitung:

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe  
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg  
Telefon: 040-7410-59733

<sup>47</sup> Seite 2 des Fragebogens ist auch im Original mit Ausnahme von Kopfzeile und Seitenzahl unbedruckt.



Datum des Ausfüllens: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ (bitte tragen Sie hier das heutige Datum ein)

**Prä | E**

Bitte kreuzen Sie an:

- Ich befinde mich zurzeit in Behandlung oder nehme Beratung in Anspruch.
- Ich befinde mich zurzeit weder in Behandlung noch nehme ich Beratung in Anspruch.

Bitte geben Sie nun unten an, wo Sie sich aktuell in Behandlung befinden oder ggf. Beratung in Anspruch nehmen. Wenn Sie sich aktuell nicht in Behandlung befinden bzw. aktuell keine Beratung in Anspruch nehmen, dann geben Sie bitte unten an, wo Sie zuletzt in Behandlung waren bzw. ggf. Beratung in Anspruch genommen haben:









- Klinik oder Tagesklinik, und zwar: ..... (Klinik)  
..... (Station)  
..... (Bezugstherapeut/-in)
- MVZ oder Ambulanz, und zwar: ..... (Name der Einrichtung)  
..... (Therapeut/-in)
- Praxis, und zwar: ..... (Therapeut/-in)
- Beratungsstelle: ..... (Name der Einrichtung)

Studiencode

Vorab möchten wir Ihnen gerne einige Fragen zu Ihrer aktuellen Lebenssituation stellen.



1	Wann sind Sie geboren?	Tag	Monat	Jahr	2	Sind Sie...	männlich?	weiblich?										
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
2a	<b>Wo befindet sich normalerweise Ihr Lebensmittelpunkt?</b> <input type="checkbox"/> Ich wohne in der Stadt Hamburg (einschl. Stadtteil Harburg). <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Pinneberg. <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Segeberg. <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Stormarn. <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Herzogtum Lauenburg. <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Lüneburg. <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Harburg (Achtung: Hamburger Stadtteil Harburg bitte bei Hamburg ankreuzen!). <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Stade. <input type="checkbox"/> Ich wohne in keinem der genannten Landkreise, sondern in: _____																	
2b	<b>Wie oft halten Sie sich in Hamburg auf (z.B. wegen Schulbesuch, Ausbildung, Studium, Arbeit, Einkaufen, Freizeitgestaltung, Ausgehen etc.)?</b> <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/> ca. einmal pro Woche <input type="checkbox"/> ca. einmal alle zwei Wochen <input type="checkbox"/> ca. einmal im Monat <input type="checkbox"/> ca. einmal alle drei Monate <input type="checkbox"/> ca. einmal im halben Jahr <input type="checkbox"/> seltener																	
3	<b>In welchem Land sind Sie geboren?</b> <input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar: _____																	
4	<b>Wenn Sie nicht in Deutschland geboren wurden: Seit wann leben Sie in Deutschland?</b> Seit dem Jahr: _____																	
5	<b>Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie? (Mehrfachangaben möglich)</b> <input type="checkbox"/> deutsch und/oder <input type="checkbox"/> andere, und zwar: _____																	
6	<b>In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?</b> <b>Ihre Mutter</b> <input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar: _____ <b>Ihr Vater</b> <input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar: _____																	
7	<b>Welchen Familienstand haben Sie?</b> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="text-align:center;">Ledig (nie verheiratet)</td> <td style="text-align:center;">Verheiratet (mit dem Ehepartner zusammenlebend)</td> <td style="text-align:center;">Verheiratet (in Trennung lebend)</td> <td style="text-align:center;">Geschieden</td> <td style="text-align:center;">Verwitwet</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____								Ledig (nie verheiratet)	Verheiratet (mit dem Ehepartner zusammenlebend)	Verheiratet (in Trennung lebend)	Geschieden	Verwitwet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledig (nie verheiratet)	Verheiratet (mit dem Ehepartner zusammenlebend)	Verheiratet (in Trennung lebend)	Geschieden	Verwitwet														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

<b>7a</b>	<p><b>Welchen Familienstand haben Ihre Eltern?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 20%;"> <b>Ledig (nie verheiratet)</b>  <input type="checkbox"/> </td> <td style="text-align: center; width: 20%;"> <b>Verheiratet (mit dem Ehepartner zusammenlebend)</b>  <input type="checkbox"/> </td> <td style="text-align: center; width: 20%;"> <b>Verheiratet (In Trennung lebend)</b>  <input type="checkbox"/> </td> <td style="text-align: center; width: 20%;"> <b>Geschieden</b>  <input type="checkbox"/> </td> <td style="text-align: center; width: 20%;"> <b>Verwitwet</b>  <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:  _____</p>	<b>Ledig (nie verheiratet)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Verheiratet (mit dem Ehepartner zusammenlebend)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Verheiratet (In Trennung lebend)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Geschieden</b> <input type="checkbox"/>	<b>Verwitwet</b> <input type="checkbox"/>
<b>Ledig (nie verheiratet)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Verheiratet (mit dem Ehepartner zusammenlebend)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Verheiratet (In Trennung lebend)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Geschieden</b> <input type="checkbox"/>	<b>Verwitwet</b> <input type="checkbox"/>		
<b>8</b>	<p><b>Haben Sie zurzeit einen festen Partner?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>					
<b>9</b>	<p><b>Wie viele Personen</b>, Sie selbst mit eingeschlossen, wohnen ständig in Ihrem Haushalt? Gemeint sind alle Personen, die gemeinsam wohnen und wirtschaften. Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.</p> <p style="text-align: right;"> _____ Personen</p>					
<b>9a</b>	<p><b>Und wie viele davon sind unter 18 Jahre alt?</b></p> <p style="text-align: right;"> _____ Personen</p>					
<b>10</b>	<p>Wie lautet die <b>Postleitzahl</b> Ihres Wohnortes?  _____</p>					

<b>10b</b>	<p><b>Gehen Sie noch zur Schule? (außer berufsbildende Schule)</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja → <b>weiter mit Frage 10c</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein → <b>weiter mit Frage 11</b></p>																																	
<b>10c</b>	<p><b>Welche Schule besuchen Sie?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sonderschule/Förderschule (z.B. Lern- und Körperbehindertenschule)</p> <p><input type="checkbox"/> Hauptschule/Volksschule</p> <p><input type="checkbox"/> Realschule</p> <p><input type="checkbox"/> Gesamtschule/Stadteilschule</p> <p><input type="checkbox"/> Fachoberschule</p> <p><input type="checkbox"/> Gymnasium</p> <p><input type="checkbox"/> andere Schule, und zwar:  _____</p>																																	
<b>10d</b>	<p><b>In welche Klasse gehen Sie?</b></p> <p>In die ____ Klasse → <b>weiter mit Frage 11a</b></p>																																	
<b>11</b>	<p><b>Welchen höchsten Schulabschluss bzw. Hochschulabschluss haben Sie?</b></p>																																	
	<p><input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss abgegangen</p> <p><input type="checkbox"/> Sonderschul-/Förderschulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Hauptschul-/Volksschulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Realschulabschluss/Mittlere Reife</p> <p><input type="checkbox"/> Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)</p> <p><input type="checkbox"/> Fachhochschulreife</p> <p><input type="checkbox"/> Erweiterte Oberschule/Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur</p> <p><input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss/Hochschulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> anderen Schulabschluss, und zwar:  _____</p>																																	
<b>11a</b>	<p><b>Welchen höchsten Schulabschluss bzw. Hochschulabschluss haben Ihre Eltern? Bitte jeweils getrennt für Vater und Mutter angeben.</b></p>																																	
	<table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Vater</td> <td style="padding-right: 10px;">Mutter</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ohne Schulabschluss abgegangen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sonderschul-/Förderschulabschluss</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hauptschul-/Volksschulabschluss</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Realschulabschluss/Mittlere Reife</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Fachhochschulreife</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Erweiterte Oberschule/Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Fachhochschulabschluss/Hochschulabschluss</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Mein Vater hat einen anderen Schulabschluss, und zwar:  _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Meine Mutter hat einen anderen Schulabschluss, und zwar:  _____</td> </tr> </table>	Vater	Mutter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ohne Schulabschluss abgegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonderschul-/Förderschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauptschul-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realschulabschluss/Mittlere Reife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erweiterte Oberschule/Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachhochschulabschluss/Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>		Mein Vater hat einen anderen Schulabschluss, und zwar:  _____		<input type="checkbox"/>	Meine Mutter hat einen anderen Schulabschluss, und zwar:  _____
Vater	Mutter																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ohne Schulabschluss abgegangen																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonderschul-/Förderschulabschluss																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauptschul-/Volksschulabschluss																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realschulabschluss/Mittlere Reife																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachhochschulreife																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erweiterte Oberschule/Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachhochschulabschluss/Hochschulabschluss																																
<input type="checkbox"/>		Mein Vater hat einen anderen Schulabschluss, und zwar:  _____																																
	<input type="checkbox"/>	Meine Mutter hat einen anderen Schulabschluss, und zwar:  _____																																

12	Welche der folgenden Angaben zur <b>Berufstätigkeit</b> trifft auf Sie zu? (nur eine Nennung möglich) <b>Sie sind zurzeit...</b>													
	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig (einschließlich: <u>Auszubildende</u> , Praktikantinnen, Arbeitslose, Null-Kurzarbeiterinnen, Vorruheständlerinnen, Rentnerinnen, Studentinnen, Schülerinnen, die nicht gegen Geld arbeiten!!!) → weiter mit Frage 13 <input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt bzw. üben einen Mini-Job (400 € pro Monat) oder 1-Euro-Job aus → weiter mit Frage 13 <input type="checkbox"/> Teilzeitberufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 10 bis 34 Stunden) → weiter mit Frage 14 <input type="checkbox"/> Vollzeitberufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr) → weiter mit Frage 14													
13	Wenn Sie <b>nicht vollzeit- oder teilzeiterwerbstätig sind</b> : Trifft eine der folgenden Angaben auf Ihre derzeitige Situation zu?													
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> in Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung</td> <td><input type="checkbox"/> ausschließlich Hausfrau</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> altershalber in Rente/pensioniert</td> <td><input type="checkbox"/> Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> vorzeitig in Rente/pensioniert</td> <td><input type="checkbox"/> Wehr-, Zivildienstleistende, soziales Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet</td> <td><input type="checkbox"/> Auszubildende</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit</td> <td><input type="checkbox"/> Studentin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schülerin</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> in Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> ausschließlich Hausfrau	<input type="checkbox"/> altershalber in Rente/pensioniert	<input type="checkbox"/> Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme	<input type="checkbox"/> vorzeitig in Rente/pensioniert	<input type="checkbox"/> Wehr-, Zivildienstleistende, soziales Jahr	<input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> Auszubildende	<input type="checkbox"/> Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit	<input type="checkbox"/> Studentin	<input type="checkbox"/> Schülerin	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____
<input type="checkbox"/> in Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> ausschließlich Hausfrau													
<input type="checkbox"/> altershalber in Rente/pensioniert	<input type="checkbox"/> Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme													
<input type="checkbox"/> vorzeitig in Rente/pensioniert	<input type="checkbox"/> Wehr-, Zivildienstleistende, soziales Jahr													
<input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> Auszubildende													
<input type="checkbox"/> Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit	<input type="checkbox"/> Studentin													
<input type="checkbox"/> Schülerin	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____													
14	Welche <b>berufliche Position</b> üben Sie aus oder haben Sie hauptsächlich ausgeübt? (Falls Sie Hausfrau, in Elternzeit, arbeitslos oder berentet sind, beziehen Sie die Fragen auf den Beruf, den Sie zuletzt hauptsächlich ausgeübt haben.)													
	<b>Noch in der Ausbildung</b> <input type="checkbox"/>													
	<b>Arbeiterin:</b> <input type="checkbox"/> Ungelernte <input type="checkbox"/> Angelernte <input type="checkbox"/> Facharbeiterin <input type="checkbox"/> Vorarbeiterin bzw. Meisterin	<b>Angestellte:</b> <input type="checkbox"/> mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung (z.B. Verkäuferin, Pflegehelferin, Sekretariatsassistentin) <input type="checkbox"/> mit qualifizierter Tätigkeit nach Anweisung (z.B. Sachbearbeiterin, Buchhalterin) <input type="checkbox"/> mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z.B. wissenschaftliche Mitarbeiterin, Prokuristin, Abteilungsleiterin bzw. Meisterin im Angestelltenverhältnis) <input type="checkbox"/> mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktorin, Geschäftsführerin, Vorstand)												
	<b>Beamte:</b> <input type="checkbox"/> im einfachen Dienst (bis einschließlich Oberamtsmeisterin) <input type="checkbox"/> im mittleren Dienst (Assistentin bis einschließlich Hauptsekretärin oder Amtsinspektorin) <input type="checkbox"/> im gehobenen Dienst (Inspektorin bis einschließlich Oberamtsrätin) <input type="checkbox"/> im höheren Dienst (von Rätin aufwärts)													
	<b>Selbständige:</b> <input type="checkbox"/> selbständige Landwirtin <input type="checkbox"/> Akademikerin im freien Beruf (z.B. Ärztin, Rechtsanwältin, Steuerberaterin) <input type="checkbox"/> Selbständige in Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung <input type="checkbox"/> Mithelfende im Familienbetrieb	→ Anzahl der Mitarbeiter/innen: _____												



<b>15</b>	<p>Welche <b>Krankenversicherungen</b> haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenversicherung                      <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung (einschließlich Zusatzversicherungen)</p> <p><input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung/Selbstzahlerin            <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt</p>
<b>16</b>	<p><b>Befinden Sie sich in einem laufenden Rentenverfahren?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>
<b>17</b>	<p><b>Sind Sie aktuell arbeitsunfähig („krank“) geschrieben?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>
<b>18</b>	<p><b>Wie viele Tage waren Sie im letzten halben Jahr arbeitsunfähig („krank“) geschrieben?</b></p> <p style="text-align: center;"> _____ Tage</p>
<b>19</b>	<p><b>Mit wem leben Sie hauptsächlich zusammen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> alleine in eigener Wohnung</p> <p><input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft (WG)</p> <p><input type="checkbox"/> mit meinem Partner</p> <p><input type="checkbox"/> mit meinem Partner und Kind(ern)</p> <p><input type="checkbox"/> mit Kind(ern)</p> <p><input type="checkbox"/> bei meinen leiblichen Eltern</p> <p><input type="checkbox"/> bei meiner Mutter und ihrem Partner</p> <p><input type="checkbox"/> bei meinem Vater und seiner Partnerin</p> <p><input type="checkbox"/> bei meiner Mutter</p> <p><input type="checkbox"/> bei meinem Vater</p> <p><input type="checkbox"/> bei meinen Großeltern oder anderen Verwandten</p> <p><input type="checkbox"/> bei Pflegeeltern/Adoptiveltern</p> <p><input type="checkbox"/> in einem Heim</p> <p><input type="checkbox"/> andere Wohnsituation, und zwar:</p> <p> _____</p>

### Fragebogen zum Behandlungsbeginn

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zum Thema Behandlung von Anorexie bzw. Magersucht sowie zu weiteren Hilfsangeboten, die Sie seit Beginn Ihrer Essstörung vielleicht in Anspruch genommen haben. Bitte beantworten Sie die Fragen wieder so genau wie möglich und achten dabei auch auf Sprungregeln, die Ihnen mitteilen, ob Fragen übersprungen werden können oder nicht.

#### Stationäre Behandlung

1	Waren Sie jemals wegen einer Essstörung mit Untergewicht ( <b>Anorexie/Magersucht</b> ) in einer Klinik auf einer Station mit Angeboten zur Behandlung von Essstörungen? <input type="checkbox"/> ja → <b>weiter mit Frage 2</b> <input type="checkbox"/> nein → <b>weiter mit Frage 8</b>
2	Wann hat der <b>erste</b> solche Klinikaufenthalt stattgefunden, der insgesamt <b>mindestens 14 Tage</b> dauerte? von: ____/____ (Monat/Jahr) bis: ____/____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Die Behandlung läuft noch.
3	Wie sind Sie auf die Klinik aufmerksam geworden? ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> ) <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychologin <input type="checkbox"/> Partner/-in <input type="checkbox"/> Freund/-in <input type="checkbox"/> Lehrer/-in <input type="checkbox"/> Familienmitglied, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Internetseite, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> andere Informationsquelle, und zwar: _____
4	Ich habe diese Klinikbehandlung... <input type="checkbox"/> ...überwiegend auf eigenen Wunsch begonnen. <input type="checkbox"/> ...überwiegend auf Wunsch anderer Personen begonnen.
5	Wer hat Sie am stärksten zu dieser Klinikbehandlung motiviert? <input type="checkbox"/> ich mich selbst <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychologin <input type="checkbox"/> Partner/-in <input type="checkbox"/> Freund/-in <input type="checkbox"/> Lehrer/-in <input type="checkbox"/> Familienmitglied, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> andere Person, und zwar: _____
6	Wie viele dieser Klinikaufenthalte von jeweils <b>mindestens 14 Tagen</b> haben bisher insgesamt stattgefunden? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 oder mehr
7	Wie viele dieser Klinikbehandlungen wurden... ...abgebrochen? ____ (bitte Häufigkeit eintragen) ...wie geplant beendet? ____ (bitte Häufigkeit eintragen)

## Tagesklinische Behandlung

8	Waren Sie jemals wegen einer Essstörung mit Untergewicht ( <b>Anorexie/Magersucht</b> ) in einer Tagesklinik mit Angeboten zur Behandlung von Essstörungen? <input type="checkbox"/> ja → <b>weiter mit Frage 9</b> <input type="checkbox"/> nein → <b>weiter mit Frage 15</b>
9	Wann hat der <b>erste</b> solche Tagesklinikaufenthalt stattgefunden, der insgesamt <b>mindestens 14 Tage</b> dauerte? von: ____/____ (Monat/Jahr) bis: ____/____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Die Behandlung läuft noch.
10	Wie sind Sie auf die Tagesklinik aufmerksam geworden? ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> ) <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychologin <input type="checkbox"/> Partner/-in <input type="checkbox"/> Freund/-in <input type="checkbox"/> Lehrer/-in <input type="checkbox"/> Familienmitglied, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Internetseite, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> andere Informationsquelle, und zwar: _____
11	Ich habe diese Tagesklinikbehandlung... <input type="checkbox"/> ...überwiegend auf eigenen Wunsch begonnen. <input type="checkbox"/> ...überwiegend auf Wunsch anderer Personen begonnen.
12	Wer hat Sie am stärksten zu dieser Tagesklinikbehandlung motiviert? <input type="checkbox"/> ich mich selbst <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychologin <input type="checkbox"/> Partner/-in <input type="checkbox"/> Freund/-in <input type="checkbox"/> Lehrer/-in <input type="checkbox"/> Familienmitglied, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> andere Person, und zwar: _____
13	Wie viele dieser Tagesklinikaufenthalte von jeweils <b>mindestens 14 Tagen</b> haben bisher insgesamt stattgefunden? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 oder mehr
14	Wie viele dieser Tagesklinikbehandlungen wurden... ...abgebrochen? ____ (bitte Häufigkeit eintragen) ...wie geplant beendet? ____ (bitte Häufigkeit eintragen)

### Ambulante Behandlung

15	Haben Sie sich jemals wegen einer Essstörung mit Untergewicht ( <b>Anorexie/Magersucht</b> ) im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie behandeln lassen, die zum Ziel hatte, Essverhalten und Gewicht zu normalisieren? <input type="checkbox"/> ja → <b>weiter mit Frage 16</b> <input type="checkbox"/> nein → <b>weiter mit Frage 22</b>
16	Wann hat die <b>erste</b> solche ambulante Psychotherapie stattgefunden, die insgesamt <b>mindestens 6 Termine</b> umfasste? von: ____/____ (Monat/Jahr) bis: ____/____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Die Behandlung läuft noch.
17	Wie sind Sie auf die Praxis/Behandlungseinrichtung aufmerksam geworden? ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> ) <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychologin <input type="checkbox"/> Partner/-in <input type="checkbox"/> Freund/-in <input type="checkbox"/> Lehrer/-in <input type="checkbox"/> Familienmitglied, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Internetseite, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> andere Informationsquelle, und zwar: _____
18	Ich habe diese ambulante Behandlung... <input type="checkbox"/> ...überwiegend auf eigenen Wunsch begonnen. <input type="checkbox"/> ...überwiegend auf Wunsch anderer Personen begonnen.
19	Wer hat Sie am stärksten zur Behandlung motiviert? <input type="checkbox"/> ich mich selbst <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychologin <input type="checkbox"/> Partner/-in <input type="checkbox"/> Freund/-in <input type="checkbox"/> Lehrer/-in <input type="checkbox"/> Familienmitglied, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> andere Person, und zwar: _____
20	Wie viele dieser ambulanten Psychotherapien mit jeweils <b>mindestens 6 Terminen</b> wurden bisher insgesamt begonnen? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 oder mehr
21	Wie viele dieser ambulanten Behandlungen wurden... ...abgebrochen? ____ (bitte Häufigkeit eintragen) ...wie geplant beendet? ____ (bitte Häufigkeit eintragen)

**Erkrankungsbeginn und Diagnosstellung**

22	Wann, würden Sie sagen, hat Ihre Anorexie/Magersucht begonnen? ____/____ (Monat/Jahr)
23	Wann wurde Ihnen erstmals mitgeteilt, dass Sie unter einer Anorexie/Magersucht leiden? ____/____ (Monat/Jahr) → <b>weiter mit Frage 24</b> <input type="checkbox"/> noch nie → <b>weiter mit Frage 26</b>
24	Wer hat Ihnen die Diagnose erstmals mitgeteilt? _____ (bitte Person eintragen, z.B. „Hausärztin“)
25	Wann haben Sie sich erstmals wegen Ihrer Anorexie/Magersucht irgendeine Art von Hilfe gesucht? ____/____ (Monat/Jahr)

**Beratungskontakte und weitere Behandlungen (1)**

26	Bitte kreuzen Sie an, welche Personen bzw. Einrichtungen Sie seit Beginn Ihrer Essstörung mindestens einmal aufgesucht haben!	Wann zum ersten Mal?	Wurde Ihnen dort jemals die Diagnose einer Essstörung mitgeteilt?	Haben Sie dort jemals eine Behandlungsempfehlung für die Essstörung erhalten?
<i>Beratend tätige Einrichtungen und Personen</i>				
<input type="checkbox"/>	Beratungsstelle Mit welchem Schwerpunkt? <input type="checkbox"/> Essstörungen <input type="checkbox"/> _____ (welcher?)	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppe	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Sozialpädagoge/-in bzw. Erzieher/-in	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Lehrer/-in	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Seelsorger/-in bzw. Pastor/-in	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Apotheker/-in	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Sonstige beratend tätige Einrichtung oder Person: _____ (welche?)	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Beratungskontakte und weitere Behandlungen (2)

27	Bitte kreuzen Sie an, welche Personen bzw. Einrichtungen Sie seit Beginn Ihrer Essstörung mindestens einmal aufgesucht haben!	Wann zum ersten Mal?	Wurde Ihnen dort jemals die Diagnose einer Essstörung mitgeteilt?	Haben Sie dort jemals eine Behandlungsempfehlung für die Essstörung erhalten?
<i>Krankenhausstationen und Kliniken</i>				
<input type="checkbox"/>	Station/Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Station/Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Station/Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik und -psychotherapie	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Station/Klinik für Innere Medizin	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Station/Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Notaufnahme	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Intensivstation	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Sonstige Krankenhausstation oder Klinik: _____ (welche?)	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

28	Bitte kreuzen Sie an, welche Personen bzw. Einrichtungen Sie seit Beginn Ihrer Essstörung mindestens einmal aufgesucht haben!	Wann zum ersten Mal?	Wurde Ihnen dort jemals die Diagnose einer Essstörung mitgeteilt?	Haben Sie dort jemals eine Behandlungsempfehlung für die Essstörung erhalten?
<i>Ambulante Behandlungseinrichtungen und Praxen</i>				
<input type="checkbox"/>	Psychologe/-in bzw. Psychotherapeut/-in	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik und -psychotherapie	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Hausarzt/-ärztin bzw. Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Innere Medizin	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Neurologie	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Gynäkologie (Frauenheilkunde)	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



28	Bitte kreuzen Sie an, welche Personen bzw. Einrichtungen Sie seit Beginn Ihrer Essstörung mindestens einmal aufgesucht haben!	Wann zum ersten Mal?  (Monat/Jahr)	Wurde Ihnen dort jemals die Diagnose einer Essstörung mitgeteilt?	Haben Sie dort jemals eine Behandlungsempfehlung für die Essstörung erhalten?
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Dermatologie (Haut- und Geschlechtskrankungen)	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Orthopädie (Erkrankungen des Bewegungsapparats)	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Urologie (Harnwegserkrankungen)	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Zahnheilkunde/Kieferorthopädie	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Notarzt/-ärztin	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Ernährungsberater/-in	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Krankengymnast/-in bzw. Physiotherapeut/-in	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Ergotherapeut/-in	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Heilpraktiker/-in	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Sonstige Behandlungseinrichtung/Praxis: _____ (welche?)	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**EDE-Q**

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage). Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank!

Fragen 1-12: Bitte umkreisen Sie die zutreffende Zahl rechts daneben. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten 4 Wochen (28 Tage) beziehen.

An wie vielen der letzten 28 Tage...	Kein Tag	1-5 Tage	6-12 Tage	13-15 Tage	16-22 Tage	23-27 Tage	Jeden Tag
1. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie über längere Zeitspannen (8 Stunden oder mehr) überhaupt nichts gegessen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen auch gelungen ist)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie <u>versucht</u> , festgelegte Regeln hinsichtlich Ihres Essens (z.B. eine Kaloriengrenze) zu befolgen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen auch gelungen ist)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen <u>leeren</u> Magen zu haben, mit dem Ziel, Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen <u>völlig flachen</u> Bauch zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z.B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat das Nachdenken über <u>Figur und Gewicht</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z.B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An wie vielen der letzten 28 Tage...	Kein Tag	1-5 Tage	6-12 Tage	13-15 Tage	16-22 Tage	23-27 Tage	Jeden Tag
9. Hatten Sie eine deutliche Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hatten Sie eine deutliche Angst, dass Sie an Gewicht zunehmen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie sich zu dick gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen 13-18: Bitte tragen Sie die passende Zahl rechts daneben ein. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten 4 Wochen (28 Tage) beziehen.

#### Während der letzten vier Wochen (28 Tage)...

13. <u>Wie oft</u> haben Sie während der letzten 28 Tage eine Nahrungsmenge gegessen, die andere Menschen als <u>ungewöhnlich groß</u> ansehen würden (unter ähnlichen Umständen)?	Mal
14. In wie vielen dieser Situationen, in denen Sie zu viel gegessen haben, hatten Sie das Gefühl, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben (während des Essens)?	Mal
15. An wie vielen <b>TAGEN</b> der letzten 28 Tage ist es vorgekommen, dass Sie eine ungewöhnlich große Nahrungsmenge gegessen haben <u>und</u> das Gefühl hatten, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben?	Mal
16. <u>Wie oft</u> haben Sie während der letzten 28 Tage Erbrechen selbst herbeigeführt, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?	Mal
17. <u>Wie oft</u> haben Sie während der letzten 28 Tage Abführmittel eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?	Mal
18. <u>Wie oft</u> haben Sie während der letzten 28 Tage in einer „getriebenen“ oder „zwanghaften“ Weise Sport getrieben, um Ihr Gewicht, Ihre Figur oder den Körperfettanteil zu kontrollieren oder Kalorien zu verbrennen?	Mal

Fragen 19-21: Bitte umkreisen Sie die zutreffende Zahl. Bitte beachten Sie, dass für diese Fragen der Begriff „Essanfall“ bedeutet, eine Nahrungsmenge zu essen, die andere Menschen unter ähnlichen Umständen als ungewöhnlich groß ansehen würden, begleitet von einem Gefühl des Kontrollverlustes über das Essverhalten.

**An wie vielen der letzten vier Wochen (28 Tage)...**

19. An wie vielen der letzten 28 Tage haben Sie heimlich (d.h. im Verborgenen) gegessen? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	<b>kein Tag</b>	<b>1-5 Tage</b>	<b>6-12 Tage</b>	<b>13-15 Tage</b>	<b>16-22 Tage</b>	<b>23-27 Tage</b>	<b>Jeden Tag</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d.h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? (Zählen Sie die Essanfälle nicht mit.)	<b>niemals</b>	<b>in seltenen Fällen</b>	<b>in weniger als der Hälfte der Fälle</b>	<b>in der Hälfte der Fälle</b>	<b>in mehr als der Hälfte der Fälle</b>	<b>in den meisten Fällen</b>	<b>jedes Mal</b>
	0	1	2	3	4	5	6
21. Wie beunruhigt waren Sie während der letzten 28 Tage, wenn andere Menschen Sie essen sahen? (Zählen Sie die Essanfälle nicht mit.)	<b>überhaupt nicht</b>		<b>leicht</b>		<b>mäßig</b>		<b>deutlich</b>
	0	1	2	3	4	5	6

Fragen 22-28: Bitte kreisen Sie die zutreffende Zahl rechts daneben ein. Denken Sie daran, dass sich die Fragen auf die letzten 4 Wochen (28 Tage) beziehen.

<b>Während der letzten vier Wochen (28 Tage)...</b>	<b>Überhaupt nicht</b>	<b>leicht</b>	<b>mäßig</b>	<b>deutlich</b>			
22. Hat Ihr <u>Gewicht</u> einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)?	0	1	2	3	4	5	6
23. Hat Ihre <u>Figur</u> einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)?	0	1	2	3	4	5	6

Während der letzten vier Wochen (28 Tage)...	Überhaupt nicht	leicht	mäßig	deutlich			
24. Wie stark hätte es Sie aus der Fassung gebracht, wenn Sie aufgefordert worden wären, sich in den nächsten vier Wochen einmal pro Woche zu wiegen (nicht mehr oder weniger häufig)?	0	1	2	3	4	5	6
25. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <u>Gewicht</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
26. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrer <u>Figur</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
27. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z.B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	0	1	2	3	4	5	6
28. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn andere Ihre Figur gesehen haben (z.B. in Gemeinschaftsumkleideräumen, beim Schwimmen oder beim Tragen enger Kleidung)?	0	1	2	3	4	5	6

---

Wie viel wiegen Sie derzeit? *(Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)*

kg

---

Wie groß sind Sie? *(Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)*

m

---

Ist Ihre Regelblutung während der letzten drei bis vier Monate ausgeblieben?

ja

nein

Wenn ja, wie viele Regelblutungen sind ausgeblieben?

Haben Sie die „Pille“ eingenommen?

ja

nein

---

**PHQ-15**

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PHQ-9**

Wie oft fühlten Sie sich während der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GAD-7**

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VIELEN DANK!**

Name:	.....	Prä	K
Vorname:	.....		
Anschrift:	.....		
Telefonnummer (Festnetz):	.....		
Telefonnummer (Mobil):	.....		
Wann bist Du telefonisch zu erreichen?	Zwischen ..... Uhr und ..... Uhr		
E-Mail-Adresse:	.....		

**Liebe Studienteilnehmerin,**

wir freuen uns sehr, dass Du Dich zur Teilnahme an unserem Forschungsprojekt zur Frühbehandlung von Anorexia nervosa entschlossen hast.

Die Studie untersucht die Frage, wie lange es in der Regel dauert, bis Patientinnen mit Anorexia nervosa sich nach Auftreten der ersten Anzeichen der Erkrankung in Behandlung begeben bzw. eine Beratungsstelle aufsuchen, und ob frühzeitige Behandlungsangebote helfen können, die Zeitspanne zwischen Krankheits- und Behandlungsbeginn zu verkürzen.

Der folgende Fragebogen erfasst neben Daten zum Beginn Ihrer Behandlung und möglichen Begleiterkrankungen auch Deinen allgemeinen Gesundheitszustand. Darüber hinaus enthält er Fragen zu Symptomen von Essstörungen, Persönlichkeitseigenschaften und Charakterzügen sowie zu Risikofaktoren, die mit der Entstehung von Essstörungen in Zusammenhang gebracht werden.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird ca. eine Stunde in Anspruch nehmen. Bitte bearbeite den Fragebogen vollständig, und lasse keine Frage aus. Bitte versuche auch, die Fragen möglichst spontan und unbefangen zu beantworten – es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, und die Beantwortung der Fragen hat keinerlei Auswirkung auf Deine individuelle Therapie oder Beratung.

Innerhalb der nächsten vier Wochen wird gegebenenfalls eine Projektmitarbeiterin telefonisch mit Dir Kontakt aufnehmen und einen Termin für ein ebenfalls telefonisches Interview vereinbaren.

**Wir bedanken uns bei Dir recht herzlich für Deine Unterstützung!**

Projektleitung:

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe  
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg  
Telefon: 040-7410-59733

<sup>48</sup> Seite 2 des Fragebogens ist auch im Original mit Ausnahme von Kopfzeile und Seitenzahl unbedruckt.





Datum des Ausfüllens: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (bitte trage hier das heutige Datum ein)

Bitte kreuze an:

Ich befinde mich zurzeit in Behandlung oder nehme Beratung in Anspruch.

Ich befinde mich zurzeit weder in Behandlung noch nehme ich Beratung in Anspruch.

Bitte gib nun unten an, wo du dich aktuell in Behandlung befindest oder ggf. Beratung in Anspruch nimmst. Wenn du dich aktuell nicht in Behandlung befindest bzw. aktuell keine Beratung in Anspruch nimmst, dann gib bitte unten an, wo du zuletzt in Behandlung warst bzw. ggf. Beratung in Anspruch genommen hast:

Klinik oder Tagesklinik, und zwar: ..... (Klinik)  
..... (Station)  
..... (Bezugstherapeut/-in)

MVZ oder Ambulanz, und zwar: ..... (Name der Einrichtung)  
..... (Therapeut/-in)

Praxis, und zwar: ..... (Therapeut/-in)

Beratungsstelle: ..... (Name der Einrichtung)

Studiencode

<b>Prä</b>	<b>K</b>
------------	----------



Vorab möchten wir Dir gerne einige Fragen zu Deiner aktuellen Lebenssituation stellen.

1	Wann bist du geboren?	Tag	Monat	Jahr			2	Bist du...	männlich?	weiblich?										
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<b>2a Wo befindet sich normalerweise dein Lebensmittelpunkt?</b> <input type="checkbox"/> Ich wohne in der Stadt Hamburg (einschl. Stadtteil Harburg). <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Pinneberg. <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Segeberg. <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Stormarn. <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Herzogtum Lauenburg. <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Lüneburg. <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Harburg (Achtung: Hamburger Stadtteil Harburg bitte bei Hamburg ankreuzen!). <input type="checkbox"/> Ich wohne im Landkreis Stade. <input type="checkbox"/> Ich wohne in keinem der genannten Landkreise, sondern in: _____																				
<b>2b Wie oft hältst du dich in Hamburg auf (z.B. wegen Schulbesuch, Ausbildung, Studium, Arbeit, Einkaufen, Freizeitgestaltung, Ausgehen etc.)?</b> <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/> ca. einmal pro Woche <input type="checkbox"/> ca. einmal alle zwei Wochen <input type="checkbox"/> ca. einmal im Monat <input type="checkbox"/> ca. einmal alle drei Monate <input type="checkbox"/> ca. einmal im halben Jahr <input type="checkbox"/> seltener																				
<b>3 In welchem Land bist du geboren?</b> <input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar: _____																				
<b>4 Wenn du nicht in Deutschland geboren wurdest: Seit wann lebst du in Deutschland?</b> Seit dem Jahr: _____																				
<b>5 Welche Staatsangehörigkeit(en) hast du? (Mehrfachangaben möglich)</b> <input type="checkbox"/> deutsch und/oder <input type="checkbox"/> andere, und zwar: _____																				
<b>6 In welchem Land sind deine Eltern geboren?</b> <b>Deine Mutter</b> <input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar: _____ <b>Dein Vater</b> <input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar: _____																				
<b>7 Welchen Familienstand hast du?</b> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="text-align:center;">Ledig (nie verheiratet)</td> <td style="text-align:center;">Verheiratet (mit dem Ehepartner zusammenlebend)</td> <td style="text-align:center;">Verheiratet (in Trennung lebend)</td> <td style="text-align:center;">Geschieden</td> <td style="text-align:center;">Verwitwet</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____											Ledig (nie verheiratet)	Verheiratet (mit dem Ehepartner zusammenlebend)	Verheiratet (in Trennung lebend)	Geschieden	Verwitwet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledig (nie verheiratet)	Verheiratet (mit dem Ehepartner zusammenlebend)	Verheiratet (in Trennung lebend)	Geschieden	Verwitwet																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																

<b>7a</b>	<p><b>Welchen Familienstand haben deine Eltern?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 20%;"> <b>Ledig</b> (nie verheiratet)                 </td> <td style="text-align: center; width: 20%;"> <b>Verheiratet</b> (mit dem Ehepartner zusammenlebend)                 </td> <td style="text-align: center; width: 20%;"> <b>Verheiratet</b> (in Trennung le- bend)                 </td> <td style="text-align: center; width: 20%;"> <b>Geschieden</b> </td> <td style="text-align: center; width: 20%;"> <b>Verwitwet</b> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:  _____</p>	<b>Ledig</b> (nie verheiratet)	<b>Verheiratet</b> (mit dem Ehepartner zusammenlebend)	<b>Verheiratet</b> (in Trennung le- bend)	<b>Geschieden</b>	<b>Verwitwet</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ledig</b> (nie verheiratet)	<b>Verheiratet</b> (mit dem Ehepartner zusammenlebend)	<b>Verheiratet</b> (in Trennung le- bend)	<b>Geschieden</b>	<b>Verwitwet</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<b>8</b>	<p><b>Hast du zurzeit einen festen Partner?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>										
<b>9</b>	<p><b>Wie viele Personen</b>, du selbst mit eingeschlossen, wohnen ständig in deinem Haushalt? Gemeint sind alle Personen, die gemeinsam wohnen und wirtschaften. Denke bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.</p> <p style="text-align: right;"> _____ Personen</p>										
<b>9a</b>	<p><b>Und wie viele davon sind unter 18 Jahre alt?</b></p> <p style="text-align: right;"> _____ Personen</p>										
<b>10</b>	<p>Wie lautet die <b>Postleitzahl</b> deines Wohnortes?  _____</p>										

<b>10b</b>	<b>Gehst du noch zur Schule? (außer berufsbildende Schule)</b> <input type="checkbox"/> ja → <b>weiter mit Frage 10c</b> <input type="checkbox"/> nein → <b>weiter mit Frage 11</b>																																	
<b>10c</b>	<b>Welche Schule besuchst du?</b> <input type="checkbox"/> Sonderschule/Förderschule (z.B. Lern- und Körperbehindertenschule) <input type="checkbox"/> Hauptschule/Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gesamtschule/Stadteilschule <input type="checkbox"/> Fachoberschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> andere Schule, und zwar: <i>✍</i> _____																																	
<b>10d</b>	<b>In welche Klasse gehst du?</b> In die ____ Klasse → <b>weiter mit Frage 11a</b>																																	
<b>11</b>	<b>Welchen höchsten Schulabschluss bzw. Hochschulabschluss hast du?</b>																																	
	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss abgegangen <input type="checkbox"/> Sonderschul-/Förderschulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschul-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Erweiterte Oberschule/Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss/Hochschulabschluss <input type="checkbox"/> anderen Schulabschluss, und zwar: <i>✍</i> _____																																	
<b>11a</b>	<b>Welchen höchsten Schulabschluss bzw. Hochschulabschluss haben deine Eltern? Bitte jeweils getrennt für Vater und Mutter angeben.</b>																																	
	<table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Vater</td> <td style="padding-right: 10px;">Mutter</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ohne Schulabschluss abgegangen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sonderschul-/Förderschulabschluss</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hauptschul-/Volksschulabschluss</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Realschulabschluss/Mittlere Reife</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Fachhochschulreife</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Erweiterte Oberschule/Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Fachhochschulabschluss/Hochschulabschluss</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Mein Vater hat einen anderen Schulabschluss, und zwar: <i>✍</i> _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Meine Mutter hat einen anderen Schulabschluss, und zwar: <i>✍</i> _____</td> </tr> </table>	Vater	Mutter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ohne Schulabschluss abgegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonderschul-/Förderschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauptschul-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realschulabschluss/Mittlere Reife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erweiterte Oberschule/Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachhochschulabschluss/Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>		Mein Vater hat einen anderen Schulabschluss, und zwar: <i>✍</i> _____		<input type="checkbox"/>	Meine Mutter hat einen anderen Schulabschluss, und zwar: <i>✍</i> _____
Vater	Mutter																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ohne Schulabschluss abgegangen																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonderschul-/Förderschulabschluss																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauptschul-/Volksschulabschluss																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realschulabschluss/Mittlere Reife																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachhochschulreife																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erweiterte Oberschule/Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachhochschulabschluss/Hochschulabschluss																																
<input type="checkbox"/>		Mein Vater hat einen anderen Schulabschluss, und zwar: <i>✍</i> _____																																
	<input type="checkbox"/>	Meine Mutter hat einen anderen Schulabschluss, und zwar: <i>✍</i> _____																																

<b>12</b>	Welche der folgenden Angaben zur <b>Berufstätigkeit</b> trifft auf dich zu? (nur eine Nennung möglich) <b>Du bist zurzeit...</b>		
	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig (einschließlich: <u>Auszubildende</u> , Praktikantinnen, Arbeitslose, Null-Kurzarbeiterinnen, Vorruehständlerinnen, Rentnerinnen, Studentinnen, Schülerinnen, die nicht gegen Geld arbeiten!!!) → weiter mit Frage 13		
	<input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt bzw. üben einen Mini-Job (400 € pro Monat) oder 1-Euro-Job aus → weiter mit Frage 13		
	<input type="checkbox"/> Teilzeitberufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 10 bis 34 Stunden) → weiter mit Frage 14		
	<input type="checkbox"/> Vollzeitberufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr) → weiter mit Frage 14		
<b>13</b>	Wenn du <b>nicht vollzeit- oder teilzeiterwerbstätig</b> bist: Triff eine der folgenden Angaben auf deine derzeitige Situation zu?		
	<input type="checkbox"/> in Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> ausschließlich Hausfrau	
	<input type="checkbox"/> altershalber in Rente/pensioniert	<input type="checkbox"/> Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme	
	<input type="checkbox"/> vorzeitig in Rente/pensioniert	<input type="checkbox"/> Wehr-, Zivildienstleistende, soziales Jahr	
	<input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> Auszubildende	
	<input type="checkbox"/> Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit	<input type="checkbox"/> Studentin	
	<input type="checkbox"/> Schülerin	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:  _____	
<b>14</b>	Welche <b>berufliche Position</b> übst du aus oder hast du hauptsächlich ausgeübt? (Falls du Hausfrau, in Elternzeit, arbeitslos oder berentet bist, beziehe die Fragen auf den Beruf, den du zuletzt hauptsächlich ausgeübt hast.)		
	<b>Noch in der Ausbildung</b> <input type="checkbox"/>		
	<b>Arbeiterin:</b> <input type="checkbox"/> Ungelernte  <input type="checkbox"/> Angelernte  <input type="checkbox"/> Facharbeiterin  <input type="checkbox"/> Vorarbeiterin bzw. Meisterin	<b>Angestellte:</b> <input type="checkbox"/> mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung (z.B. Verkäuferin, Pflegehelferin, Sekretariatsassistentin) <input type="checkbox"/> mit qualifizierter Tätigkeit nach Anweisung (z.B. Sachbearbeiterin, Buchhalterin) <input type="checkbox"/> mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z.B. wissenschaftliche Mitarbeiterin, Prokuristin, Abteilungsleiterin bzw. Meisterin im Angestelltenverhältnis) <input type="checkbox"/> mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktorin, Geschäftsführerin, Vorstand)	<b>Beamte:</b> <input type="checkbox"/> im einfachen Dienst (bis einschließlich Oberamtsmeisterin)  <input type="checkbox"/> im mittleren Dienst (Assistentin bis einschließlich Hauptsekretärin oder Amtsinspektorin)  <input type="checkbox"/> im gehobenen Dienst (Inspektorin bis einschließlich Oberamtsrätin)  <input type="checkbox"/> im höheren Dienst (von Rätin aufwärts)
	<b>Selbständige:</b> <input type="checkbox"/> selbständige Landwirtin <input type="checkbox"/> Akademikerin im freien Beruf (z.B. Ärztin, Rechtsanwältin, Steuerberaterin) <input type="checkbox"/> Selbständige in Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung <input type="checkbox"/> Mithelfende im Familienbetrieb		→ Anzahl der Mitarbeiter/innen:  _____

<b>15</b>	<b>Welche Krankenversicherungen</b> hast du? (Mehrfachnennungen möglich)
	<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung (einschließlich Zusatzversicherungen) <input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung/Selbstzahlerin <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt
<b>16</b>	<b>Befindest du dich in einem laufenden Rentenverfahren?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>17</b>	<b>Bist du aktuell arbeitsunfähig („krank“) geschrieben?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>18</b>	<b>Wie viele Tage warst du im letzten halben Jahr arbeitsunfähig („krank“) geschrieben?</b>  <div style="text-align: center;">  _____ Tage </div>
<b>19</b>	<b>Mit wem lebst du hauptsächlich zusammen?</b> <input type="checkbox"/> alleine in eigener Wohnung <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft (WG) <input type="checkbox"/> mit meinem Partner <input type="checkbox"/> mit meinem Partner und Kind(ern) <input type="checkbox"/> mit Kind(ern) <input type="checkbox"/> bei meinen leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> bei meiner Mutter und ihrem Partner <input type="checkbox"/> bei meinem Vater und seiner Partnerin <input type="checkbox"/> bei meiner Mutter <input type="checkbox"/> bei meinem Vater <input type="checkbox"/> bei meinen Großeltern oder anderen Verwandten <input type="checkbox"/> bei Pflegeeltern/Adoptiveltern <input type="checkbox"/> in einem Heim <input type="checkbox"/> andere Wohnsituation, und zwar:  _____

### Fragebogen zum Behandlungsbeginn

Im Folgenden findest Du eine Reihe von Fragen zum Thema Behandlung von Anorexie bzw. Magersucht sowie zu weiteren Hilfsangeboten, die Du seit Beginn Deiner Essstörung vielleicht in Anspruch genommen hast. Bitte beantworte die Fragen wieder so genau wie möglich und achte dabei auch auf Sprungregeln, die Dir mitteilen, ob Fragen übersprungen werden können oder nicht.

#### Stationäre Behandlung

1	Warst Du jemals wegen einer Essstörung mit Untergewicht ( <b>Anorexie/Magersucht</b> ) in einer Klinik auf einer Station mit Angeboten zur Behandlung von Essstörungen? <input type="checkbox"/> ja → <b>weiter mit Frage 2</b> <input type="checkbox"/> nein → <b>weiter mit Frage 8</b>
2	Wann hat der <b>erste</b> solche Klinikaufenthalt stattgefunden, der insgesamt <b>mindestens 14 Tage</b> dauerte? von: ____/____ (Monat/Jahr) bis: ____/____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Die Behandlung läuft noch.
3	Wie bist Du auf die Klinik aufmerksam geworden? ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> ) <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychologin <input type="checkbox"/> Partner/-in <input type="checkbox"/> Freund/-in <input type="checkbox"/> Lehrer/-in <input type="checkbox"/> Familienmitglied, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Internetseite, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> andere Informationsquelle, und zwar: _____
4	Ich habe diese Klinikbehandlung... <input type="checkbox"/> ...überwiegend auf eigenen Wunsch begonnen. <input type="checkbox"/> ...überwiegend auf Wunsch anderer Personen begonnen.
5	Wer hat Dich am stärksten zu dieser Klinikbehandlung motiviert? <input type="checkbox"/> ich mich selbst <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychologin <input type="checkbox"/> Partner/-in <input type="checkbox"/> Freund/-in <input type="checkbox"/> Lehrer/-in <input type="checkbox"/> Familienmitglied, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> andere Person, und zwar: _____
6	Wie viele dieser Klinikaufenthalte von jeweils <b>mindestens 14 Tagen</b> haben bisher insgesamt stattgefunden? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 oder mehr
7	Wie viele dieser Klinikbehandlungen wurden... ...abgebrochen? ____ (bitte Häufigkeit eintragen) ...wie geplant beendet? ____ (bitte Häufigkeit eintragen)



## Tagesklinische Behandlung

8	Warst Du jemals wegen einer Essstörung mit Untergewicht ( <b>Anorexie/Magersucht</b> ) in einer Tagesklinik mit Angeboten zur Behandlung von Essstörungen? <input type="checkbox"/> ja → <b>weiter mit Frage 9</b> <input type="checkbox"/> nein → <b>weiter mit Frage 15</b>
9	Wann hat der <b>erste</b> solche Tagesklinikaufenthalt stattgefunden, der insgesamt <b>mindestens 14 Tage</b> dauerte? von: ____/____ (Monat/Jahr) bis: ____/____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Die Behandlung läuft noch.
10	Wie bist Du auf die Tagesklinik aufmerksam geworden? ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> ) <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychologin <input type="checkbox"/> Partner/-in <input type="checkbox"/> Freund/-in <input type="checkbox"/> Lehrer/-in <input type="checkbox"/> Familienmitglied, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Internetseite, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> andere Informationsquelle, und zwar: _____
11	Ich habe diese Tagesklinikbehandlung... <input type="checkbox"/> ...überwiegend auf eigenen Wunsch begonnen. <input type="checkbox"/> ...überwiegend auf Wunsch anderer Personen begonnen.
12	Wer hat Dich am stärksten zu dieser Tagesklinikbehandlung motiviert? <input type="checkbox"/> ich mich selbst <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychologin <input type="checkbox"/> Partner/-in <input type="checkbox"/> Freund/-in <input type="checkbox"/> Lehrer/-in <input type="checkbox"/> Familienmitglied, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> andere Person, und zwar: _____
13	Wie viele dieser Tagesklinikaufenthalte von jeweils <b>mindestens 14 Tagen</b> haben bisher insgesamt stattgefunden? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 oder mehr
14	Wie viele dieser Tagesklinikbehandlungen wurden... ...abgebrochen? ____ (bitte Häufigkeit eintragen) ...wie geplant beendet? ____ (bitte Häufigkeit eintragen)

### Ambulante Behandlung

15	Hast Du Dich jemals wegen einer Essstörung mit Untergewicht ( <b>Anorexie/Mager-sucht</b> ) im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie behandeln lassen, die zum Ziel hatte, Essverhalten und Gewicht zu normalisieren? <input type="checkbox"/> ja → <b>weiter mit Frage 16</b> <input type="checkbox"/> nein → <b>weiter mit Frage 22</b>
16	Wann hat die <b>erste</b> solche ambulante Psychotherapie stattgefunden, die insgesamt <b>mindestens 6 Termine</b> umfasste? von: ____/____ (Monat/Jahr) bis: ____/____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Die Behandlung läuft noch.
17	Wie bist Du auf die Praxis/Behandlungseinrichtung aufmerksam geworden? ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> ) <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychologin <input type="checkbox"/> Partner/-in <input type="checkbox"/> Freund/-in <input type="checkbox"/> Lehrer/-in <input type="checkbox"/> Familienmitglied, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Internetseite, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> andere Informationsquelle, und zwar: _____
18	Ich habe diese ambulante Behandlung... <input type="checkbox"/> ...überwiegend auf eigenen Wunsch begonnen. <input type="checkbox"/> ...überwiegend auf Wunsch anderer Personen begonnen.
19	Wer hat Dich am stärksten zur Behandlung motiviert? <input type="checkbox"/> ich mich selbst <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychologin <input type="checkbox"/> Partner/-in <input type="checkbox"/> Freund/-in <input type="checkbox"/> Lehrer/-in <input type="checkbox"/> Familienmitglied, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> andere Person, und zwar: _____
20	Wie viele dieser ambulanten Psychotherapien mit jeweils <b>mindestens 6 Terminen</b> wurden bisher insgesamt begonnen? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 oder mehr
21	Wie viele dieser ambulanten Behandlungen wurden... ...abgebrochen? ____ (bitte Häufigkeit eintragen) ...wie geplant beendet? ____ (bitte Häufigkeit eintragen)

**Erkrankungsbeginn und Diagnosesstellung**

22	Wann, würdest Du sagen, hat Deine Anorexie/Magersucht begonnen? _____/_____ (Monat/Jahr)
23	Wann wurde Dir erstmals mitgeteilt, dass Du unter einer Anorexie/Magersucht leidest? _____/_____ (Monat/Jahr) → <b>weiter mit Frage 24</b> <input type="checkbox"/> noch nie → <b>weiter mit Frage 26</b>
24	Wer hat Dir die Diagnose erstmals mitgeteilt? _____ (bitte Person eintragen, z.B. „Hausärztin“)
25	Wann hast Du Dir erstmals wegen Deiner Anorexie/Magersucht irgendeine Art von Hilfe gesucht? _____/_____ (Monat/Jahr)

**Beratungskontakte und weitere Behandlungen (1)**

26	Bitte kreuze an, welche Personen bzw. Einrichtungen Du seit Beginn Deiner Essstörung mindestens einmal aufgesucht hast!	Wann zum ersten Mal?	Wurde Dir dort jemals die Diagnose einer Essstörung mitgeteilt?	Hast Du dort jemals eine Behandlungsempfehlung für die Essstörung erhalten?
<b>Beratend tätige Einrichtungen und Personen</b>				
<input type="checkbox"/>	Beratungsstelle Mit welchem Schwerpunkt? <input type="checkbox"/> Essstörungen <input type="checkbox"/> _____ (welcher?)	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppe	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Sozialpädagoge/-in bzw. Erzieher/-in	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Lehrer/-in	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Seelsorger/-in bzw. Pastor/-in	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Apotheker/-in	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Sonstige beratend tätige Einrichtung oder Person: _____ (welche?)	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Beratungskontakte und weitere Behandlungen (2)**

27	Bitte kreuze an, welche Personen bzw. Einrichtungen Du seit Beginn Deiner Essstörung mindestens einmal aufgesucht hast!	Wann zum ersten Mal?	Wurde Dir dort jemals die Diagnose einer Essstörung mitgeteilt?	Hast Du dort jemals eine Behandlungsempfehlung für die Essstörung erhalten?
<b>Krankenhausstationen und Kliniken</b>				
<input type="checkbox"/>	Station/Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Station/Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Station/Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik und -psychotherapie	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Station/Klinik für Innere Medizin	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Station/Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Notaufnahme	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Intensivstation	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Sonstige Krankenhausstation oder Klinik: _____ (welche?)	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

28	Bitte kreuze an, welche Personen bzw. Einrichtungen Du seit Beginn Deiner Essstörung mindestens einmal aufgesucht hast!	Wann zum ersten Mal?	Wurde Dir dort jemals die Diagnose einer Essstörung mitgeteilt?	Hast Du dort jemals eine Behandlungsempfehlung für die Essstörung erhalten?
<b>Ambulante Behandlungseinrichtungen und Praxen</b>				
<input type="checkbox"/>	Psychologe/-in bzw. Psychotherapeut/-in	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik und -psychotherapie	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Hausarzt/-ärztin bzw. Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Innere Medizin	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Neurologie	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Gynäkologie (Frauenheilkunde)	_____/_____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

28	Bitte kreuze an, welche Personen bzw. Einrichtungen Du seit Beginn Deiner Essstörung mindestens einmal aufgesucht hast!	Wann zum ersten Mal?  (Monat/Jahr)	Wurde Dir dort jemals die Diagnose einer Essstörung mitgeteilt?	Hast Du dort jemals eine Behandlungsempfehlung für die Essstörung erhalten?
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Dermatologie (Haut- und Geschlechtskrankungen)	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Orthopädie (Erkrankungen des Bewegungsapparats)	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Urologie (Harnwegserkrankungen)	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin für Zahnheilkunde/Kieferorthopädie	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Notarzt/-ärztin	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Ernährungsberater/-in	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Krankengymnast/-in bzw. Physiotherapeut/-in	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Ergotherapeut/-in	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Heilpraktiker/-in	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Sonstige Behandlungseinrichtung/Praxis: _____ (welche?)	____/____ (Monat/Jahr)	<input type="checkbox"/> ja: „Anorexie/Magersucht“ <input type="checkbox"/> ja: „Bulimie“ <input type="checkbox"/> ja: „Essstörung allgemein“ <input type="checkbox"/> ja: andere Diagnose, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Ch-EDE-Q**

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage). Bitte lies Dir jede Frage sorgfältig durch und beantworte alle Fragen. Vielen Dank!

Fragen 1-12: Bitte kreuze das Feld an, das Dein Verhalten am besten beschreibt. Denk daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten 4 Wochen (28 Tage) beziehen.

An wie vielen der letzten 28 Tage...	kein Tag	1-5 Tage	6-12 Tage	13-15 Tage	16-22 Tage	23-27 Tage	jeden Tag
1 Hast Du absichtlich <u>versucht</u> , weniger zu essen, um Deine Figur oder Dein Gewicht zu verändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Hast Du fast den ganzen Tag lang (8 Stunden oder mehr) nichts gegessen, um Deine Figur oder Dein Gewicht zu verändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Hast Du <u>versucht</u> , Essen, das Du magst, nicht zu essen, um Deine Figur oder Dein Gewicht zu verändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Hast Du <u>versucht</u> , Dich an strenge Regeln für Dein Essen zu halten, um Deine Figur oder Dein Gewicht zu verändern, beispielsweise Dir nur zu erlauben, eine bestimmte Art und Menge von Nahrungsmitteln oder eine bestimmte Anzahl von Kalorien zu essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <u>Wolltest</u> Du einen <u>leeren Bauch</u> haben- dass also gar kein Essen darin ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 <u>Wolltest</u> Du einen ganz flachen Bauch haben (so flach wie ein Brett)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hat das Nachdenken über <u>Essen oder Kalorien</u> es Dir schwer gemacht, Dich auf Dinge zu konzentrieren, die Dich interessieren? (z.B. Fernsehen, lesen oder Computerspielen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Hat das Nachdenken über Deine <u>Figur oder Dein Gewicht</u> es Dir sehr schwer gemacht, Dich auf Dinge zu konzentrieren, die Dich interessieren? (z.B. Fernsehen, essen oder Computerspielen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hattest Du <u>Angst</u> , die Kontrolle über das Essen zu verlieren (Angst, dass Du mit dem Essen nicht mehr aufhören kannst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hattest Du <u>Angst</u> , dass Du zunehmen könntest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Hast Du Dich zu dick gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hattest Du einen <u>sehr starken Wunsch</u> abzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Fragen 13-18: Bitte trage die Zahl ein, die Dein Verhalten am besten beschreibt. Denk daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten 4 Wochen (28 Tage) beziehen. Mit „die Kontrolle verloren zu haben“ meinen wir, mit dem Essen EINFACH nicht mehr aufhören zu können (wie ein Ball, der den Hügel hinunterrollt).

Während der letzten vier Wochen (28 Tage)...		
13.	Wie oft hast Du während der letzten 28 Tage eine Menge gegessen, die andere Menschen in dieser Situation für <u>wirklich groß</u> halten würden?	_____ Mal
14.	In wie vielen dieser Situationen hattest Du das Gefühl, die <u>Kontrolle über das Essen verloren zu haben</u> ?	_____ Mal
15.	An wie vielen <u>TAGEN</u> der letzten 28 Tage gab es Situationen, in denen Du eine wirklich große Menge gegessen hast <u>und</u> das Gefühl hattest, die Kontrolle über Dein Essen verloren zu haben?	_____ Tage
16.	Wie oft hast Du Dich während der letzten 28 Tage dazu gebracht, Dich zu übergeben?	_____ Mal
17.	Wie oft hast Du während der letzten 28 Tage irgendwelche Mittel genommen, die bewirken, dass Du aufs Klo musst, um Deine Figur oder Dein Gewicht zu verändern?	_____ Mal
18.	Wie oft hast Du während der letzten 28 Tage sehr hart Sport getrieben, um Deine Figur oder Dein Gewicht zu verändern (und nicht nur zum Spaß)?	_____ Mal

Fragen 19-21: Bitte kreuze das Feld an, das am besten Dein Verhalten beschreibt. Bei diesen Fragen meinen wir mit „Essanfall“, eine Nahrungsmenge zu essen, die andere Menschen in der gleichen Situation für ungewöhnlich groß halten würden UND gleichzeitig das Gefühl zu haben, die Kontrolle über das Essen verloren zu haben.

Während der letzten vier Wochen (28 Tage)...		kein Tag	1-5 Tage	6-12 Tage	13-15 Tage	16-22 Tage	23-27 Tage	jeden Tag
19.	An wie vielen der letzten 28 Tage hast Du heimlich gegessen? (Zähle Essanfälle <u>nicht</u> mit.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Wie oft, in den letzten 28 Tagen, hast Du Dich beim Essen <u>schuldig</u> gefühlt (als ob Du etwas Falsches getan hättest), weil das Essen Deine Figur oder Dein Gewicht verändern könnte? (Zähle Essanfälle <u>nicht</u> mit.)	niemals	in seltenen Fällen	in weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Wie beunruhigt warst Du während der letzten 28 Tage, wenn andere Menschen Dich beim Essen gesehen haben? (Zähle Essanfälle <u>nicht</u> mit.)	überhaupt nicht		leicht		mäßig	5	deutlich
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen 22-28: Bitte kreuze das Feld an, das Dein Verhalten am besten beschreibt. Denk daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten 4 Wochen (28 Tage) beziehen. Mit „Gewicht“ ist bei diesen Fragen die Zahl gemeint, die man auf der Waage sieht, mit „Figur“ das, was Du im Spiegel siehst.

Während der letzten vier Wochen (28 Tage)...	überhaupt nicht	leicht	mäßig	deutlich
22 Hat Dein <u>Gewicht</u> beeinflusst, wie Du über Dich selbst als Person denkst (Dich beurteilst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Hat Deine <u>Figur</u> beeinflusst, wie Du über Dich selbst als Person denkst (Dich beurteilst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Wie stark hätte es Dich beunruhigt, wenn man Dich darum gebeten hätte, Dich in den nächsten Wochen <u>einmal</u> pro Woche (nicht mehr oder weniger häufig) <u>zu wiegen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Wie unglücklich warst Du mit Deinem <u>Gewicht</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Wie unglücklich warst Du mit Deiner <u>Figur</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Wie unangenehm oder peinlich war es für Dich, wenn Du Deinen Körper gesehen hast (z.B. im Spiegel, Dein Spiegelbild in einer Schaufensterscheibe, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Wie unangenehm oder peinlich war es für Dich, wenn andere Menschen Deine Figur oder Deinen Körper gesehen haben (z.B. in der Umkleidekabine, im Schwimmbad, beim Tragen enger Kleidung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viel wiegst Du derzeit? (Bitte schätze so gut wie möglich.)

kg

Wie groß bist Du? (Bitte schätze so gut wie möglich.)

m

Ist Deine Regelblutung während der letzten drei bis vier Monate ausgeblieben?

ja  
 nein

Wenn ja, wie viele Regelblutungen sind ausgeblieben?

Hast Du die „Pille“ eingenommen?

ja  
 nein

**PHQ-15**

Wie stark fühltest Du Dich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PHQ-9**

Wie oft fühltest Du Dich während der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Deinen Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht	An einzel- nen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Deine Bewegungen oder Deine Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder warst Du im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hattest dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Du lieber tot wärest oder Dir Leid zufügen möchtest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GAD-7**

Wie oft fühltest Du Dich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzel- nen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VIELEN DANK!**

## 8.2.2 Fremdbeurteilungsinstrumente



Studiencode

### Interview

#### Erörterung der Erstbehandlung

Wenn im Fragebogen keine Angaben zur Erstbehandlung gemacht wurden (Antwort „nein“ oder gar keine Angabe), da diese noch zu kurz war, bitte nachhaken und dokumentieren:

- Probandin
- war mindestens 14 Tage stationär in essstörungsspezifischer Erstbehandlung
    - Probandin hat dies bereits im FB dokumentiert
    - Probandin hat dies nicht im FB dokumentiert, es wurde daher nachgetragen
  - war mindestens 14 Tage tagesklinisch in essstörungsspezifischer Erstbehandlung
    - Probandin hat dies bereits im FB dokumentiert
    - Probandin hat dies nicht im FB dokumentiert, es wurde daher nachgetragen
  - war mindestens 6 Termine ambulant in essstörungsspezifischer Erstbehandlung
    - Probandin hat dies bereits im FB dokumentiert
    - Probandin hat dies nicht im FB dokumentiert, es wurde daher nachgetragen
  - wurde aus einer Beratungsstelle rekrutiert (folglich unzutreffend)

Das restliche Interview bitte nur bei Studienteilnehmerinnen führen, die alle im Fragebogen erhobenen Einschlusskriterien erfüllen. Ansonsten ist das Interview an dieser Stelle beendet.

Falls Item 11a nach dem Bildungsniveau beider Eltern nicht beantwortet wurde (alte Fragebogenversion), bitte nachholen und dokumentieren.

- Probandin
- hat Item 11a im FB bereits beantwortet
  - die Beantwortung von Item 11a wurde mündlich nachgeholt und direkt im FB notiert

Wir möchten Ihnen ein paar Fragen zu Ihrer Zufriedenheit mit der Erstbehandlung stellen, nämlich:	
<i>(Erstbehandlung im Sinne der <u>allerersten</u> leitliniengerechten Behandlung laut Fragebogen oder obiger Nachfrage; bei Probandinnen aus dem Beratungssetting <u>ohne Erstbehandlung</u> bitte nach der Zufriedenheit mit der Beratung fragen)</i>	
1	Wie <b>zufrieden</b> sind Sie bislang <b>insgesamt</b> ? <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> eher unzufrieden <input type="checkbox"/> eher zufrieden <input type="checkbox"/> zufrieden
2	Wie <b>zufrieden</b> sind Sie bislang im Hinblick auf die Veränderung des <b>Wohlbefindens</b> ? <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> eher unzufrieden <input type="checkbox"/> eher zufrieden <input type="checkbox"/> zufrieden
3	Wie <b>zufrieden</b> sind Sie bislang im Hinblick auf die Veränderung des <b>Körpergewichts</b> ? <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> eher unzufrieden <input type="checkbox"/> eher zufrieden <input type="checkbox"/> zufrieden
4	Wie <b>zufrieden</b> sind Sie bislang im Hinblick auf die Veränderung des <b>Essverhaltens</b> ? <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> eher unzufrieden <input type="checkbox"/> eher zufrieden <input type="checkbox"/> zufrieden



5	Warum hat es _____ Wochen/Monate/Jahre gedauert, bis Sie sich erstmals professionelle Hilfe gesucht haben? Bitte nennen Sie alle Gründe, die Ihnen in diesem Zusammenhang einfallen.		
	Störungsbeginn:  <hr/> <i>(S. 12 Item Nr. 22)</i>	Behandlungsbeginn:  <hr/> <i>(S. 9 Item Nr. 2 oder S. 10 Item Nr. 9 oder S. 11 Item Nr. 16 oder notfalls S. 13 Item Nr. 26)</i>	Dauer zwischen Störungs- und Behandlungsbeginn:  <hr/> <i>(bitte berechnen)</i>



**Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (adaptiert)  
Sektion H: Essstörungen**

Rating nach folgendem Beispiel:

6) Erschöpfung oder Energieverlust fast jeden Tag	? 1 2 3
<p>? = unsicher/zuwenig Informationen          1 = nein/nicht vorhanden          2 = vorhanden, jedoch nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt          3 = sicher vorhanden und kriteriumsgemäß ausgeprägt</p>	

**Anorexia nervosa**

Item-Nr.	Item-kennung DSM-4	Bezug DSM-5	Wortlaut	Kriterien	Rating			
					?	1	2	3
1	H1	DSM-5 A	<p>Ich stelle Ihnen/Dir nun einige Fragen zu Ihren Essgewohnheiten und Ihrem Gewicht. Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie weniger gewogen haben, als Sie nach der Meinung anderer Leute wiegen sollten?</p> <p><b>Wenn ja:</b> Aus welchem Grund? Wie viel haben Sie gewogen? Wie alt waren Sie zu dieser Zeit? Wie dünn waren Sie?</p>	<p>A. Weigerung, das Körpergewicht auf dem altersentsprechenden Normalgewicht oder auch Minimalgewicht zu halten (z.B. Gewichtsverlust, der zu einem Körpergewicht von 15% unter dem zu erwartenden Gewicht führt, oder ein zu geringes Gewicht im Vergleich zu dem zu erwartenden Gewicht in der Wachstumsperiode, d.h. das Körpergewicht liegt 15% unter dem zu erwartenden Gewicht)</p>	?	1	2	3



			Niedrigstes Körpergewicht/kg: _____ Aktuelles Körpergewicht/kg: _____ Körpergewicht Störungsbeginn: _____ Körpergewicht Behandlungsbeginn: _____ Körpergröße/m: _____  BMI bei Minimalgewicht: <input type="text"/>  BMI bei Störungsbeginn: <input type="text"/>  BMI bei Behandlungsbeginn: <input type="text"/>  BMI aktuell: <input type="text"/>	Minimal-BMI $\leq 17,5$ <input type="text"/> ? <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 3  BMI Störungsbeginn $\leq 17,5$ <input type="text"/> ? <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 3  BMI Behandlungsbeginn $\leq 17,5$ <input type="text"/> ? <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 3  BMI aktuell $\leq 17,5$ <input type="text"/> ? <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 3
Wenn Frage verneint wird → weiter mit „Bulimia nervosa“				
2			Wenn ja: Können Sie sagen, wann Sie zum ersten Mal stark an Gewicht verloren haben?  Wie ausgeprägt waren die Symptome (starker Gewichtsverlust durch Purging-Maßnahmen, Untergewicht/Ausbleibende Gewichtszunahmen bei Kindern und Jugendlichen) zu dem Zeitpunkt, als Sie sich zum ersten Mal in Behandlung begeben bzw. zum ersten Mal eine Beratungsstelle aufgesucht haben?	Datum: ___ / ___  Selbsteinschätzung: <input type="text"/> ? <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3
3	H2	DSM-5 B	Hatten Sie zu der Zeit, als Sie stark an Gewicht verloren haben, große Angst davor, zu dick zu werden?	B. Starke Furcht davor, zuzunehmen oder zu dick zu werden, auch bei Untergewicht.  <input type="text"/> ? <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3
Wenn Frage verneint wird → weiter mit „Bulimia nervosa“				





4			Können Sie sagen, wann Sie zum ersten Mal das Gefühl hatten, zu dick zu sein bzw. die Wahrnehmung, dass einzelne Körperbereiche zu dick seien?		Datum: __ / __					
			Wie ausgeprägt waren die Symptome (Gefühl, zu dick zu sein, bzw. Gefühl, dass einzelne Körperpartien zu dick seien) zu dem Zeitpunkt, als Sie sich zum ersten Mal in Behandlung begeben bzw. eine Beratungsstelle aufgesucht haben?		Selbsteinschätzung: <table border="1"> <tr> <td>?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	?	1	2	3	
?	1	2	3							
5	H3	DSM-5 C	<p>Als Sie Ihr niedrigstes Gewicht hatten, fühlten Sie sich da immer noch zu dick oder empfanden Sie einzelne Körperpartien als zu dick?</p> <p><b>Wenn nein:</b> Mussten Sie sehr dünn sein, um sich wohl zu fühlen?</p> <p><b>Wenn nein und Gewicht medizinisch bedenklich:</b> Als Sie so dünn waren, sagte Ihnen da irgendjemand, dass es sehr gefährlich für Ihre Gesundheit sein kann, so dünn zu sein? (Wie dachten Sie darüber?)</p>	C. Störung in der Wahrnehmung des eigenen Körpergewichts oder der Körperform, das Körpergewicht oder die Körperform hat einen übermäßigen Einfluss auf das Selbstwertgefühl, Verleugnung der ernsthaften gesundheitlichen Gefährdung	<table border="1"> <tr> <td>?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	?	1	2	3	
?	1	2	3							
Wenn Frage verneint wird → weiter mit „Bulimia nervosa“										
6	H4		<p><b>Bei Frauen:</b> Hatten Sie vor dieser Zeit Ihre Regel? Hat sie aufgehört? (Für wie lange?)</p>	<p>D. Amenorrhoe bei Frauen nach der ersten Regelblutung, d.h. das Ausbleiben von 3 aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen</p> <p>Wenn Regelblutung nach Einnahme von Hormonen, wie z.B. Östrogenen, kodieren Sie 3</p>	<table border="1"> <tr> <td>?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	?	1	2	3	
?	1	2	3							
Wenn Frage verneint wird → weiter mit „Bulimia nervosa“										
7	H5		Beurteilen Sie:	Die Kriterien A, B, C (und D) einer Anorexia nervosa sind mit 3 kodiert	<table border="1"> <tr> <td>?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>3 = Anorexia nervosa</td> </tr> </table>	?	1	2	3	3 = Anorexia nervosa
?	1	2	3							
3 = Anorexia nervosa										



8	H6	<b>DSM-5 Spezifikation der aktuellen Episode/des aktuellen Subtypus</b>	<p>Hatten Sie in den letzten drei Monaten Essanfälle, bei denen Sie innerhalb kurzer Zeit eine ungewöhnlich große Menge von Nahrung zu sich nahmen?</p> <p>Wenn ja: Was genau haben Sie gegessen?</p> <p>Wenn nein: Wie haben Sie in den letzten drei Monaten Ihr Gewicht niedrig gehalten? (Erbrechen, Abführmittel, Einläufe oder Entwässerungsmittel?) (Wie oft?)</p>	<p>Bestimmen des Subtypus der derzeitigen Episode: Person hatte regelmäßig Essanfälle (Binge Typus=3) oder verwendete Abführmittel, d.h. Erbrechen, Laxantien, Diuretika oder Einläufe (restriktiver Typus=1)</p> <p><input type="checkbox"/> Restriktiver Typus</p> <p><input type="checkbox"/> Binge-Typus</p>										
9	H7		<b>Beurteilen Sie:</b>	Die Kriterien A, B und C waren im letzten Monat erfüllt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3									
10	H8		<p>Wann hatten Sie das letzte Mal (<b>Symptome der Anorexia nervosa</b>)?</p> <p>Falls unklar: Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal (<b>Symptome der Anorexia nervosa</b>) hatten?</p>	<p>Anzahl der Monate vor dem Interview, als das letzte Mal (<b>Symptome der Anorexia nervosa</b>) auftraten</p>	<p>Anzahl __ / __</p> <p>Alter: __ / __</p>									
11	H9		<p><b>Wenn H7 mit 3 kodiert: Bestimmen Sie den derzeitigen Schweregrad:</b></p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><b>Leicht</b></td> <td>Die Anzahl der Symptome, die für die Diagnose verlangt wird, ist gerade erreicht oder wird knapp überschritten und die Symptome führen nur zu geringer Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen und beruflichen Leistungsfähigkeit</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><b>Mittel</b></td> <td>Die Symptome oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sind zwischen leicht und schwer einzuordnen</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><b>Schwer</b></td> <td>Die Symptome sind im Übermaß dessen vorhanden, was für die Diagnose verlangt wird oder einige Symptome sind sehr stark ausgeprägt oder die Symptome bewirken eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit</td> </tr> </table>	1	<b>Leicht</b>	Die Anzahl der Symptome, die für die Diagnose verlangt wird, ist gerade erreicht oder wird knapp überschritten und die Symptome führen nur zu geringer Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen und beruflichen Leistungsfähigkeit	2	<b>Mittel</b>	Die Symptome oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sind zwischen leicht und schwer einzuordnen	3	<b>Schwer</b>	Die Symptome sind im Übermaß dessen vorhanden, was für die Diagnose verlangt wird oder einige Symptome sind sehr stark ausgeprägt oder die Symptome bewirken eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit	Nr.	
1	<b>Leicht</b>	Die Anzahl der Symptome, die für die Diagnose verlangt wird, ist gerade erreicht oder wird knapp überschritten und die Symptome führen nur zu geringer Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen und beruflichen Leistungsfähigkeit												
2	<b>Mittel</b>	Die Symptome oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sind zwischen leicht und schwer einzuordnen												
3	<b>Schwer</b>	Die Symptome sind im Übermaß dessen vorhanden, was für die Diagnose verlangt wird oder einige Symptome sind sehr stark ausgeprägt oder die Symptome bewirken eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit												
12			<p><b>Derzeitiger BMI:</b></p> <p>Körpergröße (cm):</p> <p>Gewicht (kg):</p> <p><b>BMI zu Behandlungs-/Beratungsbeginn:</b></p> <p>Körpergröße (cm):</p> <p>Gewicht (kg):</p>											



13	H10		<b>Wenn H7 mit 1 kodiert und die derzeitigen Kriterien nicht voll (oder überhaupt nicht) erfüllt sind:</b>		Nr.
			4	<b>Teilremission</b> Die Kriterien für die Störung waren früher voll erfüllt, derzeit sind jedoch nur einige der Symptome oder Anzeichen der Störung vorhanden	
			5	<b>Vollremission</b> Es sind keine Symptome oder Anzeichen der Störung vorhanden, aber eine Erwähnung der Störung ist immer noch klinisch bedeutsam, z.B. bei einer Person mit früheren Episoden einer Anorexie, die während des vergangenen Jahres Psychotherapie erhielt und symptomfrei war	
			6	<b>Frühere Vorgeschichte</b> Es gibt eine Vorgeschichte, in der die Person die Kriterien für die Störung erfüllt hat, jedoch als remittiert betrachtet wird	
			Gehen Sie zu Bulimia nervosa, H11		



**Bulimia nervosa**

Item-Nr.	Itemkennung DSM-4	Bezug DSM-5	Wortlaut	Kriterien	Rating
14	Screening-Frage Nr. 12		Hatten Sie jemals Essanfälle, bei denen Sie das Gefühl hatten, Ihr Essverhalten nicht mehr kontrollieren zu können?		? 1 2 3
Wenn Frage verneint wird → weiter mit Item 17					
15	H11	DSM-5 A (2)	Wenn ja: Erzählen Sie mir mehr darüber.	A. Wiederkehrende Episoden von Essanfällen. Eine Episode ist durch beide folgenden Merkmale charakterisiert:  2) Kontrollverlust über das Essverhalten (z.B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder nicht kontrollieren zu können, was oder wie viel gegessen wird).	? 1 2 3
16	H21		Können Sie sagen, wann Sie zum ersten Mal einen Essanfall hatten?	Alter bei Beginn  Great Ormond Street-Kriterium	Datum: __/ __
			Wie ausgeprägt waren die Symptome (Essanfälle) zu dem Zeitpunkt, als Sie sich zum ersten Mal in Behandlung begeben bzw. eine Beratungsstelle aufgesucht haben?		Selbsteinschätzung: ? 1 2 3
17	H12	DSM-5 A (1)	Falls unklar: Während dieser Zeiten, haben Sie da oft innerhalb von 2 Stunden so viel gegessen, dass andere Leute diese Menge als ungewöhnlich groß bezeichnen würden? Erzählen Sie mir mehr darüber.	1) Es wird innerhalb einer umschriebenen Zeitspanne (z.B. innerhalb von 2 Stunden) eine Nahrungsmenge aufgenommen, die wesentlich größer ist, als die meisten Leute innerhalb einer vergleichbaren Zeitspanne und unter ähnlichen Umständen essen würden.	? 1 2 3
Wenn Frage verneint wird → Sektion „Bulimia nervosa“ abschließen, Sektion „Störung mit Essanfällen“ auslassen					
18	H13	DSM-5 B	Haben Sie irgendetwas unternommen, um den Auswirkungen der Essanfälle entgegenzuwirken? (wie z.B. Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln oder Entwässerungsmitteln, Einläufe, strenges Fasten oder übermäßiges Sporttreiben?)	B. Wiederholtes unangemessenes Kompensationsverhalten, um eine Gewichtszunahme zu verhindern, wie z.B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika, Einläufen oder anderen Medikamenten, Fasten oder übermäßiges Sporttreiben	? 1 2 3



19			Können Sie sagen, wann Sie zum ersten Mal Maßnahmen ergriffen haben, um den Auswirkungen der Essanfälle entgegenzuwirken?	Alter bei Beginn	Datum: __ / __
			Wie ausgeprägt waren die Symptome (Essanfälle) zu dem Zeitpunkt, als Sie sich zum ersten Mal in Behandlung begeben bzw. eine Beratungsstelle aufgesucht haben?		Selbsteinschätzung: ? 1 2 3
20	H14	DSM-5 C	Wie oft hatten Sie Essanfälle und (Kompensations-verhalten)? (Mindestens 2 Mal / 1 Mal in der Woche über mindestens 3 Monate)	C. Die Essanfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten treten im Durchschnitt mindestens 2 Mal / 1 Mal in der Woche über eine Zeitspanne von 3 Monaten auf	? 1 2 3
21	H15	DSM-5 D	Hing Ihr Wohlbefinden / Selbstwertgefühl / Ihre Selbstbewertung vor allem von Ihrem Gewicht und Ihrer Figur ab?	D. Das Selbstwertgefühl ist übermäßig stark von Gewicht und Körperform abhängig	? 1 2 3
22			Können Sie sagen, wann Sie damit begonnen haben, sich intensiv mit Ihrem Gewicht und mit Ihrer Körperform zu beschäftigen?	Great Ormond Street-Kriterium	Datum: __ / __
			Wie ausgeprägt waren die Symptome (intensive Beschäftigung mit Körpergewicht bzw. Körperform) zu dem Zeitpunkt, als Sie sich zum ersten Mal in Behandlung begeben bzw. eine Beratungsstelle aufgesucht haben?		Selbsteinschätzung: ? 1 2 3
23	H16	DSM-5 E	Beurteilen Sie:	E. Die Störung tritt nicht ausschließlich während Episoden von Anorexia nervosa auf	? 1 2 3
24	H17		Beurteilen Sie:	Die Kriterien A, B, C, D und E einer Bulimia nervosa sind mit 3 kodiert	1 3 3=Bulimia nervosa
25	H18		Beurteilen Sie:	Bestimmen Sie den Typus! In der derzeitigen Episode führte die Person regelmäßig Erbrechen herbei oder benutzte Abführmittel, Diuretika oder Einläufe. <input type="checkbox"/> Ohne Purging-Verhalten <input type="checkbox"/> Mit Purging-Verhalten	
26	H19		Beurteilen Sie:	Die Kriterien für die Bulimie sind im vergangenen Monat erfüllt	1 3



27	H20		Wann hatten Sie zum letzten Mal (Symptome der Bulimie)?	Anzahl der Monate vor dem Interview, als das letzte Mal Symptome der Bulimie auftraten	Anzahl ___ / ___									
28	H22		<p>Wenn H19 mit 3 kodiert: Bestimmen Sie den derzeitigen Schweregrad:</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Leicht</td> <td>Die Anzahl der Symptome, die für die Diagnose verlangt wird, ist gerade erreicht oder wird knapp überschritten und die Symptome führen nur zu geringer Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen und beruflichen Leistungsfähigkeit</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Mittel</td> <td>Die Symptome oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sind zwischen leicht und schwer einzuordnen</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Schwer</td> <td>Die Symptome sind im Übermaß dessen vorhanden, was für die Diagnose verlangt wird oder einige Symptome sind sehr stark ausgeprägt oder die Symptome bewirken eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit</td> </tr> </table>	1	Leicht	Die Anzahl der Symptome, die für die Diagnose verlangt wird, ist gerade erreicht oder wird knapp überschritten und die Symptome führen nur zu geringer Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen und beruflichen Leistungsfähigkeit	2	Mittel	Die Symptome oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sind zwischen leicht und schwer einzuordnen	3	Schwer	Die Symptome sind im Übermaß dessen vorhanden, was für die Diagnose verlangt wird oder einige Symptome sind sehr stark ausgeprägt oder die Symptome bewirken eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit		Nr.
1	Leicht	Die Anzahl der Symptome, die für die Diagnose verlangt wird, ist gerade erreicht oder wird knapp überschritten und die Symptome führen nur zu geringer Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen und beruflichen Leistungsfähigkeit												
2	Mittel	Die Symptome oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sind zwischen leicht und schwer einzuordnen												
3	Schwer	Die Symptome sind im Übermaß dessen vorhanden, was für die Diagnose verlangt wird oder einige Symptome sind sehr stark ausgeprägt oder die Symptome bewirken eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit												
29	H23		<p>Wenn H19 mit 1 kodiert und die derzeitigen Kriterien nicht voll (oder überhaupt nicht) erfüllt sind:</p> <table border="1"> <tr> <td>4</td> <td>Teilremission</td> <td>Die Kriterien für die Störung waren früher voll erfüllt, derzeit sind jedoch nur einige der Symptome oder Anzeichen der Störung vorhanden</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Vollremission</td> <td>Es sind keine Symptome oder Anzeichen der Störung vorhanden, aber eine Erwähnung der Störung ist immer noch klinisch bedeutsam, z.B. bei einer Person mit früheren Episoden einer Anorexie, die während des vergangenen Jahres Psychotherapie erhielt und symptomfrei war</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Frühere Vorgeschichte</td> <td>Es gibt eine Vorgeschichte, in der die Person die Kriterien für die Störung erfüllt hat, jedoch als remittiert betrachtet wird</td> </tr> </table>	4	Teilremission	Die Kriterien für die Störung waren früher voll erfüllt, derzeit sind jedoch nur einige der Symptome oder Anzeichen der Störung vorhanden	5	Vollremission	Es sind keine Symptome oder Anzeichen der Störung vorhanden, aber eine Erwähnung der Störung ist immer noch klinisch bedeutsam, z.B. bei einer Person mit früheren Episoden einer Anorexie, die während des vergangenen Jahres Psychotherapie erhielt und symptomfrei war	6	Frühere Vorgeschichte	Es gibt eine Vorgeschichte, in der die Person die Kriterien für die Störung erfüllt hat, jedoch als remittiert betrachtet wird		Nr.
4	Teilremission	Die Kriterien für die Störung waren früher voll erfüllt, derzeit sind jedoch nur einige der Symptome oder Anzeichen der Störung vorhanden												
5	Vollremission	Es sind keine Symptome oder Anzeichen der Störung vorhanden, aber eine Erwähnung der Störung ist immer noch klinisch bedeutsam, z.B. bei einer Person mit früheren Episoden einer Anorexie, die während des vergangenen Jahres Psychotherapie erhielt und symptomfrei war												
6	Frühere Vorgeschichte	Es gibt eine Vorgeschichte, in der die Person die Kriterien für die Störung erfüllt hat, jedoch als remittiert betrachtet wird												

### Störung mit Essanfällen

Während dieser Essanfälle...

	Itemkennung DSM-4	Bezug DSM-5	Wortlaut	Kriterien	Rating
30		DSM-5 A (1)	...haben Sie da innerhalb einer kurzen Zeitspanne (z.B. 2 Stunden) eine Menge von Nahrung aufgenommen, die wesentlich größer ist als die Nahrungsmenge, die die meisten Leute unter ähnlichen Bedingungen in einer ähnlichen Zeit essen würden?		? 1 2 3
31		DSM-5 A (2)	...hatten Sie da das Gefühl gehabt, die Kontrolle zu verlieren (z.B. das Gefühl, nicht mehr aufhören zu können, zu essen, oder nicht mehr kontrollieren zu können, wie viel Sie essen)?		? 1 2 3



				B. Essanfälle mit mindestens 3 der folgenden Symptome:	
32	H24	DSM-5 B (1)	...haben Sie da viel schneller gegessen als normalerweise?	1) Es wird viel schneller gegessen als normalerweise	? 1 2 3
33	H25	DSM-5 B (2)	...haben Sie da so viel gegessen, bis Sie sich übermäßig voll fühlten?	2) Es wird so viel gegessen, bis es zu einem unangenehmen Völlegefühl kommt	? 1 2 3
34	H26	DSM-5 B (3)	...haben Sie da große Mengen von Nahrung zu sich genommen, obwohl Sie sich gar nicht hungrig fühlten?	3) Es werden große Mengen von Nahrung aufgenommen, obwohl kein Hungergefühl besteht	? 1 2 3
35	H27	DSM-5 (4)	...haben Sie da allein gegessen, weil Sie sich vor anderen schämen, soviel zu essen?	4) Es wird allein gegessen, weil es als peinlich empfunden wird, so große Nahrungsmengen vor anderen zu sich zu nehmen	? 1 2 3
36	H28	DSM-5 (5)	...fanden Sie sich da abstoßend, waren Sie niedergeschlagen oder fühlten Sie sich schuldig, nachdem Sie zu viel gegessen hatten?	5) Die Person empfindet sich selbst nach einem Essanfall als abstoßend, fühlt sich niedergeschlagen oder sehr schuldig	? 1 2 3
37	H29			<b>Mindestens 3 Symptome aus Kriterium B sind mit 3 kodiert</b>	1 3
38	H30	DSM-5 C	Beunruhigte oder belastete es Sie sehr, dass Sie nicht mehr mit dem Essen aufhören konnten oder nicht mehr in der Lage waren, die Nahrungsmenge oder das, was Sie aßen, zu kontrollieren?	C. Die Essanfälle bewirkten ein klinisch bedeutsames Leiden	? 1 2 3
39	H31		<b>Falls unklar:</b> Wie oft hatten Sie Essanfälle? (Über welche Zeitspanne?) (Mindestens 2 Tage pro Woche über mindestens 6 Monate?)	D. Die Essanfälle treten durchschnittlich an mindestens 2 Tagen in der Woche und über eine Zeitspanne von 6 Monaten / an mindestens 1 Tag in der Woche über eine Zeitspanne von 3 Monaten auf	? 1 2 3
40		DSM-5 D	<b>Falls unklar:</b> Wie oft hatten Sie Essanfälle? (Über welche Zeitspanne?) (Mindestens 1 Mal in der Woche über mindestens 3 Monate?)		? 1 2 3
41	H32	DSM-5 E	<b>Beurteilen Sie:</b>	E. Die Essanfälle stehen in keinem Zusammenhang mit regelmäßigem Kompensationsverhalten (z.B. Gebrauch von Abführmitteln, Fasten oder übermäßigem Sporttreiben) und treten nicht ausschließlich während des Verlaufs einer Anorexia nervosa auf	? 1 2 3



42	H33		<b>Beurteilen Sie:</b>	Die Kriterien A, B, C, D und E einer Störung mit Essanfällen sind mit 3 kodiert	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td>3</td> </tr> </table> <b>3 = Störung mit Essanfällen</b>		1		3					
	1		3											
43	H34		Hatten Sie während des vergangenen Monats ( <b>Symptome einer Störung mit Essanfällen</b> )?	Erfüllte die Kriterien für eine Störung mit Essanfällen während des vergangenen Monats	<table border="1"> <tr> <td>?</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </table>	?	1	3						
?	1	3												
44	H35		Wann hatten Sie das letzte Mal ( <b>Symptome einer Störung mit Essanfällen</b> )?	Anzahl der Monate vor dem Interview, als das letzte Mal Symptome einer Störung mit Essanfällen auftraten	Anzahl ___ / ___									
45	H36		<b>Falls unklar:</b> Wann hatten Sie zum ersten Mal (Symptome)?  Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal (Symptome) hatten?	Alter bei Beginn	Datum: ___ / ___  Alter: ___ / ___									
46			Wie ausgeprägt waren die Symptome (z.B. Gefühl von Kontrollverlust beim Essen, Aufnahme großer Nahrungsmengen, ohne hungrig gewesen zu sein, Schuld-/Schamgefühle nach Essanfällen) zu dem Zeitpunkt, als Sie sich zum ersten Mal in Behandlung begeben bzw. eine Beratungsstelle aufgesucht haben?		Selbsteinschätzung: <table border="1"> <tr> <td>?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	?	1	2	3					
?	1	2	3											
47	H37		<b>Wenn H34 mit 3 kodiert: Bestimmen Sie den derzeitigen Schweregrad:</b>		Nr.									
			<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><b>Leicht</b></td> <td>Die Anzahl der Symptome, die für die Diagnose verlangt wird, ist gerade erreicht oder wird knapp überschritten und die Symptome führen nur zu geringer Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen und beruflichen Leistungsfähigkeit</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><b>Mittel</b></td> <td>Die Symptome oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sind zwischen leicht und schwer einzuordnen</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><b>Schwer</b></td> <td>Die Symptome sind im Übermaß dessen vorhanden, was für die Diagnose verlangt wird oder einige Symptome sind sehr stark ausgeprägt oder die Symptome bewirken eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit</td> </tr> </table>	1	<b>Leicht</b>	Die Anzahl der Symptome, die für die Diagnose verlangt wird, ist gerade erreicht oder wird knapp überschritten und die Symptome führen nur zu geringer Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen und beruflichen Leistungsfähigkeit	2	<b>Mittel</b>	Die Symptome oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sind zwischen leicht und schwer einzuordnen	3	<b>Schwer</b>	Die Symptome sind im Übermaß dessen vorhanden, was für die Diagnose verlangt wird oder einige Symptome sind sehr stark ausgeprägt oder die Symptome bewirken eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit		
1	<b>Leicht</b>	Die Anzahl der Symptome, die für die Diagnose verlangt wird, ist gerade erreicht oder wird knapp überschritten und die Symptome führen nur zu geringer Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen und beruflichen Leistungsfähigkeit												
2	<b>Mittel</b>	Die Symptome oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sind zwischen leicht und schwer einzuordnen												
3	<b>Schwer</b>	Die Symptome sind im Übermaß dessen vorhanden, was für die Diagnose verlangt wird oder einige Symptome sind sehr stark ausgeprägt oder die Symptome bewirken eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit												





48	H38	<b>Wenn H34 mit 1 kodiert und die derzeitigen Kriterien nicht voll (oder überhaupt nicht) erfüllt sind:</b>		Nr.	
		4	<b>Teilremission</b>		Die Kriterien für die Störung waren früher voll erfüllt, derzeit sind jedoch nur einige der Symptome oder Anzeichen der Störung vorhanden
		5	<b>Vollremission</b>		Es sind keine Symptome oder Anzeichen der Störung vorhanden, aber eine Erwähnung der Störung ist immer noch klinisch bedeutsam, z.B. bei einer Person mit früheren Episoden einer Anorexie, die während des vergangenen Jahres Psychotherapie erhielt und symptomfrei war
		6	<b>Frühere Vorgeschichte</b>		Es gibt eine Vorgeschichte, in der die Person die Kriterien für die Störung erfüllt hat, jedoch als remittiert betrachtet wird



SKID-Diagnosenkodierung - Sektion H: Essstörungen

1) DSM-4

	Verlauf				Schweregrad	Remission		Chronologie	
	lifetime		derzeit					Symptombeginn (Monat/Jahr)	
<b>Anorexia nervosa (F50.0)</b>	?   1   2   3	1     3	leicht   1		Vollremission   1		Symptombeginn (Monat/Jahr)		
			mittel   2		Teilremission   2		• Weigerung, zuzunehmen/ Gewichtsverlust		
			schwer   3		Frühere Vorgeschichte   3		• Furcht vor Gewichtszunahme		
							• Störung der Körperwahrnehmung		
							• Amenorrhoe		
• Restriktiver Typus		1							
• Binge-Typus		2							

	Verlauf				Schweregrad	Remission		Chronologie	
	lifetime		derzeit					Symptombeginn (Monat/Jahr)	
<b>Atypische Anorexia nervosa</b> (z.B. keine Amenorrhoe, kein signifikanter Gewichtsverlust, keine Angst vor Gewichtszunahme)	?   1   2   3	1     3	leicht   1		Vollremission   1		Symptombeginn (Monat/Jahr)		
			mittel   2		Teilremission   2		• Weigerung, zuzunehmen/ Gewichtsverlust		
			schwer   3		Frühere Vorgeschichte   3		• Furcht vor Gewichtszunahme		
							• Störung der Körperwahrnehmung		
							• Amenorrhoe		
• Restriktiver Typus		1							
• Binge-Typus		2							

Unzutreffendes bitte streichen.



	Verlauf		Schweregrad	Remission	Chronologie
	lifetime	derzeit			
<b>Bulimia nervosa (F50.2)</b>	? 1 2 3	1 3	leicht 1 mittel 2 schwer 3	Vollremission 1 Teilremission 2 Frühere Vorgeschichte 3	Symptombeginn (Monat/Jahr) • Wiederkehrende Episoden von Essanfällen • Wiederholtes unangemessenes Kompensationsverhalten • Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von Gewicht / Körperform
• mit Purging-Verhalten		1			
• ohne Purging-Verhalten		2			

	Verlauf		Schweregrad	Remission	Chronologie
	lifetime	derzeit			
<b>Atypische Bulimia nervosa (F50.3)</b> (Fehlen eines Kardinalsymptomes)	? 1 2 3	1 3	leicht 1 mittel 2 schwer 3	Vollremission 1 Teilremission 2 Frühere Vorgeschichte 3	Symptombeginn (Monat/Jahr) • Wiederkehrende Episoden von Essanfällen • Wiederholtes unangemessenes Kompensationsverhalten • Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von Gewicht / Körperform  Unzutreffendes bitte streichen.
• mit Purging-Verhalten		1			
• ohne Purging-Verhalten		2			

	Verlauf		Schweregrad	Remission	Chronologie
	lifetime	derzeit			
<b>Störung mit Essanfällen (F50.9)</b>	? 1 2 3	1 3	leicht 1 mittel 2 schwer 3	Vollremission 1 Teilremission 2 Frühere Vorgeschichte 3	Symptombeginn (Monat/Jahr) • Wiederkehrende Episoden von Essanfällen ohne Kompensationsmaßnahmen



2) DSM-5

	Verlauf		Schweregrad (entsprechend altersadjustiertem BMI)	Chronologie
	lifetime	derzeit		
<b>Anorexia nervosa (K 03)</b>	? 1 2 3	1 3	Körpergröße/cm: Gewicht/kg: BMI =	Symptombeginn (Monat/Jahr) • Weigerung, zuzunehmen/ Gewichtsverlust • Furcht vor Gewichtszunahme • Störung der Körperwahrnehmung
• Restriktiver Typus		1		
• Binge-Eating / Purging-Typus		2		

	Verlauf		Schweregrad	Remission	Chronologie
	lifetime	derzeit			
<b>Atypische Anorexia nervosa</b> (kein signifikanter Gewichtsverlust)	? 1 2 3	1 3	leicht 1 mittel 2 schwer 3	Vollremission 1 Teilremission 2 Frühere Vorgeschichte 3	Symptombeginn (Monat/Jahr) • Furcht vor Gewichtszunahme • Störung der Körperwahrnehmung
• Restriktiver Typus		1			
• Binge-Eating / Purging-Typus		2			

	Verlauf		Schweregrad (entsprechend der Frequenz des unangemessenen kompensatorischen Verhaltens in Episoden/Woche)	Chronologie
	lifetime	derzeit		
<b>Bulimia nervosa (K 04)</b>	? 1 2 3	1 3	Episoden = leicht 1 mittel 2 schwer 3	Symptombeginn (Monat/Jahr) • Wiederkehrende Episoden von Essanfällen • Wiederholtes unangemessenes Kompensationsverhalten (1x wtl. über min. 3 Mon.) • Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von Gewicht / Körperform



	Verlauf		Schweregrad (entsprechend der Frequenz des unangemessenen kompensatorischen Verhaltens in Episoden/Woche)	Chronologie
	lifetime	derzeit		
<b>Atypische Bulimia nervosa</b> (Fehlen eines Kardinalsymptoms)	? 1 2 3	1 3	Episoden = leicht 1 mittel 2 schwer 3	Symptombeginn (Monat/Jahr)
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Wiederkehrende Episoden von Essanfällen</li> <li>Wiederholtes unangemessenes Kompensationsverhalten (1x wtl. über min. 3 Mon.)</li> <li>Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von Gewicht / Körperform</li> </ul>
				Unzutreffendes bitte streichen.

	Verlauf		Schweregrad	Remission	Chronologie
	lifetime	derzeit			
<b>Störung mit Essanfällen</b>	? 1 2 3	1 3	leicht 1 mittel 2 schwer 3	Vollremission 1 Teilremission 2 Frühere Vorgeschichte 3	Symptombeginn (Monat/Jahr)
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Wiederkehrende Episoden von Essanfällen ohne Kompensationsmaßnahmen</li> <li>Essanfälle bewirken Verzweiflung</li> <li>Auftreten der Essanfälle 1x wtl. über min. 3 Mon.)</li> </ul>

## 8.2.3 Einverständniserklärung

### Version - Erwachsene



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Institut und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. B. Löwe  
Direktor

Zentrum für Innere Medizin

Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410-59733  
Telefax: (040) 7410-54975  
b.loewe@uke.uni-hamburg.de  
www.uke.uni-hamburg.de

### Aufklärungsbogen zur Studie

#### Prä-Post-Studie zur Frühbehandlung der Anorexia nervosa

##### Sehr geehrte Probandin,

wir bitten Sie, an einer Untersuchung teilzunehmen, die der Verbesserung der Behandlung von Patienten mit Essstörungen dient. In der Studie wird ein Fragebogen sowie nach dessen Auswertung eine telefonische Befragung eingesetzt, die zur Abschätzung Ihrer Beschwerden dienen. Im Rahmen der Befragung geht es unter anderem auch darum, wann und wie Sie den Weg in eine spezialisierte Behandlung gefunden haben. Das Ziel der Studie ist es, derzeitige Unwägbarkeiten der Versorgung von Patientinnen mit Essstörungen abzubilden und zu ermitteln, wie sich eine Vernetzung verschiedener Ärzte und Kliniken sowie zusätzliche Behandlungsangebote auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirken.

Wenn Sie sich entscheiden, an unserer Studie teilzunehmen, benötigen wir von Ihnen eine schriftliche Einverständniserklärung.

Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung erhobenen persönlichen Daten unterliegen der **Schweigepflicht** und den **datengesetzlichen Bestimmungen**.

**Persönliche Angaben** (Einverständniserklärung) und **Daten** (Fragebögen) werden nach der telefonischen Befragung **getrennt aufbewahrt** und sind nur dem Studienteam zugänglich. Die darauf folgende Bearbeitung und Nutzung Ihrer Daten erfolgt **in vollständig pseudonymisierter<sup>1</sup> (verschlüsselter)** Form, d.h. ohne Nennung des Namens, Geburtsdatums, der Adresse oder anderer persönlicher Daten.

<sup>1</sup> Pseudonymisieren ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen (Studiennummer) zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a BDSG)

Eine **Weitergabe der Daten** im Rahmen des Forschungszweckes erfolgt **nur in pseudonymisierter<sup>1</sup> oder anonymisierter Form**. Die **Veröffentlichung der Studienergebnisse** erfolgt nur in **anonymisierter Form**.

Sie haben das Recht, über die von Ihnen stammenden personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen und über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie gegebenenfalls informiert oder nicht informiert zu werden. Gegebenenfalls wird der Leiter der Studie Ihre Entscheidung darüber einholen.

Die **Aufzeichnung** bzw. **Speicherung** der Daten erfolgt zum Zweck der Nachprüfbarkeit und vollständigen Analyse für die Dauer von **10 Jahren** am Institut und an der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Die Daten sind nur der Studienleitung und den beteiligten Wissenschaftlern zugänglich. Nach 10 Jahren werden sämtliche Daten gelöscht und die entsprechenden Dokumente vernichtet.

Ihre **Teilnahme ist freiwillig**, und Sie können **jederzeit**, auch wenn Sie schon Ihre Einwilligung gegeben haben, ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Es entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile. Im Falle des Widerrufs des Einverständnisses werden die bereits erhobenen Daten gelöscht und die entsprechenden Dokumente vernichtet.

Wenn Sie diese Ausführungen gelesen haben und an der Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die **beigefügte Einverständniserklärung** zu unterschreiben.

**Wir bedanken uns bei Ihnen recht herzlich für Ihre Unterstützung!**

**Projektleitung:**

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe  
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg  
Telefon: 040-7410-59733



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Institut und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. B. Löwe  
Direktor

Zentrum für Innere Medizin

Martinstraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410-59733  
Telefax: (040) 7410-54975  
b.loewe@uke.uni-hamburg.de  
www.uke.uni-hamburg.de

## **Einverständniserklärung zur Studie**

### **Prä-Post-Studie zur Frühbehandlung der Anorexia nervosa**

Ich wurde vollständig über das Wesen und die Bedeutung der Studie aufgeklärt. Ich konnte dabei alle mich interessierenden Fragen stellen. Ferner hatte ich Gelegenheit, das Aufklärungsblatt genau durchzulesen und auch dazu Fragen zu stellen. Eine Kopie des Aufklärungsbogens und der Einverständniserklärung sind mir ausgehändigt worden.

Mir ist bekannt, dass die im Rahmen der Studie erhobenen persönlichen Daten der Schweigepflicht und den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen unterliegen. Ich bin damit einverstanden, dass sie in Papierform aufgezeichnet und auf elektronischen Datenträgern pseudonymisiert (verschlüsselt) gespeichert werden. Die Nutzung der Daten erfolgt ebenfalls pseudonymisiert.

Eine Weitergabe an Dritte oder eine Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt nur in pseudo- oder anonymisierter Form. Die Speicherung der Daten ist für die Dauer von 10 Jahren vorgesehen. Bei Widerruf der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen personenbezogenen Daten gelöscht und die entsprechenden Dokumente vernichtet.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Aufklärung verstanden habe und mich mit der Durchführung der vorgenannten Studie einverstanden erkläre.

Hamburg, den \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Studienteilnehmerin





Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Institut und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. B. Löwe  
Direktor

**psychnet**  
Hamburger Netz psychische Gesundheit

Zentrum für Innere Medizin

Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410-59733  
Telefax: (040) 7410-54975  
b.loewe@uke.uni-hamburg.de  
www.uke.uni-hamburg.de

## Aufklärungsbogen zur Studie

### Prä-Post-Studie zur Frühbehandlung der Anorexia nervosa

#### Liebe Probandin,

wir bitten Dich, an einer Untersuchung teilzunehmen, die der Verbesserung der Behandlung von Patienten mit Essstörungen dient. In der Studie wird ein Fragebogen sowie nach dessen Auswertung eine telefonische Befragung eingesetzt, die zur Abschätzung Deiner Beschwerden dienen. Im Rahmen der Befragung geht es unter anderem auch darum, wann und wie Du den Weg in eine spezialisierte Behandlung gefunden hast. Das Ziel der Studie ist es, derzeitige Unwägbarkeiten der Versorgung von Patientinnen mit Essstörungen abzubilden und zu ermitteln, wie sich eine Vernetzung verschiedener Ärzte und Kliniken sowie zusätzliche Behandlungsangebote auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirken.

Wenn Du Dich entscheidest, an unserer Studie teilzunehmen, benötigen wir von Dir eine schriftliche Einverständniserklärung.

Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung erhobenen persönlichen Daten unterliegen der **Schweigepflicht** und den **datengesetzlichen Bestimmungen**.

**Persönliche Angaben** (Einverständniserklärung) und **Daten** (Fragebögen) werden nach der telefonischen Befragung **getrennt aufbewahrt** und sind nur dem Studienteam zugänglich. Die darauf folgende Bearbeitung und Nutzung Deiner Daten erfolgt **in vollständig pseudonymisierter<sup>1</sup> (verschlüsselter)** Form, d.h. ohne Nennung des Namens, Geburtsdatums, der Adresse oder anderer persönlicher Daten.

<sup>1</sup> Pseudonymisieren ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen (Studennummer) zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a BDSG)

<sup>49</sup> Die Version für Jugendliche ist in der Höflichkeitsanrede gehalten und ebenfalls um die Einverständniserklärung für Erziehungsberechtigte ergänzt.

Eine **Weitergabe der Daten** im Rahmen des Forschungszweckes erfolgt **nur in pseudonymisierter<sup>1</sup> oder anonymisierter Form**. Die **Veröffentlichung der Studienergebnisse** erfolgt nur in **anonymisierter Form**.

Du hast das Recht, über die von Dir stammenden personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen und über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie gegebenenfalls informiert oder nicht informiert zu werden. Gegebenenfalls wird der Leiter der Studie Deine Entscheidung darüber einholen.

Die **Aufzeichnung** bzw. **Speicherung** der Daten erfolgt zum Zweck der Nachprüfbarkeit und vollständigen Analyse für die Dauer von **10 Jahren** am Institut und an der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Die Daten sind nur der Studienleitung und den beteiligten Wissenschaftlern zugänglich. Nach 10 Jahren werden sämtliche Daten gelöscht und die entsprechenden Dokumente vernichtet.

Deine **Teilnahme ist freiwillig**, und Du kannst **jederzeit**, auch wenn Du schon Deine Einwilligung gegeben hast, ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Es entstehen Dir dadurch keine Nachteile. Im Falle des Widerrufs des Einverständnisses werden die bereits erhobenen Daten gelöscht und die entsprechenden Dokumente vernichtet.

Wenn Du diese Ausführungen gelesen hast und an der Studie teilnehmen möchtest, bitten wir Dich, die **beigefügte Einverständniserklärung** zu unterschreiben.

**Wir bedanken uns bei Dir recht herzlich für Deine Unterstützung!**

**Projektleitung:**

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe  
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg  
Telefon: 040-7410-59733



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Institut und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. B. Löwe  
Direktor

Zentrum für Innere Medizin

Martinstraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410-59733  
Telefax: (040) 7410-54975  
b.loewe@uke.uni-hamburg.de  
www.uke.uni-hamburg.de

**psychnet**   
Hamburger Netz psychische Gesundheit

## Einverständniserklärung zur Studie

### Prä-Post-Studie zur Frühbehandlung der Anorexia nervosa

Ich wurde vollständig über das Wesen und die Bedeutung der Studie aufgeklärt. Ich konnte dabei alle mich interessierenden Fragen stellen. Ferner hatte ich Gelegenheit, das Aufklärungsblatt genau durchzulesen und auch dazu Fragen zu stellen. Eine Kopie des Aufklärungsbogens und der Einverständniserklärung sind mir ausgehändigt worden.

Mir ist bekannt, dass die im Rahmen der Studie erhobenen persönlichen Daten der Schweigepflicht und den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen unterliegen. Ich bin damit einverstanden, dass sie in Papierform aufgezeichnet und auf elektronischen Datenträgern pseudonymisiert (verschlüsselt) gespeichert werden. Die Nutzung der Daten erfolgt ebenfalls pseudonymisiert.

Eine Weitergabe an Dritte oder eine Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt nur in pseudo- oder anonymisierter Form. Die Speicherung der Daten ist für die Dauer von 10 Jahren vorgesehen. Bei Widerruf der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen personenbezogenen Daten gelöscht und die entsprechenden Dokumente vernichtet.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Aufklärung verstanden habe und mich mit der Durchführung der vorgenannten Studie einverstanden erkläre.

Hamburg, den \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Studienteilnehmerin

-----

Für die Teilnahme Ihrer Tochter benötigen wir Ihr Einverständnis, sofern diese das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bitte füllen Sie dazu den folgenden Abschnitt aus. Ihr Kind ist trotz Ihrer Zustimmung nicht verpflichtet, an der wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen. Es kann aus eigener Entscheidung die Teilnahme verweigern bzw. widerrufen. Aus einer Nichtteilnahme erwachsen Ihrem Kind selbstverständlich keine Nachteile.

Meine Tochter \_\_\_\_\_

- kann an der Studie teilnehmen.
- soll an der Studie nicht teilnehmen.

Hamburg, den \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

## 8.3 Statistische Analysen

### 8.3.1 Gewichtsentwicklung und Body-Mass-Index

Tabelle A2 Übersicht der Mittelwerte für BMI und Gewichtsentwicklung Gesamtkollektiv, Altersgruppe, Anorexiendiagnose und Subtyp

	Klassifikation	n	BMI <sub>sb</sub> (SD)	n	BMI <sub>tb</sub> (SD)	n	BMI <sub>min</sub> (SD)	n	BMI <sub>diff</sub> (SD)
<b>Gesamt</b>	DSM-IV	52	20,1 (3,3)	65	16,0 (2,0)	68	15,0 (1,6)	50	4,3 (3,2)
	DSM-V	53	20,4 (3,7)	66	16,0 (2,0)	69	15,0 (1,6)	51	4,5 (3,4)
<b>Kinder und Jugendliche</b>	DSM-IV	13	20,9 (2,9)	20	15,8 (1,6)	20	15,0 (1,3)	13	5,5 (2,9)
	<b>Erwachsene</b>	39	19,9 (3,5)	45	16,1 (2,1)	48	15,0 (1,7)	37	3,9 (3,2)
<b>Kinder und Jugendliche</b>	DSM-V	13	20,9 (2,9)	20	15,8 (1,6)	20	15,0 (1,3)	13	5,5 (2,9)
	<b>Erwachsene</b>	40	20,2 (3,9)	46	16,1 (2,1)	49	15,0 (1,8)	38	4,1 (3,5)
<b>AN</b>	DSM-IV	34	19,7 (3,1)	42	15,5 (1,8) <sup>*1</sup>	43	14,6 (1,6) <sup>*2</sup>	33	4,4 (2,8)
<b>ATAN</b>		18	20,1 (3,7)	23	16,9 (1,9)	25	15,6 (1,4)	17	4,1 (3,9)
<b>AN</b>	DSM-V	38	19,9 (3,0)	49	15,6 (1,8)	50	14,7 (1,6)	37	4,4 (2,8)
<b>ATAN</b>		15	21,5 (4,9)	17	17,2 (1,9)	19	15,8 (1,5)	14	4,6 (4,7)
<b>Restriktiver Subtyp</b>	DSM-IV	47	20,0 (3,5)	58	16,0 (2,0)	59	15,0 (1,6)	46	4,2 (3,3)
<b>Binge-Purging Subtyp</b>		5	21,1 (1,7)	7	15,7 (1,8)	9	15,0 (1,5)	4	5,0 (2,1)
<b>Restriktiver Subtyp</b>	DSM-V	48	20,3 (3,8)	59	16,1 (2,0)	60	15,0 (1,7)	47	4,4 (3,5)
<b>Binge-Purging Subtyp</b>		5	21,1 (1,7)	7	15,7 (1,8)	9	15,0 (1,5)	4	5,0 (2,1)

BMI – Body-Mass-Index; BMI<sub>sb</sub> – BMI bei Störungsbeginn; BMI<sub>tb</sub> – BMI bei Therapiebeginn; BMI<sub>min</sub> – Minimal-BMI; BMI<sub>diff</sub> – Gewichtsentwicklung; DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; AN – Anorexia nervosa; ATAN – atypische Anorexia nervosa

\*<sup>1</sup>Signifikanter Unterschied: p=0,004 \*<sup>2</sup>Signifikanter Unterschied: p=0,02 \*<sup>3</sup>Signifikanter Unterschied: p=0,01

## 8.3.2 Essstörungspsychopathologie

Tabelle A3 Mittelwerte des EDEQ und der EDE-Q-Subskalen nach Altersgruppe, Anorexiadiagnose, Subtyp

		EDE-Q (SD)	p	Restriktives Verhalten (SD)	p	Essens- sorgen (SD)	p	Gewichts- sorgen (SD)	p	Figursorgen (SD)	p
<b>Kinder und Jugendliche</b>	DSM-IV	3,7 (1,5)	*	3,1 (1,9)	*	3,5 (1,3)	0,018	3,8 (1,8)	*	4,3 (1,8)	*
<b>Erwachsene</b>		3,1 (1,2)		2,7 (1,7)		2,6 (1,3)		3,2 (1,4)		3,9 (1,3)	
<b>Kinder und Jugendliche</b>	DSM-V	3,7 (1,5)	*	3,1 (1,9)	*	3,5 (1,3)	0,020	3,8 (1,8)	*	4,3 (1,8)	*
<b>Erwachsene</b>		3,1 (1,2)		2,7 (1,7)		2,7 (1,3)		3,2 (1,4)		3,9 (1,3)	
<b>AN</b>	DSM-IV	3,2 (1,4)	*	2,9 (1,9)	*	2,8 (1,4)	*	3,3 (1,6)	*	3,9 (1,6)	*
<b>ATAN</b>		3,4 (1,1)		2,7 (1,4)		2,9 (1,1)		3,5 (1,3)		4,2 (1,2)	
<b>AN</b>	DSM-V	3,3 (1,4)	*	2,9 (1,9)	*	2,9 (1,4)	*	3,4 (1,6)	*	4,1 (1,6)	*
<b>ATAN</b>		3,2 (1,1)		2,6 (1,4)		2,8 (1,1)		3,4 (1,3)		4,0 (1,2)	
<b>Restriktiver Subtyp</b>	DSM-IV	3,2 (1,3)	*	2,7 (1,7)	*	2,8 (1,3)	*	3,3 (1,5)	*	3,9 (1,5)	*
<b>Binge-Purging-Subtyp</b>		3,9 (1,1)		3,7 (1,7)		3,5 (1,0)		4,0 (1,3)		4,6 (1,2)	
<b>Restriktiver Subtyp</b>	DSM-V	3,2 (1,3)	*	2,7 (1,7)	*	2,8 (1,3)	*	3,3 (1,5)	*	4,0 (1,5)	*
<b>Binge-Purging-Subtyp</b>		3,9 (1,1)		3,7 (1,7)		3,5 (1,0)		4,0 (1,3)		4,6 (1,2)	

EDE-Q – Eating Disorder Examination-Questionnaire; AN – Anorexia nervosa; ATAN – atypische Anorexia nervosa; DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; SD – Standardabweichung

\*nicht signifikant  $p > 0,05$

### 8.3.3 Begleitsymptome und -erkrankungen

*Tabelle A4 PHQ-9, PHQ-15, GAD-7: Mittelwerte nach Gesamtstichprobe, Altersgruppe, Anorexiadiagnose, Subtyp*

	DSM-IV			DSM-V		
	PHQ-15 (SD)	PHQ-9 (SD)	GAD-7 (SD)	PHQ-15 (SD)	PHQ-9 (SD)	GAD-7 (SD)
<b>Gesamt</b>	7,3 (4,1)	13,0 (5,8)	9,8 (4,9)	7,3 (4,1)	13,0 (5,8)	9,9 (4,9)
<b>Kinder und Jugendliche</b>	6,6 (4,0)	13,8 (5,4)	9,0 (4,6)	6,6 (4,0)	13,8 (5,4)	9,0 (4,6)
<b>Erwachsene</b>	7,6 (4,1)	12,6 (6,0)	10,2 (5,0)	7,7 (4,1)	12,7 (5,9)	10,3 (5,0)
<b>AN</b>	7,4 (4,3)	12,3 (6,0)	9,3 (5,1)	7,3 (4,1)	12,8 (5,9)	9,6 (5,1)
<b>ATAN</b>	7,2 (3,9)	14,1 (5,4)	10,8 (4,5)	7,6 (4,3)	13,5 (5,5)	10,7 (4,3)
<b>Restriktiver Subtyp</b>	7,0 (4,0)	12,7 (5,8)	9,6 (5,0)	7,0 (3,9)	12,8 (5,8)	9,7 (5,0)
<b>Binge-Purging-Subtyp</b>	9,6 (5,0)	14,7 (5,8)	11,2 (4,4)	9,6 (5,0)	14,7 (5,5)	11,2 (4,4)

DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; PHQ – Gesundheitsfragebogen für Patienten; GAD – Generalized Anxiety Disorder; AN – Anorexia nervosa; ATAN – atypische Anorexia nervosa; SD – Standardabweichung

*Tabelle A5 PHQ-9, PHQ-15, GAD-7: Einteilung in Schweregrade - Anteil an der Gesamtstichprobe in Prozent*

	PHQ-9		PHQ-15		GAD-7	
	DSM-IV [%]	DSM-V [%]	DSM-IV [%]	DSM-V [%]	DSM-IV [%]	DSM-V [%]
Minimal	2,9	2,9	23,5	23,2	13,2	13,0
Mild	30,9	30,4	51,5	50,7	39,7	39,1
Mittelgradig	27,9	27,5	17,6	18,8	27,9	27,5
Schwer	38,2	39,1	7,4	7,2	19,1	20,3
Mittelgradig oder schwer	66,1	66,6	25,0	26,0	47,0	48,8

PHQ – Gesundheitsfragebogen für Patienten; GAD – Generalized Anxiety Disorder; DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen

### 8.3.4 Multifaktorielles Modell

Tabelle A6 Übersicht über die nicht-signifikanten Variablen nach DSM-IV und DSM-V

DSM-IV		DSM-V	
	p		p
<b>PHQ-9-Score</b>	0,548	<b>Subtyp</b>	0,896
<b>Subtyp</b>	0,423	<b>GAD-7-Score</b>	0,497
<b>Anorexiediagnose</b>	0,365	<b>Weight Concern Subskala</b>	0,245
<b>Weight Concern Subskala</b>	0,251	<b>Restraint Subskala</b>	0,307
<b>GAD-7-Score</b>	0,225	<b>PHQ-15-Score</b>	0,219
<b>Restraint Subskala</b>	0,790	<b>BMI-Differenz</b>	0,062
<b>BMI-Differenz</b>	0,127		
<b>PHQ-15-Schweregrad</b>	0,157	<b>PHQ-9-Schweregrad</b>	0,039

DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; PHQ – Gesundheitsfragebogen für Patienten; GAD – Generalized-Anxiety-Disorder; BMI – Body-Mass-Index;

Tabelle A7 Signifikante Prädiktoren der unbehandelten Erkrankungsdauer

		Incident Rate Ratio	95 % Konfidenzintervall	p
DSM-IV	<b>PHQ-15</b>	1,09	1,02-1,17	.007
	<b>Figursorgen Subskala</b>	1,6	1,26-2,04	<0,001
	<b>Essenssorgen Subskala</b>	0,6	0,47-0,78	<0,001
DSM-V	<b>Anorexiediagnose</b>	1,83	1,07-3,15	.028
	<b>PHQ-9</b>	1,08	1,03-1,14	.001
	<b>Essenssorgen Subskala</b>	0,53	0,4-0,7	<0,001
	<b>Figursorgen Subskala</b>	1,46	1,13-1,87	.003
	<b>PHQ-9-Schweregrad</b>	-	-	0,039 <sup>50</sup>
	Minimal	0,14	0,01-0,68	0,015
	Mild	0,48	0,24-0,94	0,034
Mittelgradig	0,60	0,32-1,12	0,106	
	Schwergradig	1,000		

DSM-IV – vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; DSM-V – fünfte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen; PHQ – Gesundheitsfragebogen für Patienten

<sup>50</sup> Globaler p-Wert



## 9. DANKSAGUNG

Ich danke meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe, für die wohlwollende Begleitung meiner Arbeit sowie Dr. rer. biol. hum. Dipl. Psych. Angelika Weigel, Hanna Wendt und Dr. rer. med. Dipl. Psych. Kathrin von Rad für deren ausdauernde und tatkräftige Betreuung.

Mein Dank gilt außerdem Anne Daubmann, die mich bei der Datenauswertung so großartig unterstützt hat und allen anderen Menschen, die Teile dieser Arbeit gelesen und wertvolle Anregungen gegeben haben.

Meiner Familie und meinen Freunden möchte ich für ihren Rückhalt, Vertrauen und Zuspruch danken, mit dem sie mir zur Seite stehen, und so zu einem ganz erheblichen Teil zur Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen haben.

## 10. LEBENSLAUF

\*\*\* Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen. \*\*\*

## **11. EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: .....