Universitätsklinikum Ulm,
Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. Harald Gündel

Therapiedosis und Komponenten der stationären Behandlung von Patienten mit Essstörungen in einer multizentrischen Klinikstichprobe

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Alexandra Kranzeder
Kirchheim unter Teck
2013

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim

2. Berichterstatter: PD Dr. Ulrike Schulze

Tag der Promotion: 13. Februar 2014

Inhaltsverzeichnis I

Abkürzungsverzeichnis III

1. Einleitung und Zielsetzung 1
1.1 Einleitung 1
1.2 Zielsetzung 3
1.3 Definition von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa nach ICD-10 der WHO (Dilling et al. 2006) und DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) 5
1.3.1 Anorexia nervosa nach ICD-10: F50.0 5
1.3.2 Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion Erbrechen, Abführen usw.) nachICD10:F50.00 5
1.3.3 Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen usw., u. U. in Verbindung mit Heißhungerattacken) nach ICD-10: F50.01 5
1.3.4 Atypische Anorexia nervosa nach ICD-10: F50.1 6
1.3.5 Anorexia nervosa nach DSM-IV 307.1 6
1.3.6 Bulimia nervosa nach ICD-10: F50.2 7
1.3.7 Atypische Bulimia nervosa nach ICD-10: F50.3 7
1.3.8 Bulimia nervosa nach DSM-IV 307.51 7
1.4 Inzidez, Prävalenz und Mortalität 8
1.5 Die stationäre Behandlung von essgestörten Patienten in Deutschland 10
1.6 Beschreibung der deutschen multizentrischen Essstörungsstudie 11
1.6.1 Fragestellung der damaligen Untersuchung 11
1.6.2 Ergebnisse zur Behandlungsdauer 12
1.6.3 Symptomfreiheit bei Entlassung und nach 2,5 Jahren 12
1.6.4 Beziehung zwischen Outcome und stationärer Behandlungsdauer und vorheriger Krankheitsdauer 13
1.6.5 Die Ergebnisse für Bulimia nervosa Patienten 14
1.6.6 Resümee 14
1.7 Fragestellung 15
2. Material und Methoden 16
2.1 Stichprobe 16
2.2 Erhebungsinstrumente 16
2.3 Statistische Verfahren 19
3. Ergebnisse 20
3.1 Zu Frage 1:Wie viele verschiedene Therapiemaßnahmen bekommen essgestörte Patienten im Rahmen einer stationären Behandlung? 24
3.1.1 Zu Frage 1.1: Gibt es Unterschiede zwischen den Patienten einer Klinik? . 27
3.2 Zu Frage 2: Welche Verfahren werden innerhalb der Kliniken kombiniert? 30
3.3 Zu Frage 3: Wie viel Dosis der verschiedenen Therapien (Frequenz, Dauer) erhalten die Patienten im Durchschnitt pro Woche in der je weiligen Klinik? 32
3.4 Zu Frage 4:Bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken 43
3.5 Zu Frage 5: Wie viel der Maßnahme „Verhaltenstherapien und verhaltenstherapeutisch übende Verfahren“ wurde in den psychodynamisch orientierten Kliniken angeboten? 51

4.Diskussion **52**
4.1. Diskussion der Datenerhebung und der Methodik 52
4.2. Diskussion der Ergebnisse 52
4.3 Schlussfolgerungen und Empfehlungen für weitere Forschung 64
5. Zusammenfassung **66**
6. Literaturverzeichnis **68**
Anhang **73**
Danksagung **96**
Lebenslauf **97**

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
AN	Anorexia nervosa
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
bspw.	beispielsweise
BMI	Body-Mass-Index
BN	Bulimia nervosa
CBT	Cognitiv behavioural therapy
DSM-IV	Diagnostic and statistic manual of disease, Edition IV
ggfs.	gegebenenfalls
HAM	Häufig angebotene Maßnahmengruppen
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems- (10. Revision)
InEK©	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
n	Umfang der Stichprobe
Max	Maximalwert
m	Median
Min	Minimalwert
MW	Mittelwert
MZ-ESS	Multizentrische Essstörungsstudie
NICE	National Institute for Clinical Excellence
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
sTS	standardisierte Therapieschema
Tab.	Tabelle

TS	Therapieschema
u. U.	unter Umständen
WHO	World Health Organisation

1. Einleitung und Zielsetzung

1.1 Einleitung

Bei Patienten[1] mit Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) sind immer wieder stationäre Behandlungen angezeigt. Es konnten beim Statistischen Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten gefunden werden, die sich unter anderem mit den Leistungen der Krankenkassen und Reha-Trägern, sowie Rentenzugängen beschäftigen, welche im Zusammenhang mit Essstörungen stehen.

2010 wurden 10.832 Patienten mit Essstörungen (F50) in deutschen Krankenhäusern behandelt. 5.309 Fälle waren AN Patienten (ICD-10: F50.0), 986 Fälle Patienten mit Atypischer AN (ICD-10: F50.1), 2.006 Fälle BN (ICD-10: 50.2) und 231 Fälle Atypische BN (ICD-10: F50.3), sonstige Essstörungen (F50.8) 863 Fälle, Essstörungen nicht näher bezeichnet (F50.9) 956 Fälle und 2 Fälle Pica im Kindesalter (F98.3).

1.596 Arbeitsunfähigkeitsfälle wurden im Jahr 2008 für das Diagnosespektrum F50 gemeldet, mit insgesamt 70.616 Tagen Arbeitsunfähigkeit, im Mittel entspricht das 44.2 Tagen je Fall. Im selben Jahr wurden 1.713 stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene in der gesetzlichen Rentenversicherung für das F50 Diagnosespektrum gemeldet, davon entfielen 338 auf AN und 478 auf BN. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012).

Die stationären Behandlungsangebote für Patienten mit Essstörungen setzen sich in der Regel aus den so genannten „klassischen Therapieverfahren“ wie Analytische/ Psychodynamische- oder Verhaltenstherapie sowie Kunst- und Musiktherapie zusammen, um nur die geläufigsten zu nennen. Bisher liegen kaum Untersuchungen zu einzelnen Therapieverfahren, oder deren Kombinationen speziell für den stationären Bereich vor. Unklar ist bisher auch, welche Therapiekombinationen für einen Therapieerfolg notwendig sind.

Die stationäre Behandlung von AN und BN wird von verschiedenen Kliniken und unterschiedlichen Kostenträgern (psychosomatische Kliniken/ psychiatrische Kliniken /Rehabilitationskliniken/ Universitätskliniken/ Zentren für Psychiatrie

[1] Trotz der bekannten Geschlechterverteilung (Frauen erkranken häufiger als Männer) sprechen wir im weiteren Verlauf aus dem Grund der besseren Lesbarkeit von Patienten.

etc.) mit, oder ohne Spezialisierung auf die Behandlung von Essstörungen angeboten.

Zudem bestehen bei einigen Kliniken Aufnahmekriterien, wie zum Beispiel ein minimaler Aufnahme-BMI. Unter anderem kommt es dadurch zu einer Differenzierung und Spezialisierung des Angebotsspektrums der jeweiligen Klinik. Darüber hinaus hat jede Klinik die therapeutische Freiheit, die verschiedenen Methoden und Maßnahmen als Gruppen- und/oder Einzeltherapie anzubieten, auch sind sie frei darin, die Zeit der einzelnen Einheiten zu bestimmen. Die Studienlage zur Behandlung von Patienten mit Essstörungen konzentrierte sich bisher auf Vergleiche einzelner Therapieformen, vor allem im ambulanten Bereich, wie z. B. Familientherapie, Kognitiv – Behaviourale – Therapie, Vergleichsstudien medikamentöser Therapien, Vergleichsstudien Kurzzeit- vs. Langzeittherapie sowie Behandlungsstudien versus Ernährungsberatung (Bulik et al. 2007). In der Beschreibung einer Literaturrecherche (von Wietersheim et al. 2008) wurde herausgearbeitet, dass die Kombination der Settings – ambulante Einzeltherapie – teilstationäre/ vollstationäre Behandlung, sowie der Wechsel von ambulanter tiefenpsychotherapeutischer Behandlung mit einer Wochenstunde in eine Psychoanalyse mit drei Wochenstunden ebenso durchgeführt wird, wie die Kombination von Methoden (Einzel-Gruppe-Kreativtherapie), oder auch die Kombination von Methoden innerhalb eines Verfahrens durch den Behandler. Weiterreichende Untersuchungen bezüglich der Effektivität der Kombination der verschiedenen Maßnahmen sind auch hier noch nicht durchgeführt worden und sind somit bisher weitgehend unerforscht. In einer Logbuchstudie der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Tages-klinik – (Mörtl et al. 2008) der Universität Ulm, konnte ein Zusammenhang zwischen den angebotenen Verfahren, welche die Patienten als vorwiegend hilfreich empfunden haben, und der angebotenen Frequenz hergestellt werden. Je häufiger ein Verfahren angeboten wurde, desto hilfreicher wurde es von den Patienten bewertet. Es wurde auch deutlich, dass die Patienten von den verschiedenen Verfahren unterschiedlich profitierten. Die Ergebnisse der multizentrischen Essstörungsstudie (MZ-ESS) zeigten, dass in Deutschland große Unterschiede bestehen bezüglich der Zusammensetzung, der Intensität, der Dosis und der Gestaltung des Settings der verschiedenen Therapien (Gruppe/Einzel). Bei der 2,5 Jahreskatamnese der Patienten konnten keine bedeutsamen

Unterschiede im Outcome zwischen Langzeit- und Kurzzeitbehandlung festgestellt werden. (Kächele et al. 2001; von Wietersheim et al. 2004).

1.2 Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit soll sich unter anderem mit der Frage befassen, welche Kombinationen von Therapieverfahren, Therapiesettings und anderen Behandlungsmaßnahmen bei der stationären Behandlung von Patienten mit Essstörungen vorkommen. Die Daten hierfür stammen aus der MZ-ESS. Zudem war von Interesse, ob sich aus den vorliegenden Daten Therapiepläne der einzelnen Kliniken ableiten und sich Schwerpunktgruppen bilden lassen, beispielsweise nach Einzel- oder Gruppen-Therapieverfahren geordnet. Weiterhin sollte betrachtet werden, inwiefern die von der Grundbehandlung her psychodynamisch ausgerichteten Kliniken auch verhaltenstherapeutische Ansätze in die Behandlung haben einfließen lassen. Es gibt Outcomekriterien, welche nach den möglichen kausalen Zusammenhängen, wie körperlicher Zustand, Essverhalten, Gewichtsreduktionsverhalten, psychischen Komorbiditäten, Zahl der Vorbehandlungen und der soziokulturellen Einflussfaktoren definiert wurden. Es gibt jedoch noch keine definierten Outcomekriterien, welche sich auf die Kombinationen von stationären Behandlungsmethoden beziehen. Es gibt auch nur wenige Literatur darüber und Studien, die sich damit befassen. Das mag daran liegen, dass die Durchführung solcher Studien eine Herausforderung ist und sich unter Umständen nicht einfach bewerkstelligen lässt, denn jede Klinik hat eine eigene Behandlungsphilosophie, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird (Management, ärztlicher Direktor, Tradition, Mindestbehandlungsdauer, Erfahrung der Behandler und des Teams). Diese Faktoren sind nicht immer klar messbar, können zum Teil nur schlecht sichtbar gemacht und verglichen werden.

Die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) hat einen Arbeitskreis gebildet, welcher sich mit der Erstellung evidenzbasierter Leitlinien befasst. Diese S3 Leitlinie wurde im Dezember 2010 veröffentlicht. Sie empfiehlt für die stationäre Behandlung von AN Patienten ein Einzel- und Gruppentherapeutisches Angebot, störungsspezifische Ernährungstherapie im Rahmen eines multimodalen Gesamtbehandlungskonzeptes (Körpertherapie, Kreativtherapien, Ergotherapie), (S.102-103, AWMF 2010).

Der Arbeitskreis orientiert sich unter anderem an den NICE-Guidelines (National Institute for Clinical Excellence).

Das „National Institute for Clinical Excellence“ hat eine Guideline zur Behandlung von AN und BN formuliert, sie heißt “Core interventions in the treatment and management anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders“, (NICE-Guidelines 2004). Hier wird zum Beispiel erörtert, welche Voraussetzungen eine Klinik für eine stationäre Behandlung von AN haben sollte, sowohl Psychotherapie als auch Möglichkeiten zur medizinischen Überwachung und zur Wiederauffütterung von AN Patienten (S. 67-68 NICE-Guidelines 2004). Für BN Patienten gibt es keine explizite Empfehlung zur Zusammenstellung des stationären Behandlungssettings oder für Voraussetzungen einer Klinik in der BN Patienten behandelt werden. Es wird allgemein eine BN-CBT (Bulimia Nervosa - Cognitive Behaviour Therapy) zur Behandlung empfohlen (S. 70 NICE-Guidelines 2004).

1.3 Definition von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa nach ICD-10 der WHO (Dilling et al. 2006) und DSM-IV-TR (Saß et al. 2003)

Nach den damals gültigen Diagnosekriterien wurden die Essstörungen diagnostiziert.

1.3.1 Anorexia nervosa nach ICD-10: F50.0:

a. Gewichtsverlust, oder bei Kindern eine fehlende Gewichtszunahme. Dies führt zu einem Körpergewicht von mindestens 15% unter dem normalen, oder dem für das Alter zu erwartende Köpergewicht.
b. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung „fettmachender" Speisen.
c. Selbstwahrnehmung als zu „fett" verbunden mit einer sich aufdrängenden Furcht zu dick zu sein. Die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.
d. Umfassende Endokrine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Interessenverlust an der Sexualität und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren der vaginalen Blutung bei anorektischen Frauen dar, die eine Hormonsubstitution erhalten.
e. Die Kriterien a. und b. für eine BN werden nicht erfüllt.

1.3.2 Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (Erbrechen, Abführen usw.) nach ICD-10: F50.00:

Dazugehörige Begriffe: asketische Form der Anorexie; passive Form der Anorexie; restriktive Form der Anorexie.

1.3.3 Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen usw., u. U. in Verbindung mit Heißhungerattacken) nach ICD-10: F50.01:

Dazugehörige Begriffe: aktive Form der Anorexie / bulimische Form der Anorexie.

1.3.4 Atypische Anorexia nervosa nach ICD-10: F50.1:

Soll verwendet werden, wenn ein oder mehr Kennmerkmale der Anorexia nervosa F50.0, z. B. Amenorrhoe oder signifikanter Gewichtsverlust fehlen, bei ansonsten ziemlich typischen Bild. Die Stellung dieser Diagnose wird nicht empfohlen.

1.3.5 Anorexia nervosa nach DSM-IV 307.1

a. Die Weigerung, dass Minimum des für das Alter und Körpergröße normale Köpergewicht zu halten, führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts; oder das Ausbleiben einer zu erwartenden Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode führt zu einem Gewicht von kleiner 85% des zu erwartenden Gewichts.
b. Ausgeprägte Ängste vor der Gewichtszunahme, oder davor, zu dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
c. Störung der Wahrnehmung bezogen auf die eigene Figur, oder das Körpergewicht, übertriebener Einfluss des Köpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnung des Schweregrades des gegenwärtig geringen Körpergewichts.
d. Das Vorliegen einer Amenorrhoe bei postmenarchalen Frauen, das heißt, das Ausbleiben dreier aufeinander folgender Menstruations-zyklen. Amenorrhoe wird auch bei Frauen angenommen die orale Kontrazeptiva verwenden.

e. Bestimme den Typus.

   Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der AN bestehen keine regelmäßigen „Fressanfälle“, oder hat kein „Purging“-Verhalten (selbstinduziertes Erbrechen, Abusus von Laxantien, Diuretika, Klistieren).

   Binge-Eating/ Purging-Typus: Während der aktuellen Episode bestehen regelmäßige Fressanfälle und hat Purgingverhalten (selbstinduziertes Erbrechen, Abusus von Laxantien, Diuretika, Klistieren).

1.3.6 Bulimia nervosa nach ICD-10: F50.2:

a. Häufige Episoden von Fressattacken (in einen Zeitraum von 3 Monaten mindestens 2-mal pro Woche) bei denen große Mengen an Nahrungsmitteln in kurzer Zeit konsumiert werden.
b. Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, eine unwiderstehliche Gier oder Zwang zu essen.
c. Die Patienten versuchen der Gewichtszunahme mit einer oder mehreren der folgenden Verhaltensweisen entgegen zu steuern.
    1. selbstinduziertes Erbrechen
    2. Missbrauch von Abführmitteln
    3. zeitweilige Hungerperioden
    4. Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika.
d. Selbstwahrnehmung als "zu fett", mit einer sich aufdrängenden Furcht zu dick zu werden (was meist zu Untergewicht führt).

1.3.7 Atypische Bulimia nervosa nach ICD-10: F50.3:

Diese Diagnose soll für Patienten verwendet werden, bei denen ein oder mehr Kernmerkmale der BN fehlen, bei sonst recht typischem klinischem Bild.

Dazugehörige Begriffe: Bulimie mit Normalgewicht

1.3.8 Bulimia nervosa nach DSM-IV 307.51

a. Wiederholte Episoden von „Fressattacken". Diese sind gekennzeichnet durch:
    1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die meisten Menschen unter vergleichbaren Bedingungen in einem vergleichbaren Zeitraum essen würden.
    2. Gefühl des Kontrollverlustes während dieser Episode. (z. B. Gefühl weder mit dem Essen aufhören zu können, noch die Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben.)

b. Wiederholte Anwendung von unangemessenen Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegen zu steuern, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Abusus von Laxantien, Diuretika, Klistieren, oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßiger körperlicher Betätigung.
c. Fressattacken und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens 2-mal pro Woche vor.
d. Die Figur und das Gewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
e. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer AN auf.

Unterscheidung im Typus:

„Purging" Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der BN regelmäßig Erbrechen oder Missbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.

„Nicht-Purging-Typus": Die Person hat während der aktuellen Episode der BN andere unangemessene, der Gewichtszunahme entgegensteuernde Maßnahmen, wie Fasten, übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere missbraucht.

1.4 Inzidenz, Prävalenz und Mortalität

Bei Anorexia nervosa liegt die Punktprävalenz bei 0,4% (Frauen im Alter von 15-35 Jahren) (Fichter 2008) und bei Bulimia nervosa bei 1%.

Die Inzidenz liegt bei AN bei ~ 20 pro 100.000 Personen-Jahre. Für die BN gibt es diesbezüglich nur wenige Daten. Currin et al. (2005) fand eine Inzidenz von 12.4 pro 100.000 Personen-Jahre.

Der Langzeitverlauf der AN ist heute noch immer, trotz eines größeren Kenntnisstandes, deutlich mehr Studien und daran angepasste Behandlungs-methoden, nicht günstig (Steinhausen 2002). Die Mortalitätsrate lag bei 5590 eingeschlossenen Patienten aus 119 Studien, aus einem Zeitraum von 1953-1999, bei 5%. Die Besserung der Symptomatik lag bei 33,5% und 46,9% waren genesen. Die Chronifizierung der Erkrankung lag bei 20,8%. Bei einer Katamnesedauer von

mehr als 10 Jahren stieg die Mortalität auf 9,4% und bei einer Katamnesedauer von 21 Jahren verstarben 16,7% der Patienten (20.-40. Lebensjahr). Eine Studie von Crisp et al. (1992) beschrieb eine Mortalitätsrate von 20%, bei einem beobachteten Krankheitsverlauf von 20 Jahren. Die AN hat somit die höchste Mortalitätsrate aller psychiatrischen Erkrankungen.

Eine weitere Studie (Zipfel et al. 2000) über den Langzeitverlauf von AN von 81 anorektischen Patienten, mit einem Katamneseintervall von 21 Jahren, waren 50% dauerhaft genesen. 10,4 % erfüllten weiterhin vollständig die Kriterien der AN. Bis zu 30% der AN Patienten erlitten einen Rückfall im ersten Jahr nach einer stationären Behandlung. Bei vielen BN Patienten blieben auch nach einer Therapie viele Symptome dieser Essstörung bestehen. In bis zu 30% der Fälle erlitten die Patienten innerhalb der ersten 6 Jahre nach der Erstbehandlung einen Rückfall.

1.5 Die stationäre Behandlung von essgestörten Patienten in Deutschland

Patienten mit Essstörungen werden in Deutschland in spezialisierten Kliniken, Fachabteilungen für psychosomatische Medizin, Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Rehabilitationskliniken behandelt. In spezialisierten Kliniken oder Fachabteilungen für psychosomatische Medizin ist das Grundbehandlungskonzept vorrangig psychotherapeutisch ausgerichtet. Die Psychopharmakotherapie spielt dabei eine eher untergeordnete Rolle. Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie arbeiten vorwiegend nach einem multimodalen Behandlungskonzept, welches sich unter anderem aus Psycho-, Sozio und Millieutherapie zusammensetzt und in der die Psychopharmakotherapie einen höheren Stellenwert hat. Der Behandlungsansatz der Rehabilitationskliniken liegt darin, Patienten mit chronischen Erkrankungen, welche Funktionseinschränkungen und eine daraus resultierende Teilhabebeeinträchtigung bezüglich der Arbeitsfähigkeit haben, zu behandeln.

2002 gab es in Deutschland 81 Fachabteilungen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit insgesamt 2996 Betten. Die durchschnittliche Verweildauer lag dort bei 43,03 Tagen, die Auslastung der Betten bei 91,4%. In diesen Fachabteilugen wurden 2002 24.418 Patienten behandelt, davon 15.340 Frauen. Die F5 Diagnosen (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren) machten in diesen Kliniken ca. 11% des Gesamtbehandlungsspektrums aus.

In Deutschland gab es 2002 396 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie mit 53.915 Betten, einer Auslastung von 89,8% und insgesamt 625.911 vollstationären Behandlungen. Die F5 Diagnosen in diesen Abteilungen machten weniger als 1% des Gesamtbehandlungsspektrums aus. Für die psychosomatische Rehabilitation existierten 2001 175 Fachabteilungen mit 15.421 Betten, die zu 83% ausgelastet waren. In diesen Abteilungen lag der Anteil der F5 Diagnosen bei ~2% (Schauenburg et al. 2007 S. 11-28).

1.6 Beschreibung der deutschen multizentrischen Essstörungsstudie (MZ-ESS)

Wir verwendeten die Daten einer von 1993-1999 durchgeführten Multizenterstudie (MZ-ESS), welche die Dauer und die Intensität der Psychotherapie für die Behandlung von Essstörungspatienten im stationären Setting in Bezug zum Therapieerfolg stellte. (Titel: Therapieaufwand und -erfolg bei der psychodynamischen Therapie von Essstörungen: Eine multizentrische Studie (Kächele et al. 2001). Das zugrunde gelegte Design war eine naturalistische, longitudinale Beobachtungsstudie über einen Zeitraum von 2,5 Jahren.

1.6.1 Fragestellung der damaligen Untersuchung

Die Hauptfragestellungen dieser Studie befassten sich mit dem „Wie" Essstörungen in Kliniken mit psychodynamischen Schwerpunkt behandelt werden, ob und welche Patienten-/ Krankheitsmerkmale die Ergebnisse beeinflussen und welche Wirkung die Dosis und die Aufenthaltsdauer auf die Ergebnisse bei Entlassung und bei der Katamnese nach 2,5 Jahren hatten.

An dieser Studie nahmen 43 Kliniken teil und es wurden 1171 Patienten eingeschlossen. 355 erfüllten die Kriterien nach DSM-III für eine AN, 647 eine BN und 169 Patienten für beide Erkrankungen. In der Hauptsache handelte es sich um erkrankte Frauen. Weniger als 4% waren männliche Erkrankte (AN = 3,3%, BN = 2,3%). 59 Patienten und deren bereits erhobenen Daten wurden von der Auswertung ausgeschlossen, da 20 Patienten in erster Linie eine ambulante Behandlung erhielten und die übrigen 39 wurden weniger als 4 Wochen stationär behandelt (keine der Kliniken bot ein Behandlungsprogramm von weniger als 4 Wochen an).

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse basieren auf den Daten von 1112 eingeschlossenen stationäre Patienten (AN: n= 338, BN: n= 605, AN und BN: n=169) aus 43 Kliniken. Das mittlere Erkrankungsalter lag bei 24,8 Jahren für AN (SD = 5,6), für BN bei 25,9 Jahre (SD = 6,3).Die mittlere Erkrankungsdauer vor Beginn der Behandlung lag bei AN bei 8,2 Jahren (SD = 6,1) und für BN bei 5,7 Jahren (SD = 5,3) Bei AN Patienten lag der zu erwartende BMI bei 72.1%, (SD = 8,4). (Der zu erwartende altersspezifische BMI wurde gleich 100% gesetzt. Dass heißt, der BMI von 17,5 kg/m^2 bei einer 25 Jahre alten Frau ist 84%). Für jeden

eingeschlossenen stationären Patienten wurde der wöchentliche therapeutische Aufwand in Dauer und Intensität gemessen. Es wurden zusätzlich die Zahl der Gruppenteilnehmer, die berufliche Qualifikation des durchführenden Personals und indirekte Maßnahmen, wie z. B. die Kurvenvisite dokumentiert. Die dadurch erhaltenen Daten variierten von Klinik zu Klinik in einem nicht unerheblichen Maße. 733 Patienten (AN: n = 225, BN: n= 399, AN und BN: n= 109) haben an der 2,5 Jahresuntersuchung teilgenommen haben.

1.6.2 Ergebnisse zur Behandlungsdauer

Die mittlere Behandlungsdauer für AN, BN und der Mischform betrugen etwa 11 Wochen. *(m* für AN = 11,1 Wochen; *m* für BN = 11,4 Wochen; *m* für AN und BN = 10,6 Wochen.) 25% der Patienten wurde zwischen 4 und 8 Wochen behandelt, 50% zwischen 9 und 13 Wochen. Eine Behandlungsdauer von 15 Wochen war selten und eine von 24 Wochen war sehr selten. 3 von 43 Kliniken behandelten im Mittel 20 Wochen und länger. Die Mehrzahl der Kliniken hatte eine mittlere Behandlungsdauer von 8-12 Wochen.

1.6.3 Symptomfreiheit bei Entlassung und nach 2,5 Jahren

Symptomfreiheit wurde hier vereinfacht definiert, als nach Entlassung nicht mehr behandlungsbedürftig, oder als weitgehende Symptomfreiheit. Diese Kriterien erfüllten lediglich 11% der AN- und 17% der AN und BN-Patienten. Die Unterschiede in der Selbstbeurteilung der Patienten und der Einschätzung der Therapeuten waren nicht wesentlich. Zur 2,5 Jahresuntersuchung waren aus Sicht der Experten 36% der Patienten mit AN und 26% der Patienten mit der Kombinationsdiagnose AN und BN weitgehend symptomfrei (Selbstbeurteilung AN 33%, AN und BN 21%). Bei BN Patienten war die Diskrepanz zur Beurteilung der Symptomfreiheit bei Entlassung zwischen Therapeuten und Patientensicht deutlich größer. Aus Therapeutensicht waren 45% der Patienten symptomfrei, in der Selbstbeurteilung hielten sich dagegen nur 31% der Patienten für symptom-frei. Bei der 2,5 Jahresuntersuchung schätzen die Therapeuten noch 36% der Patienten symptomfrei ein, in der Selbstbeurteilung stuften sich nur noch 22 % der Patienten als symptomfrei ein.

1.6.4 Beziehung zwischen Outcome und stationärer Behandlungsdauer und vorheriger Krankheitsdauer

Bei der Katamneseuntersuchung nach 2,5 Jahren ergaben sich keine Hinweise auf einen Unterschied im Outcome im Vergleich kurzer Behandlungsdauer versus langer Behandlungsdauer bei AN. Es konnte jedoch ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Erkrankten und der Behandlungsdauer festgestellt werden. So wirkte es sich positiv auf das Outcome aus (2-4-fach größere Chance auf ein besseres Outcome), wenn jüngere Patienten (18-20 Jahre) kürzer behandelt wurden. Es zeigte sich auch, dass ältere Patienten eher von einer längeren Behandlungsdauer profitierten. Darüber hinaus wurde festegestellt, dass Patienten mit einem höheren Grad an Chronizität mehr von einer Langzeitbehandlung profitierten und umgekehrt Patienten mit einem geringeren Grad an Chronizität von einer kürzeren Behandlungsdauer. Chronizität meint hier ein niedriges Körpergewicht und eine lange Erkrankungsdauer vor der Aufnahme der Behandlung.

Definiert als Prädiktoren für ein schlechtes Outcome sind ein niedriges Aufnahmegewicht und ein niedriges Wunschgewicht zu Behandlungsbeginn. Ein in dieser Arbeit gefundener weiterer möglicher Prädiktor für ein schlechtes Outcome war ein hoher Score in einem Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. Patienten mit AN mit einem sehr niedrigen BMI hatten eine schlechtere Genesungsrate bei der 2,5 Jahresuntersuchung, obwohl sie durchschnittlich länger behandelt wurden, als die Patienten, die mit einem höheren BMI die stationäre Behandlung aufnahmen. Diese längere Behandlungszeit könnte damit in Zusammenhang gebracht werden, dass diese Patienten durchschnittlich mehr Zeit benötigten um ihr Zielgewicht zu erreichen und wahrscheinlich insgesamt kränker waren. Ähnlich Resultate wurden erhalten, als man das Alter und die Zahl der Vorbehandlungen in Zusammenhang mit dem Therapieerfolg korrelierte. Diese Ergebnisse könnten ebenfalls als weitere Variable für den Grad einer Chronifizierung verstanden werden. Anhand dieser Resultate könnte man durchaus annehmen, dass ein hohes Patientenalter auf ein schlechtes Outcome hindeuten könnte. Diese Aussage könnte dadurch bestätigt sein, dass die 18-20-jähringen eine 2-4-fach höhere Chance auf ein gutes Outcome bei kurzer Behandlung hatten als die Kontrollgruppe bei langer Behandlung.

1.6.5 Die Ergebnisse für BN Patienten

Diese waren weitaus komplexer. Patienten mit einem hohen Maß an Impulsivität, zusätzlichen anorektischen Symptomen und einer hohen Zahl an Vorbehandlungen, zeigten ein schlechteres Outcome. Patienten mit einem schlechten psychosozialen Funktionsniveau (wenig Freunde; schlechter Kontakt zur Familie; Arbeitslosigkeit; Konflikte am Arbeitsplatz) hatten eine bessere Prognose, wenn sie länger behandelt wurden. Umgekehrt profitierten die Patienten mit einem guten psychosozialen Funktionsniveau eher von einer kurzen Behandlungsdauer. Bezogen auf das Alter der Patienten könnte der Schluss gezogen werden, dass jüngere Patienten mit einer schlechten sozialen Anpassung mehr Nutzen aus einer Langzeitbehandlung zogen, als ältere Patienten mit einer guten sozialen Anpassung. Für diese war eine kürzere Behandlungsdauer besser.

1.6.6 Resümee

Die Autoren dieser Studie empfehlen, dass eine stationäre psychodynamische Therapie zur Behandlung von Patienten mit Essstörungen eine Dauer von 8-12 Wochen haben sollte und, dass eine längere Behandlung für Patienten über 40 Jahre von Vorteil sein kann. Ansonsten sollten längere Behandlungen immer fallspezifisch betrachtet werden. Die Entscheidung für weitere stationäre oder ambulante Behandlungen sollte nicht unabhängig vom Patientenstatus bei Entlassung gemacht werden. Die Ergebnisse von mittelfristigen Verläufen von Essstörungen zeigen ein erhöhtes Rückfallrisiko für Patienten mit AN, welches sich unmittelbar an die stationäre Behandlung anschließt. Anders bei BN Patienten, hier ist das Rückfallrisiko 3-6 Monaten nach der Abschluss stationären Behandlung erhöht. Das würde für die Weiterbehandlung der AN Patienten bedeuten, dass sie direkt in eine ambulante Anschlusstherapie übergeführt werden sollten und für BN Patienten, dass sie 3-6 Monate nach der stationären Behandlung eine Boostertherapie erhalten sollten.

1.7 Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit sollten folgende Fragestellungen beurteilt werden:

1. Wie viel verschiedene Therapiemaßnahmen bekommen essgestörten Patienten im Rahmen einer stationären Behandlung? Gibt es Unterschiede zwischen den Patienten einer Klinik?

2. Welche Verfahren werden innerhalb der Kliniken kombiniert? (Mittelwert für Klinik).

3. Wie viel Dosis der verschiedenen Therapien (Häufigkeit, Dauer) erhalten die Patienten im Durchschnitt pro Woche in der jeweiligen Klinik?

4. Bestehen Unterschiede zwischen den Kliniken?

5. Wie viel Verhaltenstherapien und verhaltenstherapeutisch übende Verfahren werden in den psychodynamisch orientierten Kliniken angeboten?

2. Material und Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen dieser Arbeit lagen die Daten der von 1993-1995 durchgeführten multizentrischen Essstörungsstudie vor (MZ-ESS). Diese wurde in Zusammenarbeit mit 43 teilnehmenden Kliniken, mit psychodynamischer Ausrichtung in der Behandlung von Essstörungspatienten aus dem gesamten Bundesgebiet durchgeführt. Sie erfasste, in welcher Häufigkeit diagnostische und therapeutische Maßnahmen, bei psychodynamischen Therapien in der Behandlung von Essstörungen durchgeführt wurden. Es handelte sich um eine naturalistische, longitudinale Beobachtungsstudie. Es wurde auf jede Einflussnahme in den Behandlungsablauf verzichtet.

2.1 Stichprobe:

Die Stichprobe, auf die sich die Auswertungen der damaligen Studie damals bezogen, umfasste 1171 Patienten, welche die DSM-III-R Kriterien (siehe Anhang) für AN, BN und der Kombination beider Erkrankungen beim Erstkontakt erfüllten und mindestens 18 Jahre alt waren. In dieser Gesamtstichprobe befanden sich weniger als 4% männliche Patienten.

Ausgeschlossen wurden die Patienten, welche physisch, psychisch oder intellektuell zu einer Teilnahme nicht in der Lage waren.

2.2 Erhebungsinstrumente:

Die Datenerhebung erfolgte damals anhand von klinikspezifischen Fragebögen. In diesen Bögen waren die Therapiemaßnahmen aufgelistet, die in den jeweiligen Kliniken angeboten wurden. Sie wurden wöchentlich für die Dauer des stationären Aufenthaltes des Patienten (meist durch die Krankenschwester) ausgefüllt. Erfasst wurde, an welchen Therapien der einzelne Patient, in welcher Häufigkeit teilgenommen hat, mit wie vielen Mitpatienten und wer die Therapie leitete. Auch indirekte Maßnahmen (z. B. Teambesprechungen über den Patienten) wurden dokumentiert (ein solcher Erhebungsbogen einer Klinik findet sich im Anhang).

Anhand dieser Dokumentationsstruktur wurden Daten zur Art, Dauer und Häufigkeit der angewandten Maßnahmen pro Patient, in der jeweiligen Klinik

dokumentiert. Durch diese detaillierte Dokumentation war es möglich, nicht nur eine inhaltliche Analyse verhaltenstherapeutischer/ psychodynamischer oder analytischer Elemente, Spezialtherapien wie „Taketina“ (Bewegung nach Rhythmus) für jede Klinik zu erstellen, sondern auch eine Intensitätsanalyse bezüglich Dauer und Setting der erhaltenen Maßnahmen für jeden Patient, in der jeweiligen Klinik.
Über die Aufnahme- und Entlassdaten wurde die Aufenthaltsdauer ermittelt. Die Bögen wurden damals handschriftlich ausgefüllt und von wissenschaftlichen Mitarbeitern in SPSS eingegeben.

Für die für diese Arbeit durchgeführten Analysen verwendeten wir den MZ-ESS SPSS–Stammdatensatz mit Dokumentationen von 1247 Patienten aus 47 Kliniken. Nach dem Ausschluss von 8 Kliniken, welche entweder nur 1-2 Patienten oder ambulant Patienten betreuten, schlossen wir letztendlich 39 Kliniken mit 1210 Patienten und insgesamt 88223 zugehörigen Datensätzen ein.
Der Unterschied bezüglich der Anzahl eingeschlossener Patienten und Kliniken lässt sich aus den unterschiedlichen Fragestellungen und den dafür vorhandenen Daten ableiten. In unsere Auswertung wurden alle Patienten eingeschlossen, die eine stationäre Behandlung erhielten. Dieser bereinigte Datensatz wurde zunächst in eine Excel-Datei umgeschrieben, so dass die Daten besser zu bearbeiten waren. Für die statistischen Berechnungen wurden die Excel-Datensätze wieder in SPSS zurückgeführt. Insgesamt wurden 484 verschiedene Therapiemaßnahmen von den teilnehmenden Kliniken dokumentiert. Doppelnennungen, wie zum Beispiel Kunsttherapie und Gestalttherapie wurden zur Kunsttherapie zusammengefasst. Es erfolgten dann weitere Zusammenschlüsse, beispielsweise wurden die gesamten kreativen Therapieangebote (Musik/ Kunst) zu einer großen Gruppe der Kreativ-Therapien zusammengeschlossen. Wir hielten uns hierbei an die allgemein üblichen Zuordnungen. So konnte durch das Zusammenfassen die Gesamtzahl der Maßnahmen von 484 auf 205 reduziert werden. Diese wurden dann 11 Maßnahmengruppen zusammengefasst. Die 11 Maßnahmengruppen, mit ihren jeweils zugeordneten Einzelmaßnahmen, wurden dem bestehenden EXCEL-Datensatz hinzugefügt. Mit einem EXCEL-Makro wurden die Patienten, inklusiv ihrer Maßnahmen und ihrer Klinik, auf verschiedene EXCELTabellenblätter verteilt. Gleichzeitig arbeitete ein Makro mit einer Überprüfungsroutine bezüglich

der Maßnahmeneinzelzeiten und Maßnahmensummenzeiten. Die dabei gefundenen fehlerhaften Datensätze je Patient wurden einzeln überprüft und entweder korrigiert (durch Überprüfung der angebotenen Maßnahme über alle Patienten derselben Klinik) oder sie wurden aus dem Gesamtdatensatz entfernt. (Bsp. 120.000 Minuten „Analytische Psychotherapie, Einzel“ pro Woche).

Die 205 Items wurden in 11 Maßnahmengruppen unterteilt:

1. Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Einzeltherapie
2. Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie
3. Seltene Psychotherapie – Formen/ Angebote
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren
5. Sozio- und Milieutherapie
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie/ Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie
7. Essstörungsspezifische Angebote
8. Kreativ-Therapien + Musik-/ Kunsttherapie
9. Familientherapie/Partnertherapie
10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile
11. Stationsroutinen

Eine Liste der Zuordnung der Maßnahmen in Gruppen befindet sich im Anhang.

2.3 Statistische Verfahren

Die Daten wurden mit Microsoft Office EXCEL (Version 2003) und SPSS (Version 18) eingegeben und ausgewertet. Die Auswertungen wurden überwiegend mit deskriptiven Statistiken durchgeführt (Mittelwert, Standardabweichung, Median) unter Zuhilfenahme graphischer Darstellungen. Der Vergleich der Kliniken wurde anhand Varianzanalyse mit nachfolgendem Scheffé-Test durchgeführt.

Das Signifikanzniveau wurde mit $p < 0,05$ festgelegt. Wegen der vielen Kliniken und Maßnahmen fanden viele Signifikanztests parallel statt. Da es sich jedoch um eine explorative Studie handelt, wurde auf eine Alpha-Adjustierung verzichtet. Stattdessen sollten nur solche Vergleiche als inhaltlich bedeutsam interpretiert werden, bei denen mehrere signifikante Ergebnisse vorlagen.

3. Ergebnisse

Im folgenden Teil werden die Ergebnisse der Arbeit vorgestellt.
Zunächst wird darauf eingegangen, wie die Daten aufbereitet wurden, im zweiten Schritt werden die daraus resultierenden Ergebnisse dargestellt.
In die Studie flossen die Datensätze von 1.210 Patienten aus 39 Kliniken mit insgesamt 88.223 einzelnen Datensätzen ein. Für die Datenaufbereitung wurden die Programme SPSS und Microsoft EXCEL verwendet.
Um die Kliniken vergleichen zu können wurde die Dauer der Maßnahmen, welche die Patienten während der stationären Behandlung in einer Klinik erhielten, gleich 100% gesetzt. Somit kann in Tabelle 1 gezeigt werden, welchen prozentualen zeitlichen Anteil die Maßnahmengruppen in einer Klinik einnehmen. Für die weitere Auswertung wurden zudem Begriffe und Abkürzungen definiert, welche im Folgenden erläutert werden.
Wir definierten die Maßnahmengruppen, die mehr als 10% der Therapiezeit in einer Klinik beanspruchten, als „HAM“ = häufig angebotene Maßnahmengruppen.
Weiterhin interessierte uns, wie standardisiert die einzelnen Kliniken arbeiten. Hierfür definierten wir den Begriff Therapieschema = „TS“. Es wurde zunächst geprüft, ob alle Patienten einer Klinik (über die gesamte Behandlungsdauer) dieselbe Anzahl von Maßnahmen (Häufigkeit pro Woche) aus 11 Maßnahmengruppen erhielten. Inhaltlich musste die Maßnahme mindestens einmal pro Woche und in derselben Dauer bei jedem Patienten durchgeführt worden sein.
In Tabelle 1 wurden die verschiedenen Kliniken und deren prozentuale zeitliche Gewichtung hinsichtlich der verschiedenen Maßnahmengruppen dargestellt. Hierbei zeigte sich, dass es viele Maßnahmen gab, die sowohl „HAM“ als auch „TS“ waren. Hieraus bildeten wir das standardisierte Therapieschema „sTS“. In diesem sTS sind diejenigen Maßnahmen enthalten, die mehr als 10 % der Therapiezeit beanspruchen und die alle Patienten in gleicher Häufigkeit und Intensität erhalten. Dieses sTS bildet damit ein Maß der Standardisierung des Therapiekonzeptes einer Klinik. Es konnte zudem festgestellt werden, dass der prozentuale zeitliche Anteil und das sTS nicht immer miteinander übereinstimmen, es wird unterschiedliches erfasst. So zeigte sich, dass auch Maßnahmengruppen, die unter 10% der Zeit lagen, zum Therapieschema einer Klinik gehören konnten (z.B. regelmäßiges Wiegen), und dass es umgekehrt Maßnahmengruppen

gab, die zum Teil deutlich über 10% lagen und nicht zum Therapieschema gehörten (z.B. bekamen nicht alle Patienten Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie).

Es zeigte sich, dass es Kliniken mit einem hoch standardisierten Therapieschema (sTS) gab und Kliniken mit einem weniger hoch standardisierten.

In Tabelle 1 werden die Kliniken, die Maßnahmengruppen und die prozentuale Verteilung der Maßnahmengruppen innerhalb der Kliniken dargestellt. Es konnte so die prozentuale Verteilung und Zuordnungen zum HAM, TS und sTS für jede Klinik einzeln transparent gemacht werden, (Farbe und Fettdruck, kennzeichnen hier HAM, TS, sTS) und so wird die unterschiedliche Gewichtung des Therapie-angebots der einzelnen Kliniken veranschaulicht. Damit lässt sich ersehen, welche Schwerpunkte die Kliniken in der Zusammensetzung ihres Therapieangebotes setzten und welche individuellen Zusatzangebote sie ihren Patienten machten.

Tab.1: Die Tabelle ist eine Darstellung der prozentualen Gewichtung der 11 Maßnahmengruppen innerhalb einer jeden Klinik. Zudem gibt sie Auskunft über dass Ausmaß der Standardisierung einer jeden Klinik und sie ermöglicht den direkten Vergleich des Maßnahmenangebots der Kliniken untereinander.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

Legende zur Tabelle 1

K	Kliniknummer	
Zahlen	Prozentsätze	
Fettdruck	Zum Therapieschema zugehörig	TS
Farbig	häufig angebotene Therapiemaßnahme n	HAM
Fettdruck und farbig	standardisiertes Therapieschema	sTS
Weiß, normal gedruckt	individuelles Zusatzangebot	

1. ET Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Einzeltherapie
2. GT Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie
3. PT Seltene Psychotherapie – Formen/ Angebote
4. VT Verhaltenstherapien und übende Verfahren
5. Sozio Sozio- und Milieutherapie
6. Sport Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie/ Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie
7. Esstö Essstörungsspezifische Angebote
8. Kreativ Kreativ-Therapien + Musik-/ Kunsttherapie
9. Fam Familientherapie/ Partnertherapie
10. KU Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile
11. Rout Stationsroutinen

	1. ET	**2. GT**	**3. PT**	**4. VT**	**5. Sozio**	**6. Sport**	**7. Esstö**	**8. Kreativ**	**9. Fam**	**10. KU**	**11. Rout**
K01	**12,4**	9,8	0,3	8,6	**11,9**	**11,1**	**12,3**	**10,4**	1,3	9,5	**12,3**
K04	**17,2**	**16,4**	0,0	0,0	**18,1**	**12,7**	4,5	**11,7**	0,4	0,5	**18,4**
K05	**16,4**	**15,4**	11,2	0,4	10,9	12,7	0,2	**15,8**	0,7	0,0	**16,2**
K06	**12,6**	**10,7**	**12,6**	0,0	**12,5**	**12,6**	7,8	**12,6**	0,0	**12,6**	5,9
K07	**15,5**	**8,5**	0,0	0,0	**15,3**	**14,0**	**15,6**	**13,0**	0,5	**2,5**	**15,1**
K08	**11,7**	**12,3**	0,0	**11,9**	**12,2**	**12,2**	3,5	**11,5**	0,4	**12,2**	**12,1**
K09	**12,7**	11,2	11,3	0,0	**11,6**	12,1	10,3	11,3	1,2	**5,6**	12,7
K10	**15,4**	0,1	3,4	0,0	0,1	**16,2**	**16,0**	**16,0**	0,6	**16,1**	**16,2**
K11	**17,2**	0,0	0,0	0,0	**18,0**	2,2	**13,3**	**17,2**	0,5	**17,2**	**14,4**
K13	**7,5**	**16,3**	0,0	0,0	**15,7**	**15,9**	**15,8**	**14,7**	1,3	9,4	3,4
K14	**17,0**	10,3	0,0	1,6	**15,4**	**14,6**	11,6	6,3	0,8	6,9	**15,5**
K19	**14,3**	**16,4**	0,0	0,0	**15,4**	**8,4**	8,5	**11,9**	1,6	12,6	**10,8**
K23	**15,6**	**10,4**	0,0	4,6	**15,4**	**15,8**	4,9	**14,1**	0,4	**3,5**	**15,3**
K26	0,1	**12,7**	**11,7**	**4,8**	**12,4**	**12,8**	6,2	**12,7**	1,7	**12,4**	**12,7**
K32	**17,6**	**17,4**	0,0	0,0	0,0	**16,0**	0,8	**15,3**	0,5	**15,3**	**17,1**
K33	**12,8**	0,2	**12,2**	6,4	**13,8**	**13,4**	0,1	**13,6**	0,8	**13,1**	**13,6**
K34	0,0	**17,8**	**12,7**	0,0	**17,8**	**17,7**	0,0	**17,8**	0,0	0,0	**16,1**

Fortsetzung S. 23

Fortsetzung Tab.1:

	1. ET	2. GT	3. PT	4. VT	5. Sozio	6. Sport	7. Esstö	8. Kreativ	9. Fam	10. KU	11. Rout
K38	**6,8**	**14,4**	0,0	0,0	**15,6**	**15,5**	**15,6**	5,4	0,0	**11,2**	**15,5**
K46	**20,9**	4,3	4,1	0,0	**19,7**	8,3	0,0	14,0	0,2	**7,6**	**20,8**
K47	**17,0**	**13,7**	2,8	0,0	2,9	**17,8**	**14,5**	11,6	0,1	8,6	**11,1**
K48	**5,9**	**14,1**	0,0	0,0	**14,8**	7,7	**13,8**	**13,0**	0,1	**14,9**	**15,4**
K52	**13,1**	**13,4**	1,8	0,0	**14,2**	**14,1**	**13,9**	**14,0**	0,9	0,8	**14,3**
K53	3,6	**15,2**	4,9	0,0	**8,5**	**12,2**	**15,2**	11,2	0,1	**16,1**	**12,9**
K56	4,8	**11,6**	**11,6**	**11,1**	**11,7**	**11,7**	**11,7**	**11,7**	0,3	**11,1**	2,7
K62	**10,0**	**11,0**	2,9	**10,8**	**11,5**	**11,5**	**11,5**	**11,5**	0,5	**7,1**	**11,5**
K63	8,7	**12,5**	**8,9**	3,2	**12,6**	**12,6**	**12,6**	**12,6**	0,0	3,7	**12,5**
K70	**21,0**	13,3	0,0	0,0	2,4	**19,8**	19,1	13,2	0,0	2,8	8,1
K71	**16,0**	0,3	0,6	0,1	**15,2**	**15,6**	**16,4**	5,5	0,3	**13,6**	**16,4**
K72	**16,5**	0,9	3,5	0,0	15,3	**16,8**	**16,0**	3,4	1,3	10,2	**16,2**
K73	**21,2**	0,2	8,9	1,9	**20,7**	**19,6**	2,5	3,4	0,3	12,3	8,9
K76	**15,6**	3,3	0,0	0,0	**13,9**	**14,4**	**15,1**	6,4	0,4	**15,1**	**15,7**
K78	**11,1**	**11,4**	**11,1**	**9,2**	**11,6**	**11,6**	**11,0**	**11,6**	0,4	0,5	**10,3**
K79	**8,8**	**18,3**	0,3	8,2	**18,6**	**14,8**	8,4	4,8	0,2	**4,1**	**13,5**
K80	**15,7**	**14,9**	0,0	0,0	**15,7**	**15,7**	**9,5**	**11,3**	0,0	1,8	**15,4**
K83	**14,9**	**13,8**	0,9	2,3	**13,2**	**14,5**	**15,7**	0,9	0,9	**7,5**	**15,5**
K85	**16,3**	0,0	0,0	0,0	13,6	**15,4**	**15,1**	11,9	2,6	8,8	**16,4**
K86	**15,8**	11,1	0,0	0,0	0,0	**17,3**	**17,3**	10,0	0,0	**11,4**	**17,0**
K87	**17,1**	0,4	4,7	0,0	7,3	**16,5**	**16,9**	**13,8**	0,7	14,0	**8,5**
K88	7,9	**13,7**	0,0	6,2	**13,7**	**13,7**	**14,1**	6,2	0,4	**10,0**	**14,1**

Die Ergebnisse werden anhand der einzelnen Forschungsfragen dargestellt.

3.1 Zu Frage 1: Wie viele verschiedene Therapiemaßnahmen bekommen essgestörten Patienten im Rahmen einer stationären Behandlung?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde Tabelle 1 herangezogen.

Hinsichtlich der Kombination der 11 Maßnahmengruppen lässt sich folgendes feststellen: 9 Kliniken boten alle 11 Maßnahmengruppen an (K01, K26, K33, K56, K62, K73, K78, K79, K83). Es konnte für jede Klinik ein standardisiertes Therapieschema „sTS" identifiziert werden. (sTS = Häufig angebotene Maßnahmen „HAM" und Therapieschema „TS").

Klinik 83 beispielsweise bot „Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie" (1), „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie" (2), „Sozio- und Milieutherapie" (5), „Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie/ Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie" (6), „Essstörungsspezifische Angebote" (7), „Stationsroutinen" (11) als sTS an, alle anderen Maßnahmen wurden den Patienten individuell angeboten. Klinik 73 hingegen bot „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Einzeltherapie" (1), „Sozio- und Milieutherapie" (5), „Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie/ Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie" (6) als sTS und die übrigen Maßnahmen als individuelles Angebot an.

16 Kliniken boten 6 Maßnahmengruppen als sTS an (K1; K4; K7; K10; K11; K23; K32; K34; K38; K63; K71; K76; K80; K83; K88) und 8 Kliniken boten 7 - 8 Maßnahmengruppen als sTS in unterschiedlichen Kombinationen an (K6; K26; K33; K52; K8; K56; K62; K78).

Eine Klinik stellt eine Ausnahme dar (K70), sie bot lediglich 2 Maßnahmengruppen, „Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie" (1) und „Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie/ Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie" (6), für alle ihre Patienten als sTS an, die übrigen Maßnahmengruppen wurden in dieser Klinik nicht allen Patienten gleichermaßen angeboten. Hieraus könnte man eine sehr patientenorientierte Sicht in der Einteilung der Patienten in die Maßnahmengruppen ableiten. Allerdings besteht die Gefahr, dass wesentliche Behandlungen eventuell nicht für alle angeboten werden.

Die übrigen 15 Kliniken boten ihren Patienten zwischen 2 bis 5 Maßnahmengruppen als sTS an.

Bezüglich des TS (Therapieschema) lässt sich feststellen, das 2 Kliniken (K62; K78) 9 Maßnahmengruppen als TS für alle ihre Patienten anboten. K62 bspw. bot die Maßnahmengruppen, „Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie“ (1), „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“ (2), „Verhaltenstherapien und übende Verfahren“ (3), „Sozio und Milieutherapie (5)“, „Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie/ Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie“ (6), „Essstörungsspezifische Angebote“ (7), „Kreativ-Therapien + Musik-/ Kunsttherapie“ (8), „Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile“ 10) und „Stationsroutinen“ (11) für alle Patienten an. Diese beiden Kliniken zeichnen sich durch ein sehr strukturiertes Therapieschema aus, welches den Patienten ein großes Spektrum bietet, sich auf verschiedenen Ebenen erfahren zu können. Es besteht jedoch durch diese hohe Strukturierung eine relative Starrheit bezüglich der Individualität der einzelnen Patienten. Dies kann auch hinderlich sein, denn schwerkranke Patienten könnten mit diesem „reichhaltigen“ Angebot überfordert sein.

Bezüglich der HAM (Häufig angebotene Maßnahmen) ließen sich folgende Besonderheiten feststellen.
Die Maßnahmengruppen „Sozio- und Milieutherapie“ (5), „Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie/ Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie“ (6) und „Stationsroutinen“ (11) wurden von über 80% der Kliniken als HAM angeboten, die Maßnahmengruppen „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Einzeltherapie“ (1), „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“ (2), und „Kreativ-Therapien + Musik/ Kunsttherapie“ (8) wurden von über 69% angeboten.

Im Bezug auf die Kombination des HAM und des TS konnte festgestellt werden, dass nicht alle HAM auch zwingend zum TS und umgekehrt gehören mussten. Bei weniger als der Hälfte der Kliniken (41%) stimmte das TS mit den HAM überein. Bei weiteren 41% der Kliniken stimmte das TS nicht mit den HAM überein. Bei diesen Kliniken wurden diverse Maßnahmengruppen zwar als TS allen Patienten

angeboten, aber in einer niedrigen Frequenz bzw. mit einem geringen Einsatz an therapeutisch aufgewandter Zeit, woraus sich ein Wert unter 10% ergibt. Somit fällt die Maßnahme dann nicht unter den Begriff HAM, wohl aber immer noch unter den Begriff TS. Bei den übrigen 18% ist die Variation von TS, HAM, sTS und individuellem Angebot so groß, dass eine weitere Unterteilung nicht zu mehr Klarheit geführt hätte.

Für die sTS (= HAM + TS) lassen sich folgende Aussagen machen.
Eine Klinik (K70) bot lediglich 2 Maßnahmengruppen („Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie“ (1), „Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie/ Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie“ (6)) als sTS an; 3 Maßnahmengruppen konnten den HAM („Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“ (2), „Essstörungsspezifische Angebote“ (7), „Kreativ - Therapien + Musik-/ Kunsttherapie“ (8)) zugeordnet werden. Insgesamt hat K70 9 Maßnahmengruppen in unterschiedlicher Gewichtung angeboten. Das bedeutet, dass diese Klink besonders wenig Standardisierung im Therapieprogramm aufweist, die Patienten bekamen sehr unterschiedliche Therapien.
4 Kliniken wiesen das „Maximum“ mit 8 kombinierten Maßnahmengruppen als sTS auf (K8, K56, K62, K78). Als Beispiel sei K8 genannt, diese bot 8 Maßnahmengruppen als sTS an („Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Einzeltherapie“ (1), „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“ (2), „Verhaltenstherapien und übende Verfahren“ (4), „Sozio- und Milieutherapie“ (5), „Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie/ Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie“ (6), „Kreativ-Therapien + Musik-/ Kunsttherapie“ (8), „Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile“ (10), „Stationsroutinen“ (11)).
Als Besonderheit konnte eine Klinik identifiziert werden, K34. Diese bot allen Patienten 6 Maßnahmengruppen als sTS an. Die Behandlung setze sich aus den Maßnahmengruppen „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“ (2), „Seltene Psychotherapie – Formen/ Angebote“ (3), „Sozio- und Milieutherapie“ (5), „Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie/ Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie“ (6), „Kreativ-Therapien + Musik-/Kunsttherapie“ (8) und „Stationsroutinen“ (11) zusammen. Bei dieser Klinik

kann eine Gewichtung hinsichtlich aufdeckender Verfahren ausgemacht werden, sie zeigte ein Höchstmaß an Standardisierung.
Bei 10 Kliniken (K07, K38, K46, K48, K62, K63, K78, K79, K80, K87), konnten Maßnahmengruppen als zum TS zugehörig identifiziert werden, die aber nicht im sTS enthalten waren, da die prozentuale Gewichtung nicht mehr als 10% betrug. (K07: Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“, „Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile“).

In der Zusammenschau der bisherigen Ergebnisse lässt sich sagen, dass über die Hälfte der Kliniken (60 %) ein großes Behandlungsspektrum (6-8 Maßnahmengruppen) als sTS für alle Patienten vorhalten, um so vielleicht auf die Unterschiedlichkeit der Patienten (Krankheitserleben, Krankheitsdauer, komorbide andere psychiatrische Erkrankungen, psychodynamische Intelligenz, Verbalisierungsfähigkeit etc.) besser eingehen zu können.

Ergänzend ermittelten wir über alle Kliniken hinweg, wie viele Patienten welche Anzahl an Maßnahmengruppen erhielten, unabhängig von sTS, TS und HAM. Von 1210 eingeschlossenen Patienten erhielten 55% 8-9 Maßnahmengruppen, 34% 6-7 Maßnahmengruppen, 7,7% erhielten 10 - 11 Maßnahmengruppen und 1,4% erhielten zwischen 3 bis 5 Maßnahmengruppen.
Es lassen sich hierbei nicht nur Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der angebotenen Maßnahmengruppen konstatieren, sondern es kommt auch innerhalb der meisten Kliniken vor, dass die Patienten auch unterschiedliche Kombinationen der Maßnahmengruppen erhalten. Es kann also festgehalten werden, dass fast 90% aller Kliniken zwischen 6 und 9 Maßnahmengruppen als TS anbieten.

3.1.1 Zu Frage 1.1 Gibt es Unterschiede zwischen den Patienten einer Klinik?

Zur Beantwortung dieser Frage wird die Abbildung 1 herangezogen. Die Abbildung 1 zeigt die Anzahl der Therapiemaßnahmen, die die Patienten erhalten haben, in Form von Box-Plots. Hieraus wird ersichtlich, dass es eine minimale (3) und eine maximale (11) Anzahl der angebotenen Therapiemaßnahmen gibt. Die Kliniken K6, K7, K38, K48 hatten ein ausgeprägtes sTS, d. h. eine hohe Standardisierung. Alle Patienten einer Klinik erhielten dieselbe Anzahl an

Maßnahmengruppen. Abweichungen innerhalb dieser Kliniken sind sehr selten (Extremwerte).

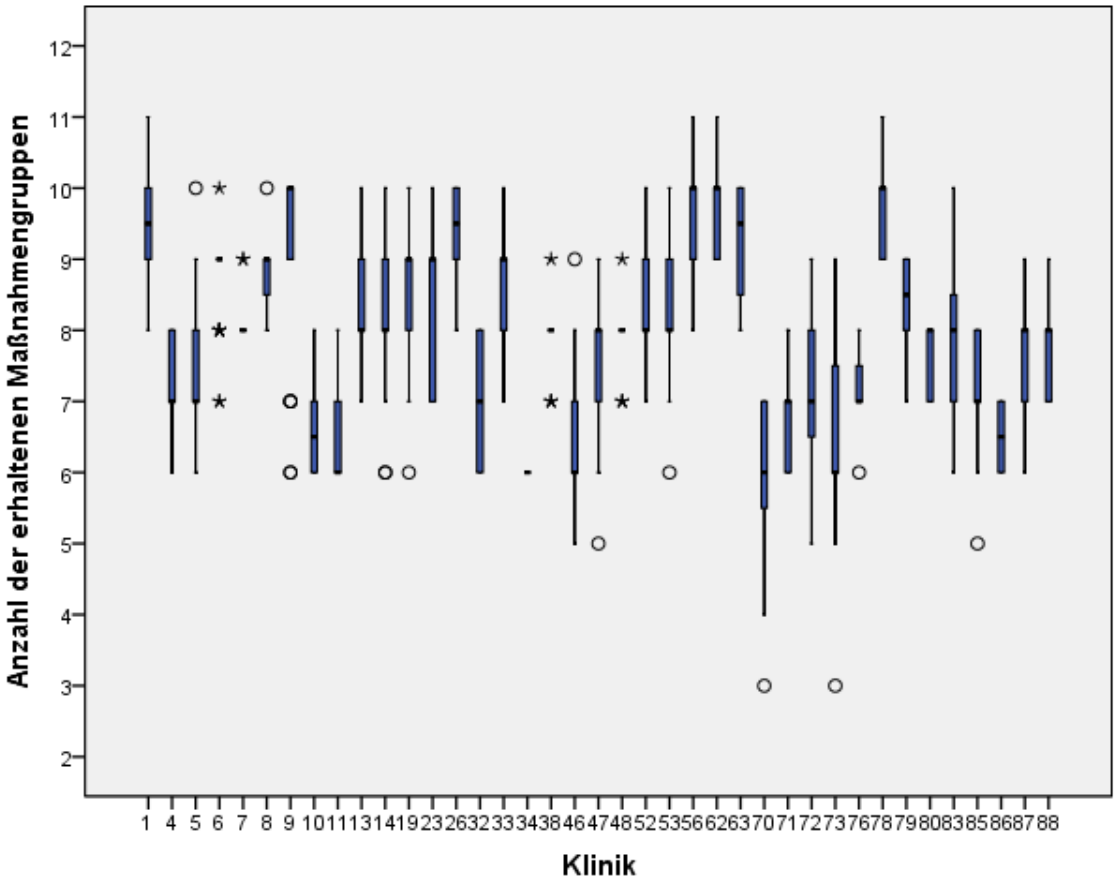


Abb. 1: Anzahl der erhaltenen Maßnahmengruppen die die Patienten in den jeweiligen Kliniken erhalten haben.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

Klinik 34 sei als Beispiel herangezogen als Klinik mit einem Höchstmaß an Standardisierung hinsichtlich der Anzahl der angebotenen Maßnahmengruppen. Hier erhalten alle sieben Patienten ausnahmslos dieselben 6 Maßnahmengruppen. Es gibt neun Kliniken (K9, K14, K19, K47, K53, K70, K73, K76, K85 die Ausreißer nach unten (weniger Maßnahmengruppen je Patienten) haben. Demnach erhielten einige Patienten weniger Maßnahmengruppen, als das Gros der Patienten dieser Klinik. Beispielsweise Klinik 9, die insgesamt 30 Patienten einschloss. Davon erhielten 18 Patienten (=60%) 10 Maßnahmengruppen, 7 Patienten bekamen insgesamt 9 Maßnahmengruppen, 3 Patienten erhielten 7 und 2 Patienten erhielten 6 Maßnahmengruppen.

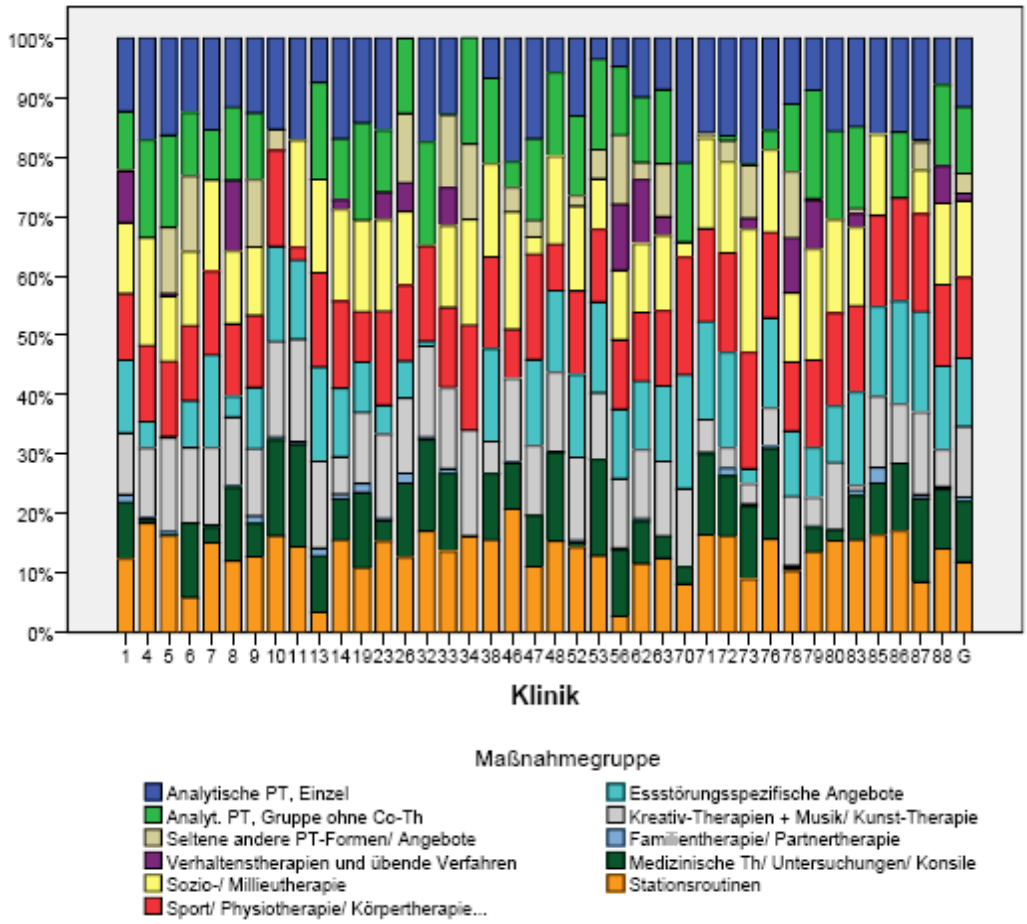
Bei der Betrachtung der Ausreißer muss beachtet werden, dass Behandlungsdauer, Aufnahme- und Entlasstage, Feiertage, Krankheits- und Urlaubstage sich auf die Berechnung der Häufigkeit der angebotenen Maßnahmengruppen auswirken können.

3 Kliniken, (K6, K38, K48) haben Extremwerte (*) nach oben und nach unten. Bei diesen Kliniken erhalten mehr als 85% aller Patienten dieselbe Anzahl an Maßnahmen (8-9). Die Extremwerte bedeuten, dass maximal 1 bis 3 Patienten höchstens eine Maßnahme mehr oder weniger erhalten haben.

Klinik 7 hat einen Extremwert. Sie teilt ihre neun Patienten in 8 Maßnahmengruppen ein (Median), nur 2 Patienten erhielten eine weitere neunte Maßnahme.

3.2 Zu Frage 2: Welche Verfahren werden innerhalb der Kliniken kombiniert?

Die Kliniken bilden aus unterschiedlichen Maßnahmengruppen ihr Behandlungskonzept. Zur Beantwortung der Frage bzgl. der Kombination der Verfahren wird die Abbildung 2 herangezogen. Lediglich 9 Kliniken boten alle 11 Maßnahmengruppen an (K83; K79; K78; K73; K62; K56; K33; K26; K01).



Legende zur Abb.2:
x-Achse teilnehmende Kliniken
y-Achse Prozentualer Anteil der zur Verfügung gestellten einer jeden Maßnahmengruppe

Abb.2: Prozentuale Darstellung der Kombination der einzelnen Maßnahmengruppen innerhalb des Gesamtbehandlungskonzepts einer jeden Klinik, im Vergleich mit allen teilnehmenden Kliniken.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

Anhand der farblichen Zuordnung der Maßnahmengruppen, kann man sowohl die Vielfalt der Kombinationsmöglichkeiten als auch die Gewichtung der Maßnahmengruppen innerhalb der Kliniken erkennen. Alle Kliniken boten „Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie“ (6), „Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst – Therapie“ (8).

Mehr als 90% der Kliniken hingegen boten die „Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie“ (1), „Essstörungsspezifische Angebote“ (7) und „Sozio-/ Milieutherapie“ an. 84% der Kliniken boten die „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“ (2) an. Etwas mehr als ein Drittel der Kliniken (38%) bot „Verhaltenstherapie und übende Verfahren“ (4) für ihre Patienten an, 51% „Seltene Psychotherapie – Formen/ Angebote“ (3).

23 Kliniken boten „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“ (2) in unterschiedlicher Kombination als sTS an. 29 Kliniken boten „Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie“ (1) als sTS an.

2 Kliniken (K32, K34) boten keine „Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie“ (1) (dunkelblauer Balken) an.

Zu den genannten Maßnahmen wurden am häufigsten die Maßnahmengruppen „Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie“, „Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst – Therapie“ als sTS kombiniert.

An dieser Stelle sollte noch die Maßnahmengruppe „Familientherapie/ Partnertherapie“ erwähnt werden, sie wurde in insgesamt 32 Kliniken angeboten mit Prozentsätzen zwischen 0,1% und 2,6%.

3.3 Zu Frage 3: Wie viel Dosis der verschiedenen Therapien (Frequenz, Dauer) erhalten die Patienten im Durchschnitt pro Woche in der jeweiligen Klinik?

Exemplarisch werden hierfür die Ergebnisse für die Maßnahmengruppe 1 („Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie"), Maßnahmengruppe 2 („Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie") und Maßnahmengruppe 7 („Essstörungsspezifische Angebote") dargestellt.

Zunächst wird die Maßnahmengruppe 1 zur Frage nach der wöchentlichen Intensität (Minuten) anhand Abb.3 betrachtet. Diese Maßnahmengruppe wird von 38 Kliniken angeboten (n = 39 Kliniken). Klinik 34 wurde von dieser Auswertung ausgenommen, da sie diese Maßnahmengruppe nicht vorhielt.

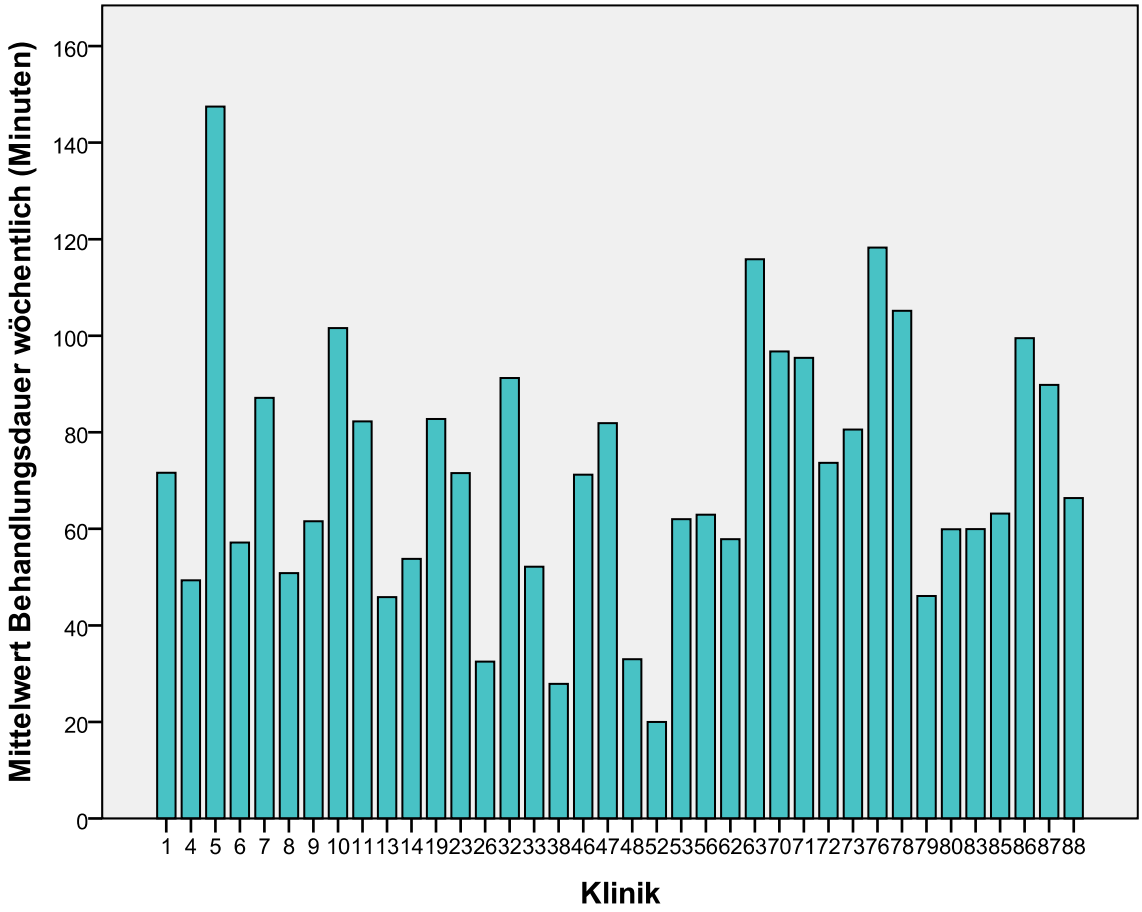


Abb.3: Mittelwerte der wöchentlichen Behandlungsdauer der Maßnahmengruppe 1, („Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Einzeltherapie"), einer jeden eingeschlossenen Klinik im Vergleich.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie".

Der gerundete Mittelwert (MW) der wöchentlichen Behandlungsdauer der Maßnahme „Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie“ lag bei 67 Minuten, die Standardabweichung bei 30 Minuten und der Median bei 60 Minuten. Zieht man den gerundeten Mittelwert als Orientierungshilfe heran so lassen sich folgende Aussagen machen. ~36% der Kliniken (14) liegen nah am wöchentlichen MW von 67 Minuten (+/-10 Minuten). Ebenfalls fast ~36 % der Kliniken liegen teils erheblich über dem MW (von +25 bis +80 Minuten), die übrigen Kliniken (~26%) liegen unter den MW (-17 bis -47 Minuten). Klink 5 bietet mit 147 Minuten die höchste Dauer pro Woche an. 3 Kliniken (K10, K63, K78) liegen mit um 100 Minuten pro Woche auf 2-mal verteilt nah an der üblichen Zeiteinheit einer Stunde Psychotherapie.

Legt man der Auswertung die übliche Dauer einer Einzelstunde von 50 Minuten zugrunde, so wird ein Zusammenhang zwischen Dauer und Frequenz erkennbar. Sehr hohe Minutenwerte pro Woche (>100 Minuten) stehen hier immer im Zusammenhang mit einer hohen Frequenz. Der Umkehrschluss, dass niedrige Minutenwerte automatisch mit einer niedrigen Frequenz zusammenhängt ist hier jedoch nicht korrekt (siehe hier zur Betrachtung der wöchentlichen Frequenz Abb. 4).

Als Beispiel sei Klinik 26 herangezogen, sie bietet insgesamt rund 30 Minuten an, die auf 3 Einzeltermine à 10 Minuten aufgeteilt wurden. Eine solch niedrige Dosis, kann nicht als eine dreimalige Behandlungseinheit im Sinne einer Psycho-dynamischen Therapie gewertet werden, allenfalls als stützende Gespräche. Eine Einzeltherapiestunde mit deutlich mehr als 50 Minuten (ab +50 Minuten) kommt sehr selten vor, ebenso eine Einzelstunde mit weniger als 45 Minuten.

Im Folgenden wird die wöchentliche Frequenz „Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie“ (Maßnahmengruppe 1) dargestellt.

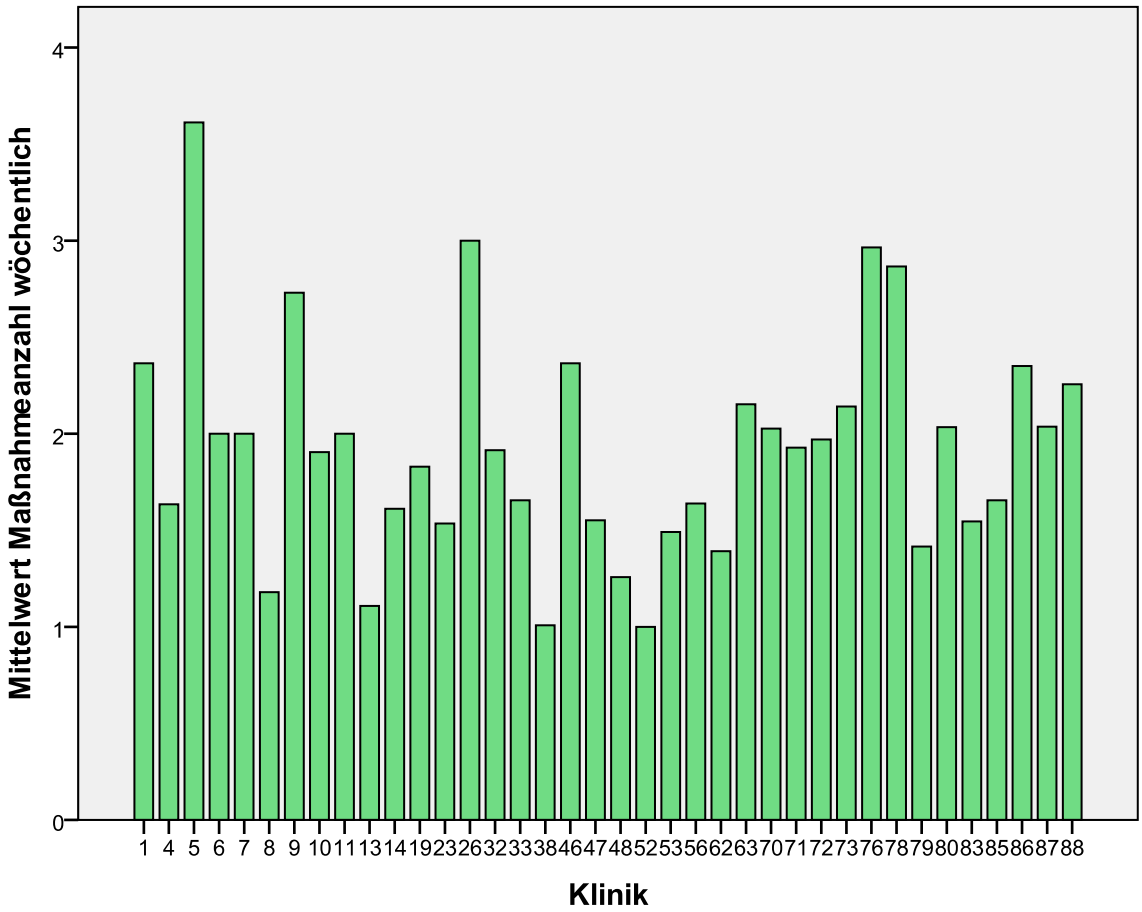


Abb.4: Mittelwerte der wöchentlichen Frequenz der Maßnahmengruppe 1 („Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie“), einer jeden eingeschlossenen Klinik im Vergleich.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

Der gerundete Mittelwert der angebotenen Frequenz pro Woche lag bei 1,7, die Standardabweichung bei 0,6 und der Median bei 1,8. Zieht man den gerundeten MW mit 1,7 als Orientierungshilfe heran, so liegen 15 Kliniken (~39%) mit ihrem wöchentlichen Angebot zwischen 1,5 bis 1,9 sehr nah am MW. ~39% der Kliniken lagen mir ihrem Angebot teils deutlich (> 3-mal) über dem MW.

Hervorzuheben ist, dass sich die Klinik 5 hinsichtlich des zeitlichen Angebotes (147 Minuten pro Woche) und der wöchentlichen Frequenz (3,6-mal pro Woche)

deutlich von den anderen Kliniken unterscheidet. Ebenso stellt Klinik 52 eine Ausnahme dar aufgrund ihrer Kombination aus niedriger Dauer und niedriger Frequenz (1-mal 20 Minuten pro Woche).

Zusammenfassend ist jedoch zu konstatieren, dass eine hohe Frequenz nicht immer gleichzeitig mit einer hohen Dauer vergesellschaftet ist. Es gibt Kliniken die diese Maßnahme mehrmals pro Woche anbieten, jedoch nicht in der Dauer einer üblichen therapeutischen Stunde von 50 Minuten, (K26: 30 Minuten/ Woche aufgeteilt auf 3 Einzeltermine à 10 Minuten).

In der folgenden Abbildung werden die Ergebnisse der Maßnahmegruppe 2 („Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“) hinsichtlich der wöchentlichen Dauer dargestellt.

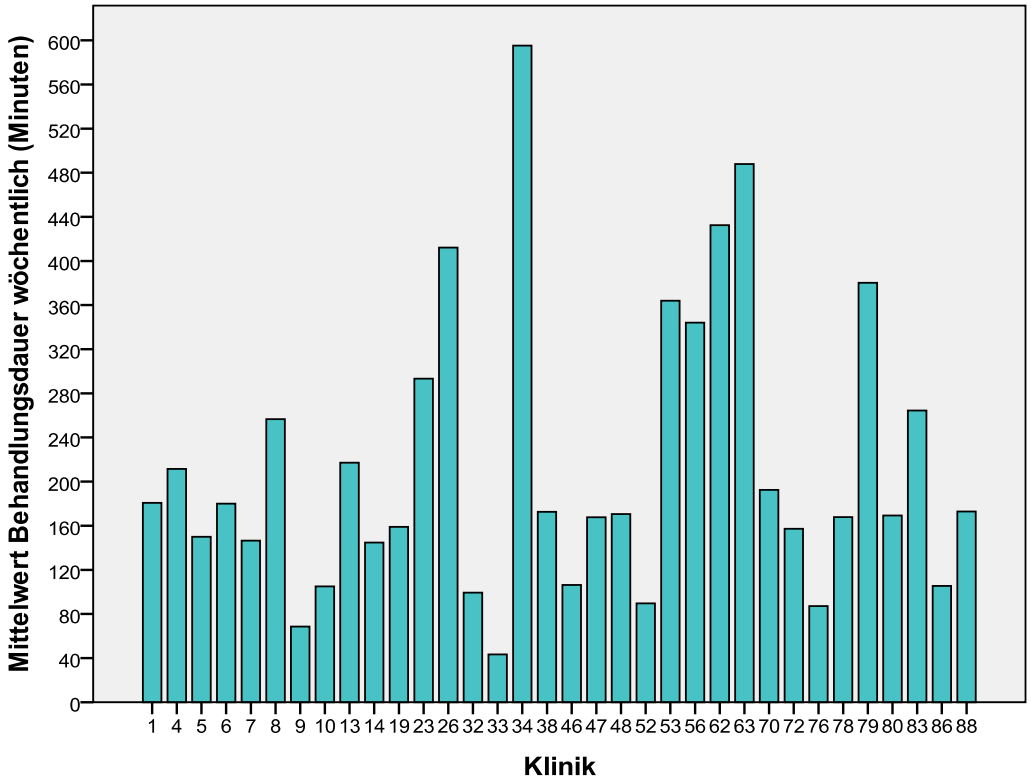


Abb.5: Darstellung der Mittelwerte der wöchentlichen Behandlungsdauer der Maßnahmengruppe 2 („Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“) einer jeden eingeschlossenen Klinik im Vergleich.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

Die Maßnahmengruppe 2 wird von 34 Kliniken angeboten. Die Kliniken K11 und K85 wurden ausgeschlossen, da sie das Angebot nicht vorhielten, die Kliniken K71, K73; K87 wurden ausgeschlossen, da sie lediglich einen Patienten mit dieser Maßnahmengruppe behandelten. Die übliche Dauer einer Gruppentherapie kann zwischen 40 Minuten und max. 120 Minuten je Behandlungseinheit betragen. Hier gilt es zu beachten, dass es sich um das Wochenangebot an Gruppentherapie handelt und dass die Dauer pro Woche häufig durch mehrere Therapiesitzungen erreicht werden kann. Der gerundete Mittelwert der wöchentlichen Behandlungsdauer für diese Maßnahme betrug über alle Kliniken hinweg 221 Minuten, die Standardabweichung 109 Minuten und der Median 210 Minuten. Dieser MW scheint zunächst viel zu hoch

zu sein, doch 1/3 der Kliniken lagen mit ihrem MW teils mehr als das 2,5 fache über dem MW von 221 Minuten. Zieht man zur Auswertung den gerundeten MW von 221 Minuten heran kann folgendes festgestellt werden. 22 Kliniken (~64%) lagen unter dem MW (221 Min) zwischen 30 - 200 Minuten, 14 Kliniken davon hatten einen MW zwischen 140 und 200 Minuten, lediglich 2 Kliniken lagen zwischen 210-220 Minuten. 10 Kliniken lagen mit ihrem MW mit bis zu 595 Minuten teils deutlich über dem gerundeten MW von 221 Minuten. 7 Kliniken davon (K34, K53, K56, K62, K63, K79) bieten die Maßnahme zwischen 340 und 595 Minuten pro Woche an und arbeiten somit sehr intensiv gruppentherapeutisch. Klinik 33 bot diese Maßnahme 43 Minuten (MW) an und ist somit ebenso eine Besonderheit, wie Klinik 34. Diese bot die Maßnahme 595 Minuten pro Woche an.

In der folgenden Abbildung (Abb.6) wird der Mittelwert der wöchentlichen Frequenz der Maßnahmengruppe 2 „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“ dargestellt.

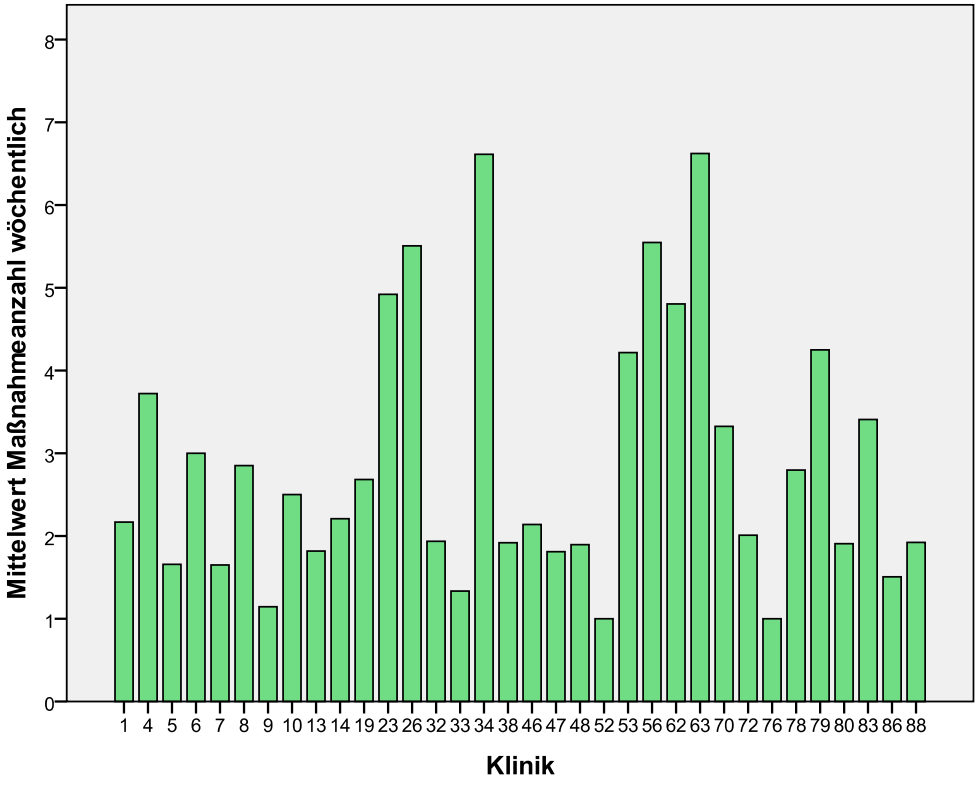


Abb.6: Mittelwerte der wöchentlichen Frequenz der Maßnahmengruppe 2 („Psychodynamischen Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“) einer jeden eingeschlossenen Klinik im Vergleich.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

Die Kliniken K85 und K11 wurden ausgeschlossen, da sie das Angebot nicht vorhielten. K71, K73, K87 wurden ausgeschlossen, da nur ein Patient diese Maßnahmengruppe erhielt. Bei der „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“ lag der gerundete Mittelwert des wöchentlichen Angebots bei 2,6-mal, die Standardabweichung bei 1,4 und der Median bei 2,0. 8 Kliniken liegen mit ihrem Angebot nah am MW (2,6-mal pro Woche) mit 2,1 bis 3,0. 7 Kliniken liegen mit ihrem MW zwischen 1,0 und 2,0 teils deutlich unter dem gerundetem MW. 4 Kliniken (K9, K33, K52, K76) liegen mit 1,0 bis 1,1-mal erheblich unter dem MW. 11 Kliniken bieten die Maßnahme zwischen 3,3 und 6,6-mal an, 4 Kliniken (K26, K56; K62, 63) liegen mit 5,5 – 6,5 erheblich über dem MW von 2,6.

Zusammenfassend kann man bei dieser Maßnahme eine große Heterogenität hinsichtlich der wöchentlichen Frequenz und Dauer konstatieren. Auch hier besteht nicht immer ein zwingender Zusammenhang zwischen hoher Frequenz und hoher Dauer (K4: ~3,8-mal pro Woche, 220 Minuten pro Woche, das ergibt knapp 60 Minuten je Einheit). Klinik 6 bietet diese Maßnahme 3-mal pro Woche 60 Minuten an (180 Minuten), Klinik 72 2-mal 90 Minuten pro Woche. Klinik 34 bietet sie mit 595 Minuten am intensivsten und mit 6,6-mal pro Woche am häufigsten an.

In der folgenden Abbildung wird die wöchentliche Dauer der Maßnahmengruppe 7 „Essstörungsspezifische Angebote“ dargestellt.

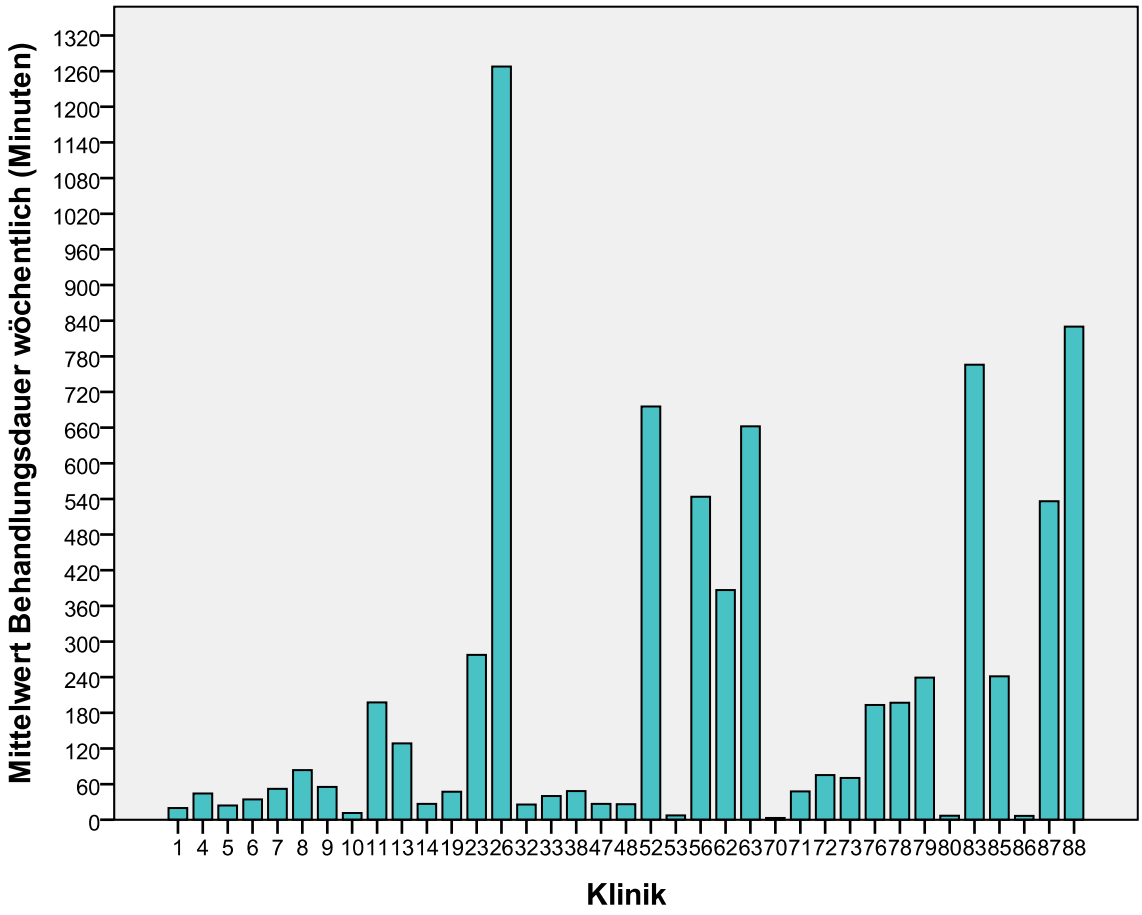


Abb.7: Mittelwerte der wöchentlichen Dauer der Maßnahmengruppe 7 („Essstörungsspezifische Angebote“) einer jeden eingeschlossenen Klinik im Vergleich.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

Die Kliniken K34 und K46 wurden ausgeschlossen, da sie dieses Angebot nicht vorhielten. Der gerundete MW der wöchentlichen Behandlungsdauer einer Maßnahme aus der Maßnahmengruppe 7 war 145 Minuten, die Standardabweichung 313 Minuten und der Median 61 Minuten. Zieht man den MW mit 145 Minuten als Orientierungsmaß heran, lässt sich folgendes feststellen.

23 Kliniken, also ~62% liegen unter dem MW, davon haben 5 Kliniken einen MW zwischen 2 und 10 Minuten (diese wiegen die Patienten nur). Klinik 70 bot diese Maßnahme 2 Minuten an und Klinik 80 5 Minuten. 14 Kliniken liegen mit ihren Zeiten über dem MW von 145 Minuten, davon 7 Kliniken (K26, K52, K 56, K63, K83, K87; K88) erheblich mit 695 bis 1267 Minuten (hier wird jede Mahlzeit durch eine Pflegekraft oder Therapeuten begleitet). Hier steht die Dosis mit der Häufigkeit in Beziehung. In dieser Maßnahmengruppe ist am deutlichsten die

Heterogenität des Angebotsspektrums ablesbar. Sie wird hier unter anderem durch die unterschiedlichen Leistungen wie Essbegleitung, Ernährungsberatung, Wiegen etc. bestimmt, die in dieser Maßnahmengruppe zusammengefasst wurden. Die Kliniken, die zeitlich erheblich unter dem gerundeten MW (3-10 Minuten pro Woche) lagen, beschränkten ihr Angebot aus dieser Maßnahmen-gruppe auf das Wiegen. Die Kliniken, die mit ihrem Minutenangebot deutlich darüber dem lagen, boten zudem bspw. Essbegleitungen in unterschiedlicher Dauer an.

Nachfolgende Abbildung zeigt die Darstellung der Frequenz der Maßnahmengruppe 7, „Essstörungsspezifische Angebote.

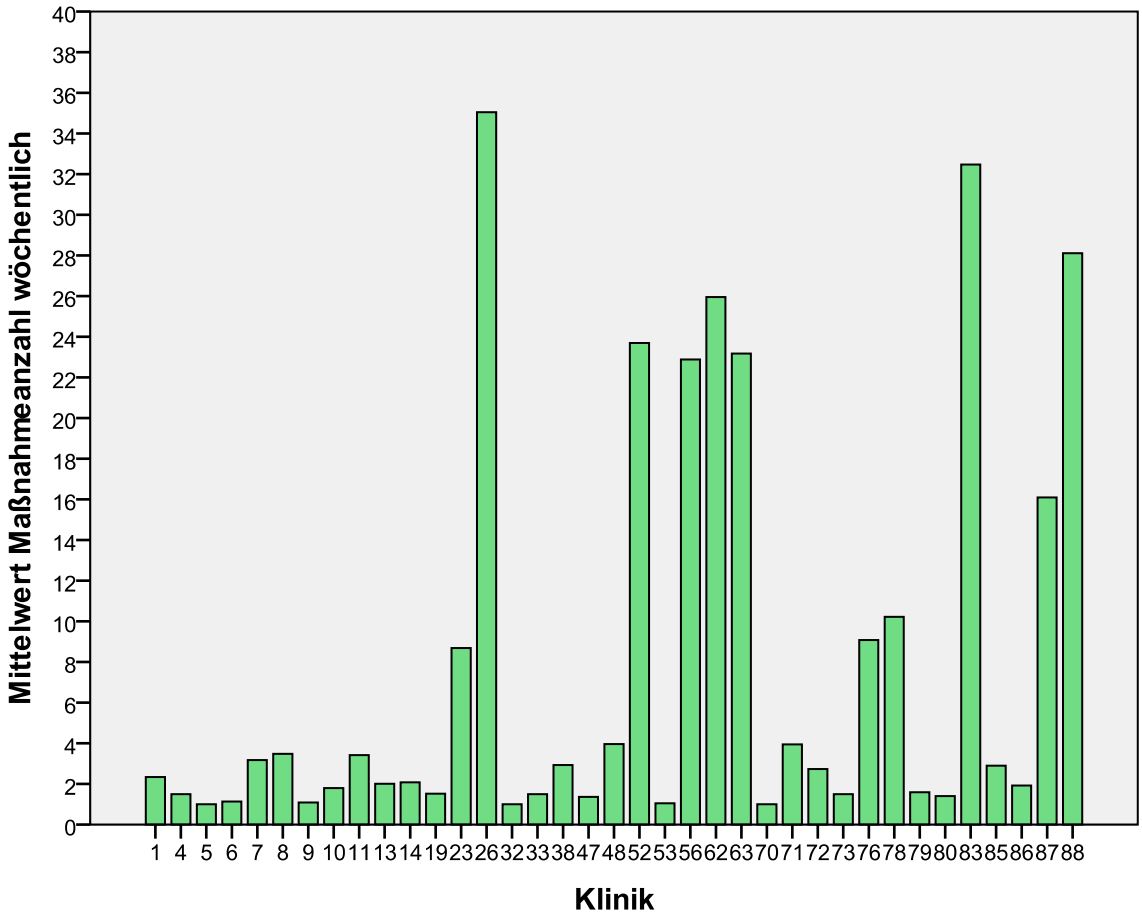


Abb.8: Darstellung der Mittelwerte der wöchentlichen Frequenz der Maßnahmengruppe 7 („Essstörungsspezifische Angebote“) einer jeden eingeschlossenen Klinik im Vergleich.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

Die Kliniken K34 und K46 wurden von dieser Berechnung ausgeschlossen, da sie dieses Angebot nicht vorhielten. Es wurden 37 Kliniken eingeschlossen. Der gerundete Mittelwert der wöchentlichen Maßnahmenanzahl der Maßnahmen-gruppe 7, „Essstörungsspezifische Angebote“ betrug 4,5, die Standardabweichung 7,9 und der Median 2.

13 Kliniken (~34%) liegen mit ihrem MW zwischen 1,0 und 1,5.

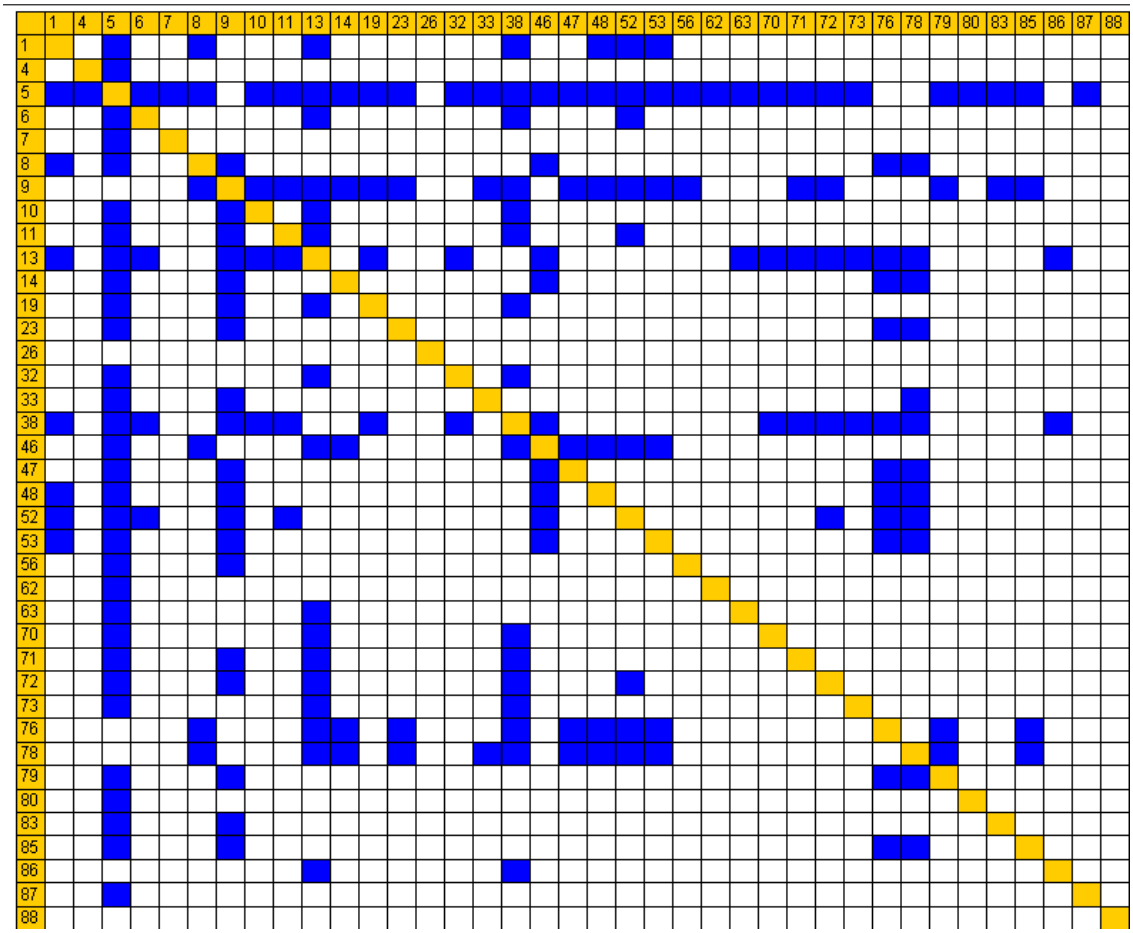
8 Kliniken liegen zwischen 1,7- bis 2,9. Weitere 7 Kliniken liegen zwischen 3,1 und 3,9 und zwei Kliniken zwischen 8,6 und 9,0.

9 Kliniken (~28%) weisen die höchste Abweichung zum MW auf und bieten die Maßnahme zwischen 10-mal und 35-mal pro Woche an. Das heißt 11 Kliniken (~29%) bieten 2- bis 7 häufiger diese Maßnahme an als die übrigen Kliniken. Das bedeutet, das knapp 1/3 der 37 Kliniken weniger und knapp 1/3 der Kliniken diese Maßnahme sehr viel häufiger anbieten, als es der gerundete MW vermuten lässt.

Klinik 26 und Klinik 70 werden hier näher betrachtet. Klinik 26 zeigt bezüglich des wöchentlichen Umfangs ein Höchstmaß an Intensität mit 1267 Minuten und einer Frequenz von 33-mal pro Woche (alle Mahlzeiten des Tages wurden intensiv begleitet). Hier kann ein hoher Stellenwert im Hinblick auf die Maßnahmengruppe 7 „Essstörungsspezifischen Angebote“ festgestellt werden. Klinik 70 hingegen verwendet nur ein Element – wiegen – mit 1-mal 2 Minuten pro Woche aus dieser Maßnahmengruppe, was für eine Klinik die sich mit der Behandlung von Essstörungen befasst ungewöhnlich scheint In diesem Zusammenhang seien auch die Kliniken K34 und K46 genannt, die kein Angebot aus dieser Maßnahmen-gruppe vorhielten.

3.4 Zu Frage 4. Bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken

Per Varianzanalyse und nachfolgenden Anschlusstests wurden Behandlungsdauern der Maßnahmen und die Häufigkeit pro Woche zwischen den Kliniken verglichen. Dies geschah für folgende Maßnahmengruppen: 1. „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Einzeltherapie“, 2. „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“, 7. Essstörungsspezifische Angebote. Die Unterschiede beim Vergleich der wöchentlichen Anzahl der Maßnahmengruppe 1 „Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie“ waren hoch signifikant ($p < 0{,}001$). Im Anschlusstest wurde jede Klinik mit jeder anderen verglichen. Hier zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede. In Abb.9 wird jeder dieser Vergleiche dargestellt, ist das Feld blau markiert, so lag ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Kliniken vor.



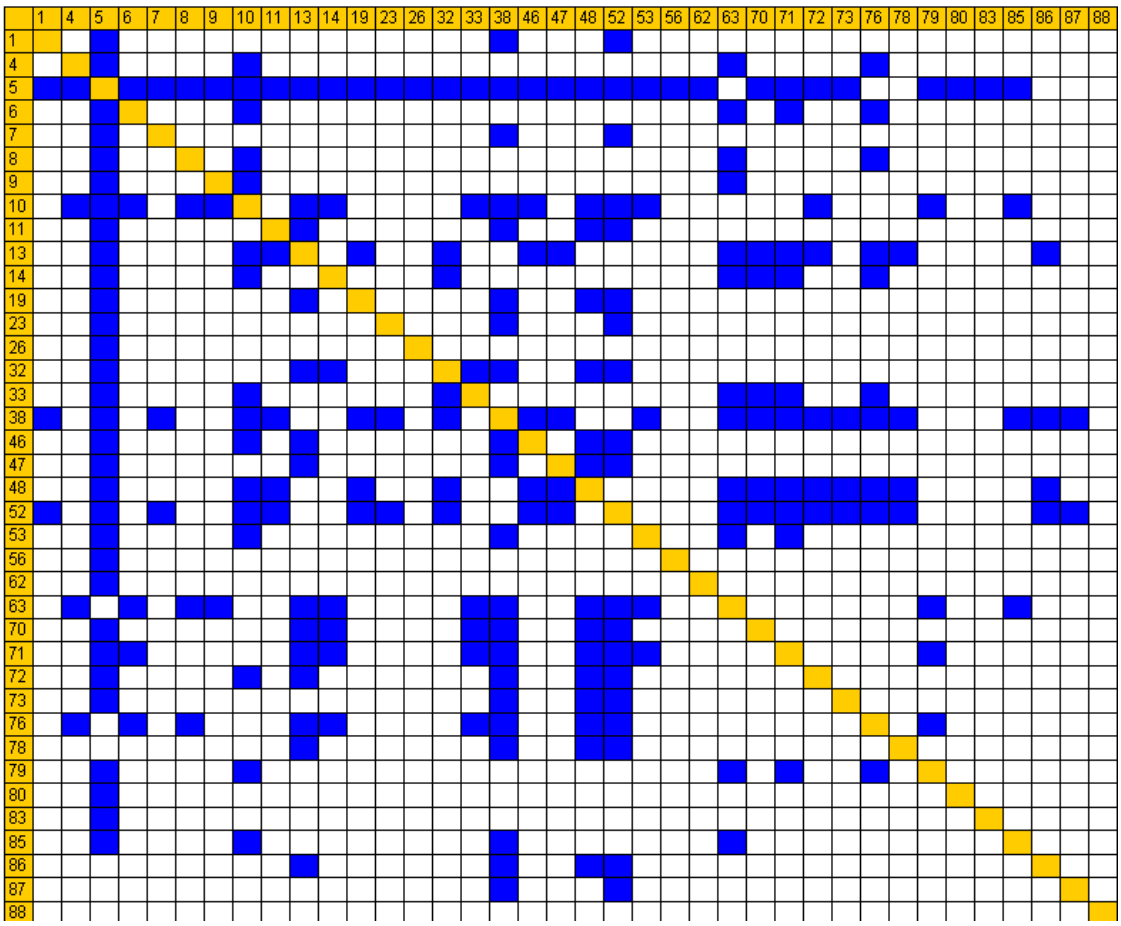
Legende zur Abb.9:
x-Achse Kliniknummern
y-Achse Kliniknummern
Blaue Kästchen signifikante Unterschiede

Abb.9: Vergleiche der Kliniken untereinander, hinsichtlich der signifikanten Unterschiede bei der wöchentlichen Frequenz der Maßnahmen gruppe 1 („Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Einzeltherapie"), einer jeden eingeschlossenen Klinik.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie".

Es zeigten sich 130 signifikante Unterschiede zwischen 2 Kliniken (bei insgesamt 722 Vergleichen). Besonders auffällig ist Klinik 5, da sie sich von 32 Kliniken signifikant unterscheidet. Sie bietet die Maßnahmengruppe 1 im Mittel 3,6-mal-pro- Woche (max. 5,8-mal) an. Lediglich mit sechs Kliniken weist sie keine signifikanten Unterschiede auf. (K 9, K 26, K 76, K 78, K 86, K 88), diese Kliniken bot ihren Patienten diese Maßnahme zwischen 2,2-3,0-mal pro Woche an.

Das Ergebnis der Varianzanalyse beim Vergleich der wöchentlichen Dauer der Maßnahmengruppe 1 („Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie") war ebenfalls hochsignifikant ($p < 0{,}001$). Auch hier zeigten

sich in den Anschlusstests, (Vergleich jede Klinik mit jeder) signifikante Unterschiede, die in folgender Abbildung (Abb.10) dargestellt werden.

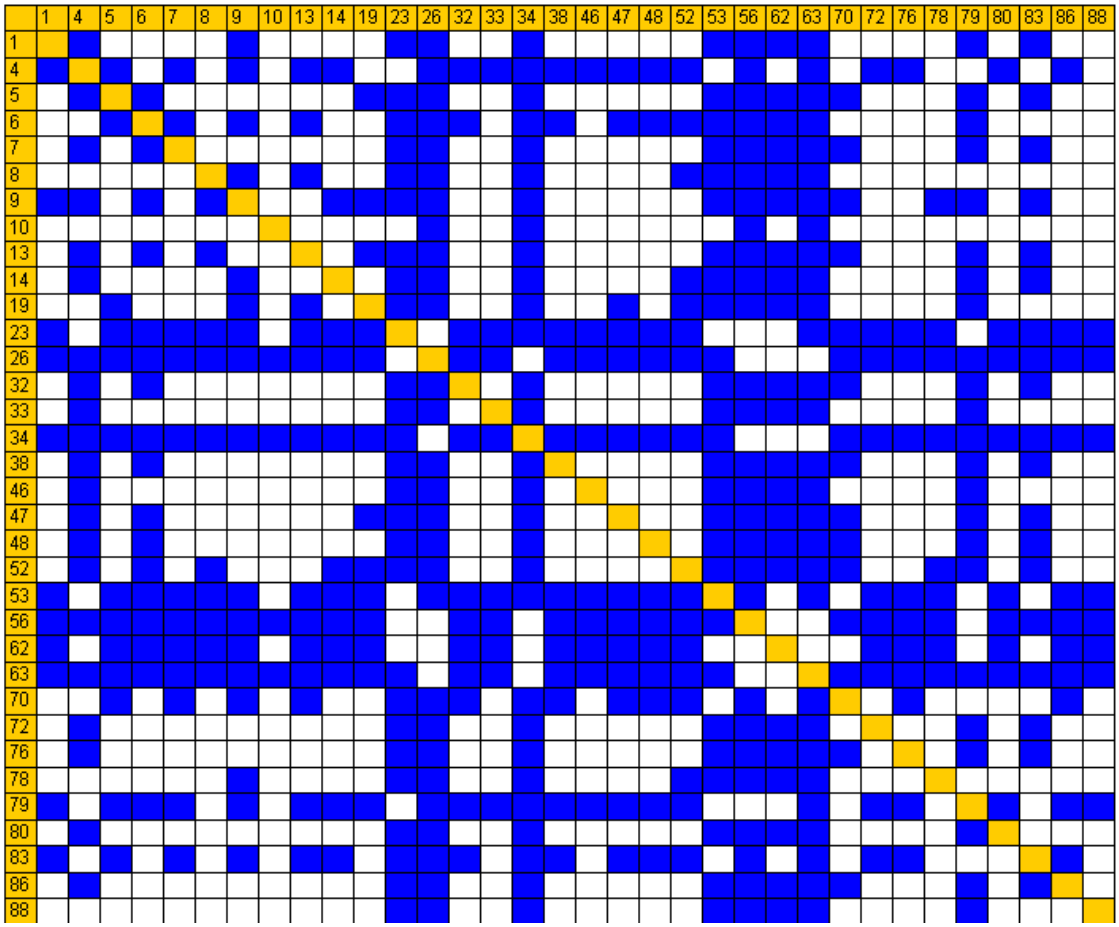


Legende zur Abb.10:
x-Achse Kliniknummern
y-Achse Kliniknummern
Blaue Kästchen signifikante Unterschiede

Abb.10: Vergleiche der Kliniken untereinander, hinsichtlich der signifikanten Unterschiede bei der wöchentlichen Dauer der Maßnahmengruppe 1 („Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Einzeltherapie“), einer jeden eingeschlossenen Klinik.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

Bei 722 durchgeführten Vergleichen hinsichtlich der wöchentlichen Dauer der Maßnahmengruppe 1 zeigten sich 150 signifikante Unterschiede zwischen 2 Kliniken. Klinik 5 unterschied sich auch hier bezüglich der wöchentlichen Dauer signifikant von den übrigen 32 Kliniken. Keine Unterschiede bestanden zu 6 Kliniken (K 63, K 76, K 78, K 86, K 87, K 88) finden. Die Auswertungen für die Maßnahmengruppen 2. („Psychodynamische Psychotherapien/ analytische

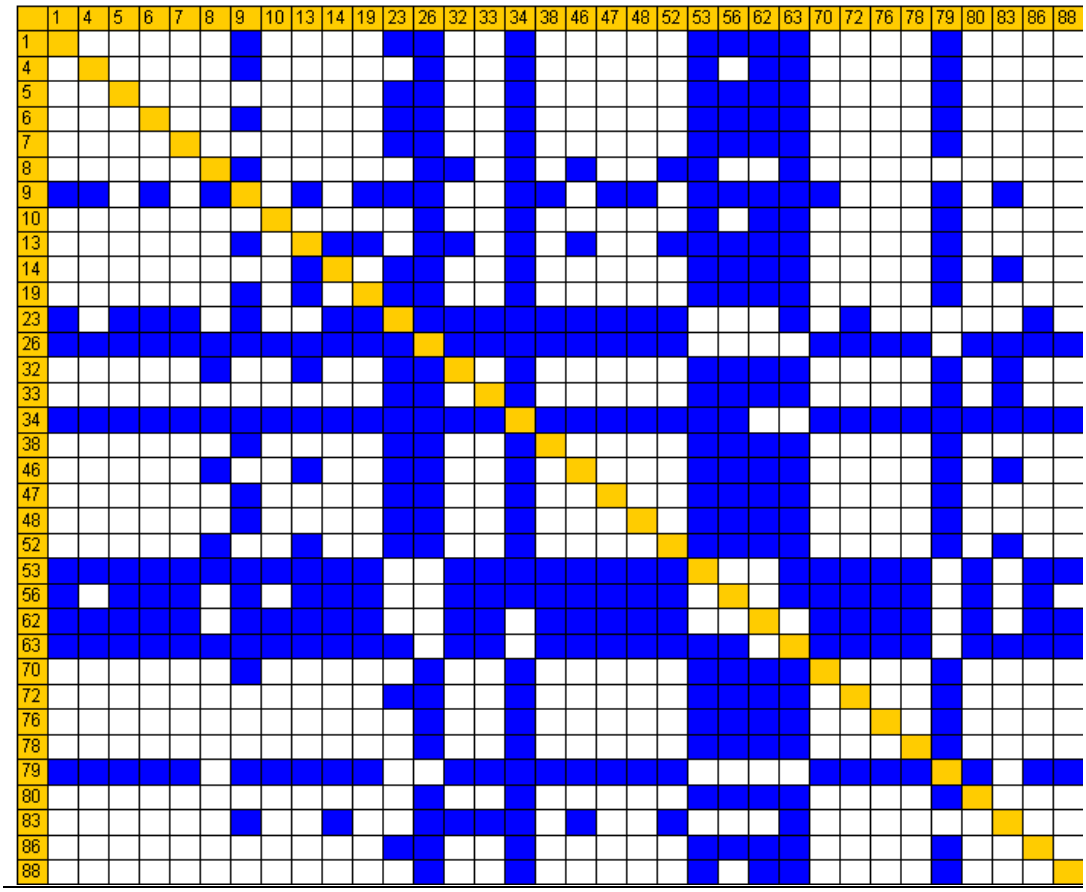
Therapien Gruppentherapie“) und 7. („Essstörungsspezifische Angebote“) folgen demselben Schema. Auch hier waren die Unterschiede beim Vergleich der Behandlungsdauern und der Behandlungshäufigkeiten in der Varianzanalyse hochsignifikant ebenso ließen sich in den Anschlusstests, in dem jede Klinik mit jeder anderen verglichen wurde, signifikante Unterschiede feststellen. Die Ergebnisse werden in den Abb. 11-14 dargestellt und im Anschluss kurz kommentiert.



Legende zur Abb.11:
x-Achse Kliniknummern
y-Achse Kliniknummern
Blaue Kästchen signifikante Unterschiede

Abb.11: Darstellung der Vergleiche der Kliniken untereinander, hinsichtlich der signifikanten Unterschiede bei der wöchentlichen Anzahl der Maßnahmengruppe 2 („Psychodynamischen Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“) einer jeden eingeschlossenen Klinik im Vergleich.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

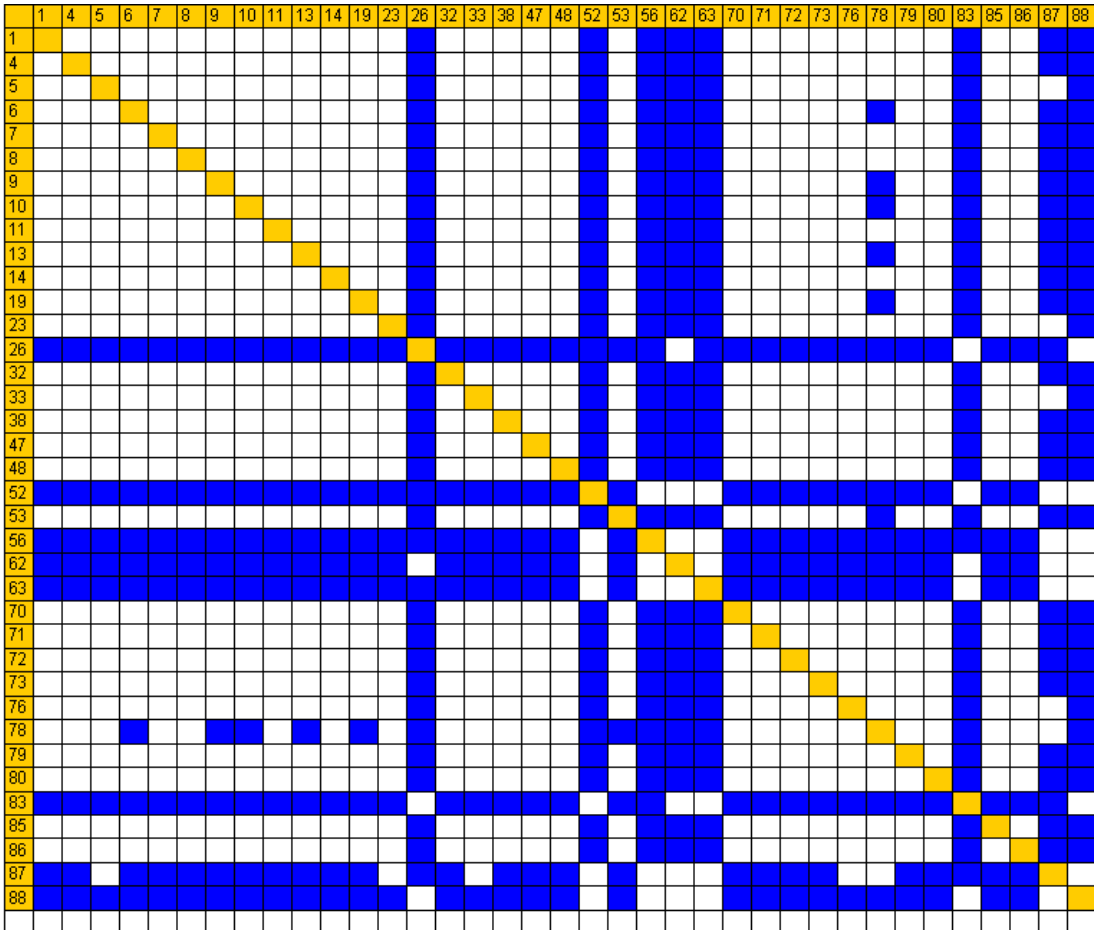
Es wurden 5 Kliniken ausgeschlossen, da sie dieses Angebot nicht vorhielten (K11, K71, K73, K85, K87). Bei 578 Vergleichen bezüglich der wöchentlichen Anzahl der Maßnahmengruppe 2 kam es zu 280 signifikanten Unterschieden. Sechs Kliniken (K26, K23, K26, K34, K53, K56, K63) zeigten im Vergleich zu den übrigen 28 Kliniken die geringsten Übereinstimmungen, diese Kliniken weisen die höchsten Mittelwerte bei der Anzahl auf.



Legende zur Abb.12:
x-Achse Kliniknummern
y-Achse Kliniknummern
Blaue Kästchen signifikante Unterschiede

Abb.12: Darstellung der Vergleiche der Kliniken untereinander, hinsichtlich der signifikanten Unterschiede bei wöchentlichen Dauer der Maßnahmengruppe 2 („Psychodynamischen Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“) einer jeden eingeschlossenen Klinik im Vergleich.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

Bei 578 Vergleichen kam es zu 228 signifikanten Unterschieden im Hinblick auf die wöchentliche Dauer der Gruppentherapien. 6 Kliniken (K26, K34, K53, K62, K63, K79) unterschieden sich signifikant von den übrigen Kliniken, die Dauer ist bei diesen wesentlich länger (360 Minuten – 595 Minuten pro Woche).

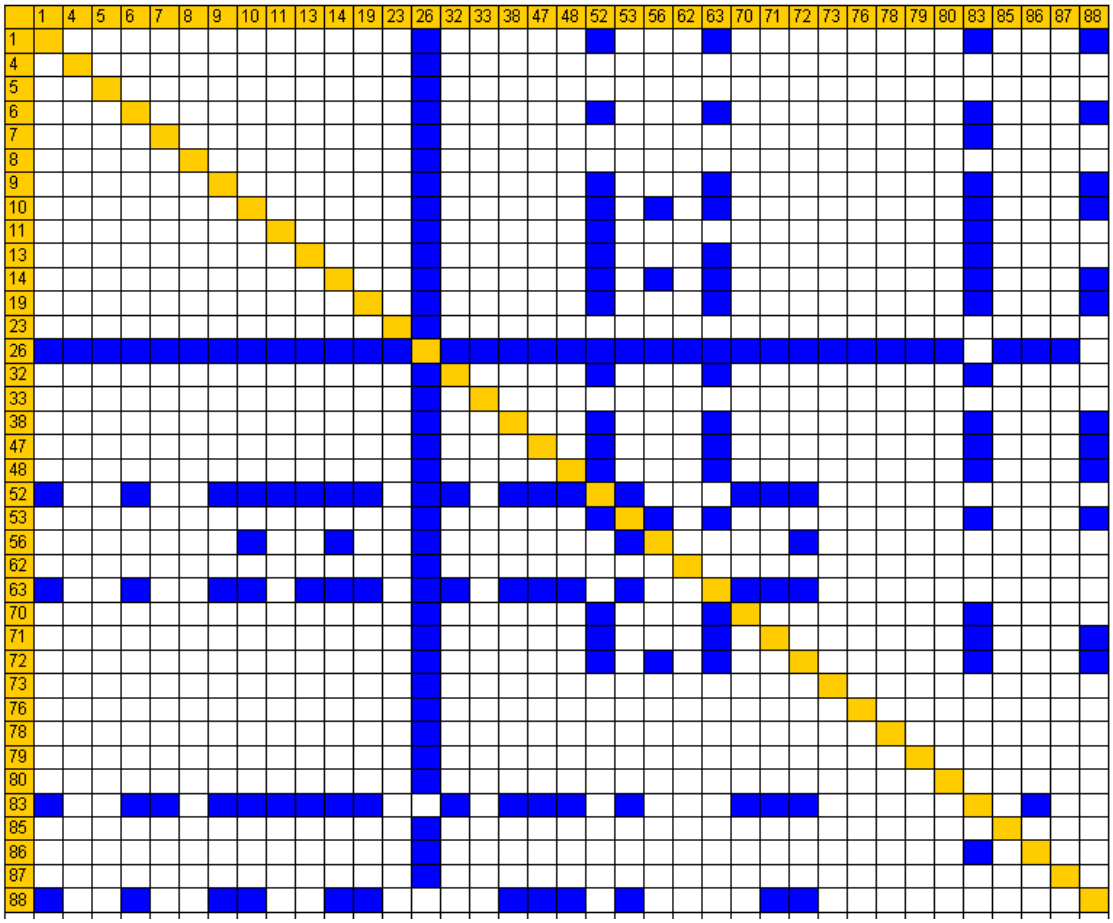


Legende zur Abb.13:
x-Achse Kliniknummern
y-Achse Kliniknummern
Blaue Kästchen signifikante Unterschiede

Abb.13: Vergleiche der Kliniken untereinander, hinsichtlich der signifikanten Unterschiede bei der wöchentlichen Anzahl der Maßnahmengruppe 7 („ Essstörungsspezifischen Angebote“).
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

Es wurden 2 Kliniken ausgeschlossen, da sie dieses Angebot nicht vorhielten. Bei 685 Vergleichen bezüglich der wöchentlichen Anzahl dieser Maßnahme ergaben sich 285 signifikante Unterschiede. 8 Kliniken (K26, K52, K56, K62, K63, K83, K87, K88) zeigen signifikante Unterschiede zu den übrigen 32 Kliniken. Diese Kliniken

ähneln sich, weil sie die Maßnahme ihren Patienten zwischen 16 und 35 Mal pro Woche anbieten (z. B. jede Mahlzeit wird begleitet). Im Gegensatz dazu bewegt sich die Zahl der wöchentlichen Angebote der anderen Kliniken deutlich im einstelligen Bereich bewegt (ein- bis zweimal Wiegen oder Ernährungsberatung etc).



Legende zur Abb.14:
x-Achse Kliniknummern
y-Achse Kliniknummern
Blaue Kästchen signifikante Unterschiede

Abb.14: Vergleiche der Kliniken untereinander, hinsichtlich der signifikanten Unterschiede bei der wöchentlichen Dauer der Maßnahmengruppe 7 („Essstörungsspezifische Angebote“).
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

Bei 685 Vergleichen bezüglich der wöchentlichen Dauer der Maßnahmengruppe 7 „Essstörungsspezifische Angebote“ ergaben sich 116 signifikante Unterschiede. Hier sei als Beispiel die Klinik (K26) genannt. Sie unterscheidet sich bis auf 3

Kliniken (K 62, K83, K88) signifikant von den übrigen Kliniken. Die Unterschiede zeigten sich in den Maximalwerten der gesamten wöchentlichen Behandlungsdauer von 900 bis 1500 Minuten. Zu diesen hohen Behandlungszeiten kommt es, da diese Kliniken jede Mahlzeit, die die Patienten eingenommen haben (bis zu 5 Mahlzeiten pro Tag), von einem Mitarbeiter betreut wurde oder das so genannte ganztägige „Essmarathon“ durchgeführt wurden. Sonst fanden sich hier weniger signifikante Unterschiede als in den anderen Bergleichen. Das liegt daran, dass die angebotenen Maßnahmen wie zum Beispiel das Wiegen in allen Kliniken ungefähr gleich lang dauert (2-7 Minuten).

3.5 Zu Frage 5: Wie viel der Maßnahme „Verhaltenstherapien und verhaltenstherapeutisch übende Verfahren“ wurde in den psychodynamisch orientierten Kliniken angeboten?

In einer Berechung hinsichtlich der über den Erhebungszeitraum erbrachten Leistungen der einzelnen Maßnahmengruppen konnte festgestellt werden, dass diese Maßnahmengruppe lediglich 1,3% aus dem Gesamtmaßnahmenpool, der gleich 100% gesetzt wurde, ausmachte. Die Kliniken K26, K78 boten diese Maßnahme als TS, 3 Kliniken (K8, K56, K62) als sTS an. Zehn Kliniken (K1, K5, K14, K23, K33, K63, K71, K73, K79, K83, K88) boten Elemente hieraus an, ohne dass die Kriterien für ein TS, sTS oder HAM erreicht wurden, die prozentuale Dauer lag hier zwischen 0,1 und 8,6%. Das sind immerhin 38% der Kliniken (15 Kliniken) die diese Maßnahme anbieten. Aus Abb. 15 kann man die Verteilung der verschiedenen Therapiemaßnahmen über alle Kliniken hinweg erkennen.

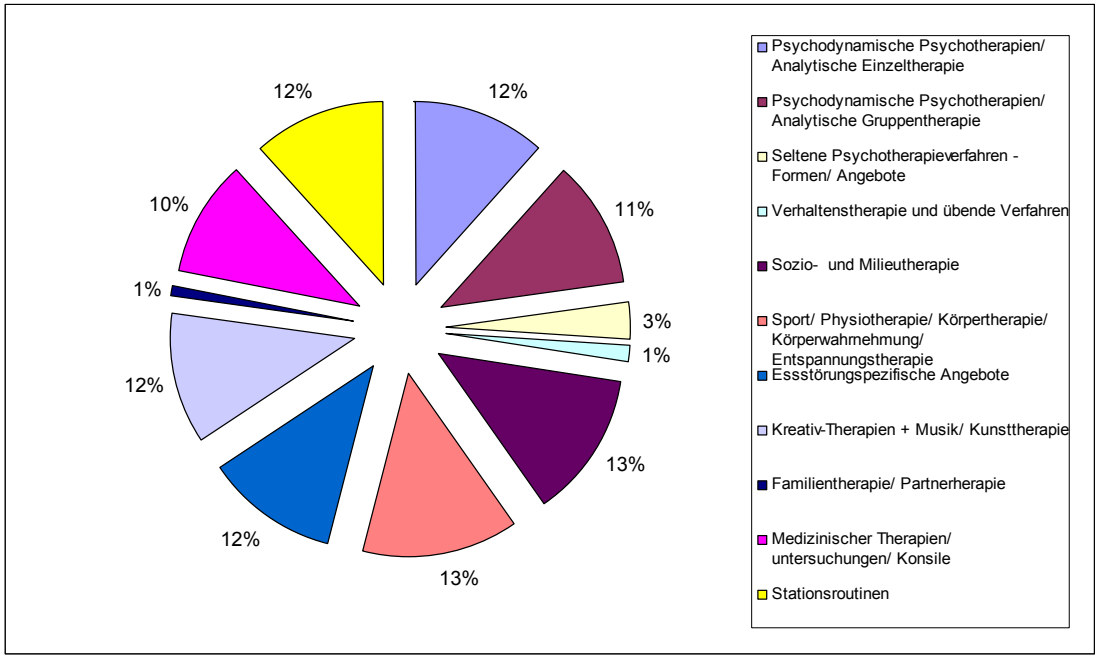


Abb.15: Prozentuale Verteilung aller 11 Maßnahmengruppen über alle Kliniken hinweg, innerhalb des Erhebungszeitraums.
Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“.

4. Diskussion

4.1. Diskussion der Datenerhebung und der Methodik

Die Methodik dieser Arbeit umfasste die Auswertung und Analyse eines bereits bestehenden Datensatzes (MZ-ESS) hinsichtlich der Frequenz, der Dosis und des Settings von bereits erbrachten Behandlungsleistungen im Rahmen einer stationären psychodynamischen Behandlung von Patienten mit Essstörungen. Um diesen Datensatz hinsichtlich der Fragestellungen dieser Arbeit entsprechend analysieren zu können musste der bestehende SPSS Datensatz in Excel übertragen werden. Erst dort konnte die enorme Fülle an Daten (mehr als 88.000 Datensätzen) bearbeitet werden. Das der bestehende Datensatz mehr als 10 Jahre alt ist, beeinträchtigt die Interpretation der Ergebnisse und die Darstellung nur wenig, da sich die Behandlungen in den letzten Jahren sich im Großen und Ganzen wohl kaum verändert haben dürften (*Schauenburg et al. 2007*).

4.2. Diskussion der Ergebnisse

Bisher gibt es noch keine vergleichbare Arbeit, die sich mit einer solch großen Vielfalt an Therapieverfahren/ Behandlungsangeboten und deren Kombinationen während einer stationären Behandlung von Patienten mit Essstörungen befasst hat. Diese Arbeit stützt sich auf die Datenerhebung einer bisher einzigartigen Multizenterstudie (MZ-ESS) welche unter anderem die Dauer des stationären Aufenthaltes in Beziehung zum Therapieerfolg stellte. (Kächele et al. 2001; von Wietersheim 2004, von Wietersheim 2008). Hier wurden nicht nur Daten hinsichtlich der Aufenthaltsdauer und des Outcome erfasst, sondern auch jede einzelne Maßnahme, welche ein Patient erhalten hat (Dauer und Frequenz, durchführendes Personal). Diese Daten wurden in den Kliniken erhoben.

In Frage 1 sollte erfasst werden, wie viele verschiedene Maßnahmen essgestörte Patienten im Rahmen einer stationären Behandlung erhalten. Hier zeigte sich eine recht große Heterogenität hinsichtlich der eingesetzten Maßnahmen, der Kombination der Maßnahmen sowie deren Dauer und Frequenz. Alle Kliniken haben ein eigenes Programm, das mehr oder weniger standardisiert ist. Es scheint aber so etwas wie ein „Common trunk“ zu bestehen, zusammengesetzt aus den

Elementen Psychotherapie, Kreativtherapie und Körperwahrnehmung. Der „Common trunk“ entspricht den „HAM“ - den Häufig Angebotenen Maßnahmen - in dieser Arbeit. Die „HAM“ sind in allen Kliniken zu finden, und sie setzten sich aus den verschiedenen Bausteinen, die in den 11 Maßnahmengruppen zusammengefasst wurden, zusammen. Es ergaben sich zum Teil erstaunliche Ergebnisse. So gibt es Kliniken, die keine „Essstörungsspezifischen Angebote“ (Maßnahmengruppe 7) oder keine Gruppen- oder Einzeltherapien für ihre Patienten vorhalten, dafür bieten andere Kliniken aber „exotische“ Therapiemaßnahmen an wie „Taketina, Märchenmalen, Bogenschießen“ an. Dennoch behandeln alle Kliniken dieselbe Klientel.

Es gibt eine breite Palette von unterschiedlichen Therapiemaßnahmen. In einer Arbeit von von Wietersheim et al (2008) wird die Kombination von Settings (stationär, teilstationär und ambulant) und Verfahren (stationäre multimodale Kombinationstherapie, ambulante tiefenpsychologische Kurzzeittherapie, analytische Psychotherapie) näher beleuchtet.

Fazit war, dass die stationäre multimodale Behandlung für Patienten als richtig und wichtig erachtet wird und den Behandlern hier ein großer Freiraum in der Zusammensetzung von Verfahren gelassen wird. Bei der ambulanten Behandlung jedoch wird dieser Freiraum nicht gewährt und die Behandlung ist mehr oder weniger auf eine Maßnahme festgelegt und zielt scheinbar wenig auf die Bedürfnisse der Patienten ab, die vielleicht von einer Kombinationsbehandlung besser oder schneller profitieren könnten.

In diesem Artikel wurde das Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherer aufgegriffen, welches beinhaltet, wie viele Therapien bei einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung vorgehalten werden und ggfs. kombiniert werden müssen. Dieses Anforderungsprofil (Stand 01.10.2010) enthält als wesentliche Behandlungselemente für einen stationären Aufenthalt in einer Psychosomatischen Klinik ab 100 Betten folgende Maßnahmen: Einzelpsychotherapie, Exposition, Gruppenpsychotherapie, störungsspezifische Gruppenpsychotherapie, Psychoedukative Gruppe, Entspannungsverfahren, Ergotherapie sowie therapiefreie Zeit, in der sich der Patient allein oder in der Gruppe ohne einen Therapeuten mit seiner Erkrankung befasst. Berufsbezogene Maßnahmen, Ernährungs- und allgemein gesundheitsbezogene Seminare, Beratung durch Sozialarbeit, Gestalttherapien sind lediglich fakultative Angebote. (S. 11-13,

Deutsche Rentenversicherung, Abteilung Rehabilitation 2010) Hierbei wird ersichtlich, dass Einzel- und Gruppentherapie – Störungs- und Problemspezifisch, sowie Entspannungsverfahren als wichtige Kompetenten erachtet, gefordert und letztlich auch bezahlt werden. Insgesamt werden hier 9 festgeschriebene Maßnahmen für die Rehabehandlung gefordert, zählt man die fakultativen Angebote hinzu, kommt man auf 13 Maßnahmen, die vorgehalten werden müssen. Eine empirische Evidenz, welche belegt, welche Kombinationen von Verfahren sicher zu einer Besserung der Erkrankung führen, gibt es nicht. Hier wäre es sicher hilfreich Studien durchzuführen, die sich mit der Art, der Kombination und der Anzahl von Maßnahmen über einen festgelegten Zeitraum befassen. Eventuell könnte mit einem Dismantling eruiert werden, welche Verfahren in welcher Dosis für eine wirkungsvolle Behandlung sprechen.

In Frage 2 sollte untersucht werden, welche Verfahren miteinander kombiniert werden. Hier konnten in der Literatur mehr oder weniger konkrete Behandlungspläne bzw. Vorschläge zur Kombination gefunden werden. Hierzu gehören auch die Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung (s. o.).
Th. Herzog (S. 121, 2010) schlägt für die stationäre Behandlung von Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa folgende therapeutische Maßnahmen vor: „Psychodynamische Einzeltherapie, Psychodynamische Gruppentherapie, Gestaltungs- und/ oder Musiktherapie, Körperbildtherapie (meist als Gruppe, Einzeln nur nach dem die Frequenz besprochen und limitiert wurde), Stationsteam (Besprechung mit Pflegekräften), Essbegleitung, Einzelvisite mit Visitenarzt und Pflegekraft, Gruppenvisite mit Patient und Oberarzt. Individuell: Familiengespräche, Sozialarbeit, Spiegelexposition, therapeutische Belastungserprobungen z. B. im Alltagsumfeld, systematisch von der Pflege geleitete Kochgruppe, Essgespräche, therapeutisches Kochen, Sondenkost als Getränk bei unzureichendem Gewichtszuwachs oder ausgeprägter Kachexie, somatische Betreuung, Ausgang und ggfs. Therapiezugang in Abhängigkeit vom körperlichen Zustand".
Inhaltlich bilden sich hier 10 der 11 von uns formulierten Maßnahmengruppen und deren Zusammensetzung ab (nicht die „Seltenen Psychotherapie Formen/ Angebote“ (3)). Vergleicht man den Vorschlag von Th. Herzog mit unserer Tab.1 und sucht nach Übereinstimmungen im Sinne des „sTS“ – standardisiertes

Therapieschema – lassen sich drei Kliniken (K7, K48, K62) finden, die mit dem genannten Therapieschema nahezu übereinstimmen. Betrachtet man allein die Maßnahmengruppe 1 (Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Einzeltherapie) und 2 (Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie) als „sTS“, finden sich 18 Kliniken (46%), die dies kombinieren.

Nikendei und Herzog (2005) beschrieben eine stationäre psychosomatische Behandlung für Anorexia nervosa Patienten mit den Elementen Gesprächstherapien (Einzel- Gruppentherapie), körperorientierte Therapien, Entspannungs-, Gestaltungs- und Musiktherapie, Stammbaum- und Skulpturarbeit, Familientherapie, verhaltenstherapeutische Elemente wie Essvertrag, Esstagebuch, regelmäßige Gewichtskontrollen, an das Gewicht gebundene Vergünstigungen oder Restriktionen (bspw. Ausgang, zusätzliche Therapieangebote) und einen Vertrag, der des genannte in einen Rahmen bringt, sowie Milieutherapie und Co-Therapie durch die Pflegekräfte. Die Autoren bezogen sich hierbei auf eine Arbeit von Herpertz et al. (2004 S. 39-41) "welche die stationäre psychosomatische Therapie als eine Möglichkeit formulierten, ein "multifaktorielles Krankheitsgeschehen multimethodal zu behandeln" (S. 120). In derselben Arbeit beschrieben Nikendei und W. Herzog ein integratives Behandlungskonzept für Bulimia nervosa Patienten, welches eine Synthese bildete aus tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Elementen. Hierbei bezogen sie sich auf Arbeiten von Nikendei et al. (2004), Zeeck et al. (2004) und Th. Herzog und Sandelholz (1997). Die Synthese von psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Elementen wird hier durch die Anlehnung an das ambulante Setting zur Behandlung von Bulimia nervosa Patienten vervollständigt. Die 12-wöchige stationäre Therapie wird in drei gleichlange Therapiephasen eingeteilt, welche inhaltlich folgende Elemente aufweist: Einzelgespräche, interaktionell-analytische Gruppentherapie, Familienrekonstruktion, Gestaltungstherapie, konzentrative Bewegungstherapie, soziotherapeutische Interventionen Milieutherapie, Pflege als Co-Therapeuten und bei gegebener Indikation Paar- und Familiengespräche (Psychodynamische Therapiekonzepte, S. 120-126).

Beim Vergleich dieser Berichte mit den von uns formulierten Maßnahmengruppen zeigt sich, dass 8 Maßnahmengruppen enthalten sind: 1. (Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie), 2.

(Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien, Gruppentherapie), 3. (Seltene Psychotherapie – Formen/ Angebote), 4. (Verhaltenstherapien und übende Verfahren), 5. (Sozio- und Milieutherapie), 6. (Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie/ Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie), 7. (Essstörungs-spezifische Angebote), 8. (Kreativ-Therapien + Musik-/Kunsttherapie), 9. (Familientherapie/ Partnertherapie). Weithin zeigt sich, dass ein Großteil der Kliniken aus dieser Arbeit (siehe Tab.1) mehr oder weniger vollständig das in dem Artikel von Nikendei und W. Herzog vorgeschlagene Konzept in unterschiedlicher Kombination verfolgt.

Im Artikel von Long et al. (2011) wird das Behandlungssetting einer stationären Behandlung von erwachsenen chronisch erkrankten Anorexia nervosa Patienten beschrieben. Es soll hier auch dargestellt werden, denn bei der MZ-ESS wurden Patienten mit einer chronischen Anorexia nervosa nicht ausgeschlossen. Der Behandlungsplan für den stationären Aufenthalt dieser Patienten wurde in 3 Phasen unterteilt, in dem gestuft Behandlungseinheiten hinzukommen. Zu berücksichtigen ist hier „Phase 3“, welche alle therapeutischen Maßnahmen beinhaltet und dann Anwendung findet, wenn ein ausreichendes Gewicht erreicht wurde: „Phase 3: Family Support group, Supportive Psychotherapy, Nutritional Rehabilitation, Consciousness Nutritional Activities Psychoeducation, Goal setting, Relaxation and Meditation, Dynamic Group Therapy, Problem Solving, CBT – (Cognitive Behavioural Therapy) – Individual and Group, Assertiveness Group” (Long et al., 2011, S.3).

Vergleicht man diesen Behandlungsvorschlag mit den von uns gebildeten Maßnahmengruppen erkennt man, dass die Maßnahmengruppen Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie (2); Seltene Psychotherapie – Formen/ Angebote (3); Verhaltenstherapien und übende Verfahren (4); Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie/ Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie (6); Essstörungsspezifische Angebote (7) kombiniert wurden. In Tabelle 1 lassen sich lediglich 2 Kliniken (K56, K78) finden, die mit diesem Vorschlag zum Therapieplan übereinstimmen.

Der Artikel von Karwautz (2001) befasst sich mit der stationären Behandlung von Essstörungen im Jugendalter. Es finden sich hier Parallelen zu der Behandlung von Erwachsenen: „Psychoedukation, Ernährungsberatung, Gruppenmahlzeiten, Elternberatungsgruppe, Psychodiagnostik, diagnoseunspezifische Gruppen-

therapie, diagnosespezifische CBT, Sozial-Kompetenzgruppe, individueller Psychotherapie, familiendiagnostische Interviews, Elternberatungsgruppe, Familientherapie, Gruppe für Körperwahrnehmung, Körpertherapie, Kunst- und Malgruppen, Tanz- und / oder Musiktherapiegruppen, Freizeitprogramm“ (S. 35). Dieser Artikel kommt als Vergleichsarbeit in Betracht, da sich durchaus Parallelen in der Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ergeben. Hier kann man ebenfalls alle Maßnahmengruppen wiedererkennen, abgesehen von der Psychodynamischen Gruppen- und Einzeltherapie.

Es wurde im Lauf dieser Arbeit immer deutlicher, dass sich konkrete Empfehlungen zur Behandlung kaum finden lassen, sondern eher allgemeine Empfehlungen für Kombinationen gegeben werden. Vandereyken (2003) fasste für die stationäre Behandlung folgendes zusammen: „Die stationäre Behandlung umfasst viele verschiedene Behandlungsprogramme, welche abhängig sind vom Setting und dem was es inhaltlich in einer Klinik zu erreichen gilt.“ (S. 417) Die meisten spezialisierten Programme haben einen integrativen Ansatz, einschließlich medizinischen - psychologischen - pflegerischen und sozialarbeiterischen Interventionen. Diese Arbeit zeigt, dass viele Kliniken nach einem mulitmodalen Konzept arbeiten, dies aber selbst zusammenstellen. Es lässt sich jedoch auch hier kein „Erfolgskonzept“ ableiten, es zeigt nur was getan wird nicht, ob es dann sicher zum Behandlungsziel führt.

Ebenso wenig ließen sich in der Literatur Arbeiten finden, welche sich mit der evidenzbasierten stationären Behandlung oder der Frage, welche Kombinationen zu einem Behandlungserfolg bei Patienten mit Essstörungen führen, befassen. Fairburn (2005) befasste sich mit der ambulanten evidenzbasierten Behandlung von Anorexia nervosa. Er bezog sich auf die Daten des „National Institute of Clinical Excellence“. Die Ergebnisse der wenigen Studien, die hierzu durchgeführt wurden, waren nicht immer sehr aussagekräftig. Die Ursachen warum dahingehend so wenig Forschung betrieben wird, fasste Fairburn folgendermaßen zusammen: Durch die Seltenheit der Erkrankung sind die Stichproben ungewöhnlich klein und es lassen sich daher oftmals keine statistisch signifikanten Resultate finden. Dies könnte Forscher zu der Annahme verleiten, den klinischen Effekt in Zweifel zu ziehen, statt zu erwägen, dass die klinischen Stichproben zu vergrößern. Die darauf folgenden Studien beherzigten nur wenig, was hier kritisch angemerkt wurde.

Eine Therapiestudie von Benninghofen et al. (2006) befasst sich mit der Veränderung des Körperschemas im stationären Setting. Die Patienten erhielten zu der multimodalen psychosomatischen Therapie zusätzlich eine körperorientierte Behandlungsgruppe – Konzentrative Bewegungstherapie. Die Körperschemastörung besserte sich vorrangig bei BN Patienten, wohingegen ein zusätzlicher Effekt der konzentrativen Bewegungstherapie bei AN Patienten kaum nachzuweisen war. Es schien sich lediglich die Toleranz zur Gewichtszunahme zu bessern. Die Stichproben mit 75 Patienten (41 Pat. AN, 37 Pat. BN) waren nicht ganz klein, aber es gab keine Vergleichsgruppe. Ergänzend wurden im Behandlungszeitraum zusätzlich auftretende Depression medikamentös behandelt (16 Pat. AN, 11 Pat. BN).

Mit Frage 3 sollte untersucht werden, wie viel Therapie-Dosis (Häufigkeit und Frequenz) die Patienten pro Woche in den Kliniken erhalten. Zur Diskussion dieser Frage lässt sich insgesamt noch weniger Literatur als zu den vorherigen Fragen finden. Herzog (2010) schlägt in seiner Arbeit hinsichtlich der Häufigkeit folgendes vor: „Psychodynamische Einzeltherapie 2x/Woche, Psychodynamische Gruppentherapie 3-4x/Woche, Gestaltungs- und/ oder Musiktherapie 2x/Woche, Körperbildtherapie (Gruppe) 2x/Woche, Stationsteam (= Pflege + Patient) 1x/ Woche, Essbegleitung 2x/Woche, Einzelvisite mit Visitenarzt und Pflege 1x/Woche, Gruppenvisite mit Patient und Oberarzt alle 2 Wochen“ (S.121f).
Vergleicht man das mit den Ergebnissen dieser Arbeit, zeigt sich Folgendes: 44% der Kliniken bieten im Mittel die Psychodynamische Einzeltherapie (Maßnahmengruppe 1) 2 Mal in der Woche an, 42 % ein Mal pro Woche.
44% der Kliniken bieten die analytische Gruppentherapie (Maßnahmengruppe 2) 2 Mal pro Woche an, 37% der Kliniken zwischen 4 – 6 Mal pro Woche, wobei nur 2 Kliniken (K34, K63) diese enorm hohe Frequenz anbieten. Der Vorschlag von Herzog bezüglich der Körpertherapie konnte mit der Maßnahmengruppe 7 (Essstörungsspezifische Angebote) dieser Arbeit nicht verglichen werden, da die Körperbildtherapie in unserer Maßnahmengruppe 7 ein Element von vielen hierunter summierten anderen Therapieangebote darstellte. Somit war hier ein Vergleich nicht möglich.

Die Deutsche Rentenversicherung schlägt folgendes im Hinblick auf die Häufigkeit pro Tag und Woche vor: „Durchschnittlich sollen 4-6 Therapien pro Tag, jedoch mindestens 22 Leistungen pro Woche mit dem Patienten durchgeführt werden. Aufgeschlüsselt wurde dies folgendermaßen - Einzelpsychotherapie 1 mal pro Woche, Exposition 1-4 mal pro Woche, Gruppenpsychotherapie 1-4 mal pro Woche, Gruppenpsychotherapie störungs- und problemspezifisch 1-2 mal pro Woche, Gruppenpsychotherapie störungsspezifisch 2 mal pro Woche, Psychoedukative Gruppe mindestens 2 mal pro Woche, Entspannungsverfahren 2 mal pro Woche, Ergotherapie 2-5 mal pro Woche sowie individuell therapiefreie Zeit. Die Chefarztvisite soll 1 mal im Monat, die Facharztvisite 1 mal pro Woche und die ärztliche Beratung wöchentlich durchgeführt werden“ (S. 11-13). Diese Vorgabe entspricht der Zusammensetzung der Maßnahmengruppen in unserer Arbeit: 1. „Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie“; 2. „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie“; 4. „Verhaltenstherapien und übende Verfahren“; 5. „Sozio- und Milieutherapie“; 6. „Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie/ Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie“; 7. „Essstörungsspezifische Angebote“; 11. „Stationsroutinen“.
Wir verglichen die oben genannte Kombination mit unserer Tabelle 1 und kamen zu folgendem Ergebnis: Die Maßnahmengruppe 1 wird von 37 der 38 teilnehmenden Kliniken angeboten; die Maßnahmengruppe 2 von 34 Kliniken, Maßnahmengruppe 4 von 16 Kliniken, Maßnahmengruppe 5 und 7 von 36 Kliniken, die Maßnahmengruppe 6 und 11 von allen Kliniken. Die große Differenz bei der Maßnahmengruppe 4 (Verhaltenstherapien und übende Verfahren) liegt wahrscheinlich daran, dass es sich bei den teilnehmenden Kliniken um ausschließlich psychodynamische Kliniken handelt. Ansonsten wurde von den Kliniken alle Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung erfüllt, was nicht verwunderlich ist. Erstaunlich ist vielmehr das regelmäßig Maßnahmen angeboten wurden, die nur als fakultative Angebote (Kreative Angebote) im Leistungskatalog stehen. Alle 38 Kliniken dieser Arbeit boten ihren Patienten Kreativtherapien an, 23 Kliniken (63%) haben es sogar fest in ihrem „sTS“ verankert.

Wir verglichen die Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung hinsichtlich der wöchentlichen Frequenz für die Maßnahmengruppe 1 „Psychodynamische Psychotherapien /analytische Therapien Einzeltherapie“ und kamen wir auf

folgendes Ergebnis: 45 % der Kliniken boten diese Gruppe im Mittel 2 mal pro Woche an, 43% boten sie von 1 bis 1,7 mal pro Wochen, gerechnet über alle 37 Kliniken hinweg lag der Mittelwert ebenfalls bei 1,7. Daraus kann man schließen, dass die Kliniken einen großen Wert darauf legen, mehr als 1 Mal pro Woche mit ihren Patienten ein Gespräch zu führen. Bei dieser Betrachtung haben wir zunächst die für eine Psychotherapie üblichen 50 Minuten außer Acht gelassen. Diesen Aspekt betrachten wir nun genauer. 16 Kliniken bieten zwischen 45 und 60 Minuten pro Woche als Minimum an, 6 Kliniken zwischen 69 und 117 Minuten, die übrigen 15 Kliniken zwischen 15 und 32 Minuten, die meisten der Kliniken mit so einer kurzen Zeiteinheit boten diese ihren Patienten aber mehrmals pro Woche an (K53 4-9 Mal 15 Minuten; K71 3-4 Mal 30 Minuten).

Wir analysierten dann die Maßnahmengruppe 2 (Gruppentherapie) hinsichtlich der Häufigkeit. 90% der Kliniken bewegen sich mit ihrem Angebot zwischen 2 bis 4 Mal pro Woche, wobei das Angebot „2 Mal pro Woche“ mit 70% der Kliniken die am häufigsten angebotene Frequenz darstellt. 9 Kliniken(K4, K23, K26, K34, K53, K56, K62, K63, K79) liegen mit 4-6 Mal pro Woche im oberen Bereich und darüber hinaus. 6 Kliniken (K5, K7, K9, K33, K52, K76, K86) liegen mit 1 Mal pro Woche an der unteren Grenze.
Hinsichtlich der Intensität können noch weniger konkrete Aussagen getroffen werden, da hier die Kliniken für jeden einzelnen Patienten genau die Zeit notierten, die er an der Gruppentherapie teilgenommen hat. Hier schwankt das wöchentliche Minimum zwischen 10 – 433 Minuten, das Maximum pro Woche zwischen 43 – 900 Minuten.

In den AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen (2010) sind die Vorschläge hinsichtlich der Dosis sehr zurückhaltend formuliert, da die evidenzbasierte Datenlage dünn ist. Der Vorschlag in den Leitlinien beschränkt sich auf eine Empfehlung für die wöchentliche Dauer: „Einzeltherapie zweimal 50 Minuten pro Woche, Gruppentherapieangebote mindestens 200 Minuten pro Woche, spezialtherapeutische Angebote im Einzel- oder Gruppensetting von mind. insgesamt 360 Minuten pro Woche“. (Seite 96)
Da es keine Daten dazu gibt, wie viel Wochenstunden für die Genesung der Patienten hilfreich sind, werden sich die Leiter der Kliniken auf ihren bisherigen

Erfahrungsschatz verlassen, wenn sie die Häufigkeit und die Dauer ihrer einzelnen Maßnahmen bestimmen. Denn letztlich bleibt es weiterhin unklar, ob sie mit der von ihnen gewählten Kombination tatsächlich dauerhaft erfolgreich Patienten mit Essstörungen behandeln, vor allem im Vergleich mit anderen Kliniken.

Zu Frage 4, ob signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken bestehen, steht zur Diskussion keine entsprechende Literatur zur Verfügung.
Aus den Ergebnissen wurde deutlich, dass sich die Kliniken unterscheiden, und dass die Unterschiede zwischen den Kliniken bei den Maßnahmengruppen 1. „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Einzeltherapie"; 2. „Psychodynamische Psychotherapien/ analytische Therapien Gruppentherapie" und 7. Essstörungsspezifische Angebote statistisch hochsignifikant waren ($p<0,001$). Man kann aus dieser Feststellung aber keinesfalls Rückschlusse auf den Behandlungserfolg der teilnehmenden Kliniken schließen.

Die Frage 5 befasste sich damit, wie häufig Verhaltenstherapien und verhaltenstherapeutisch übende Verfahren in den psychodynamisch orientierten Kliniken angeboten werden.
Lediglich 1,3% des Behandlungsangebotes machten die Verhaltenstherapien und übenden Verfahren aus, dass ist ein geringer Anteil, was aber auch zu erwarten war, denn es wurden ausschließlich psychodynamisch-analytisch orientierte Kliniken in die Studie eingeschlossen. Diese 1,3% bekommen ein anderes Gewicht, wenn man sieht, dass das 15 von 38 Kliniken diese Maßnahme anboten und 5 dieser 15 Kliniken diese Maßnahmengruppe fest in ihrem sTS verankert hatten.
Hierzu ist festzustellen, dass es zu den ambulanten Verhaltenstherapien die meisten Wirksamkeitsstudien gibt, ein Manko hier ist, dass diese Therapiestudien nicht unter Alltagsbedingungen und an zu kleinen Stichproben durchgeführt wurden (Tagay et al 2011). Die einzige Studie, die das Outcome von Patienten nach einer stationären Behandlung in einer psychodynamischen Klinik untersucht hat war die multizentrische Studie von Kächele et al 1999. Von verhaltens-therapeutisch orientierten Kliniken liegen ebenfalls Therapie-Outcome-Studien von Patienten vor, welche eine stationäre Behandlung erhielten (z.B. Fichter et al 1995, 1999), unseres Wissens aber keine Multicenter-Studien. Die Ergebnisse von

Fichter et al. zeigten, dass Patienten mit einer Bulimia nervosa 6 Jahre nach einer stationären verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung ein besseres Outcome hatten als Patienten mit einer Anorexia nervosa.
Vrabel et al. (2008) untersuchten das Outcome von stationär behandelten chronisch kranken Patienten mit Essstörungen nach 5 Jahren. Sie stellten nicht dezidiert dar, welche Form der stationären Behandlung durchgeführt wurde, konstatierten aber, das ein Teil der nicht genesenen Patienten eine intensivere Behandlung bedürfen.
Keel et al. (2010) befassten sich ebenfalls mit dem Verlauf und Outcome von Patienten mit Essstörungen. Sie verglichen unter anderem das Outcome von Patienten, die eine stationäre Behandlung erhielten, mit Patienten, die ambulant behandelt wurden, und kamen unter anderem zu dem Schluss, das die stationär behandelten Patienten eine schlechtere Prognose und höhere Remissionsraten hatten. Dieses Ergebnis sollte mit folgenden Einschränkung diskutiert werden: Es wurden alle Formen von Essstörungen (u. a. auch Binge eating) mit eingeschlossen. Zudem wurden 5 Studien mit stationärer Behandlung 27 Studien mit ambulanter Behandlung gegenüber gestellt, zudem ist aus dem Artikel nicht dezidiert ersichtlich, welche therapeutischen Methoden angewandt wurden. Die Autoren kommen zu der Schlussfolgerung, dass mehr effektive Therapiemethoden zur Behandlung von Essstörungen nötig sind, gaben hierzu aber keine weiteren Empfehlungen.

Abschließend soll noch auf die verschiedenen Kliniken, die Behandlungsmodi, die verschiedenen Kostenträger, die Behandlungskosten und -dauer einer stationären psychosomatischen Behandlung eingegangen werden.
Wichtig ist die Unterscheidung zwischen einer Akut- und einer Rehabilitationsbehandlung. Die Akutbehandlung dient per definitionem der Abwendung von vitalen Bedrohungen oder von Symptomen, die dazu führen. Eine medizinische Rehabilitation erfolgt, wenn die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder bereits eingeschränkt ist. Die Behandlung von Patienten mit Essstörungen kann in Universitätskliniken mit Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychosomatischer Medizin, in psychosomatischen Abteilungen von Krankenhäusern, psychosomatischen Fachkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken erfolgen. Gleichgültig, ob ein Patient mit einer Essstörung in einer Klinik der Akutversorgung

oder einer Rehabilitationsklinik behandelt wird, sind die Grundsätze der Behandlung und Behandlungsmaßnahmen sehr ähnlich. Ob ein essgestörter Patient in einer Akut- oder einer Rehabilitationseinrichtung behandelt wird, ist oft zufällig (Ort/ Wunsch/ Kenntnis der Klinik, Kostenträger der Behandlung). Eine „Lenkung“ der Patienten geschieht dort, wo Kliniken ein Mindestgewicht/ -BMI als Voraussetzung zur Aufnahme festlegen oder der Rentenversicherungsträger eine Klinik auswählt.

Dass ein Patient eine Akut- oder Reha-Behandlung erhält, ist durch die Sozialgesetzgebung geregelt (SGB V, VI, IX, XII). Wie viel eine Behandlung kosten darf, ist in der Bundespflegesatzverordnung §14 festgelegt und die Kosten werden zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenversicherern vereinbart (gesetze-im-internet.de; www.sozialgesetzbuch.de). Die psychosomatischen/ psychiatrischen Krankenhäuser/ Abteilungen erhalten einen vereinbarten Tagespflegesatz, welcher sich aus dem Basispflegesatz 60-80 Euro und dem Abteilungspflegesatz - Psychiatrie ~ 180 Euro und Psychosomatik ~ 200 Euro zusammensetzt. Der Tagesatz einer psychosomatischen Reha-Einrichtung liegt bei etwa 110 Euro (*S.441, Rehabilitation in der Psychosomatik, 2009*). Die Bezahlung einer Medizinischen Rehabilitation wird im Falle einer akuten Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit von der Krankenkasse erbracht (*Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung S.10", Deutsche Rentenversicherung 2009*). Die Dauer einer Medizinischen Rehabilitation ist zunächst für die Dauer von 3 Wochen festgelegt, kann aber nach oben korrigiert werden. Wird die Akutbehandlung einer Essstörung von der Krankenkassen bezahlt unterliegt diese bisher zunächst keiner zeitlichen Einschränkung.

4.3. Schlussfolgerung und Empfehlung für weitere Forschung

Aktuell werden Daten erhoben um für psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen in Akut- und Fachkliniken neue Pflegesätze, bzw. Pauschalen zu entwickeln. Hierfür werden die am Patienten geleisteten ärztlichen – pflegerischen – co-therapeutischen Maßnahmen unterschiedlicher Dauer dokumentiert und dessen Erkrankung zugeordnet, um so die Pflegesätze auch nach den durchgeführten Behandlungen zu unterscheiden und zu bemessen. Leider lässt sich aus den damals bei der MZESS, wie heute für die InEK© gesammelten Daten nicht ersehen, ob und wie lang ein Patient von der ihm angebotenen Behandlung profitierte und wie lange der therapeutische Effekt anhielt. Dieses neue System honoriert, wenn viele Therapien durchgeführt oder viele Diagnosen codiert werden. Unklar ist jedoch, ob diese für den Erfolg wirklich notwendig sind.

Leider kann man die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nicht mit den Ergebnissen von Kächele et al. (2001) und von Wietersheim (2003) in Beziehung setzen. Diese Autoren konnten mit anderen Daten aus dieser Studie feststellen, dass die Dauer einer stationären Behandlung keinen signifikanten Einfluss auf den Langzeitverlauf hat. Eine weitere Arbeit (von Wietersheim et al., 2008) bediente sich aus den Daten dieser Studie, befasste sich hier aber vorrangig mit der Erfassung der Vielfalt der therapeutischen Angebote und zusätzlich mit der Kombination von therapeutischen Settings (ambulant/stationär). Es konnte mit dieser Arbeit gezeigt werden, dass die Kombination von Settings und Verfahren durchaus üblich, vorwiegend aber auf den stationären Bereich beschränkt ist. Bei ambulanten Therapien ist dies in der Regel nicht möglich.

In weiteren Forschungen sollte zum einen unter naturalistischen Bedingungen gezielt untersucht werden welche Therapiebausteine notwendig sind und auf welche evtl. auch verzichtet werden könnte. Dabei sollte aber auch beachtet werden, dass unterschiedliche Patienten von verschiedenen Verfahren profitieren können, die einen mehr von der Einzeltherapie, die anderen von der Kunst- oder Musiktherapie. Wichtig wird sein auch in Zeiten knapper Ressourcen, das Therapieprogramm auf den jeweiligen (längerfristigen) Verlauf zu beziehen und gleichzeitig die unterschiedlichen Persönlichkeiten der Patienten zu berücksichtigen.

Auch die klinischen Erfahrungen der Einrichtungen und deren Leiter sollten berücksichtigt werden. Evidenzbasierte Forschungen werden im Bereich von so großer Heterogenität (unterschiedliche Patienten, Verfahren, Therapeuten und Kliniken) bei gleichzeitig eher langfristig verlaufenden Erkrankungen nur sehr schwer möglich sein. Des Weiteren scheint es relevant, dass die Vorschläge von Fairburn (2005) hinsichtlich des Studiendesigns beachtet werden, beispielsweise, dass bei seltenen Erkrankungen darauf geachtet werden sollte, dass die Stichproben groß genug sind, dass es Kontrollgruppen gibt, so dass "echte" klinische Effekte hieraus abgeleitet werden können.

Es erscheint uns nach dieser Arbeit bedeutend,, dass die Mischung der verschiedenen Therapien und therapeutischen Ansätze als Einheit der stationären Behandlung von Patienten Essstörungen erfasst wird, sie nicht zu vereinzeln und unter den "Mikroskop" zu betrachten, sondern sie als therapeutische Symbiose wahrzunehmen und in der weiteren Forschung hier anzusetzen. Es wird wichtig sein, ein gesamtes therapeutisches Setting zu betrachten und die Veränderungen am Patienten festzustellen, wenn eine Therapie hinzukommt oder weggenommen wird, und diese Effekte nach Entlassung aus dem stationären Setting weiter zu beobachten. Nicht unwesentlich ist es auch den Schweregrad sowie die Dauer der Erkrankung der einzelnen Patienten mit zu erfassen, da diese Variablen den Verlauf stark beeinflussen können. Wesentlich ist, dass wir mit unserer Arbeit Therapieverfahren nicht bewerten, sondern erfassen wollten, wie das therapeutische Setting in psychodynamischen Kliniken durch andere therapeutische Verfahren ergänzt wird. Vandereyken und Vansteenkiste (2009) konnten in einer Studie darstellen, dass man bei Patienten eine größere Bereitschaft erwirken kann eine Behandlung abzuschließen, wenn man sie in die Auswahl der Therapieverfahren mit einbezieht. In einer Studie von Mörtl et al. (2008) konnte ein Zusammenhang zwischen der Bewertung des Therapieverfahrens und der Frequenz dargestellt werden. Je häufiger das Verfahren angeboten wurde, desto hilfreicher wurde es von den Patienten bewertet. Es wurde auch deutlich, dass die Patienten von den verschiedenen Verfahren unterschiedlich profitierten. Demnach könnte die Beteiligung der Patienten an der Gestaltung des Therapieprogramms wichtig sein bei der Suche nach wirksamen stationären Behandlungskomponenten in der Behandlung von Patienten mit Anorexia nervosa.

5. Zusammenfassung

Die Zielsetzung dieser Arbeit war zu erfassen, mit welchen psychotherapeutischen Verfahren Patienten mit Essstörungen in psychodynamisch orientierten Kliniken behandelt werden, wie viel dieser Therapien die Patienten erhalten und wie diese miteinander kombiniert werden. Die Daten, die hierzu verwendet wurden, stammen aus der 1993-1999 durchgeführten multizentrischen Studie „Therapieaufwand und Erfolg einer stationären Psychodynamischen Therapie“. Daten von 39 Kliniken und insgesamt 1.210 Behandlungen wurden hinsichtlich der dokumentierten Häufigkeit und Dauer von Therapiemaßnahmen analysiert. In die Auswertungen ging ein, welche therapeutischen Maßnahmen Patienten während einer stationären psychodynamischen Therapie erhielten, wie oft diese pro Woche durchgeführt wurden und wie lange sie dauerten. Daraus konnten dann Gesamtwerte für die Anzahl von Therapiemaßnahmen und deren Dauer pro Woche berechnet werden. Weiterhin konnte aus diesen Daten die Kombination von therapeutischen Maßnahmen erfasst und diese Werte zwischen den Kliniken verglichen werden. Von den Kliniken wurden insgesamt 484 unterschiedliche therapeutische Maßnahmen genannt. Nach der Streichung von Doppelnennungen wurden die verbleibenden 205 Maßnahmen in 11 Gruppen eingeteilt. Diese umfassen z.B. die psychodynamische Einzeltherapie, psychodynamische Gruppentherapie, Kreativtherapien, Körpertherapien bis hin zu einer Maßnahmengruppe mit seltenen Therapien wie Taketina, Märchenmalen und Bogenschießen. Mehr als 90% der Kliniken boten psychodynamische Einzeltherapie an, die mit essstörungsspezifischen Angeboten und sozio-therapeutischen Maßnahmen kombiniert wurde. 84% der Kliniken boten eine psychodynamische Gruppentherapie an. Etwas mehr als ein Drittel der Kliniken (38%) bot ergänzend Verhaltenstherapie und übende Verfahren für ihre Patienten an. Des Weiteren wurden essstörungsspezifische Angebote (Esstagebuch, Essbegleitung etc), medizinische Untersuchungen, Stationsroutinen und bei Bedarf Familien- und Paartherapie angeboten. Eine die Kliniken übergreifende "standardisierte therapeutische und vergleichbare Grundausrichtung" hinsichtlich der Kombination der Maßnahmengruppen konnte nicht gefunden werden. Es gibt nur 3 Kliniken, die eine sehr hohe Standardisierung aufweisen. Hier erhielten 85% der Patienten dieselbe Anzahl an

Maßnahmen, wobei sich die Kliniken wieder in der Auswahl der Maßnahmen unterscheiden. Ebenso unterscheiden sich die Kliniken hinsichtlich der Anzahl und der Dauer der angebotenen Maßnahmen hoch signifikant ($p<0.001$). Die Analysen der einzelnen Maßnahmen zeigen, dass beispielsweise die wöchentliche Dosis der Therapiemaßnahme Einzeltherapie im Mittel bei 67 min. liegt, bei einer mittleren Stundenzahl von 1,7. Bei der Gruppentherapie beträgt die mittlere Anzahl/Woche 2,6 Sitzungen bei einer mittleren Dauer von 221 min. Bei der Therapiemaßnahme essstörungsspezifische Angebote lag der Mittelwert der Anzahl pro Woche 4,5 Therapieeinheiten bei einer mittleren Dauer von 145 min. Die Maximalwerte der genannten Therapiemaßnahmen liegen weit über diesen Mittelwerten, so wird die Einzeltherapie in einer Klinik knapp 6mal pro Woche durchgeführt, die Gruppentherapie in einer anderen Klinik 11mal pro Woche. Die vorliegende Arbeit konnte darstellen, dass es zwischen den psychodynamisch orientierten Kliniken eine große therapeutische Heterogenität gibt. Die Kliniken unterscheiden sich stark in der Art der angebotenen Therapien, der Kombination und der zeitlichen Dauer dieser Therapien. Auch innerhalb der Kliniken erhalten die Patienten oft sehr unterschiedliche Angebote. Ein einheitlicher Standard der durchgeführten stationären Behandlungen ist höchstens in Ansätzen zu erkennen (Einzeltherapie, Gruppentherapie, kreative Verfahren). Offen bleiben die Fragen, welche Therapien in welcher Dosierung und in welcher Kombination notwendig und sinnvoll sind, um möglichst viele Patienten gut zu behandeln. Dabei sollte, falls möglich, auch der Patientenwunsch berücksichtigt werden.

6. Literaturverzeichnis

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. Diagnostik und Therapie der Essstörungen. S3-Leitlinie: Aktueller Stand: 12.12.2010
   http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051026l_S3_Diagnostik_Therapie_Essstörungen.pdf (aufgerufen September 2012)

2. Bulik Cynthia M, Berkman Nancy D, Brownley Kimberly A, Sedway Jan A, Lohr, Kathleen N: Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. International Journal of Eating Disorders 40: 310-20 (2007)

3. Benninghofen D, Jürgens E, Mohr A, Herlein I, Kunzendorf S, Jantschek G: Different Changes of Body-Images in Patients with Anorexia nervosa or Bulimia nervosa During Inpatient Psychosomatic Treatment. European Eating Disorders Review 14: 88-96 (2006)

4. Bundespflegesatzverordnung: Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung-BPflV) §14 Berechnung der Pflegesätze Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist.
   http://www.gesetze-im-internet.de/bpflv_1994/BJNR275010994.html (aufgerufen September 2012)

5. Currin L, Schmidt U, Teasure J, Hick H: Time and trends in eating disorder incidence. Britisch Journal of Psychiatry 186: 132-135 (2005)

6. Crisp A H, Callender, J S, Halek, C, Hsu, L K: Long-term mortality in anorexia nervosa. A 20-year follow-up of the St George's and Aberdeen cohorts. The British Journal of Psychiatry 161: 104-107 (1992)

7. Deutsche Rentenversicherung: Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen. Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen, Medizin/Psychologie, Abteilung. Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 01.10.2010.
   http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/37846/publicationFile/16425/profil_psycho_pdf.pdf (aufgerufen September 2012)

8. Deutsche Rentenversicherung: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Lichte der Statistik. Therapeutische Versorgung in den durch die Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen 2008.
   http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/235590/publicationFile/49652/rehabericht_2010.pdf (aufgerufen Februar 2012)

9. Deutsche Rentenversicherung: Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung Deutsche Rentenversicherung Bund Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften Bereich Reha-Wissenschaften Ruhrstraße 2, 10709 Berlin.
http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/35684/publicationFile/18158/rahmenkonzept_medizinische_reha.pdf (aufgerufen September 2012)

10. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg): Internationale Klassifikation Psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch Diagnostische Leitlinien. 4. korrigierte Auflage. Hans Huber, Bern S. 199-204 (2005)

11. Fairburn Christopher G: Evidence-Based Treatment of Anorexia Nervosa. Journal of Eating Disorders 37: 26–30 (2005)

12. Fichter M M, Quadflieg N: Six-Year Course and Outcome of Anorexia Nervosa. Journal of Eating Disorders 26: 359–385 (1999)

13. Fichter M M, Quadflieg N: Six-Year Course of Bulimia Nervosa. International Journal of Eating Disorders 22: 361–384 (1997)

14. Fichter M M: Prävalenz und Inzidenz anorektischer und bulimischer Essstörungen. In: Herpertz, de Zwaan, Zipfel (Hrsg) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer, Heidelberg, S. 39-43 (2008)

15. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Nutzungsgrad und Verweildauer in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Art der Fachabteilung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Fachabteilungen, Betten (Anzahl und je 100.000 Einwohner), Fälle, Berechnungs-/Belegungstage (jeweils Anzahl). Die Tabelle bezieht sich auf das Jahr 2011.
http://www.gbe-bund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_314/2/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_342/D.927/28254 (aufgerufen November 2012)

16. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Betten je 100.000 Einwohner in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in der Krankenhausbehandlung Betten je 100.000 Einwohner (erwachsene Durchschnittsbevölkerung ab 18 Jahre in 2004) in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in der Krankenhausbehandlung nach Bundesländern. (Gesundheitsberichterstattung - Themenheft Nr.14, Juni 2008)
http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=11568&suchstring=Heft_41,_Abbildung_8:_Betten_je_100.000_Einwohner_in_Fachabteilung_für_Psychiatrie&query_id=&sprache=D&fund_typ=GRA&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=23922133&hlp_nr=3&p_janein=J (aufgerufen November 2011)

17. Herzog T: Stationäre und teilstationäre psychodynamisch orientierte Therapie bei Anorexie und Bulimie. In: Reich G, Cierpka M (Hrsg) Psychotherapie der Essstörungen; Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. 3. Aufl, Georg Thieme, Stuttgart . New York S. 110-128 (2010)

18. Herpertz S, Kochhäuser W, Senf W: Stationäre psychodynamische multimodale Psychotherapie. In; Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.) Essstörungen; Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2. Aufl, Schattauer, Stuttgart, S. 39-59 (2004)

19. Karwautz A: Konzepte der stationären Behandlung von Essstörungen im Jugendalter: ein kritischer Überblick Journal für Ernährungsmedizin. Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie 4: 33-39 (2001)

20. Kächele H, Kordy H, Richard, M: Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Date from a multicenter study. Psychotherapy Research 11: 239-257 (2001)

21. Keel, Pamela K, Brown, Tiffany A: Update on Course and Outcome in Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders 43: 195–204 (2010)

22. Long, C G, Fitzgerald, K A, Hollin, C R: Treatment of Chronic Anorexia Nervosa: A 4-Year Follow-Up of Adult Patients Treated in an Acute Inpatient Setting. Clin. Psychol. Psychother. (2011)

23. MDK Medizinischer Dienst der Krankenversicherung. Begutachtung bei Vorsorge und Rehabilitationsleistungen - Welche Leistungen der Rehabilitation gibt es. http://www.mdk.de/322.html (aufgerufen im September 2012)

24. National Institute for Health and Clinical Excellence. National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating disorders . Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders (2004)
http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10932/29218/29218.pdf (aufgerufen September 2012)

25. Nikendei C, Herzog W: Psychodynamische Therapiekonzepte bei der Behandlung von Anorexia und Bulimia nervosa. Psychotherapie. CIP-Medien, München 10: 116-128 (2005)

26. Saß H, Wittchen H U, Zaudig M, Houben I. (Dt. Berabeitung) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen– Textrevision– DSM-IV-TR. Hogrefe Göttingen Bern Toronto Seattle S. 233-235 (2003)

27. Schauenburg H, Hildenbrand G, Koch U, Mattke D, Neun H, Rüddel H (Hrsg.): Klinikführer - Stationäre psychosomatisch psychotherapeutische Einrichtungen. Schattauer, Stuttgart: 11-28 (2007)

28. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). §39 Krankenhausbehandlung.
http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__39.html (aufgerufen im September 2012)

29. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.
http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__40.html (aufgerufen September 2012).

30. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). §111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__111.html (aufgerufen im September 2012).

31. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). § 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.
http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__107.html (aufgerufen im September 2012)

32. Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337). § 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/__15.html (aufgerufen im September 2012)

33. Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022).
http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/BJNR302300003.html. (aufgerufen im September 2012)

34. Steinhausen H C. (2002) The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. American Journal of Psychiatry 159: 1284-1293

35. Tagay S, Düllmann S, Schlegel S, Nater-Mewes R, Repic N, Hampke C, Brähler E, Gerlach G, Senf W: Effekte stationärer Psychotherapie auf Essstörungssymptomatik, gesundheitsbezogene Lebensqualität und personale Ressourcen bei Anorexia und Bulimia nervosa. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 61: 319-327 (2011)

36. Vandereycken W: The Place of Inpatient Care in Treatment of Anorexia nervosa: Questions to be Answered. International Journal of Eating Disorders, 34: 409–422, (2003)

37. von Wietersheim J, Kordy H, Kächele, H: Stationäre psychodynamische Behandlungsprogramme bei Essstörungen. Die Multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie von Essstörungen (MZ-ESS). In: Herzog, W., Munz, D., Kächele, H. (Hrsg): Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart S. 3-15 (2003)

38. von Wietersheim J, Oster J, Epple N, Rottler E, Mörtl K: Kombination von Settings und Verfahren in der Psychotherapie. Psychotherapeut Springer, Heidelberg (2008)

39. Vrabel K A R, Rosenvinge J H, Hoffart A, Martinsen E W, Rø Ø: The Course of Illness Following Inpatient Treatment of Adults with Longstanding Eating Disorders: A 5-Year Follow-Up. International Journal of Eating Disorder 41: 224–232 (2008)

40. Zipfel S, Lowe B, Reas D L., Deter H C, Herzog W: Long term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 20 year follow up study. Lancet 335: 721-722 (2000)

Anhang

Beispielblatt für die Dokumentation in den Kliniken für die Studie MZ-ESS

Dokumentation des therapeutischen Interventionsaufwands (INVENDOK)

PatientIn-Code: 01 / _ _ _ _ _

_

Mit diesem Erhebungsbogen soll der therapeutische Aufwand dokumentiert werden, d.h.
- welche Art von Interventionen,
- wie oft in der Woche,
- in welchem zeitlichen Umfang und
- bei wem (Psychotherapeut, Spezialtherapeut, Pfleger, Schwester etc.)

von dem/der PatientIn in Anspruch genommen wurde
und wieviel Zeit der/die TherapeutIn außerdem für diese/n PatientIn aufbrachte.

Bitte geben Sie uns diese Informationen auf den beiliegenden Blättern wöchentlich an.

Spalte 3: "TEILNEHMER"	Tragen Sie hier bitte ein, wieviele PatientInnen gleichzeitig an der Maßnahme teilgenommen haben. Manche Felder sind geschwärzt, weil es sich hier immer um Einzelmaßnahmen und nicht um Gruppen handelt
Spalte 4: "ANZAHL"	tragen Sie bitte ein, wie oft die entsprechende Maßnahme von dem/der PatientIn in dieser Woche wahrgenommen wurde
Spalte 5: "DAUER"	geben Sie bitte - in Minuten - an, wie lange eine einzelne Sitzung dieser Art dauert (empfiehlt sich nur bei solchen Maßnahmen, die immer gleich lang dauern)
Spalte 6: "GESAMTDAUER"	geben Sie bitte - in Minuten - die gesamte aufsummierte Dauer dieser Maßnahme in der vergangenen Woche an (empfiehlt sich nur bei Maßnahmen die nicht immer gleich lang dauern)
Spalte 7: "BEI WEM":	Hier tragen Sie bitte mit Hilfe des unten angegebenen Codierschlüssels ein, wer diese Maßnahme durchführte. Falls einige Funktionen nicht angegeben worden sind, übernehmen Sie bitte als Code-Nr. die Funktion mit ähnlicher Qualifikation.

01 Chefarzt
02 Oberarzt/Leitender Psychologe
03 Stationsarzt/-psychologe
04 Assistenzarzt/-psychologe
05 Spezialtherapeut mit Universitätsausbildung
06 Spezialtherapeut mit Fachhochschulausbildung (z.B. Sozialpädagoge)
07 Spezialtherapeut mit Fachausbildung (z.B. Beschäftigungstherapeut)
08 Schwester/Pfleger
09 Zivildienstleistender
10 Arzt im Praktikum (AIP)
11 Praktisches Jahr
12 Psychol.PraktikantIn (ohne Entgeld)

LETZTE SEITE = Dokumentation der indirekten Aktivitäten für diese/n PatientIn

PatientIn-Code: 01 / _ _ _ _ _ _

INVENDOK1

Bitte wöchentlich ausfüllen heutiges Datum: _____ Woche: _____

1	2	3	4	5	6	7
Maßnahmen		**Teil-nehmer** (nur bei Gruppe)	**Anzahl:** wie oft?	**Dauer:** wie lange jeweils (min.)	**Gesamt-dauer:** (Spalte 4 mal Spalte 5**)**	**bei wem?**
(Analytische) Psychotherapie, Einzel	1					
Analytische Gruppentherapie ohne Co-TherapeutIn.	4					
Konzentrative Bewegungstherapie, Gruppe	24					
Gestaltungstherapie, Gruppe	52					
Tanztherapie	27					
Yoga/Autogenes Training	189					
Interaktionelle Gruppe	274					
Stationsarztvisite	105					
Oberarztvisite	106					
Chefarztvisite	107					
Wiegen	148					
Schwestern-/Pflegergespräche	108					
Partner- bzw. Familiengespräche	169					
Stationsvollversammlung	123					
Diätberatung	141					
Internistische Therapie	129					
Sportgruppe	12					
Beratung durch SozialarbeiterIn	87					
Massage/Bäder/Krankengymnastik	135					
Zusätzliche Medizinische Untersuchungen	131					
Stütze/Hilfe bei Verhaltensänderung	86					
Testpsychologische Untersuchungen	190					
Sonstige Gespräche, z.B. mit Studenten	116					

PatientIn-Code: 01 / _ _ _ _ _

INVENDOK2

Bitte wöchentlich ausfüllen

heutiges Datum:_____
Woche: ___

Wir wollen in der Studie den gesamten therapeutischen Aufwand erfassen, der für den/die PatientIn erforderlich ist. Geben Sie uns bitte deshalb auf diesem Bogen an, wieviel Zeit der/die TherapeutInnen in der letzten Woche insgesamt (Minuten) für folgende Aktivitäten für diese/n PatientIn aufgewandt hat/haben:

Im Wesentlichen sind dies Aktivitäten für die/den *PatientIn*, an denen diese(r) selbst *nicht direkt beteiligt* ist)

Einzelne Aktivitäten werden in Ihrer Einrichtung vielleich anders genannt, versuchen Sie in diesem Fall eine passende Zuordnung zu finden.

	Dauer (min.)
Diagnostik	
Indikation, Therapieplanung etc.	
Konsultation	
Verlegung	

	Dauer (min.)	Anzahl Teilnehmer
Supervision		
Stationskonferenzen		

Liste der Therapien, die in 11 Gruppen zusammengefasst wurden

Die Therapienangebote wurden in 11 Gruppen aufgeteilt.

Wiederholungen wurden gestrichen, gleiche Therapien bei unterschiedlicher Benennung zusammengefasst, so dass 205 unterschiedliche Therapien erfasst wurden:

270 Nicht kodierbar
271 Nicht kodierbar
289 Nicht kodierbar

1. Einzeltherapien Psychotherapien/ Psychodynamische/ Analytische Therapien
(4 verschiedene Angebote)

1. Analytische Psychotherapie, Einzel
2. Analytisch orientierte Einzelgespräche
3. Einzelgespräch mit Therapeuten >10 min.
295. Psychodynamische Therapie Einzel

2. Gruppentherapien Psychotherapien/ Psychodynamische/ Analytische Therapien
(4 verschiedene Angebote)

4. Analyt. Psychotherapie, Gruppe ohne Co-Therapeut (7. Analytische Psychotherapeut, Gruppe, geschlossen, ohne Co-Therapeut, 5. Analytische PT, Gruppe mit Co-Therapeut, 6. Analytische Psychotherapie, Gruppe, geschlossen, mit Co-Therapeut, 282. analytische Psychotherapie, Gruppe, mit Co-Therapeut, 283. Analytische Psychotherapie, Gruppe, mit Co-Therapeut)
79. Interaktionelle Gruppentherapie ohne Co-Therapeut (80. Interaktionelle Gruppentherapie mit Co-Therapeut)
194. Analytische Suchtgruppe→ Essstörungen
274. Interaktionelle Gruppe

3. Seltene andere Psychotherapie-Formen/ Angebote
(21 verschiedene Angebote)

27. Tanztherapie
31. Biodynamik
59. Familienskulptur
73. Psychodrama Einzel
74. Psychodrama Gruppe
77. Puppenspiel
78. Katathymes Bildererleben, (217. Katathymes Bildererleben Einzel)
81. Themenzentrierte Interaktion (111. Themenzentrierte Gruppentherapie ohne Co-Therapeut; 112.Themenzentrierte Gruppentherapie mit Co-Therapeut
97. Familienrekonstruktionsgruppe

127. Märchentherapie
128. Literaturgruppe
237. Hypno- Therapie Einzel
238. Hypno- Therapie Gruppe
239. Besinnungszeiten
249. Tagebuch
251. Katathymes Bildererleben Gruppe mit Co-Leiter
259. Märchenmalen
279. Theatergruppe
280. Schreibwerkstatt
284. Klausur (Einzelgespräche mit Therapeut)
292. Skriptgruppe
297. Bibliotherapie
316. Skulpturgruppe

4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren
(14 verschiedene Angebote)

82. Interaktionsübungen/ Sozio-Therapie, (252. Interaktionsübungen)
83. Verhaltenstherapie (84. Kognitive Verhaltenstherapie, 211. Verhaltens-therapie Einzel, 219. Kognitive Verhaltenstherapie)
85. Verhaltenstherapeutische Beratung
86. Stütze und Hilfe bei Verhaltensänderung
187. Therapeutische Vertragsgruppe
198. Themenzentrierte Suchtgruppe (Alkohol, Drogen, Medikamente)
199. Themenzentrierte Suchtgruppe Sexsucht
227. Angsttraining (240. Angstkonfrontation)
250. Borderline Gruppe
304. symptombezogene Übungen (Angst - Exposition)
305. Besprechen von Protokollen (Schmerztagebuch)
313. Interaktionsübung Gruppe
314. Auseinandersetzungsübungen
318. Panikgruppen

5. Sozio-/ Millieutherapie
(32 verschiedene Anagebote)

61. Beschäftigungstherapie (93. Ergotherapie)
75. Pädagogische Rollenspiele
76. Leichte Spiele (290. Spiele)
87. Beratung durch Sozialabeiter
88. Sozial-pädagogische Beratung Einzel
89. Übung sozialer Kompetenzen Soziotherapie
90. Auf sozial- und Berufsbereich themenzentrierte Gruppe
91. Arbeitserprobung (92. Therapeutischer Arbeitsversuch)
94. Kaufmännische Arbeitstherapie
95. Milieutherapie
96. Milieugruppe
114. Gesprächsgruppe

119. Stationsgruppe (123. Stationsvollversammlung, 302. Stationsrunde, 120. Stationsgruppe gemeinschaftsorientiert, 121.Stationsgruppethemenzentriert, 210. Abendgruppe)
122. Morgendliches Treffen Morgenrunde (178. Morgenbegegnung)
124. Info-Gruppe Psychologie (125. Info-Gruppe Nachsorge, 204. Infogruppe)
156. Gemeinsame Freizeit (157. Freizeitgruppe der Patienten/ Freizeitgestaltung, 247. Selbstversorgung, 248. Selbstgestaltete Abende, 315. Abendgestaltung, 296. Gruppenaktivität am Wochenende ohne Therapeuten)
173. Beratung durch Sozialarbeiterin Gruppe
174. Beratung durch Sozialarbeiterin im Familienseminar
175. Veröffentlichte Tages-/ Mehrtagesziele
180. Nachsorgeeinführung bei Aufnahme
182. Patientenmeeting ohne Therapeuten (202. Patientenvollversammlung-Komiteegruppe)
203. Klinikvollversammlung
220. Übung sozialer Kompetenzen Einzel
229. Erwachsenenbildung Gruppe
230. Beschäftigungstherapie Einzel
241. Therapieausflug
242. Einführungsgruppe, (317. Aufnahmegruppe)
247. Selbstversorgung
267. Gesundheitsdiskussion Großgruppe
272. Kommunikationstraining/ Diskussionsgruppe
273. Freizeitpädagogik-Vorgespräch und Einzelberatung
301. Zimmerrunde

6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie
(43 verschiedene Angebote)

9. Sporttherapie Einzel
10. Sporttherapie Gruppe (12. Sportgruppe/ Gymnastik)
11. Sportgruppe/ Körpersprache
13. Frühsport Gruppe (20. Frühgymnastik)
14. Schwimmtherapie (15. Schwimmen)
16. Gymnastik im Bewegungsbad (17. Gymnastik, 232. Gymnastik Einzel, 261. Schwunggymnastik)
18. Wirbelsäulengymnastik Einzel
19. Wirbelsäulengymnastik Gruppe
21. Trampolingruppe
22. Konzentrative Bewegungstherapie Einzel (23. Bewegungstherapie Einzel)
24. Konzentrative Bewegungstherapie Gruppe (25. Bewegungstherapie Gruppe, 26. Kommunikative Bewegungstherapie, 216. Bewegungs-improvisation Gruppe, 234. Tanz und Bewegung Gruppe)
28. Ausdruckstanz (277. Meditativer Tanz)
29. Bogenschießen
30. Reittherapie
32. Feldenkrais Einzel

33. Feldenkrais orientierte Gruppe
34. Eurythmie Einzel
35. Körperwahrnehmungstherapie Einzel (36.Körperbildtherapie Einzel, 171. Körpertherapie Einzel)
37. Körperwahrnehmungstherapie Gruppe, (39. Körperwahrnehmungs gruppe, 40. Körperwahrnehmung/ Eutonie Gruppe, 38. Körperbildtherapie Gruppe, 170. Körpertherapie Gruppe)
41. Entspannungstherapie Einzel (43. Entspannungstherapie nach Jacobsen Einzel)
42. Entspannungstherapie Gruppe (47. Entspannungsgruppe, 44. Entspannungstherapie nach Jacobsen Gruppe, 299. Rezeptive Entspannungstherapie Gruppe)
45. Autogenes Training (46. Yoga, 189. Yoga, Autogenes Training, 177. Konzentrative Entspannung)
48. Atemtherapie Einzel (50. Atem- und Leibtherapie Einzel)
49. Atemtherapie Gruppe (255. Atem- und Leibtherapie Gruppe)
68. Rhythmik (293. TaKeTinA Einzel = Wahrnehmung von Rhythmus und Musik dazu Bewegung und Gesang als Entspannung von Reinhard Flatischler)
69. Ausdruckstherapie Einzel
70. Ausdruckstherapie Gruppe
72. Pantomime
159. Wanderungen in der Gruppe
184. Musikalische Selbstbesinnung und Körperwahrnehmung
186. Qi gong Bewegungsübungen (= chinesische Meditations-, Konzentrations- und Bewegungsform, teils incl. Kampfkunst-Übungen)
208. Krankengymnastik Einzel (262. Physiotherapie Einzel)
209. Krankengymnastik Gruppe
231. Meditation
253. Biofeedback
263. Isometrie
264. Ergometertraining
266. Wassergewöhnung
291. Reflexzonenmassage
294. Sequenztraining
306. Spezialbehandlung z. B. Physikalische Therapie (134. Massage, 135. Massage/ Bäder/ Gymnastik, 136. Verschiedene Bäder und Güsse, 137. Inhalation, 138. Sauna, 139. Fango, 140. Bestrahlungen, 235. Elektrotherapie)
320. Sprachtherapie (Logotherapie)
321. Gedächtnistraining

7. Essstörungsspezifische Angebote (20 verschiedene Angebote)

8. Spezielle Gruppentherapie für Essgestörte
141. Diätberatung (142. Ernährungsberatung, 236. Diät- und Ernährungsberatung)
143. Infogruppe Ernährung
144. Kochgruppe

145. Gemeinsame Mahlzeit mit dem Therapeuten (146. Gemeinsame Mahlzeiten mit Personal, 147. Essbegleitung für bulimische Patienten, 152. Gemeinsame Mahlzeiten)
148. Wiegen
153. Kalorienreiche Zusatznahrung (303. Spezifische Betreuung →Zusatzernährung)
154. Essprotokoll
155. Zwischenmahlzeiten
160. Nachruhe nach dem Essen
167. Gewichtsorientierte Ausgangsregelung, (168. Gewichtsorientierte Regelung des Therapieangebots)
179. Ernährungseinführung bei Aufnahme
193. Klausur zur Wiederauffütterung
195. Essmarathon Gruppe
196. Esssucht Vertragsgruppe
207. Esssprechstunde Einzel
213. Essgruppe
245. Essanfallsprotokoll
319. Bulimiegruppe
322. Stufenplan (zur Kontrolle der Gewichtszunahme)

8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie. (18 verschiedene Angebote)

51. Gestaltungstherapie Einzel (221. Freies Gestalten Einzel, 269. Kunsttherapie Einzel)
52. Gestaltungstherapie Gruppe (183.Mal- und Gestalttherapie Gruppe)
53. Maltherapie (257. Therapeutisches Malen, 56.Malen)
54. Kunsttherapie
55. Freies Gestalten
57. Speckstein
58. Tonen/ Töpfern (258 Therapeutisches Tonen)
60. Puppen basten
62. Photokurs
63. Freie Werkstatt
64. Werkgruppe
65. Seidenmalen
66. Musiktherapie Einzel
67. Musiktherapie Gruppe (278. Kontemplative Musiktherapie Gruppe)
71. Mal- und Spieltherapie
176. regulative Musiktherapie
192. analytische Maltherapie
223. Puppen basteln Einzel

9. Familientherapie/ Partnertherapie
(7 verschiedene Angebote)

98. Partnergespräche (222. Paargespräche ohne Co-Therapeut, 224. Paargespräche mit Co-Therapeut)
99. Ehe/ Partnertherapie
100. Familiengespräche (103. Familientherapie, 169. Partner- Familiengespräch, Familien- Ehe-Therapie)
101. Familiengespräche ohne Co-Th
102. Familiengespräche mit Co-Th
172. Begrüßung zum Familienseminar
288. Angehörigengruppe

10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile
(6 verschiedene Angebote)

104. Medizinische Visite
129. Internistische Therapie (130. Behandlung durch Körperarzt, 133. Behandlung durch Konsiliararzt)
131. Medizinische/ körperliche Untersuchung
132. Medizinische Sprechstunde, (298. Arztsprechstunde, 265. Sonstige medizinische Diagnostik, Konsil)
162. Medikamente
205. Internistische Diagnostik (287. Ultraschall, 310. Labor- und Apparative Diagnostik)

11. Stationsroutinen
(34 verschiedene Angebote)

105. Stationsvisite (106. Oberarztvisite, 107. Chefarztvisite, 188. Psychotherapeutische- Visite mit Behandlungsteam, 243. Dienstvisite täglich, 311 Teamvisite)
108. Schwester- und Pflegergespräche (300. Einzelgespräche mit Schwester/ Pfleger.
109. Gespräche Nachtbereitschaft (212. Krisentermine bei Einzeltherapeut, 228. Termine mit dem Arzt vom Dienst, 226. Nottermine beim Pflegepersonal)
110. Vorstellungsgespräch beim Chefarzt (244. Chefarzt- Gespräch, 268. Chefarztverabschiedung, 185. Oberarzt-Gespräche, 225. Termine mit dem Oberarzt)
113. Bereitschaftsgruppe am Wochenende
115. Gespräche mit Studenten, (116. Sonstige Gespräche z. B. mit Studenten, 308. Einzelgespräch bis 10 min, 309. Einzelgespräch mit Praktikanten)
117. Frauenspezifische Selbsterfahrungsgruppe
118. Männerspeifische Selbsterfahrungsgruppe
126. Therapeutische Bedeutung
149. Psychologische Untersuchung (150 Psychologische Untersuchung - Standartinterview, 190. Psychologische Untersuchung, 206. Tiefenpsychologische Anamnese, 286. Test ausfüllen, 218. Rückmeldung der Testergebnisse)

151. Ausgang nur mit Pfleger (158. Ausgang mit Mitpatienten)
161. Alkohol- und Drogenverbot (197. Rauchverbot)
163. Ausgang allein
164. Gespräche mit Mitpatienten
165. Strikte Führung, Kontaktsperre zu Eltern/ Partner
166. Strikte Führung, Verbot ausufernder sportliche Aktivitäten
181. Therapeutischer Gruppenmarathon
191. Therapiegruppe für sexuell Missbrauchte Frauen
200. Inventurmarathon
201. 12 Schritte Gruppe
214. Stationsbesprechung
215. Besuchssperre
233. Blocktherapie - Hüttentage
246. Strikte Führung/ Ausgangssperre
254. Therapeutische Beurlaubung
256. Therapeutische Großgruppe
260. Gesprächsgruppe stützend
271. Zweitsicht/ Wiedervorstellung
275. Vorgespräch ambulant
76. Besuchs- und Telephonsperre
281. Gruppe für junge Erwachsene
285. Studentenvorstellung
307. Betreuungsaufwand
312. Zwischengespräch

7.3 Zusammenfassung der verschiednen Therapien in ihre Gruppen nach Nummern

0. Nicht kodierbar	270 Nicht kodierbar	270	Nicht kodierbar
0. Nicht kodierbar	289 Nicht kodierbar	289	Nicht kodierbar
1. Einzeltherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	1. Analytische PT, Einzel	1	Analytische PT, Einzel
1. Einzeltherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	1. Analytische PT, Einzel	2	Analytisch orientierte Einzelgespräche
1. Einzeltherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	1. Analytische PT, Einzel	3	Einzelgespräch mit TH >10 min
1. Einzeltherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	295. Psychodynamische Therapie Einzel	295	Psychodynamische Therapie Einzel
2. Gruppentherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	4.Analyt. PT, Gruppe ohne Co-Th,	4	Analyt PT, Gruppe ohne Co-Th,
2. Gruppentherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	4.Analyt. PT, Gruppe ohne Co-Th,	7	Analyt PT, Gruppe, geschlossen, ohne Co-Th,
2. Gruppentherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	4.Analyt. PT, Gruppe ohne Co-Th,	5	Analyt PT, Gruppe mit Co-Th,
2. Gruppentherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	4.Analyt. PT, Gruppe ohne Co-Th,	6	Analyt PT, Gruppe, geschlossen, mit Co-Th,
2. Gruppentherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	4.Analyt. PT, Gruppe ohne Co-Th,	282	Analyt PT, Gruppe, mit Co-Th;
2. Gruppentherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	4.Analyt. PT, Gruppe ohne Co-Th,	283	Analyt PT, Gruppe, mit Co-Th
2. Gruppentherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	79. Interaktionelle Gruppentherapie ohne Co-Th;	79	Interaktionelle Gruppentherapie ohne Co-Th;
2. Gruppentherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	79. Interaktionelle Gruppentherapie ohne Co-Th;	80	Interaktionelle Gruppentherapie mit Co-th
2. Gruppentherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	194. Analytische Suchtgruppe -> Essstörungen	194	Analytische Suchtgruppe -> Essstörungen
2. Gruppentherapien Psychotherapien/Psychodynamische/ Analytische Therapien	274. Interaktionelle Gruppe	274	Interaktionelle Gruppe
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	27.Tanztherapie	27	Tanztherapie
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	31. Biodynamik	31	Biodynamik
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	59. Familienskulptur	59	Familienskulptur
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	73. Psychodrama Einzel	73	Psychodrama Einzel
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	77. Puppenspiel	77	Puppenspiel
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	78. Katathymes Bildererleben,	78	Katathymes Bildererleben,
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	78. Katathymes Bildererleben,	217	Katathymes Bildererleben Einzel
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	127. Märchentherapie	127	Märchentherapie
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	237. Hypno- Therapie Einzel	237	Hypno- Therapie Einzel
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	239. Besinnungszeiten	239	Besinnungszeiten
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	249. Tagebuch	249	Tagebuch
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	259. Märchenmalen	259	Märchenmalen

3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	280. Schreibwerkstatt	280	Schreibwerkstatt
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	284. Klausur (Einzelgespräche mit Ther.)	284	Klausur (Einzelgespräche mit Ther.)
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	297. Bibliotherapie	297	Bibliotherapie
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	74. Psychodrama Gruppe	74	Psychodrama Gruppe
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	81. Themenzentrierte Interaktion	81	Themenzentrierte Interaktion
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	81. Themenzentrierte Interaktion	111	Themenzentrierte Gruppentherapie - Co-Ther;
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	81. Themenzentrierte Interaktion	112	Themenzentrierte Gruppentherapie + Co-Ther
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	97. Familienrekonstruktionsgruppe	97	Familienrekonstruktionsgruppe
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	128. Literaturgruppe	128	Literaturgruppe
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	238. Hypno- Therapie Gruppe	238	Hypno- Therapie Gruppe
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	251. Katathymes Bildererleben Gruppe mit Co-Leiter	251	Katathymes Bildererleben Gruppe mit Co-Leiter
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	279. Theatergruppe	279	Theatergruppe
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	292. Skriptgruppe	292	Skriptgruppe
3. Seltene andere PT-Formen/ Angebote	316. Skulpturgruppe	316	Skulpturgruppe
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	82. Interaktionsübungen/ Sozio-Therapie,	82	Interaktionsübungen/ Sozio-Therapie,
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	82. Interaktionsübungen/ Sozio-Therapie,	252	Interaktionsübungen,
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	83. Verhaltenstherapie,	83	Verhaltenstherapie,
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	83. Verhaltenstherapie,	84	Kognitive Verhaltenstherapie
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	83. Verhaltenstherapie,	211	Verhaltenstherapie Einzel,
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	83. Verhaltenstherapie,	219	Kognitive Verhaltenstherapie
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	85. Verhaltenstherapeutische Beratung	85	Verhaltenstherapeutische Beratung
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	86. Stütze und Hilfe bei Verhaltensänderung	86	Stütze und Hilfe bei Verhaltensänderung
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	227. Angsttraining,	227	Angsttraining,
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	227. Angsttraining,	240	Angstkonfrontation
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	304. symptombezogene Übungen (Angst-Expo)	304	symptombezogene Übungen (Angst-Expo)
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	305. Besprechen von Protokollen (Schmerztagebuch)	305	Besprechen von Protokollen (Schmerztagebuch)
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	314. Auseinandersetzungsübungen	314	Auseinandersetzungsübungen
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	187. Therapeutische Vertragsgruppe	187	Therapeutische Vertragsgruppe
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	198. Themenzentrierte Suchtgruppe (C2, Drogen, Medik)	198	Themenzentrierte Suchtgruppe (C2, Drogen, Medik)

4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	199. Themenzentrierte Suchtgruppe Sexsucht	199	Themenzentrierte Suchtgruppe Sexsucht
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	250. Borderline Gruppe	250	Borderline Gruppe
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	313. Interaktionsübung Gruppe	313	Interaktionsübung Gruppe
4. Verhaltenstherapien und übende Verfahren	318. Panikgruppen	318	Panikgruppen
5. Sozio-/ Millieutherapie	61. Beschäftigungstherapieà Ergo,	61	Beschäftigungstherapieà Ergo,
5. Sozio-/ Millieutherapie	61. Beschäftigungstherapieà Ergo,	93	Ergotherapie
5. Sozio-/ Millieutherapie	75. Pädagogische Rollenspiele	75	Pädagogische Rollenspiele
5. Sozio-/ Millieutherapie	76. Leichte Spiele,	76	Leichte Spiele,
5. Sozio-/ Millieutherapie	76. Leichte Spiele,	290	Spiele
5. Sozio-/ Millieutherapie	87. Beratung durch Sozialabeiter	87	Beratung durch Sozialabeiter
5. Sozio-/ Millieutherapie	88. Sozial-pädagogische Beratung Einzel	88	Sozial-pädagogische Beratung Einzel
5. Sozio-/ Millieutherapie	89. Übung sozialer Kompetenzen Soziotherapie	89	Übung sozialer Kompetenzen Soziotherapie
5. Sozio-/ Millieutherapie	90. Auf sozial- und Berufsbereich themenzentrierte Gruppe	90	Auf sozial- und Berufsbereich themenzentrierte Gruppe
5. Sozio-/ Millieutherapie	91. Arbeitserprobung,	91	Arbeitserprobung,
5. Sozio-/ Millieutherapie	91. Arbeitserprobung,	92	Therapeutischer Arbeitsversuch
5. Sozio-/ Millieutherapie	94. Kaufmännische Arbeitstherapie	94	Kaufmännische Arbeitstherapie
5. Sozio-/ Millieutherapie	95. Milieutherapie	95	Milieutherapie
5. Sozio-/ Millieutherapie	96. Milieugruppe	96	Milieugruppe
5. Sozio-/ Millieutherapie	114. Gesprächsgruppe	114	Gesprächsgruppe
5. Sozio-/ Millieutherapie	119. Stationsgruppe,	119	Stationsgruppe,
5. Sozio-/ Millieutherapie	119. Stationsgruppe,	120	Stationsgruppe gemeinschaftsorientiert,
5. Sozio-/ Millieutherapie	119. Stationsgruppe,	121	Stationsgruppe themenzentriert,
5. Sozio-/ Millieutherapie	119. Stationsgruppe,	123	Stationsvollversammlung,
5. Sozio-/ Millieutherapie	119. Stationsgruppe,	302	Stationsrunde
5. Sozio-/ Millieutherapie	119. Stationsgruppe,	210	Abendgruppe
5. Sozio-/ Millieutherapie	119. Stationsgruppe,	122	Morgendliches Treffen Morgenrunde,
5. Sozio-/ Millieutherapie	119. Stationsgruppe,	178	Morgenbegegnung
5. Sozio-/ Millieutherapie	124. Info-Gruppe Psychologie,	124	Info-Gruppe Psychologie,
5. Sozio-/ Millieutherapie	124. Info-Gruppe Psychologie,	125	Info-Gruppe Nachsorge,

5. Sozio-/ Millieutherapie	124. Info-Gruppe Psychologie,	204	Infogruppe
5. Sozio-/ Millieutherapie	156. Gemeinsame Freizeit,	156	Gemeinsame Freizeit,
5. Sozio-/ Millieutherapie	156. Gemeinsame Freizeit,	157	Freizeitgruppe der Pat/ Freizeitgestaltung,
5. Sozio-/ Millieutherapie	156. Gemeinsame Freizeit,	247	Selbstversorgung,
5. Sozio-/ Millieutherapie	156. Gemeinsame Freizeit,	248	Selbstgestaltete Abende,
5. Sozio-/ Millieutherapie	156. Gemeinsame Freizeit,	296	Gruppenaktivität am WE ohne Th
5. Sozio-/ Millieutherapie	156. Gemeinsame Freizeit,	315	Abendgestaltung
5. Sozio-/ Millieutherapie	173. Beratung durch Sozialarbeiterin Gruppe	173	Beratung durch Sozialarbeiterin Gruppe
5. Sozio-/ Millieutherapie	174. Beratung durch Sozialarbeiterin im Familienseminar	174	Beratung durch Sozialarbeiterin im Familienseminar
5. Sozio-/ Millieutherapie	175. Veröffentlichte Tages/ Mehrtagesziele	175	Veröffentlichte Tages/ Mehrtagesziele
5. Sozio-/ Millieutherapie	180. Nachsorgeeinführung bei Aufnahme	180	Nachsorgeeinführung bei Aufnahme
5. Sozio-/ Millieutherapie	182. Patientenmeeting ohne TH,	182	Patientenmeeting ohne TH,
5. Sozio-/ Millieutherapie	182. Patientenmeeting ohne TH,	202	Patientenvollversammlung-Komiteegruppe
5. Sozio-/ Millieutherapie	203. Klinikvollversammlung	203	Klinikvollversammlung
5. Sozio-/ Millieutherapie	220. Übung sozialer Kompetenzen Einzel	220	Übung sozialer Kompetenzen Einzel
5. Sozio-/ Millieutherapie	229. Erwachsenenbildung Gruppe	229	Erwachsenenbildung Gruppe
5. Sozio-/ Millieutherapie	230. Beschäftigungstherapie Einzel	230	Beschäftigungstherapie Einzel
5. Sozio-/ Millieutherapie	241. Therapieausflug	241	Therapieausflug
5. Sozio-/ Millieutherapie	242. Einführungsgruppe,	242	Einführungsgruppe,
5. Sozio-/ Millieutherapie	242. Einführungsgruppe,	317	Aufnahmegruppe
5. Sozio-/ Millieutherapie	247. Selbstversorgung	247	Selbstversorgung
5. Sozio-/ Millieutherapie	267. Gesundheitsdiskussion Großgruppe	267	Gesundheitsdiskussion Großgruppe
5. Sozio-/ Millieutherapie	272 Kommunikationstraining/ Diskussionsgruppe	272	Kommunikationstraining/ Diskussionsgruppe
5. Sozio-/ Millieutherapie	273. Freizeitpädagogik-Vorgespräch und Einzelberatung	273	Freizeitpädagogik-Vorgespräch und Einzelberatung
5. Sozio-/ Millieutherapie	301. Zimmerrunde	301	Zimmerrunde
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	9. Sporttherapie Einzel	9	Sporttherapie Einzel
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	10.Sporttherapie Gruppe,	10	Sporttherapie Gruppe,

6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	10.Sporttherapie Gruppe,	12	Sportgruppe/ Gymnastik
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	10.Sporttherapie Gruppe,	11	Sportgruppe/ Körpersprache
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	10.Sporttherapie Gruppe,	13	Frühsport Gruppe,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	10.Sporttherapie Gruppe,	20	Frühgymnastik
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	14.Schwimmtherapie,	14	Schwimmtherapie,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	14.Schwimmtherapie,	15	Schwimmen
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	16.Gymnastik im Bewegungsbad,	16	Gymnastik im Bewegungsbad,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	17.Gymnastik,	17	Gymnastik,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	17.Gymnastik,	232	Gymnastik Einzel,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	17.Gymnastik,	261	Schwunggymnastik
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	18.Wirbelsäulengymnastik Einzel	18	Wirbelsäulengymnastik Einzel
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	19.Wirbelsäulengymnastik Gruppe	19	Wirbelsäulengymnastik Gruppe
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	21.Trampolingruppe	21	Trampolingruppe
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	22.Konzentrative Bewegungstherapie Einzel,	22	Konzentrative Bewegungstherapie Einzel,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	22.Konzentrative Bewegungstherapie Einzel,	23	Bewegungstherapie Einzel,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	24.Konzentrative Bewegungstherapie Gruppe,	24	Konzentrative Bewegungstherapie Gruppe,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	24.Konzentrative Bewegungstherapie Gruppe,	25	Bewegungstherapie Gruppe,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	24.Konzentrative Bewegungstherapie Gruppe,	26	Kommunikative Bewegungstherapie,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	24.Konzentrative Bewegungstherapie Gruppe,	216	Bewegungsimprovisation Gruppe
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	24.Konzentrative Bewegungstherapie Gruppe,	234	Tanz und Bewegung Gruppe

6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	28. Ausdruckstanz,	28	Ausdruckstanz,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	28. Ausdruckstanz,	277	Meditativer Tanz
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	29.Bogenschießen	29	Bogenschießen
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	30.Reittherapie	30	Reittherapie
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	32.Feldenkrais Einzel	32	Feldenkrais Einzel
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	33.Feldenkrais orientierte Gruppe	33	Feldenkrais orientierte Gruppe
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	34.Eurythmie Einzel	34	Eurythmie Einzel
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	35.Körperwahrnehmungstherapie Einzel,	35	Körperwahrnehmungstherapie Einzel,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	35.Körperwahrnehmungstherapie Einzel,	36	Körperbildtherapie Einzel,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	35.Körperwahrnehmungstherapie Einzel,	171	Körpertherapie Einzel
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	37.Körperwahrnehmungstherapie Gruppe,	37	Körperwahrnehmungstherapie Gruppe,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	37.Körperwahrnehmungstherapie Gruppe,	39	Körperwahrnehmungsgruppe,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	37.Körperwahrnehmungstherapie Gruppe,	40	Körperwahrnehmung/ Eutonie Gruppe,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	37.Körperwahrnehmungstherapie Gruppe,	38	Körperbildtherapie Gruppe,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	37.Körperwahrnehmungstherapie Gruppe,	170	Körpertherapie Gruppe
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	41. Entspannungstherapie Einzel,	41	Entspannungstherapie Einzel,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	41. Entspannungstherapie Einzel,	43	Entspannungstherapie nach Jacobsen Einzel
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	42. Entspannungstherapie Gruppe,	42	Entspannungstherapie Gruppe,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	42. Entspannungstherapie Gruppe,	47	Entspannungsgruppe,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	42. Entspannungstherapie Gruppe,	44	Entspannungstherapie nach Jacobsen Gruppe,

6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	42. Entspannungstherapie Gruppe,	299	Rezeptive Entspannungstherapie Gruppe
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	45. Autogenes Training,	45	Autogenes Training,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	45. Autogenes Training,	46	Yoga,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	45. Autogenes Training,	177	Konzentrative Entspannung
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	45. Autogenes Training,	189	Yoga, AT,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	48. Atemtherapie Einzel,	48	Atemtherapie Einzel,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	48. Atemtherapie Einzel,	50	Atem- und Leibtherapie Einzel
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	49. Atemtherapie Gruppe,	49	Atemtherapie Gruppe,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	49. Atemtherapie Gruppe,	255	Atem- und Leibtherapie Gruppe
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	68. Rhythmik,	68	Rhythmik,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	68. Rhythmik,	293	TaKeTinA Einzel
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	69. Ausdruckstherapie Einzel	69	Ausdruckstherapie Einzel
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	70. Ausdruckstherapie Gruppe	70	Ausdruckstherapie Gruppe
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	72. Pantomime	72	Pantomime
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	159. Wanderungen in der Gruppe	159	Wanderungen in der Gruppe
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	184. Musikalische Selbstbesinnung und Körperwahrnehmung	184	Musikalische Selbstbesinnung und Körperwahrnehmung
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	186. Qi gong Bewegungsübungen	186	Qi gong Bewegungsübungen
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	208. Krankengymnastik Einzel,	208	Krankengymnastik Einzel,
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	208. Krankengymnastik Einzel,	262	Physiotherapie Einzel
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	209. Krankengymnastik Gruppe	209	Krankengymnastik Gruppe

6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	231. Meditation	231	Meditation
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	253. Biofeedback	253	Biofeedback
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	263. Isometrie	263	Isometrie
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	264. Ergometertraining	264	Ergometertraining
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	266 Wassergewöhnung	266	Wassergewöhnung
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	291. Reflexzonenmassage	291	Reflexzonenmassage
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	294. Sequenztraining	294	Sequenztraining
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	306. Spezialbehandlung z. B. Physikalische Therapie	306	Spezialbehandlung z.B. Physikalische Therapie
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	306. Spezialbehandlung z. B. Physikalische Therapie	134	Massage
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	306. Spezialbehandlung z. B. Physikalische Therapie	135	Massage/ Bäder/ Gymnastik
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	306. Spezialbehandlung z. B. Physikalische Therapie	136	Verschiedene Bäder und Güsse
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	306. Spezialbehandlung z. B. Physikalische Therapie	137	Inhalation
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	306. Spezialbehandlung z. B. Physikalische Therapie	138	Sauna
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	306. Spezialbehandlung z. B. Physikalische Therapie	139	Fango
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	306. Spezialbehandlung z. B. Physikalische Therapie	140	Bestrahlungen
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	306. Spezialbehandlung z. B. Physikalische Therapie	235	Elektrotherapie
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	320. Sprachtherapie (Logotherapie)	320	Sprachtherapie (Logotherapie)
6. Sport/ Physiotherapie/ Körpertherapie /Körperwahrnehmung/ Entspannungstherapie	321. Gedächtnistraining	321	Gedächtnistraining
7. Essstörungsspezifische Angebote	8. Spezielle Gruppentherapie für Essgestörte	8	Spezielle Gruppentherapie für Essgestörte
7. Essstörungsspezifische Angebote	141. Diätberatung,	141	Diätberatung,
7. Essstörungsspezifische Angebote	141. Diätberatung,	142	Ernährungsberatung,

7. Essstörungsspezifische Angebote	141. Diätberatung,	236	Diät und Ernährungsberatung
7. Essstörungsspezifische Angebote	143. Infogruppe Ernährung	143	Infogruppe Ernährung
7. Essstörungsspezifische Angebote	144. Kochgruppe	144	Kochgruppe
7. Essstörungsspezifische Angebote	145. Gemeinsame MZ + Th,	145	Gemeinsame MZ + Th,
7. Essstörungsspezifische Angebote	145. Gemeinsame MZ + Th,	146	Gemeinsame MZ + Personal,
7. Essstörungsspezifische Angebote	145. Gemeinsame MZ + Th,	147	Essbegleitung für Bulimiesche Patienten,
7. Essstörungsspezifische Angebote	145. Gemeinsame MZ + Th,	152	Gemeinsame MZ
7. Essstörungsspezifische Angebote	148. Wiegen	148	Wiegen
7. Essstörungsspezifische Angebote	153. Kalorienreiche Zusatznahrung,	153	Kalorienreiche Zusatznahrung,
7. Essstörungsspezifische Angebote	153. Kalorienreiche Zusatznahrung,	303	Spezifische BetreuungàZusatzernährung
7. Essstörungsspezifische Angebote	154. Essprotokoll	154	Essprotokoll
7. Essstörungsspezifische Angebote	155. Zwischenmahlzeiten	155	Zwischenmahlzeiten
7. Essstörungsspezifische Angebote	160. Nachruhe nach dem Essen	160	Nachruhe nach dem Essen
7. Essstörungsspezifische Angebote	167. Gewichtsorientierte Ausgangsregelung,	167	Gewichtsorientierte Ausgangsregelung,
7. Essstörungsspezifische Angebote	167. Gewichtsorientierte Ausgangsregelung,	168	Gewichtsorientierte Regelung des Therapieangebots
7. Essstörungsspezifische Angebote	179. Ernährungseinführung bei Aufnahme	179	Ernährungseinführung bei Aufnahme
7. Essstörungsspezifische Angebote	193. Klausur zur Wiederauffütterung	193	Klausur zur Wiederauffütterung
7. Essstörungsspezifische Angebote	195. Essmarathon Gruppe	195	Essmarathon Gruppe
7. Essstörungsspezifische Angebote	196. Esssucht Vertragsgruppe	196	Esssucht Vertragsgruppe
7. Essstörungsspezifische Angebote	207. Esssprechstunde Einzel	207	Esssprechstunde Einzel
7. Essstörungsspezifische Angebote	213. Essgruppe	213	Essgruppe
7. Essstörungsspezifische Angebote	245. Essanfallsprotokoll	245	Essanfallsprotokoll
7. Essstörungsspezifische Angebote	319. Bulimiegruppe	319	Bulimiegruppe
7. Essstörungsspezifische Angebote	322. StufenplanàGewichtszunahme	322	Stufenplan->Gewichtszunahme
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	51.Gestaltungstherapie Einzel,	51	Gestaltungstherapie Einzel,
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	51.Gestaltungstherapie Einzel,	221	Freies Gestalten Einzel,
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	51.Gestaltungstherapie Einzel,	269	Kunsttherapie Einzel
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	52. Gestaltungstherapie Gruppe,	52	Gestaltungstherapie Gruppe,
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	52. Gestaltungstherapie Gruppe,	183	Mal- und Gestalttherapie Gruppe,

8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	53.Maltherapie,	53	Maltherapie,
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	53.Maltherapie,	56	Malen,
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	53.Maltherapie,	257	Therapeutisches Malen,
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	54.Kunsttherapie	54	Kunsttherapie
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	54.Kunsttherapie	55	Freies Gestallten
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	57.Speckstein	57	Speckstein
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	58.Tonen/ Töpfern,	58	Tonen/ Töpfern,
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	58.Tonen/ Töpfern,	258	Therapeutisches Tonen,
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	60. Puppen basten	60	Puppen basteln
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	62. Photokurs	62	Photokurs
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	63. Freie Werkstatt	63	Freie Werkstatt
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	63. Freie Werkstatt	64	Werkgruppe
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	65. Seidenmalen	65	Seidenmalen
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	66. Musiktherapie Einzel	66	Musiktherapie Einzel
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	67. Musiktherapie Gruppe,	67	Musiktherapie Gruppe,
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	67. Musiktherapie Gruppe,	278	Kontemplative Musiktherapie Gruppe
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	71. Mal- und Spieltherapie	71	Mal- und Spieltherapie
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	176. regulative Musiktherapie	176	regulative Musiktherapie
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	192. analytische Maltherapie	192	analytische Maltherapie
8. Kreativ-Therapien + Musik/ Kunst-Therapie.	223. Puppen basteln Einzel	223	Puppen basteln Einzel
9. Familientherapie/ Partnertherapie	98. Partnergespräche,	98	Partnergespräche,
9. Familientherapie/ Partnertherapie	98. Partnergespräche,	222	Paargespräche ohne Co-Th
9. Familientherapie/ Partnertherapie	98. Partnergespräche,	224	Paargespräche mit Co-Th
9. Familientherapie/ Partnertherapie	98. Partnergespräche,	99	Ehe/ Partnertherapie
9. Familientherapie/ Partnertherapie	100. Familiengespräche,	100	Familiengespräche,
9. Familientherapie/ Partnertherapie	100. Familiengespräche,	103	Familientherapie
9. Familientherapie/ Partnertherapie	100. Familiengespräche,	169	Partner- Familiengespräch, Familien- Ehe-Therapie
9. Familientherapie/ Partnertherapie	100. Familiengespräche,	101	Familiengespräche ohne Co-Th
9. Familientherapie/ Partnertherapie	100. Familiengespräche,	102	Familiengespräche mit Co-Th

9. Familientherapie/ Partnertherapie	100. Familiengespräche,	172	Begrüßung zum Familienseminar
9. Familientherapie/ Partnertherapie	100. Familiengespräche,	288	Angehörigengruppe
10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile	104. Medizinische Visite	104	Medizinische Visite
10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile	104. Medizinische Visite	129	Internistische Therapie,
10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile	104. Medizinische Visite	130	Behandlung durch Körperarzt,
10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile	104. Medizinische Visite	133	Behandlung durch Konsiliararzt
10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile	131. Medizinische/ körperliche Untersuchung	131	Medizinische/ körperliche Untersuchung
10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile	132. Medizinische Sprechstunde,	132	Medizinische Sprechstunde,
10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile	132. Medizinische Sprechstunde,	298	Arztsprechstunde,
10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile	132. Medizinische Sprechstunde,	265	Sonstige medizinische Diagnostik, Konsil
10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile	162. Medikamente	162	Medikamente
10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile	205. Internistische Diagnostik,	205	Internistische Diagnostik,
10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile	205. Internistische Diagnostik,	287	Ultraschall,
10. Medizinische Therapien/ Untersuchungen/ Konsile	205. Internistische Diagnostik,	310	Labor- und Apparative Diagnostik
11. Stationsroutinen	105. Stationsvisite,	105	Stationsvisite,
11. Stationsroutinen	105. Stationsvisite,	106	Oberarztvisite,
11. Stationsroutinen	105. Stationsvisite,	107	Chefarztvisite,
11. Stationsroutinen	105. Stationsvisite,	188	PT- Visite mit Behandlungsteam,
11. Stationsroutinen	105. Stationsvisite,	243	Dienstvisite tägl.
11. Stationsroutinen	105. Stationsvisite,	311	Teamvisite
11. Stationsroutinen	108. Sr-und Pflegergespräche,	108	Sr-und Pflegergespräche,
11. Stationsroutinen	108. Sr-und Pflegergespräche,	109	Gespräche Nachtbereitschaft,
11. Stationsroutinen	108. Sr-und Pflegergespräche,	226	Nottermine beim Pflegepersonal
11. Stationsroutinen	108. Sr-und Pflegergespräche,	300	Einzelgespräche mit Sr/Pfl
11. Stationsroutinen	110. Vorstellungsgespräch beim CA,	110	Vorstellungsgespräch beim CA,
11. Stationsroutinen	110. Vorstellungsgespräch beim CA,	244	CA- Gespräch,
11. Stationsroutinen	110. Vorstellungsgespräch beim CA,	268	Chefarztverabschiedung,
11. Stationsroutinen	110. Vorstellungsgespräch beim CA,	185	OA- Gespräche,
11. Stationsroutinen	110. Vorstellungsgespräch beim CA,	225	Termine mit dem OA

11. Stationsroutinen	113. Bereitschaftsgruppe am WE	113	Bereitschaftsgruppe am WE
11. Stationsroutinen	115. Gespräche mit Studenten,	115	Gespräche mit Studenten,
11. Stationsroutinen	115. Gespräche mit Studenten,	116	Sonstige Gespräche z.B. mit Studenten
11. Stationsroutinen	115. Gespräche mit Studenten,	308	Einzelgespräch bis 10 min,
11. Stationsroutinen	115. Gespräche mit Studenten,	309	Einzelgespräch mit Praktikanten
11. Stationsroutinen	117. Frauenspezifische Selbsterfahrungsgruppe	117	Frauenspezifische Selbsterfahrungsgruppe
11. Stationsroutinen	118. Männerspeifische Selbsterfahrungsgruppe	118	Männerspeifische Selbsterfahrungsgruppe
11. Stationsroutinen	126. Therapeutische Bedeutung	126	Therapeutische Bedeutung
11. Stationsroutinen	149. PSU,	149	PSU,
11. Stationsroutinen	149. PSU,	150	PSU-Standartinterview,
11. Stationsroutinen	149. PSU,	190	PSU,
11. Stationsroutinen	149. PSU,	206	TP-Anamnese,
11. Stationsroutinen	149. PSU,	218	Rückmeldung der Testergebnisse
11. Stationsroutinen	149. PSU,	286	Test ausfüllen,
11. Stationsroutinen	151. Ausgang nur mit Pfleger,	151	Ausgang nur mit Pfleger,
11. Stationsroutinen	151. Ausgang nur mit Pfleger,	158	Ausgang mit Mitpatienten
11. Stationsroutinen	161. Alkohol- und Drogenverbot,	161	Alkohol- und Drogenverbot,
11. Stationsroutinen	161. Alkohol- und Drogenverbot,	197	Rauchverbot
11. Stationsroutinen	163. Ausgang allein	163	Ausgang allein
11. Stationsroutinen	164. Gespräche mit Mitpatienten	164	Gespräche mit Mitpatienten
11. Stationsroutinen	165 Strikte Führung, Kontaktsperre zu KE/ Partner	165	Strikte Führung, Kontaktsperre zu KE/ Partner
11. Stationsroutinen	166 Strikte Führung, Verbot ausufernder sportl. Aktivitäten	166	Strikte Führung, Verbot ausufernder sportl
11. Stationsroutinen	181. Therapeutischer Gruppenmarathon	181	Therapeutischer Gruppenmarathon
11. Stationsroutinen	191. Therapiegruppe für sexuell Missbrauchte Frauen	191	Therapiegruppe für sexuell Missbrauchte Frauen
11. Stationsroutinen	200. Inventurmarathon	200	Inventurmarathon
11. Stationsroutinen	201. 12 Schritte Gruppe	201	12 Schritte Gruppe
11. Stationsroutinen	212. Krisentermine bei Einzeltherapeut,	212	Krisentermine bei Einzeltherapeut,
11. Stationsroutinen	212. Krisentermine bei Einzeltherapeut,	228	Termine mit AVD,
11. Stationsroutinen	214. Stationsbesprechung	214	Stationsbesprechung

11. Stationsroutinen	215. Besuchssperre	215	Besuchssperre
11. Stationsroutinen	233. Blocktherapie Hüttentage	233	Blocktherapie Hüttentage
11. Stationsroutinen	246. Strikte Führung/ Ausgangssperre	246	Strikte Führung/ Ausgangssperre
11. Stationsroutinen	254. Therapeutische Beurlaubung	254	Therapeutische Beurlaubung
11. Stationsroutinen	256. Therapeutische Großgruppe	256	Therapeutische Großgruppe
11. Stationsroutinen	260. Gesprächsgruppe III stützend	260	Gesprächsgruppe III stützend
11. Stationsroutinen	271. Zweitsicht/ Wiedervorstellung	271	Zweitsicht/ Wiedervorstellung
11. Stationsroutinen	275. Vorgespräch ambulant	275	Vorgespräch ambulant
11. Stationsroutinen	276. Besuchs- und Telephonsperre	276	Besuchs- und Telephonsperre
11. Stationsroutinen	281. Gruppe für junge Erwachsene	281	Gruppe für junge Erwachsene
11. Stationsroutinen	285. Studentenvorstellung	285	Studentenvorstellung
11. Stationsroutinen	307. Betreuungsaufwand	307	Betreuungsaufwand
11. Stationsroutinen	312. Zwischengespräch	312	Zwischengespräch

Danksagung

Lieber Herr von Wietersheim, ich danke Ihnen für die Überlassung der Arbeit, für Ihre Geduld, die guten Gespräche und Ihren unermüdlichen Geist und mit Humor mich immer wieder anzuspornen. Danke für Ihre aufmunternden Worte, so dass mich der Mut nie wirklich verlassen konnte. Vielen Dank für Ihr -dabei sein- bei meinem ersten Kongressvortrag.

Edit, vielen Dank für Deine wiederholte, nie versiegen wollende Hilfe. Danke für Deine beispiellose Ruhe dabei mir immer wieder das Wesen der Statistik nahezubringen und mich beim Kampf mit Word nicht allein zu lassen.
Köszönöm szépen.

Danke Ulrike, dass Du mich immer wieder herzlich, liebevoll motiviert hast dran zu bleiben und nicht aufzugeben.

Ein ganz besonderer Dank an Dich liebe Wilma, ohne Dich wäre vieles nicht möglich gewesen.

Danke EK.

Für Jürgen

Ich danke Dir von ganzen Herzen

Eigentlich bin ich ganz anders, nur komme ich so selten dazu
Ödön von Horvath

Wurde aus Datenschutzgründen entfernt.

Der Lebenslauf wurde aus Datenschutzgründen entfernt.

Der Lebenslauf wurde aus Datenschutzgründen entfernt.