

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit
Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung:
Unterschiede und Einflussfaktoren

verfasst von | submitted by
Simone Roscher BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

Zunächst möchte ich mich bei Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch herzlich für die Betreuung bedanken. Seine Rückmeldungen, Hilfestellungen und Geduld waren mir im langen Entstehungsprozess dieser Arbeit von großer Hilfe.

Ein großes Dankeschön möchte ich außerdem an all die Frauen richten, die sich die Zeit für die Online-Befragung genommen haben, denn ohne sie hätte sich diese Masterarbeit nicht realisieren lassen.

Besonders möchte ich mich auch bei meinen Freund*innen bedanken – fürs Korrekturlesen, der moralischen Unterstützung in diesem letzten Studienabschnitt und dafür, dass ihr immer an mich glaubt.

Schließlich möchte ich auch meiner Mutter ganz besonders dafür danken, dass sie mich immer unterstützt und mir ermöglicht hat meine Träume zu verwirklichen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch).....	5
Abstract (Englisch).....	6
I Theoretischer Teil.....	7
Einleitung.....	8
1 Essstörungen: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung.....	10
1.1 Definition, Diagnosekriterien und Symptomatik.....	10
1.1.1 Anorexia nervosa.....	10
1.1.2 Bulimia nervosa.....	11
1.1.3 Binge-Eating-Störung.....	13
1.2 Epidemiologie.....	14
1.3 Psychische Komorbiditäten.....	15
1.4 Krankheitsverlauf.....	16
1.5 Ätiologie und Aufrechterhaltung.....	18
1.6 Therapie.....	21
2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	23
2.1 Definition und Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	23
2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Zusammenhang mit Essstörungen.....	24
2.2.1 Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen verschiedenen Essstörungsdiagnosegruppen.....	26
2.2.2 Essstörungssymptome als Einflussfaktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	28
2.2.3 Rolle komorbider Symptomatiken, des Alters und des Body-Mass- Index.....	31
2.2.4 Zusammenfassung.....	32
II Empirischer Teil.....	35
3 Zielsetzung.....	36
4 Methodik.....	37
4.1 Untersuchungsdurchführung und Studiendesign.....	37
4.2 Stichprobe.....	38
4.3 Messinstrumente.....	39
4.3.1 Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q).....	39
4.3.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36).....	41

4.3.3 Eating Disorder Quality of Life (EDQOL).....	42
4.3.4 Clinical Impairment Assessment (CIA).....	43
4.3.5 Depressions-Angst-Stress-Skalen (DASS-21).....	44
4.4 Fragestellungen und Hypothesen.....	45
4.4.1 Unterschiedshypothesen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	45
4.4.2 Hypothesen zur Vorhersage der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	46
4.5 Statistische Auswertung.....	48
5 Ergebnisdarstellung.....	50
5.1 Rücklaufstatistik und Stichprobenbereinigung.....	50
5.2 Stichprobenbeschreibung.....	52
5.2.1 Alter.....	52
5.2.2 Nationalität und Bildung.....	52
5.2.3 Behandlungshistorie.....	54
5.2.4 Dauer, BMI und Schweregrad der Essstörung.....	55
5.2.5 Komorbide Angst- und Depressionssymptomatik.....	56
5.3 Reliabilitätsanalysen der Messverfahren.....	56
5.3.1 Reliabilitätsanalyse des CIA.....	57
5.3.2 Reliabilitätsanalyse des EDQOL.....	57
5.3.3 Reliabilitätsanalyse der DASS-21.....	57
5.3.4 Reliabilitätsanalyse des EDE-Q.....	57
5.3.5 Reliabilitätsanalyse der SF-36.....	58
5.4 Hypothesenprüfung: Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	58
5.4.1 Fragestellung 1: Unterschiede hinsichtlich der Summenskalen der SF-36.....	58
5.4.2 Fragestellung 2: Unterschiede hinsichtlich des EDQOL.....	60
5.4.3 Fragestellung 3: Unterschiede hinsichtlich des CIA.....	61
5.5 Hypothesenprüfung: Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	61
5.5.1 Fragestellung 4: Prädiktoren der Summenskalen der SF-36.....	62
5.5.2 Fragestellung 5: Prädiktoren des EDQOL.....	66
5.5.3 Fragestellung 6: Prädiktoren des CIA.....	67
6 Diskussion.....	69
6.1 Diskussion der Ergebnisse.....	69
6.2 Limitationen.....	81
Literaturverzeichnis.....	84
Tabellenverzeichnis.....	105

Abkürzungsverzeichnis.....	107
III Anhang.....	108

Abstract (Deutsch)

Hintergrund. Die Essstörungen Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) und Binge-Eating-Störung (BED) sind schwerwiegende psychische Erkrankungen, die mit erheblichen Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) einhergehen. Während eine Reihe von Studien zeigen konnte, dass Menschen mit Essstörungen eine signifikant niedrigere HRQoL aufweisen als gesunde Kontrollpersonen, ist noch unklar, ob es HRQoL-Unterschiede auch zwischen den verschiedenen Essstörungen gibt. Untersuchungen, die sich diesem Thema widmeten, setzten vorrangig allein generische Messinstrumente zur Erfassung der HRQoL ein. Ob generische im Vergleich zu essstörungsspezifischen Verfahren eine unterschiedliche Sensitivität bzw. Genauigkeit in der Erfassung von HRQoL-Differenzen aufweisen, bleibt damit offen. Wenig bekannt ist bislang zudem über den Einfluss einzelner Essstörungssymptome auf die HRQoL der AN, BN oder BED, besonders wenn dabei komorbide Symptomatiken mitbedacht werden. *Methodik.* Im Rahmen einer querschnittlichen Online-Erhebung wurden 221 Frauen identifiziert, die auf Grundlage der Angaben im Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) einer der drei Gruppen AN, BN und BED zugeordnet werden konnten. Die fünfteilige Fragebogenbatterie enthielt neben dem EDE-Q, das auch zur Erfassung der Essstörungssymptome diente, die Depressions-Angst-Stress-Skalen (DASS-21) zur Erhebung der komorbiden Angst- und Depressionssymptomatik sowie ein generisches und zwei essstörungsspezifische HRQoL-Messverfahren: Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36), Eating Disorder Quality of Life (EDQOL) und Clinical Impairment Assessment (CIA). *Ergebnisse.* Es wurde kein statistisch signifikanter Unterschied in der psychischen Summenskala der SF-36, dem EDQOL und dem CIA zwischen den Essstörungsgruppen gefunden. Außerdem zeigte sich, dass Angst- und/oder Depressionssymptome in allen drei Teilstichproben einen erheblichen und jeweils den größten Varianzanteil der generischen sowie der essstörungsspezifischen HRQoL erklären konnten. Während in der AN-Gruppe keine signifikanten Prädiktoren unter den Essstörungssymptomen beobachtet wurden, hatten Laxantienmissbrauch, exzessiver Sport und Essenssorgen in der BN-Gruppe sowie radikale Essensbeschränkung in der BED-Gruppe einen signifikanten Effekt auf die HRQoL. *Schlussfolgerungen.* Die vorliegenden Ergebnisse liefern keine Hinweise auf eine unterschiedliche Sensitivität generischer gegenüber essstörungsspezifischen Verfahren in der Erfassung von HRQoL-Unterschieden zwischen den verschiedenen Essstörungen. Darüber hinaus wird die HRQoL von Menschen mit AN, BN und BED viel weniger durch einzelne Essstörungssymptome als durch komorbide Angst- und Depressionssymptome beeinflusst.

Abstract (Englisch)

Background. The eating disorders anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) and binge eating disorder (BED) are serious mental illnesses that are associated with significant impairment in health-related quality of life (HRQoL). While a number of studies have shown that people with eating disorders have a significantly worse HRQoL than healthy controls, it is still unclear whether there are differences in HRQoL when it comes to different eating disorder diagnoses. Investigations dedicated to this topic primarily used only generic measures of HRQoL. Hence, it remains unclear whether generic measures differ from eating disorder specific ones in their sensitivity (i.e., accuracy) to the measurement of HRQoL differences. Moreover, little is known about the influence of individual eating disorder symptoms on HRQoL of AN, BN and BED, especially when comorbid symptoms are taken into account.

Methodology. As part of a cross-sectional online survey 221 women were identified, who could be assigned to one of the three groups AN, BN and BED based on the information provided in the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q). Besides the EDE-Q, that was also used to assess eating disorder symptoms, the five-part questionnaire battery included the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) for measuring anxiety and depressive symptoms, as well as one generic and two eating disorder specific HRQoL instruments: Short-Form-36 Health Survey (SF-36), Eating Disorder Quality of Life (EDQOL) and Clinical Impairment Assessment (CIA).

Results. No statistically significant differences were found between the three eating disorder groups in the SF-36 mental component summary, the EDQOL and the CIA. In addition, it was shown that symptoms of anxiety and depression could explain a significant – and the largest – proportion of the variance in generic and eating disorder specific HRQoL in all three subsamples. While no significant predictors among the eating disorder symptoms were observed in the AN group, excessive exercise, eating concerns and the misuse of laxatives in the BN group, as well as extreme dietary restriction in the BED group, had a significant effect on HRQoL.

Conclusions. The present results revealed no indication of differing sensitivity of generic versus specific measures in assessing HRQoL differences among different eating disorders. Furthermore, the HRQoL of people with eating disorders is influenced much less by individual eating disorder symptoms than by comorbid anxiety and depressive symptoms.

I Theoretischer Teil

Einleitung

Essstörungen, wie Fichter und Quadflieg (2021) es formulieren, sind „schwere psychische Erkrankungen, charakterisiert durch abnormes Essverhalten und gestörte Einstellungen bezüglich Gewicht, Figur und Essen“ (S. 1204). Die exakten diagnostischen Kriterien der einzelnen Essstörungen, darunter die der drei Hauptformen Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) und Binge-Eating-Störung (engl.: Binge Eating Disorder; BED), sind in der fünften Auflage des *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen* (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2018) beschrieben. Während, kurz gesagt, für die AN das Untergewicht aufgrund einer stark eingeschränkten Nahrungszufuhr kennzeichnend ist, sind es im Falle der BN und BED wiederkehrende Essanfälle, die bei Menschen mit BN, im Gegensatz zu jenen mit BED, sogenannte *kompensatorische Verhaltensweisen* (z.B. selbstinduziertes Erbrechen) zum Zweck der Verhinderung einer Gewichtszunahme zur Folge haben (APA, 2018).

Eine AN, BN oder BED entwickelt sich in der Regel im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter (Smink et al., 2016; Udo & Grilo, 2018) und betrifft deutlich häufiger Frauen als Männer. Auf westliche Länder bezogen zeigen epidemiologische Studien Lebenszeitprävalenzen von durchschnittlich 8.4% bei Frauen und im Schnitt 2.2% bei Männern (Galmiche, Déchelotte, Lambert, & Tavoracci, 2019).

Neben den vielfältigen psychischen Symptomen, die mit einer Essstörung einhergehen können, wie etwa eine dysfunktionale Emotionsregulation, Abhängigkeit des Selbstwerts von Figur und Gewicht, sozialer Rückzug oder rigides Denken (APA, 2018; Haedt-Matt & Keel, 2011; Leehr et al., 2015), kann sie auch auf körperlicher Ebene schwerwiegende Auswirkungen haben. Zu diesen gehören beispielsweise Schädigungen wichtiger Organe, Herzrhythmusstörungen, endokrine Störungen oder speziell bei BED Adipositas-assoziierte Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 (APA, 2018; Fichter & Quadflieg, 2021; Fritzsche & Wetzels-Richter, 2020; Olguin et al., 2017). Der überwiegende Teil der Menschen mit Essstörungen – bezogen auf die drei Hauptformen sind es zwischen 56% und 95% – leidet zudem an einer komorbiden psychischen Störung; am häufigsten treten affektive Störungen und Angststörungen auf (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007).

Unter den Personen mit AN oder BN, die sich einer Therapie unterziehen, erreichen weniger als die Hälfte eine Remission ihrer Symptome, circa ein Drittel erholt sich zumindest teilweise und bei ungefähr 20% wird die Erkrankung chronisch (Steinhausen, 2002; Steinhausen & Weber, 2009). Zudem ist die Mortalitätsrate bei Menschen mit BN oder BED

um das 1.5-Fache, bei einer AN-Diagnose gar um das 5-Fache im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht (Fichter & Quadflieg, 2016). Die Sterblichkeitsrate bei AN ist damit eine der höchsten unter den psychischen Störungen (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011).

In Anbetracht der Schwere der Erkrankung ist es nicht verwunderlich, dass Menschen mit einer Essstörung auch eine erhebliche Beeinträchtigung in ihrer *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* (engl.: Health-Related Quality of Life, HRQoL) erleben. Ein konsistentes Ergebnis einer Reihe von Studien ist, dass Personen, die unter einer Essstörung leiden, eine signifikant niedrigere HRQoL aufweisen als gesunde Kontrollpersonen oder im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Baiano et al., 2014; Engel, Adair, Hayas, & Abraham, 2009; Jenkins, Hoste, Meyer, & Blissett, 2011). Im Gegensatz zu dieser einheitlichen Forschungslage stehen jedoch die sehr inkonsistenten Untersuchungsergebnisse wissenschaftlicher Arbeiten, die überprüft haben, ob es Unterschiede in der Ausprägung der HRQoL auch zwischen den einzelnen Essstörungsdiagnosen gibt (z.B. Ekeröth, Clinton, Norring, & Birgegård, 2013; Meneguzzo et al., 2021; Mond, Owen, Hay, Rodgers, & Beumont, 2005). Daher ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit, zur Klärung dieser Forschungsfrage beizutragen, indem die Essstörungsgruppen AN, BN und BED auf Unterschiede in der HRQoL untersucht werden. Zusätzlich soll im Zuge dessen analysiert werden, ob essstörungsspezifische im Vergleich zu krankheitsübergreifenden HRQoL-Testinstrumenten besser in der Lage sind, Unterschiede in der HRQoL aufzudecken, oder aber beide Verfahrensarten als ähnlich sensitiv in der Messung von HRQoL-Differenzen betrachtet werden können. Um darüber hinaus mögliche Unterschiede in der HRQoL zwischen den Essstörungsarten besser erklären zu können sowie wichtige für die Behandlung von Essstörungen relevante Erkenntnisse zu erlangen, soll erstmals simultan für die drei Stichprobengruppen AN, BN und BED das Ausmaß des Einflusses einzelner Essstörungssymptome (d.h. essstörungstypische Kognitionen und Verhaltensweisen) auf die krankheitsübergreifende und essstörungsspezifische HRQoL untersucht werden.

Kapitel 1 der vorliegenden Arbeit beginnt mit einer umfassenden Beschreibung der Essstörungen AN, BN und BED. Es werden Diagnosekriterien und Symptome sowie weitere wichtige Aspekte dieser Erkrankungen, wie beispielsweise der Krankheitsverlauf oder häufig auftretende Komorbiditäten, behandelt. Im zweiten Kapitel erfolgt die Erläuterung des Konstrukts der HRQoL inklusive seiner Messung und ein Überblick bisheriger Forschungsbemühungen hinsichtlich der HRQoL im Kontext der Essstörungen. Die nächsten beiden Kapitel beinhalten die Darlegung der Studienziele sowie Ausführungen zur

methodischen Umsetzung des Forschungsvorhabens. In den abschließenden beiden Kapiteln werden zuerst die Untersuchungsergebnisse dargestellt und anschließend in bisherige Forschung eingeordnet und diskutiert.

1 Essstörungen: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung

Nachfolgend soll ein umfassendes Bild der Essstörungen AN, BN und BED gezeichnet werden. Zu diesem Zweck erfolgt eine eingehende Darstellung von Diagnosekriterien, Symptomatik, psychischen Komorbiditäten, Epidemiologie, Ätiologie, Erkrankungsverlauf sowie Therapien, jeweils bezogen auf die drei Störungsbilder AN, BN und BED.

1.1 Definition, Diagnosekriterien und Symptomatik

1.1.1 Anorexia nervosa

Eine AN wird dem DSM-5 zufolge von drei Hauptmerkmalen bestimmt. Dazu zählt gemäß APA (2018) eine „dauerhafte Einschränkung der Energieaufnahme“ (S. 464), die letztlich zum Untergewicht führt, eine „große Angst vor Gewichtszunahme (...) und eine Störung der Wahrnehmung des eigenen Gewichts oder der eigenen Figur“ (S. 464). Diese sogenannte *Körperschemastörung* bedeutet, dass sich Menschen mit einer AN trotz des objektiv wahrnehmbaren Untergewichts als zu dick erleben oder die Schwere der Gefährdung durch ihr aktuelles Gewicht nicht erkennen (Schuck & Schneider, 2019; Verbeek & Petermann, 2019). Eine Krankheitseinsicht fehlt bei vielen von einer AN Betroffenen also ganz oder ist nur in geringem Ausmaß vorhanden (Zeeck et al., 2020). Außerdem wird ihr Selbstwert typischerweise sehr stark von Figur und Gewicht abhängig gemacht (Schuck & Schneider, 2019; Zeeck et al., 2020).

Des Weiteren kann der Gewichtsverlust auf unterschiedliche Arten erfolgen, die den beiden Subgruppen der AN – dem restriktiven Typ (AN-R) und dem Binge-Eating/Purging-Typ (AN-BP) – entsprechen (APA, 2018). Im Falle der AN-R erfolgt die Gewichtsabnahme vorwiegend durch eine starke Einschränkung der Nahrungsmenge sowie -auswahl und/oder mittels übertriebener körperlicher Betätigung. Bei Vorliegen der AN-BP werden zusätzliche Maßnahmen zur Gewichtsregulation, wie selbst herbeigeführtes Erbrechen, Laxantien- oder Diuretikamissbrauch, ergriffen, die auch mit wiederkehrenden Essanfällen einhergehen können (APA, 2018; Schuck & Schneider, 2019).

Zu weiteren Symptomen, die bei Menschen mit einer AN häufig zu beobachten sind,

zählt auch eine starke Einengung des Denkens auf essens- und gewichtsbezogene Themen (APA, 2018; Verbeek & Petermann, 2019). Viele folgen bestimmten Essritualen, häufen Rezepte an oder horten Lebensmittel (APA, 2018; Zeeck et al., 2020). Ebenfalls oft beschrieben werden depressive Symptome, wie etwa Reizbarkeit, ein depressiver Gemütszustand oder sozialer Rückzug (APA, 2018). Andere Merkmale, die Menschen mit einer AN aufweisen können, sind ein starkes Kontrollbedürfnis, rigides Denken, ein eingeschränkter emotionaler Ausdruck, Konfliktvermeidung und Probleme in der Affektregulation (APA, 2018; Zeeck et al., 2020).

Neben den psychischen Symptomen hat die Erkrankung und die damit einhergehende Unterernährung auch gravierende körperliche Auswirkungen. Zu möglichen somatischen Folgen gehören Schädigungen wichtiger Organe wie der Niere oder der Leber, kardiale Symptome, darunter Bradykardien (zu niedrige Herzfrequenz) oder Herzrhythmusstörungen, Blutbildveränderungen, Veränderungen der Gehirnstruktur (Hirnatrophie) und im Falle einer AN-BP auch Elektrolytstörungen sowie Dehydratation (Fichter & Quadflieg, 2021; Herpertz-Dahlmann, 2022; Schweiger & Hagenah, 2020; Verbeek & Petermann, 2019). Darüber hinaus treten häufig endokrine Störungen auf, d.h. es kommt zu einer veränderten Ausschüttung von u.a. Kortisol, Schilddrüsenhormonen, Wachstumshormonen oder Sexualhormonen (Fritzsche & Wetzel-Richter, 2020; Herpertz-Dahlmann, 2022). Solche veränderten Hormonkonzentrationen stehen gleichzeitig im Zusammenhang mit einer bei AN oft zu beobachtenden Reduzierung der Knochendichte (Schweiger & Hagenah, 2020). Bei Kindern kann es auch zu einer verzögerten Pubertätsentwicklung und zum Stillstand des Wachstums kommen (Zeeck et al., 2020).

1.1.2 Bulimia nervosa

Zu den im DSM-5 genannten wichtigsten Merkmalen einer BN zählen „wiederkehrende Episoden von Essanfällen (...), die wiederholte Anwendung von unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern (...), und die übermäßige Abhängigkeit der Selbstbewertung von Figur und Körpergewicht“ (APA, 2018, S. 473).

Um einen Essanfall im Rahmen einer BN-Erkrankung handelt es sich, wenn eine übermäßig große Menge an Nahrungsmitteln innerhalb eines eng begrenzten Zeitraums verzehrt und dabei ein Kontrollverlust erlebt wird, d.h. Betroffene haben während eines Essanfalls das Gefühl, die Nahrungsaufnahme nicht stoppen zu können oder keinen Einfluss darauf zu haben, was und wie viel davon sie zu sich nehmen. Die so definierten Essanfälle

können verschiedene Auslöser haben. Hier zu nennen – da empirisch gut belegt – ist vor allem eine stärkere negative Affektivität. So kam auch eine Metaanalyse über 36 Tagebuchstudien zum Schluss, dass Essanfällen im Vergleich zu normalen Esssituationen ein negativerer Affekt vorausgeht (Haedt-Matt & Keel, 2011). Eine Studie von Goldschmidt et al. (2014) liefert zudem Hinweise darauf, dass Stress – genauer gesagt zwischenmenschliche und alltägliche Stressoren – sowie seine Bewertung zu der verstärkten negativen Affektivität führen. Aber auch ein restriktives Essverhalten, von dem die Phasen zwischen den einzelnen Essanfällen häufig bei Menschen mit BN geprägt sind, kann die Ursache für einen Essanfall sein (APA, 2018; Schuck & Schneider, 2019; Svaldi et al., 2020). In einer wissenschaftlichen Arbeit zeigte sich, dass eine eingeschränkte Nahrungsaufnahme bei an BN erkrankten Personen Essanfälle am Tag der Nahrungsrestriktion und dem darauffolgenden Tag vorhersagen kann (Zunker et al., 2011).

Nach einem Essanfall versuchen Menschen mit BN die erhöhte Kalorienaufnahme – aus Angst, möglicherweise an Gewicht zuzunehmen – zu kompensieren. Als die am häufigsten genutzte Gegenmaßnahme ist hier das selbstinduzierte Erbrechen zu nennen. Aber auch der Missbrauch von Laxantien sowie Diuretika, restriktives Essen bzw. Fasten und exzessive sportliche Betätigung zählen zu den verschiedenen angewandten Kompensationsverhaltensweisen (APA, 2018; Svaldi et al., 2020) – die meisten Betroffenen setzen mehrere davon ein (Legenbauer, Bühren, & Preuss-van Viersen, 2022).

Ähnlich wie Menschen mit AN sind auch an BN Erkrankte unzufrieden mit ihrem eigenen Körper, machen ihren Selbstwert extrem abhängig von Figur und Körpergewicht und sind gedanklich stark mit essens-, figur- und gewichtsbezogenen Themen beschäftigt (APA, 2018; Fritzsche & Wetzel-Richter, 2020; Legenbauer et al., 2022; Svaldi et al., 2020). Im Unterschied zur AN geht es bei der BN jedoch nicht vorrangig um eine Gewichtsabnahme, wenngleich eine Gewichtszunahme als große Bedrohung erlebt wird (Legenbauer et al., 2022). Ebenfalls in Abweichung von der AN sind Personen mit BN meist normal-, manchmal auch übergewichtig (Legenbauer et al., 2022).

Neben den beschriebenen psychischen Symptomen kann sich eine BN auch auf körperlicher Ebene in verschiedener Weise äußern. Möglich sind etwa – insbesondere bei oftmaligem Erbrechen – Zahnschäden, Schwellungen und Entzündungen der Ohrspeicheldrüse oder Elektrolytstörungen, die überdies zu Herzrhythmusstörungen und Nierenschäden führen können (Fichter & Quadflieg, 2021; Fritzsche & Wetzel-Richter, 2020; Legenbauer et al., 2022; Verbeek & Petermann, 2019). Aber auch verschiedene gastrointestinale Symptome, wie beispielsweise eine Entzündung des Magens, der Speiseröhre oder der Bauchspeicheldrüse

können Folge einer BN sein (APA, 2018; Fichter & Quadflieg, 2021; Verbeek & Petermann, 2019).

1.1.3 Binge-Eating-Störung

Bei der BED handelt es sich um eine im Vergleich zu den anderen Essstörungen noch relativ neue Essstörungskategorie, da sie erst 2013, mit der Herausgabe des DSM-5, in eben diesem Klassifikationssystem als eigenständige psychiatrische Diagnose genannt wird (APA, 2013). In der vierten Auflage des *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen* (DSM-IV) galt sie noch als Forschungsdiagnose und wurde der Gruppe der nicht näher bezeichneten Essstörungen (engl.: Eating Disorder Not Otherwise Specified; EDNOS) zugeordnet (APA, 1994).

Den aktuellen Kriterien des DSM-5 zufolge ist eine BED von wiederkehrenden Essanfällen gekennzeichnet, die als unkontrollierbar erlebt werden, denen jedoch, anders als bei der BN, keine Gegenmaßnahmen folgen. Die Essanfälle im Rahmen einer BED lösen außerdem einen starken Leidensdruck aus und sind typischerweise dadurch charakterisiert, dass die Nahrung allein, ohne körperliches Hungergefühl und schneller als sonst, bis zu dem Punkt eines übermäßigen Sättigungsgefühls, verzehrt wird. Nach den Essanfällen erleben viele Betroffene Gefühle von Schuld, Deprimiertsein oder Ekel gegenüber sich selbst (APA, 2018).

Eine Reihe von Tagebuchstudien und laborexperimentellen Studien, die sich mit den Auslösern von Essanfällen bei an BED leidenden Personen beschäftigten, konnten zeigen, dass Essanfällen eine negative Affektivität oder Stress vorausgeht, was letztlich für eine dysfunktionale Emotionsregulation spricht (Haedt-Matt & Keel, 2011; Leehr et al., 2015). Da Menschen mit BED außerdem ihre Nahrungsaufnahme durch Diäten einzuschränken versuchen (Howard & Porzelius, 1999), wenn auch nicht in dem Ausmaß wie Personen mit BN (Elran-Barak et al., 2015; Roberto, Grilo, Masheb, & White, 2010), spielt zudem das restriktive Essverhalten eine Rolle bei der Entstehung von Essanfällen (Loeber et al., 2018; Stein et al., 2007).

Der überwiegende Teil der Menschen mit BED ist aufgrund des ausbleibenden Kompensationsverhaltens übergewichtig oder adipös. In einer groß angelegten populationsbasierten Studie fanden Kessler et al. (2013), dass 41.7% der Personen mit BED adipös (Body-Mass-Index [BMI] > 30) waren, während dies auf nur 15.8% der Personen ohne Essstörung zutraf; 31.8% der Menschen mit BED wurden als übergewichtig (BMI 25–29.9) eingestuft. In einer wissenschaftlichen Arbeit mit klinischer Stichprobe lag die Lebenszeitprävalenzrate der Adipositas bei Frauen mit einer BED-Diagnose bei 87.8%

(Villarejo et al., 2012).

Des Weiteren können auch Menschen mit BED, ähnlich wie bei einer AN oder BN, ihren Selbstwert in übertriebener Weise von ihrem Körper und Gewicht abhängig machen (Grilo et al., 2009; Grilo, Masheb, & White, 2010; Masheb & Grilo, 2000). In Zahlen sind es ca. 50% der Personen mit BED, die von einer Überbewertung von Figur und Gewicht berichten (Coffino, Udo, & Grilo, 2019). Anders als bei einer AN- oder BN-Diagnose zählt diese Überbewertung jedoch nicht zu den diagnostischen Kriterien der BED (APA, 2018).

Schließlich gibt es auch eine Vielzahl von körperlichen Erkrankungen, die mit einer BED einhergehen können. Sie stehen im Zusammenhang mit Adipositas, von der ein großer Anteil der Menschen mit BED betroffen ist. Jedoch ist bislang unklar, ob die BED selbst, unabhängig von einem BMI > 30 und anderen psychischen Komorbiditäten, das Risiko für das Auftreten der Adipositas-assoziierten Erkrankungen erhöht. Jedenfalls liefern einige Studien Hinweise darauf, dass eine BED, auch unabhängig von Adipositas, zu Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Asthma, Schlafstörungen, diversen körperlichen Schmerzen, funktionellen gastrointestinalen Symptomen bzw. Störungen (z.B. Reizdarmsyndrom) sowie bei Frauen zu Schwangerschaftskomplikationen und menstruellen Dysfunktionen führen kann (Mitchell, 2016; Olguin et al., 2017).

1.2 Epidemiologie

In der weiblichen Bevölkerung ist die BED die am häufigsten und AN die am seltensten diagnostizierte Essstörung unter den drei Hauptformen. So erkrankten einem systematischen Review zufolge, das Lebenszeitprävalenzraten westlicher Länder analysierte, im Schnitt 2.8% der Frauen an einer BED, 1.9% an einer BN und 1.4% an einer AN (Galmiche et al., 2019). Bei Männern hingegen sind die Prävalenzzahlen um ein Vielfaches geringer (Lebenszeitprävalenzen von 0.2% für AN, 0.6% für BN, 1.0% für BED; Galmiche et al., 2019). Auch im DSM-5 wird von deutlich niedrigeren Prävalenzen in der männlichen Bevölkerung gesprochen, insbesondere bezogen auf die AN und BN. Nur im Falle von Personen mit einer BED-Diagnose scheint – mit Bezugnahme auf 12-Monatsprävalenzraten von 1.6% vs. 0.8% bei Frauen im Vergleich zu Männern – das Geschlechterverhältnis ein merklich ausgeglicheneres zu sein (APA, 2018).

Der Beginn der drei Hauptessstörungskategorien liegt in den meisten Fällen im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter. Die AN tritt im Schnitt etwas früher auf als die BN, das durchschnittliche erste Auftreten einer BED zwischen 23 und 25 Jahren ist zugleich das späteste im Vergleich der drei Diagnosen (Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013; Smink et

al., 2016; Udo & Grilo, 2018). Aber auch noch nach dem 30. Lebensjahr können sowohl Frauen als auch Männer an einer Essstörung leiden – entweder weil ihre Erkrankung eine chronische Form angenommen hat oder weil ihre Essstörung erst spät begonnen hat (Brown, Forney, Klein, Grillo, & Keel, 2020; Micali et al., 2017). In einer großen Stichprobe von Frauen mittleren Alters ($M = 47.78$, $SD = 4.50$) lag die 12-Monatsprävalenz für nach dem DSM-5 diagnostizierbaren Essstörungen bei insgesamt 3.6%. Die BED war dabei mit 1.0% die häufigste der drei Essstörungshauptformen, gefolgt von BN mit 0.4% und auch die AN-Diagnosen lagen unter Frauen in der Lebensmitte bei immerhin noch 0.2%. 41.6% der Essstörungen entstanden erst in den 12 Monaten vor der Erhebung (Micali et al., 2017).

1.3 Psychische Komorbiditäten

Psychische Komorbiditäten treten bei Menschen mit einer Essstörungsdiagnose sehr häufig auf. Zwei Studien an großen Stichproben bestehend aus stationären Essstörungspatientinnen einerseits sowie sowohl stationären als auch ambulanten Patientinnen andererseits fanden, dass 97% bzw. 71% der Studienteilnehmerinnen mindestens eine weitere Achse-I-Störung aufwiesen (Blinder, Cumella, & Sanathara, 2006; Ulfvebrand, Birgegård, Norring, Högdahl, & von Hausswolff-Juhlin, 2015). Eine von Hudson et al. (2007) groß angelegte populationsbasierte Untersuchung US-amerikanischer Haushalte ergab, dass sich bei 56% der Menschen mit AN, 95% der Studienteilnehmer*innen mit BN und 79% der an BED Erkrankten im Laufe ihres Lebens mindestens eine zusätzliche im DSM-IV beschriebene psychische Störung feststellen ließ.

Auch wenn Prävalenzzahlen für einzelne psychische Erkrankungen stark variieren, treten gerade affektive Störungen und Angststörungen über verschiedene Studien hinweg am häufigsten bei Menschen mit Essstörungen auf (Blinder et al., 2006; Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013; Ulfvebrand et al., 2015). In der Untersuchung von Hudson et al. (2007) wiesen beispielsweise 42% bzw. 48% der Menschen mit AN, 71% bzw. 81% BN Erkrankte und 46% bzw. 65% von einer BED Betroffene eine affektive Störung bzw. eine Angststörung auf. Die affektive Störung, die in allen drei Essstörungsgruppen besonders oft zu beobachten ist, ist die Major Depression (Blinder et al., 2006; Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013; Ulfvebrand et al., 2015). Unter den Angststörungen finden sich bei AN vor allem generalisierte Angststörungen (Ulfvebrand et al., 2015) sowie spezifische und soziale Phobien (Hudson et al., 2007). Letztgenannte Phobien zählen neben posttraumatischen Belastungsstörungen auch bei BN und BED zu den vermehrt diagnostizierten affektiven Störungen (Blinder et al., 2006; Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013).

Abgesehen von den besonders häufigen affektiven Störungen und Angststörungen werden aber auch andere psychische Erkrankungen in Essstörungspopulationen nicht selten beobachtet. So wurden etwa in zwei klinischen Stichproben Prävalenzzahlen von 10% bzw. 22% für Substanzkonsumstörungen gefunden (Blinder et al., 2006; Ulfvebrand et al., 2015). Diese treten im Vergleich der Essstörungsdiagnosen am öftesten bei einer BN auf, aber auch bei BED und AN-BP werden sie gehäuft diagnostiziert (Blinder et al., 2006; Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013; Ulfvebrand et al., 2015). Zudem treten bei AN vermehrt Zwangsstörungen (Punkt-Prävalenz von fast 30%; Blinder et al., 2006) und bei BN sowie BED Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen auf (Lebenszeitprävalenz von 35% bzw. 20%; Hudson et al., 2007).

1.4 Krankheitsverlauf

Die Spannweite der Erkrankungsdauer ist hoch, sie liegt im Durchschnitt bei Menschen mit AN, BN oder BED bei 13 Jahren, wobei an einer BED Erkrankte mit 16 Jahren im Schnitt am längsten mit einer Essstörung leben (Udo & Grilo, 2018). Nur zwischen 17% und 31% der Betroffenen suchen eine essstörungsspezifische Therapie auf (Hart, Granillo, Jorm, & Paxton, 2011). Gerade Menschen mit BED beginnen häufig anstatt einer psychologischen Behandlung eine Gewichtsreduktionstherapie (Hart et al., 2011; Kalman, Cascarano, Krieger, Incledon, & Woolsey, 2002).

Unter jenen, die eine Therapie für ihre Essstörung erhalten, so kommen zwei Übersichtsarbeiten von Steinhausen (2002) sowie Steinhausen und Weber (2009) zu Therapieergebnissen bei Patient*innen mit AN einerseits und Patient*innen mit BN andererseits zum Schluss, erholt sich weniger als die Hälfte vollständig von der Essstörung und circa ein Drittel erreicht zumindest eine Teilremission. Bei ungefähr 20% der AN- und BN-Patient*innen nimmt die Erkrankung einen chronischen Verlauf. Zu bedenken ist außerdem, dass selbst wenn es zu einer Remission der Symptome kommt, zwischen 10% und 26% der AN-, BN- und BED-Patient*innen Rückfälle erleiden (Castellini et al., 2011; Eddy et al., 2017; Hilbert et al., 2012).

Während die genannten Remissions-, Teilremissions- und Chronifizierungsraten bei Patient*innen mit AN und BN zwar ähnlich ausfallen, zeigen sich jedoch teilweise Unterschiede bei Betrachtung des längeren zeitlichen Verlaufs. In einer der seltenen Langzeitstudien über einen Zeitraum von mehr als zwei Dekaden fanden Eddy et al. (2017), dass es innerhalb der ersten neun Jahre bei nur 31.4% der untersuchten AN-Patientinnen zu

einer Genesung kam, während dies bei den BN-Patientinnen im selben Zeitfenster auf 68.2% zutraf. Beim Messzeitpunkt nach 20 Jahren waren es allerdings in beiden Essstörungengruppen circa zwei Drittel, die sich vollständig erholt hatten. Demzufolge genesen Frauen mit BN schneller als Frauen mit AN, bei AN-Patientinnen stieg die Remissionsrate jedoch auch noch nach zehn Jahren weiter an, während sie bei BN-Patientinnen stagnierte. Nach 20 Jahren litt jedoch immer noch etwa ein Drittel der Frauen an einer diagnostizierbaren Essstörung (Eddy et al., 2017). Diese Ergebnisse zum langfristigen Verlauf der Essstörungen werden weitestgehend auch von Erkenntnissen aus den Übersichtsarbeiten von Steinhausen (2002) sowie Steinhausen und Weber (2009), die jedoch nur auf querschnittlichen Daten beruhen, unterstützt. Auch sie schlussfolgern, dass die durchschnittliche Remissionsrate bei BN-Patient*innen nach vier bis neun Jahren ihr Maximum erreicht, danach aber wieder abnimmt, während sie bei AN-Patient*innen, die überleben – denn gleichzeitig steigt auch die Mortalitätsrate mit Zunahme des Follow-up-Zeitraums –, über die Zeit stetig ansteigt. Niedrigere Remissionsraten unter AN- im Vergleich zu BN-Patient*innen nach circa einer Dekade können zudem durch das Review von Keel und Brown (2010) bekräftigt werden, die selbst zum Fazit kommen, dass ungefähr zehn Jahre nach Aufnahme der Therapie im Durchschnitt 50% der Menschen mit AN gegenüber 75% der Menschen mit BN eine Remission ihrer Symptome erreichen.

Bei Menschen mit BED finden sich hinsichtlich der Remissionsraten vergleichbare Zahlen wie in der BN-Stichprobe von Eddy et al. (2017). So erfüllten in einer Langzeitstudie an stationär behandelten BED-Patientinnen 67.2% zwölf Jahre nach Ende ihrer Therapie nicht mehr die Kriterien für eine Essstörungsdiagnose (Fichter, Quadflieg, & Hedlund, 2008). In Bezug auf ambulante Behandlungen waren es bei einem 4-Jahres-Follow-up – je nach Art der Psychotherapie, die die Studienteilnehmer*innen erhielten – zwischen 52.0% und 76.7% der Personen, die keine BED mehr hatten (Hilbert et al., 2012). Untersuchungen mit kurzen Follow-up-Zeiträumen von einem Jahr zeigten zudem deutlich höhere Remissionsraten bei BED- im Vergleich zu AN- oder BN-Patient*innen (Keel & Brown, 2010). Menschen mit BED scheinen demzufolge rascher und besser von einer Therapie profitieren zu können als an AN oder an BN Erkrankte.

Insgesamt betrachtet ist die Prognose für Essstörungspatient*innen suboptimal. Zwar kann ein Großteil der Betroffenen eine Remission oder zumindest eine Teilremission erreichen, die Chronifizierungsraten sind allerdings hoch, zudem ist der Weg bis zur Genesung für viele, besonders für Menschen mit AN, ein sehr langer und einige erleiden Rückfälle (Eddy et al., 2017; Fichter et al., 2008; Steinhausen, 2002; Steinhausen & Weber, 2009). Darüber hinaus ist

die Sterblichkeitsrate – bedingt durch Suizid oder einen natürlichen Tod (z.B. als Folge eines niedrigen Körpergewichts) – bei Menschen mit BN oder BED um das 1.5-Fache, bei einer AN-Diagnose sogar um das 5-Fache im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht (Fichter & Quadflieg, 2016). Damit ist die Mortalitätsrate bei AN eine der höchsten unter den psychischen Störungen – höher als jene der Schizophrenie, der Bipolaren Störung und der Depression (Arcelus et al., 2011; Hoang, Goldacre, & James, 2014). Eine Metaanalyse konnte zudem zeigen, dass unter den Personen mit AN, die starben, eine von fünf den Freitod wählte (Arcelus et al., 2011). Aber nicht nur bei AN, sondern auch bei BN und BED ist das Suizidrisiko erhöht (Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pedersen, & Bulik, 2013).

1.5 Ätiologie und Aufrechterhaltung

Die Ätiologie der Essstörungen konnte bislang noch nicht hinreichend geklärt werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass eine Vielzahl von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren in komplexer Art und Weise zusammenwirken und an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung beteiligt sind (Caspar, Pjanic, & Westermann, 2018; Herpertz et al., 2020; Schuck & Schneider, 2019).

Betrachtet man die Entstehungsbedingungen der einzelnen Essstörungsgruppen, zeichnen sich vor allem Unterschiede in der Ätiologie der AN im Vergleich zu jener der BN und BED ab (Treasure, Duarte, & Schmidt, 2020). So dürften gerade biologische bzw. genetische Faktoren eine stärkere Rolle in der Entstehung der AN spielen (Herpertz-Dahlmann, 2022; Stice, Gau, Rohde, & Shaw, 2017). In Zwillingsstudien wurde die Heritabilität der AN am höchsten geschätzt – sie liegt bei AN zwischen 48% und 74%, bei BN zwischen 55% und 62% sowie bei BED zwischen 39% und 45% (Yilmaz, Hardaway, & Bulik, 2015). Wirklich bemerkenswerte neue Erkenntnisse in der Erforschung der AN und ihrer Genetik lieferten aber erst neuere Studien, die auf Methoden basieren, die sich erst in den 2000er-Jahren in der Forschung etabliert haben, den sogenannten *genomweiten Assoziationsstudien* (GWAS; Herpertz-Dahlmann, 2022; Hirtz et al., 2022). Mit Hilfe von GWAS wurden acht chromosomale Regionen gefunden, die mit der AN assoziiert sind, und diese konnten in weiterer Folge geteilte genetische Mechanismen zwischen der AN und anderen Merkmalen bzw. Störungen identifizieren (Hirtz et al., 2022; Watson et al., 2019). Es zeigten sich – übereinstimmend mit dem klinischen Bild der AN – signifikante positive genetische Korrelationen zu Neurotizismus, körperlicher Aktivität, Bildungsniveau sowie zu häufig komorbid zur AN auftretenden psychischen Störungen wie der Depression, Angststörung,

Zwangsstörung und Schizophrenie. Darüber hinaus fand man negative genetische Korrelationen zu mit dem Metabolismus in Verbindung stehenden Faktoren wie dem BMI, Fettmasse, Diabetes mellitus Typ 2, Nüchtern-Insulin, Insulin-Resistenz und Leptin (Hirtz et al., 2022; Watson et al., 2019). Diese Ergebnisse sind es auch, die zu einer neuen Sicht auf die AN als eine möglicherweise nicht ausschließlich psychische, sondern auch metabolische Erkrankung führten (Herpertz-Dahlmann, 2022; Hirtz et al., 2022; Watson et al., 2019). In der Forschung wird nun jene neue Perspektive auf die AN als *metabo-psychiatrische Störung* weiterverfolgt (Bulik, Flatt, Abbaspour, & Carroll, 2019; Watson et al., 2019).

Unterstützung für Ergebnisse der GWAS und für die Vermutung, dass biologische Einflussfaktoren für die AN eine größere Rolle spielen könnten als für BN und BED, kommt auch von prospektiven Längsschnittstudien. Der Risikofaktor, der in solchen Untersuchungen den Beginn einer AN am häufigsten vorhersagen konnte, war nämlich ein niedriger BMI – ein Faktor, der auch im Einklang mit in retrospektiven Längsschnittstudien gefundenen Einflüssen, wie etwa einem niedrigen Geburtsgewicht, wenig Diäthalten sowie *eating conflicts, struggles with food* und *unpleasant meals* in der Kindheit (Kotler, Cohen, Davies, Pine, & Walsh, 2001), steht (Stice, 2016). Prädiktoren hingegen, die gemeinhin als Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung genannt und diskutiert werden, wie zum Beispiel das Diäthalten oder jene, die mit dem gesellschaftlich bedingten Schlankheitsdruck in Verbindung stehen (z.B. Biedert, 2008; Culbert, Racine, & Klump, 2015), konnten eine AN nicht vorhersagen (Stice, 2016; Stice et al., 2017). Allerdings sollte an dieser Stelle bedacht werden, dass bisher nur sehr wenige prospektive Studien existieren, die AN-spezifische Risikofaktoren untersucht haben (Stice, 2016).

Zu konsistent gefundenen Risikofaktoren in prospektiven Studien mit Menschen, die eine BN entwickelten, gehören das Diäthalten, Fasten, negative Affektivität, die Internalisierung des kulturell bedingten Schlankheitsideals, ein subjektiv wahrgenommener Druck, schlank zu sein und die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (Stice, 2016). In der einzigen prospektiven Forschungsarbeit, die dasselbe Set an Prädiktoren sowohl für BN als auch BED untersuchte, zeigte sich eine äußerst hohe Übereinstimmung der gefundenen Risikofaktoren – beide konnten durch die zuvor genannten, bereits häufig beobachteten Determinanten der BN vorhergesagt werden, mit dem Zusatz, dass auch das Überessen für beide Essstörungsgruppen eine Einflussgröße darstellte (Stice et al., 2017).

Die Ergebnisse aus den prospektiven Untersuchungen zur BN und BED stehen damit insgesamt im Einklang mit dem *Dual-Pathway-Model*, demzufolge die Internalisierung des Schlankheitsideals und der Schlankheitsdruck zu mehr Unzufriedenheit mit dem eigenen

Körper führen – eine Unzufriedenheit, die wiederum restriktives Essverhalten und negativen Affekt bedingt, die schließlich beide das Risiko für essgestörte Verhaltensweisen erhöhen (Stice, 2001). Bezüglich der AN hingegen liefern die Längsschnittstudien Hinweise darauf, dass nicht Menschen ein erhöhtes AN-Risiko haben, die gezielt abnehmen wollen, um dem Schlankheitsideal zu entsprechen, sondern jene, die aus anderen Gründen zu wenig essen und deshalb einen niedrigen BMI aufweisen (Stice et al., 2017).

Neben den bisher beschriebenen biologischen bzw. genetischen und soziokulturellen Faktoren sind auch individuelle Aspekte – darunter Persönlichkeitsmerkmale, kognitive Dysfunktionen und Schwierigkeiten in der Emotionsregulation – an der Ätiologie der Essstörungen beteiligt, auf die nachfolgend eingegangen wird.

Beginnend mit den Persönlichkeitseigenschaften konnten Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass Neurotizismus und negative Affektivität Risikofaktoren für die Entstehung der AN, BN und BED darstellen (Culbert et al., 2015; Stice et al., 2017). Da es noch zu wenige prospektive Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Perfektionismus gibt, die den Schluss zuließen, dass er den Beginn einer Essstörung vorhersagt, kann bislang nur die Aussage getroffen werden, dass Perfektionismus ein Risikofaktor für die Entstehung von bulimischen oder anorektischen Essstörungsverhaltensweisen und Kognitionen ist (Culbert et al., 2015). *Negative Urgency* – ein Aspekt des multidimensionalen Konstrukts der Impulsivität – gilt bisher ebenfalls nur als Risikofaktor für bulimisches Essstörungsverhalten (d.h. Essanfälle und kompensatorische Verhaltensweisen), nicht aber für die Feststellung einer Diagnose selbst (Culbert et al., 2015).

Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass eine dysfunktionale Emotionsregulation an Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörungssymptomatik bei BN und BED beteiligt ist. So berichtete eine Reihe von Forschungsarbeiten, dass Essanfällen negative Emotionen und Stress (z.B. interpersoneller Stress) vorausgingen (Goldschmidt et al., 2014; Haedt-Matt & Keel, 2011; Hilbert, Vögele, Tuschen-Caffier, & Hartmann, 2011; Leehr et al., 2015).

Auch neurokognitive Defizite scheinen eine Rolle in der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung von Essstörungen zu spielen. Korrelative Studien fanden Beeinträchtigungen der kognitiven Flexibilität bei Menschen mit AN, BN und BED (Smith, Mason, Johnson, Lavender, & Wonderlich, 2018; Wu et al., 2014) sowie eine Aufmerksamkeitsverzerrung bei Personen derselben drei Essstörungsgruppen, wenn es um störungsbezogene Reize, d.h. essens- und körperbezogene Stimuli, geht (Smith et al., 2018). Eine starke Detailorientierung (d.h. schwache zentrale Kohärenz) wurde vor allem für AN-Patient*innen beschrieben (Smith et al., 2018), Defizite in der inhibitorischen Kontrolle

wurden hingegen bei Personen aus dem bulimischen Essstörungsspektrum (d.h. AN-BP, BN, BED) identifiziert (Culbert et al., 2015; Smith et al., 2018). Außerdem konnten Untersuchungen Beeinträchtigungen im Entscheidungsverhalten bei AN, BN und BED zeigen, wobei Studien, die ihren Proband*innen eine Delay Discounting Task stellten, Hinweise darauf liefern, dass Menschen mit AN eine ausgeprägte Fähigkeit haben, Belohnungen hinauszuschieben, während Personen mit BED nur in geringem Maß dazu in der Lage sind (Smith et al., 2018).

1.6 Therapie

Basierend auf der für die jeweilige Essstörungsdiagnose typischen Symptomatik und ihrer multifaktoriellen Ätiologie ergeben sich die Ziele für die Therapie. Diese liegen im Falle der BN und BED in der Behandlung der störungsspezifischen Symptome, der psychischen Komorbiditäten und weiterer psychischer Probleme (z.B. Affektregulation, Impulsivität, Perfektionismus) sowie der Rückfallprophylaxe. Bei an einer BED Erkrankten kann auch eine Behandlung der Adipositas notwendig sein. Ein besonders wichtiges Ziel in der Therapie der AN ist die Normalisierung des Essverhaltens und des Körpergewichts. Die Behandlung körperlicher Folgen der Essstörung sowie psychischer und psychosozialer Problematiken stellen weitere Bestrebungen in der AN-Therapie dar (Hilbert, Herpertz et al., 2020; Svaldi et al., 2020; Zeeck et al., 2020).

In der *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (Herpertz et al., 2020) findet sich, auf der Grundlage von Metaanalysen zur Einordnung der Effektivität unterschiedlicher an Essstörungspatient*innen angewandter Behandlungsmethoden (Hilbert, Petroff et al., 2020; Svaldi et al., 2019; Zeeck et al., 2018), eine Reihe von Empfehlungen für die Therapie der AN, BN und BED. Für alle Essstörungsdiagnosen gilt die Psychotherapie als Behandlungsmethode der ersten Wahl (Hilbert, Herpertz et al., 2020; Svaldi et al., 2020; Zeeck et al., 2020).

Das im Zusammenhang mit der BN und BED am meisten beforschte Behandlungsverfahren ist die kognitive Verhaltenstherapie, das den S3-Leitlinien zufolge Patient*innen mit diesen Essstörungen auch als erstes angeboten werden sollte. Als alternative Therapiemethode kann Menschen mit BN oder BED eine interpersonelle Psychotherapie empfohlen werden, und auch strukturierte, manualisierte Selbsthilfe oder Selbstmanagementprogramme haben sich in Studien als wirksam erwiesen. Liegt bei Menschen mit BED zusätzlich eine Adipositas vor, kann ihnen zu einer konservativen

Gewichtsreduktionstherapie, die Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltensinterventionen miteinander vereint, geraten werden (Hilbert, Herpertz et al., 2020; Svaldi et al., 2020).

In Bezug auf die Behandlung der AN liegt bisher lediglich moderate Evidenz für die Wirksamkeit folgender vier Psychotherapieverfahren vor: *erweiterte kognitive Verhaltenstherapie*, *fokale psychodynamische Psychotherapie*, *Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults* und *Specialist Supportive Clinical Management* (Zeeck et al., 2020). In der Metaanalyse von Zeeck et al. (2018) erwies sich keines dieser Verfahren als besser zur Therapie für AN geeignet als ein anderes. Darüber hinaus gibt es für das Ernährungsmanagement der AN-Patient*innen bislang zu wenig wissenschaftliche Befunde, um daraus Empfehlungen für ein evidenzbasiertes Vorgehen ableiten zu können (Marzola, Nasser, Hashim, Shih, & Kaye, 2013).

Mit Bezugnahme auf medikamentöse Therapien bei Essstörungen gibt es in Deutschland in der Behandlung von Menschen mit BN eine Zulassung für *Fluoxetin*, einen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, allerdings ausschließlich für Erwachsene und auch nur, wenn die Medikamenteneinnahme mit einer Psychotherapie kombiniert wird. Bei der Behandlung der AN wird der Einsatz von Psychopharmaka in der S3-Leitlinie nur in ganz speziellen Einzelfällen empfohlen und im Falle einer BED-Erkrankung nur, wenn eine Psychotherapie abgelehnt wird oder sie nicht die gewünschte Wirkung zeigt. Jedoch gibt es in Deutschland keine zugelassenen Medikamente für die Behandlung der AN oder der BED (Hilbert, Herpertz et al., 2020; Svaldi et al., 2020; Zeeck et al., 2020).

Schließlich können therapeutische Maßnahmen auch in unterschiedlichem Rahmen stattfinden – möglich ist ein stationäres, teilstationäres oder ambulantes Setting. Grundsätzlich ist eine stationäre Therapie bei mehr AN-Patient*innen erforderlich als bei Menschen mit einer anderen Essstörungsdiagnose (Zeeck et al., 2020). Dabei ist die geeignete Dauer des stationären Aufenthaltes, das Zielgewicht bei Entlassung der Patient*innen oder die Frage, welche Personen – und ab welcher Symptomschwere – einen stationären Therapieaufenthalt benötigen, wissenschaftlich noch nicht ausreichend erforscht (Treasure et al., 2015; Zeeck et al., 2020). Für an einer BN oder BED Erkrankte wird eine ambulante Behandlung empfohlen, solange keine besonderen Faktoren vorliegen, wie etwa eine extreme bulimische Symptomatik, Suizidalität oder eine ausgeprägte somatische Komorbidität (Hilbert, Herpertz et al., 2020; Svaldi et al., 2020).

2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Es folgt eine Erläuterung des Begriffs der HRQoL sowie seiner Messung. Danach wird das Konstrukt der HRQoL im Zusammenhang mit Essstörungen, speziell den Essstörungsdiagnosen AN, BN, BED und EDNOS, betrachtet.

2.1 Definition und Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Das Konzept der Lebensqualität – ursprünglich aus den Sozialwissenschaften stammend – wurde erstmals in den 1970er-Jahren von der Medizin und den Gesundheitswissenschaften aufgegriffen und entwickelte sich dort bis heute zu einem zunehmend wichtigen Forschungsthema, wie auch steigende Publikationszahlen im Rahmen medizinischer Literaturdatenbanken beweisen (Bullinger, 2014).

Ausschlaggebend für die Entwicklung der Lebensqualitätsforschung war zum einen die geänderte Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation, die Gesundheit nicht mehr länger als bloße Abwesenheit von Krankheit beschrieb, sondern neben ihrer körperlichen auch ihre psychische und soziale Komponente betonte (Bullinger, 2014; Bullinger & Kirchberger, 1998). Zum anderen trugen auch immer größer werdende Bedenken gegenüber traditionellen Bewertungskriterien von medizinischer Behandlung (z.B. Symptomreduktion, Lebenszeitverlängerung) – in einer Zeit, in der die Menschen immer älter werden und chronische Erkrankungen zunehmen – zum verstärkten Aufkommen der Lebensqualitätsforschung bei (Bullinger, 2014; Bullinger & Kirchberger, 1998; Tagay, Schlegl, & Senf, 2011). Man begann daran zu zweifeln, dass objektivierbare medizinische Beurteilungskriterien allein wirklich ausreichen, wenn es darum geht, sich ein umfassendes Bild von Gesundheit und Krankheit der Patient*innen zu machen (Bullinger, 2014; Tagay et al., 2011).

Der Bereich, um den es vorrangig in der Lebensqualitätsforschung in der Medizin und der Gesundheitspsychologie im Allgemeinen sowie auf dem Gebiet der Essstörungen im Speziellen geht, ist jener der HRQoL (Renneberg & Lippke, 2006). Auch wenn es sich bei diesem Konstrukt um ein besonders komplexes und breit gefächertes handelt, hat sich mittlerweile eine operationale Definition durchgesetzt, der gemäß HRQoL als „die vom Befragten ausgehende Beurteilung von Befinden und Funktionsfähigkeit in psychischen, physischen, sozialen und emotionalen Lebensbereichen“ (Bullinger, 1996, S. 6) gilt (Bullinger, 2014; Radoschewski, 2000). Demzufolge sind also zwei Aspekte für das latente Merkmal HRQoL zentral. Einerseits der Fokus auf das subjektive Erleben der Patient*innen und

andererseits die Multidimensionalität der HRQoL, d.h. sie besteht immer aus mehreren Dimensionen (Bullinger, 2014; Renneberg & Lippke, 2006). Über ihre Basisdimensionen herrscht international im Wesentlichen Übereinstimmung (Radoschewski, 2000). Mindestens umfassen sollte sie eine psychische, körperliche und eine soziale Dimension (Radoschewski, 2000); Bullinger (2014) selbst nennt als grundlegende Dimensionen eine körperliche, emotionale, mentale, soziale und alltagsfunktionale Komponente.

Im Laufe der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Konstrukt der Lebensqualität entstand schließlich auch eine Reihe von standardisierten Testverfahren zur Erfassung der HRQoL. Diese Messinstrumente lassen sich grundsätzlich in *generische*, d.h. *krankheitsübergreifende*, und *krankheitsspezifische* Verfahren unterteilen. Krankheitsübergreifende Messverfahren sind solche, „die die Lebensqualität der Patient[*inn]en unabhängig von ihrem aktuellen Gesundheitszustand zu erfassen gestatten und die deswegen sowohl bei Menschen mit als auch ohne Gesundheitseinschränkungen eingesetzt werden können“ (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2006, S. 25). Im Unterschied dazu erfassen krankheitsspezifische Verfahren die Lebensqualität einer an einer bestimmten Erkrankung leidenden Population und erlauben es so, auf die speziellen Themen und Belange einer konkreten Patientengruppe näher einzugehen (Bullinger & Kirchberger, 1998; Patrick & Deyo, 1989).

2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Zusammenhang mit Essstörungen

Sucht man nach den Schlagwörtern *eating disorders* und *quality of life* in einer der gängigen Literaturdatenbanken für den Fachbereich Psychologie, erkennt man schnell, wie sehr das wissenschaftliche Interesse seit Beginn dieses Jahrtausends an der Erforschung der Lebensqualität von Menschen mit Essstörungen stetig zugenommen hat. Ein Beispiel: Waren es im Jahr 2000 lediglich fünf in der Datenbank Web of Science veröffentlichte Artikel, die die genannten Schlagworte enthalten, liegt die Zahl der Publikationen in den letzten zehn Jahren schon zwischen circa 50 und 100 pro Jahr.

Bedenkt man die Schwere der Erkrankung und die hohen Chronifizierungsraten (siehe Abschnitt 1.4), scheint es nur allzu nachvollziehbar, sich im Zusammenhang mit Essstörungspatient*innen nicht nur auf Symptome und ihre Veränderung bzw. Beeinflussung konzentrieren zu wollen, sondern sich verstärkt auch für die Patient*innensicht hinsichtlich der Auswirkungen der Erkrankung auf verschiedene Lebensbereiche zu interessieren. Denn schließlich kann dadurch ein ganzheitlicheres Bild der Erkrankung selbst sowie des

Therapiestatus gezeichnet und ein tiefgreifenderes Verständnis des Einflusses der Essstörung auf das Leben der Betroffenen erreicht werden (vgl. Adair et al., 2007; Bullinger, 2014; Engel et al., 2009).

Tatsächlich zeigen Studien eine erhebliche Beeinträchtigung der HRQoL von Personen mit Essstörungen – ein Umstand, der die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit HRQoL im Essstörungskontext zusätzlich unterstreicht (Baiano et al., 2014; Engel et al., 2009; Jenkins et al., 2011). Ein in diesem Zusammenhang konsistentes Ergebnis einer Vielzahl von Studien: Menschen mit Essstörungen weisen eine signifikant niedrigere HRQoL auf als die Allgemeinbevölkerung bzw. gesunde Kontrollpersonen (Baiano et al., 2014; Engel et al., 2009; Jenkins et al., 2011). Darüber hinaus fanden Keilen, Treasure, Schmidt und Treasure (1994) etwa, dass viele HRQoL-Bereiche bei Patient*innen mit Essstörungen ähnlich stark oder sogar stärker beeinträchtigt sind als bei Patient*innengruppen, die auf eine Koronaroperation warten oder vor einer Herz- und/oder Lungentransplantation stehen. Aber nicht nur im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen wird das Ausmaß der Einschränkung deutlich, denn auch gegenüber Patient*innen mit affektiven Störungen – so legten de la Rie, Noordenbos und van Furth (2005) dar – weisen diejenigen mit einer Essstörung signifikant niedrigere HRQoL-Werte auf. Außerdem berichten Übersichtsarbeiten selbst bei subsyndromaler Essstörungssymptomatik von wesentlichen Einbußen in der HRQoL (Engel et al., 2009; Jenkins et al., 2011). Essstörungstherapien stehen zwar in positivem Zusammenhang mit Verbesserungen in der HRQoL, aber beim Vergleich mit gesunden Kontrollgruppen zeigen Personen, die sich behandeln ließen, immer noch niedrigere HRQoL-Werte (Baiano et al., 2014; Engel et al., 2009; Jenkins et al., 2011).

Zu beachten gilt an dieser Stelle allerdings, dass der überwiegende Teil der eben beschriebenen Studienergebnisse auf der Erfassung der HRQoL mithilfe eines generischen Instruments beruht (Baiano et al., 2014; Engel et al., 2009). Seit 2006 liegen jedoch auch speziell für Menschen mit Essstörungen entwickelte spezifische Instrumente vor (Engel et al., 2009). Kritisiert wird am Einsatz generischer – anstelle von essstörungsspezifischen – HRQoL-Verfahren in Essstörungspopulationen, dass sie in diesem Kontext möglicherweise weniger sensitiv, d.h. genau, in der Erfassung der wahren Ausprägung der HRQoL sind, so beispielsweise auch bei der Messung von Unterschieden in der HRQoL zwischen verschiedenen Essstörungsdiagnosen (Engel et al., 2009; Jenkins et al., 2011; Mitchison et al., 2013). Ein Vorteil essstörungsspezifischer Messinstrumente liegt demzufolge in ihrer möglichen, häufig diskutierten (siehe z.B. Baiano et al., 2014; DeJong et al., 2013; Mitchison et al., 2013; Young et al., 2018) größeren Sensitivität in Bezug auf das Ausmaß der HRQoL-

Beeinträchtigung (Mitchison et al., 2013). Ihr Nachteil: ein Vergleich der HRQoL von Menschen mit Essstörungen mit Personen, die unter anderen psychischen oder körperlichen Erkrankungen leiden, ist nicht möglich. Dies bleibt allein den generischen Verfahren vorbehalten. Darüber hinaus muss bei essstörungsspezifischen Fragebögen darauf vertraut werden, dass Testpersonen einschätzen können, ob die erlebte Beeinträchtigung im Alltag tatsächlich auf die Essstörungssymptomatik zurückzuführen ist oder aber auf eine andere komorbide Symptomatik, die bei essgestörten Patient*innen – wie Abschnitt 1.3 bereits gezeigt hat – sehr häufig auftritt (Mitchison et al., 2013). Aufgrund der Vor- und Nachteile von krankheitsübergreifenden und spezifischen Verfahren zur Messung der HRQoL und einem fehlenden Konsens darüber, welches der beiden Instrumente tatsächlich besser geeignet bzw. mehr oder weniger sensitiv in der Erfassung der HRQoL ist, wird in einer Übersichtsarbeit, aber auch von Autoren anderer Studien die Verwendung von beiden Testarten empfohlen (de la Rie et al., 2005; Jenkins et al., 2011; Jenkins, Staniford, & Luck, 2018; Mitchison et al., 2013). Diese Empfehlung wurde jedoch in Forschungsarbeiten, die Unterschiede in der HRQoL von Menschen mit verschiedenen Essstörungsdiagnosen untersuchten, zumeist ignoriert.

2.2.1 Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen verschiedenen Essstörungsdiagnosegruppen

Von insgesamt 19 Studien, die Unterschiede zwischen den Essstörungen AN, BN, BED und EDNOS untersucht haben, wurde überwiegend, d.h. in 11 Fällen, ausschließlich ein generisches Testinstrument eingesetzt. Sieben Mal kam allein ein essstörungsspezifisches Maß zur Anwendung und in nur einem Fall wurden beide Verfahrensarten verwendet, dies jedoch nur bei dem Vergleich zwischen Menschen mit AN, BN und EDNOS.

Betrachtet man die Studien, die AN-, BN- und EDNOS-Stichproben hinsichtlich ihrer HRQoL miteinander verglichen haben, lässt sich feststellen, dass die eine Hälfte keine Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen gefunden hat (Dahlgren, Stedal, & Rø, 2017; de la Rie et al., 2005; DeJong et al., 2013; Las Hayas et al., 2016; Watson, Allen, Fursland, Byrne, & Nathan, 2012). In der anderen Hälfte wurde in erster Linie eine geringere HRQoL unter den Menschen mit AN gegenüber jenen mit EDNOS beschrieben (Abraham, Brown, Boyd, Luscombe, & Russell, 2006; Bamford & Sly, 2010; Martín et al., 2016; Turner, Bryant-Waugh, & Peveler, 2010). Zwei Studien zeigten zudem einen Unterschied zwischen BN und EDNOS (Abraham et al., 2006; Martín, Padierna, Loroño, Muñoz, & Quintana, 2017) und eine weitere Arbeit fand signifikant unterschiedliche Ergebnisse zwischen AN und BN (Martín et

al., 2017).

Problematisch an Studien, die HRQoL-Unterschiede zwischen AN, BN und EDNOS untersuchen, ist jedoch, dass EDNOS eine Diagnosegruppe darstellt, die Menschen mit äußerst unterschiedlichen Symptomen vereint, für die im Klassifikationssystem psychischer Störungen auch keine klaren Inklusionskriterien beschrieben sind (APA, 1994; Müller, Hartmann-Firnkorn, & de Zwaan, 2020; Thomas, Vartanian, & Brownell, 2009). Anders ist das jedoch im Falle der BED. Seit dem DSM-5 liegen auch für diese Essstörung, die zuvor noch der sehr heterogenen EDNOS-Gruppe zugeordnet wurde, klar definierte Diagnosekriterien vor und sie stellt damit neben AN sowie BN eine der drei Hauptessstörungskategorien dar (APA, 2018).

Bisher wurden jedoch nur neun Studien durchgeführt, die der Frage nachgingen, ob sich Menschen mit AN, BN und BED in ihrer HRQoL voneinander unterscheiden. Davon beruhen lediglich in vier derselben die analysierten Essstörungsgruppen auf den im DSM-5 beschriebenen Diagnosekriterien, alle anderen wissenschaftlichen Arbeiten – auch die mit EDNOS-Gruppen – haben Stichproben untersucht, die auf Basis der Klassifikationskriterien des DSM-IV gebildet wurden. Außerdem wurden in Untersuchungen mit AN-, BN- und BED-Gruppen bisher erst zwei Mal essstörungsspezifische Instrumente – es waren zwei unterschiedliche Verfahren – eingesetzt, die zudem widersprüchliche Ergebnisse lieferten. Während sich bei Ekeröth et al. (2013) kein Unterschied zwischen den drei Essstörungsstichproben zeigte, fanden Meneguzzo et al. (2021) eine signifikant niedrigere HRQoL bei Patientinnen mit AN als bei Menschen mit BN oder BED. Letzteres Ergebnis wurde auch mit dem von Panea-Pizarro et al. (2021) angewandten generischen Testinstrument in der psychischen Teilkomponente der HRQoL erzielt. Ein Befund, der jedoch wiederum im Gegensatz zu dem von Mond et al. (2005) steht, die unter Verwendung desselben krankheitsübergreifenden Verfahrens von einer geringeren HRQoL – bezogen auf die psychische Teilkomponente – für BN- als für AN-R-Patientinnen berichteten. Baiano et al. (2014) hingegen stellten fest, dass die BED-Gruppe im Vergleich der Teilstichproben die geringste HRQoL in der psychischen Domäne des eingesetzten generischen Instruments aufwies. Panea-Pizarro et al. (2021) und Hay et al. (2017) fanden außerdem eine geringere körperbezogene HRQoL in der BED- gegenüber der AN-Gruppe. Auch jene Untersuchungen, die krankheitsübergreifende Instrumente verwendeten und keinen signifikanten Unterschied in der psychischen oder körperbezogenen Komponente der HRQoL beobachteten – alle hatten äußerst kleine Stichproben – fanden dennoch gerade in der BED-Gruppe die jeweils niedrigsten Werte im Vergleich der Essstörungsgruppen (Doll, Petersen, & Stewart-Brown, 2005; Hay et al., 2017; Mond et al., 2005; Padierna, Quintana, Arostegui, Gonzalez, & Horcajo, 2000).

Letztlich aber sind die hier beschriebenen Studien zu Unterschieden zwischen den Essstörungsdiagnosen AN, BN, BED und EDNOS aufgrund ihrer sehr unterschiedlichen Forschungsdesigns nur stark eingeschränkt miteinander vergleichbar. Eine Zusammenfassung ihrer Ergebnisse gestaltet sich damit sehr schwierig und darüber hinaus schwächen methodische Mängel die Aussagekraft einiger wissenschaftlicher Arbeiten. So wurden etwa in manchen Untersuchungen Personen mit AN in zwei Gruppen, entsprechend den beiden Subgruppen der AN, aufgeteilt, in anderen hingegen nicht. Manche Studienergebnisse beruhen auf generischen Messverfahren, manche auf essstörungsspezifischen und zusätzlich sind es teils verschiedene Testinstrumente innerhalb ein und derselben Verfahrensklasse, die eingesetzt wurden. Ein paar Forschungsarbeiten berichten nur von Ergebnissen hinsichtlich der Subskalen, nicht aber das Resultat für die Gesamtskala. Die Essstörungsgruppen AN, BN und BED basieren mal auf den Diagnosekriterien des DSM-IV, mal auf den geänderten und aktuellen des DSM-5. Außerdem stammen die Untersuchungsstichproben je nach Studie aus sehr unterschiedlichen Populationen. Entweder wurden nur Frauen oder aber Frauen und Männer in die Stichprobe inkludiert, weiters wurden ambulante, stationäre oder auch ambulante und stationäre Patient*innen oder Menschen, die sich aktuell nicht oder nur teilweise in Behandlung befinden, in die Stichprobe aufgenommen. Problematisch in Hinblick auf methodische Mängel sind zudem nicht nur die überwiegend kleinen Proband*innenzahlen der Studien an Menschen mit AN, BN und EDNOS, sondern insbesondere auch die Stichprobengrößen der Untersuchungen, in denen Personen mit AN, BN und BED verglichen wurden – beinahe alle dieser Forschungsarbeiten enthalten mindestens eine Gruppe mit $n < 30$.

Unklar bleibt damit schließlich, ob es Unterschiede in der HRQoL zwischen den verschiedenen Essstörungsdiagnosen gibt und welche Rolle dem Einsatz von generischen vs. essstörungsspezifischen Verfahren bei den sehr heterogenen Studienergebnissen bisheriger Forschung zukommt, da vergangene Untersuchungen auch abgesehen von diesem Aspekt von sehr unterschiedlichen Forschungsdesigns geprägt sind und methodische Mängel aufweisen. Die Frage, ob essstörungsspezifische Instrumente besser dazu geeignet sind, Unterschiede in der HRQoL von im DSM-5 beschriebenen Essstörungsgruppen aufzuzeigen oder man mit beiden Verfahrensarten zum selben Schluss gelangt, muss damit also offenbleiben.

2.2.2 Essstörungssymptome als Einflussfaktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Eine andere Möglichkeit, mehr Klarheit hinsichtlich der erlebten Beeinträchtigung der HRQoL von Menschen mit unterschiedlichen Essstörungsdiagnosen zu erlangen, ist die Analyse des

Einflusses einzelner Essstörungssymptome und anderer für die Störung relevanter Faktoren auf die HRQoL der jeweiligen Essstörungsgruppe. Untersuchungen dieser Art können einerseits zur Erklärung möglicher Unterschiede in der HRQoL beitragen, in dem Fall, dass gewisse Symptome zu mehr Beeinträchtigung führen als andere und diese häufiger oder ausschließlich Kennzeichen einer bestimmten Essstörungsdiagnose sind. Andererseits können derartige Analysen auch wichtige, für die Behandlung von Essstörungen relevante Erkenntnisse hervorbringen. Denn kennt man den Einfluss einzelner Symptome auf die HRQoL, können Therapien auch gezielt dort ansetzen, wo das größte Leid entsteht (Hovrud & De Young, 2015).

Bisher stellen die Studien von Martín et al. (2017) und Panea-Pizarro et al. (2021) die einzigen beiden dar, die Prädiktoren der HRQoL für verschiedene Essstörungen – AN, BN und EDNOS einerseits sowie AN, BN und BED andererseits – simultan erhoben und verglichen haben. Allerdings wird die HRQoL in den Regressionsanalysen beider Untersuchungen lediglich mithilfe eines generischen Instruments erfasst. Viele andere wissenschaftliche Arbeiten mit ähnlichem Studiendesign nennen jedoch gerade die Verwendung nur eines krankheitsübergreifenden Verfahrens oder generell die Verwendung nur eines einzelnen HRQoL-Messinstruments als eine Einschränkung der eigenen Untersuchungen (Jenkins et al., 2018; Mitchison, Hay, Slewa-Younan, & Mond, 2012; Mond, Hay, Rodgers, & Owen, 2011; Wagner, Stefano, Cicero, Latner, & Mond, 2016; Young et al., 2018). Außerdem inkludieren Panea-Pizarro et al. (2021) auch keinerlei einzelne Essstörungssymptome als Prädiktoren und Martín et al. (2017) schließen von der Reihe an möglichen Symptomen nur kompensatorische Verhaltensweisen in ihre Analysen mit ein.

In anderen Studien, in denen zwar einzelne Symptome als Prädiktoren der HRQoL untersucht wurden, sind Daten nur in gemischten Essstörungss Stichproben (vgl. de la Rie et al., 2005; Latner, Vallance, & Buckett, 2008), innerhalb einer einzigen Gruppe von Personen mit derselben Essstörungsdiagnose (vgl. González-Pinto et al., 2004; Mason et al., 2018; Winkler et al., 2021) oder in nicht-klinischen Stichproben erhoben worden (vgl. Mond et al., 2011; Wagner et al., 2016). Ein Vergleich der jeweiligen Einflüsse einzelner Symptome auf die HRQoL über verschiedene Essstörungsgruppen hinweg blieb bisher aus.

Des Weiteren wurden in den Forschungsarbeiten, die sich mit dem Zusammenhang einzelner Symptome mit der HRQoL befasst haben, nur selten alle eigenständigen Essstörungssymptome erhoben, also sowohl essstörungstypische Kognitionen, wie zum Beispiel gewichts- und figurbezogene Sorgen, als auch Verhaltenssymptome, wie etwa Essanfälle oder selbstinduziertes Erbrechen. Manchmal wurde nur der Einfluss der Kognitionen (vgl. de la Rie et al., 2005; Trojanowski & Fischer, 2018), in anderen Fällen nur

jener der Verhaltensweisen untersucht (vgl. Hay, 2003; Latner et al., 2008; Mason et al., 2018) oder aber es waren teils nur einige wenige Symptome beider Symptomklassen (vgl. Hovrud & De Young, 2015; Mitchison et al., 2018), die in die Analysen inkludiert wurden. Eine interessante Frage, nämlich ob möglicherweise kognitive Symptome einen stärkeren Effekt auf die Beeinträchtigung der HRQoL haben als Verhaltenssymptome, oder umgekehrt, konnte somit noch nicht geklärt werden.

Betrachtet man schließlich bisherige Studien, die den Einfluss kognitiver, essstörungstypischer Symptome und Verhaltensweisen zusammen auf die HRQoL untersucht haben – ungeachtet der spezifischen Stichprobenzusammensetzung und Anzahl der inkludierten Merkmale beider Symptomklassen –, liefern kognitive Essstörungssymptome deutlich konsistentere Ergebnisse als Verhaltenssymptome. So stellt sich eine Kombination aus figur- und gewichtsbezogenen Sorgen wiederholt als bedeutender Einflussfaktor der HRQoL dar (Dahlgren et al., 2017; Hovrud & De Young, 2015; Jenkins et al., 2014; Jenkins et al., 2018; Reas & Rø, 2018), während die Ergebnisse hinsichtlich der Verhaltenssymptome unterschiedlich ausfallen. Neben Kognitionen (insbesondere figur- und gewichtsbezogene Sorgen) fanden Untersuchungen unter den Verhaltensweisen signifikante Zusammenhänge der HRQoL mit (1) Essanfällen allein (Dahlgren et al., 2017; Hovrud & De Young, 2015; Reas & Rø, 2018), (2) radikaler Essensbeschränkung als einzigem verhaltensbezogenem Symptom (Jenkins et al., 2014), (3) Essanfällen und radikaler Essensbeschränkung (Mitchison et al., 2012; Mond et al., 2011) sowie (4) Essanfällen und kompensatorischen Verhaltensweisen (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Laxantienmissbrauch) (Wagner et al., 2016) oder aber keines der Verhaltenssymptome zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit der HRQoL (Jenkins et al., 2018).

Abschließend bleibt noch festzuhalten, dass mit Blick auf klinische Populationen erst drei wissenschaftliche Arbeiten vorliegen, die wirklich umfangreich – d.h. unter Einbeziehung einer Reihe von sowohl kognitiven Essstörungssymptomen als auch essstörungstypischen Verhaltenssymptomen – Prädiktoren der HRQoL in klinischen Stichproben untersucht haben (Dahlgren et al., 2017; Jenkins et al., 2018; Reas & Rø, 2018). Sie erforschten Einflussfaktoren der HRQoL entweder in einer AN-Stichprobe (Reas & Rø, 2018), in einer BN-Gruppe (Jenkins et al., 2018) oder in einer gemischten Essstörungsgruppe (Dahlgren et al., 2017). Lediglich Jenkins et al. (2018) kontrollierten dabei für komorbide Symptomatiken in Form eines Maßes für allgemeine psychische Belastung. Weshalb jedoch gerade Komorbiditäten eine bedeutende Rolle bei der Untersuchung der Beeinflussung der HRQoL durch einzelne Essstörungssymptome zukommt, wird im folgenden Abschnitt genauer erläutert.

2.2.3 Rolle komorbider Symptomatiken, des Alters und des Body-Mass-Index

Wie bereits aus Abschnitt 1.3 hervorging, treten bei Menschen mit Essstörungen affektive Störungen und Angststörungen sehr häufig auf. Auch diese können sich auf die HRQoL auswirken. So gibt es einerseits eine Reihe von Untersuchungen, die unabhängig vom Vorliegen einer Essstörung Beeinträchtigungen der HRQoL von Menschen mit Depressionen und Angststörungen fanden (Comer et al., 2011; Hohls, König, Quirke, & Hajek, 2021; IsHak et al., 2011; Rubio et al., 2014), und andererseits liegen bereits einige Studien mit Essstörungspatient*innen vor, die signifikante Zusammenhänge zwischen der HRQoL und komorbid auftretenden Symptomatiken – konkret waren es in erster Linie depressive Symptome – zeigen konnten (Arostegui, Padierna, & Quintana, 2010; González-Pinto et al., 2004; Martín et al., 2017; Singleton, Kenny, Hallett, & Carter, 2019; Tan et al., 2022; Weigel, König, Gumz, Löwe, & Brettschneider, 2016; Winkler et al., 2021).

Aus diesem Grund haben einige Autoren auf die wichtige Rolle, die psychischen Komorbiditäten von Personen mit Essstörungen bei der Untersuchung des Einflusses von Essstörungssymptomen auf die HRQoL zukommt, hingewiesen (Dahlgren et al., 2017; Davidsen, Hoyt, Poulsen, Waadegaard, & Lau, 2017; Hovrud & DeYoung, 2015; Jenkins et al., 2018; Trojanowski & Fischer, 2018). Denn werden komorbide Symptomatiken nicht miterfasst und in den Analysen berücksichtigt, bleibt unklar, ob gefundene Zusammenhänge zwischen einzelnen essstörungstypischen Symptomen und der HRQoL nicht eigentlich besser durch die komorbiden Erkrankungssymptome hätten erklärt werden können (Trojanowski & Fischer, 2018).

In der Arbeit von Hovrud und De Young (2015) etwa, an einer Stichprobe von Frauen und Männern mit subsyndromaler Essstörungspsychopathologie, zeigte sich, dass nach Hinzunahme einer Depressionsvariable gezügelteres Essen, das anfangs die essstörungsspezifische HRQoL der Proband*innen signifikant vorhersagen konnte, nicht länger signifikant mit derselben assoziiert war. Bezogen auf klinische Stichproben stellt die Untersuchung von Jenkins et al. (2018) bislang die einzige dar, die bei ihren Analysen des Zusammenhangs einzelner Essstörungssymptome – d.h. sowohl essstörungstypische Kognitionen als auch Verhaltensweisen – mit der Beeinträchtigung der HRQoL auch Angst- und Depressionssymptome im Rahmen eines Maßes für allgemeine psychische Belastung berücksichtigt hat. Die allgemeine psychische Belastung, die in dieser Studie als Kontrollvariable verwendet wurde, konnte letztlich nicht nur einen signifikanten, sondern auch den größten Beitrag zur Varianzaufklärung der essstörungsspezifischen HRQoL der untersuchten Frauen und Männer mit BN leisten. Um also der Frage nachgehen zu können,

welche essstörungstypischen Symptome mit der HRQOL von Menschen mit Essstörungen signifikant zusammenhängen und ob es vielleicht eher Kognitionen oder Verhaltenssymptome sind, die einen größeren Einfluss auf die HRQoL ausüben, ist es essentiell, auch komorbide psychische Symptomatiken in den Analysen zu inkludieren.

Aber auch andere Variablen, neben Angst- und Depressionssymptomen, sollten bei Untersuchungen des Zusammenhangs der HRQoL mit Essörungssymptomen beachtet werden. So empfehlen Rø, Bang, Reas und Rosenvinge (2012) auf Grundlage ihrer Forschungsarbeit die Berücksichtigung von Alter und BMI bei Anwendung eines Fragebogens zur Messung der Beeinträchtigung der HRQoL so wie Jenkins et al. (2011) in ihrem Übersichtsartikel festhalten, dass ein BMI in unteren und oberen Extremitäten mit einer geringeren HRQoL in Verbindung steht. Einige weitere wissenschaftliche Arbeiten konnten bereits einen signifikanten Einfluss des BMI bzw. des Alters auf die HRQoL von Menschen mit verschiedenen Essstörungsdiagnosen aufzeigen (Arostegui et al., 2010; Bamford et al., 2015; Bamford & Sly, 2010; Dahlgren et al., 2017; de la Rie et al., 2005; Weigel et al., 2016). Dementsprechend sollte bei Untersuchungen des Einflusses von einzelnen Essstörungssymptomen auf die HRQoL für das Alter, den BMI sowie für Angst- und Depressionssymptome kontrolliert werden. Zugleich kann durch eine solche Kontrolle letztlich auch eine interessante Frage geklärt werden, nämlich ob und in welchem Ausmaß zusätzliche Varianz im Kriterium der HRQoL allein durch die Essstörungssymptome erklärt werden kann.

2.2.4 Zusammenfassung

Eine Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten konnte zeigen, dass Menschen mit Essstörungen eine signifikant niedrigere HRQoL aufweisen als die Allgemeinbevölkerung oder gesunde Kontrollpersonen (Baiano et al., 2014; Engel et al., 2009; Jenkins et al., 2011). Im Gegensatz zu dieser einheitlichen Studienlage stehen Forschungsarbeiten, die untersucht haben, ob es auch zwischen den verschiedenen Essstörungsdiagnosen Unterschiede in der HRQoL gibt – hier fielen die Studienergebnisse sehr heterogen aus. Sehr unterschiedlich sind jedoch auch die Forschungsdesigns dieser Arbeiten und hinzukommen methodische Mängel (v.a. überwiegende Verwendung von ausschließlich generischen Testinstrumenten zur Messung der HRQoL, keine gemeinsame Verwendung beider Verfahrensklassen und sehr kleine Stichprobenzahlen), die die Aussagekraft der Untersuchungen einschränken.

Bei Vergleichen der Essstörungen AN und BN mit EDNOS können unterschiedliche Studienresultate auch auf die starke Heterogenität der EDNOS-Stichproben zurückzuführen sein. Hinsichtlich der Untersuchung der HRQoL-Unterschiede scheint daher ein Vergleich der

beiden Diagnosen AN und BN mit der Essstörungsgruppe BED, für die es seit dem DSM-5 auch klar definierte Diagnosekriterien gibt, sinnvoll.

Die Analyse von Unterschieden in der HRQoL zwischen AN, BN und BED ist zudem dadurch angezeigt, dass bisher erst vier wissenschaftliche Artikel publiziert wurden, in denen die Essstörungen basierend auf den Klassifikationskriterien des DSM-5 und nicht des nunmehr überholten DSM-IV miteinander verglichen wurden. Darüber hinaus wurden unter den Forschungsarbeiten, deren Stichproben aus AN-, BN- sowie BED-Subgruppen bestanden, auch erst zwei Mal essstörungsspezifische Verfahren zur Messung der HRQoL verwendet. Es waren zwei unterschiedliche Messverfahren, die wiederum zu widersprüchlichen Ergebnissen führten. Des Weiteren wurden beim Vergleich der Beeinträchtigung der HRQoL zwischen den Essstörungen AN, BN und BED, entgegen den Empfehlungen mehrerer Studienautor*innen, aufgrund der Vor- und Nachteile generischer und spezifischer Messinstrumente beide Testarten bei der Untersuchung von Unterschieden in der HRQoL einzusetzen, noch nie tatsächlich beide Verfahrensklassen innerhalb einer Studie zur Anwendung gebracht. Die Verwendung beider Erhebungsinstrumente in derselben wissenschaftlichen Arbeit und damit an der gleichen Stichprobe kann – im Gegensatz zur bisherigen Forschung, die von sehr unterschiedlichen Untersuchungsdesigns geprägt ist – auch zur Klärung der Frage beitragen, inwiefern generische vs. spezifische Instrumente eine ähnliche oder aber voneinander abweichende Sensitivität in der Messung von HRQoL-Unterschieden aufweisen.

Während also noch nicht geklärt ist, ob es Unterschiede in der Beeinträchtigung der HRQoL zwischen Menschen mit AN, BN und BED gibt, blieben bisher auch Forschungsarbeiten aus, die für diese drei Gruppen simultan, unter Einbeziehung komorbider psychischer Symptomatiken, das Ausmaß des Einflusses einzelner, eigenständiger Essstörungssymptome auf die krankheitsübergreifende und insbesondere auch essstörungsspezifische HRQoL untersucht und verglichen hätten sowie dabei der Frage nachgegangen wären, ob es eher essstörungsspezifische Kognitionen oder aber Verhaltenssymptome sind, die sich stärker auf die HRQoL auswirken. Analysen dieser Art können einerseits zur Erklärung möglicher Unterschiede in der HRQoL beitragen und andererseits wichtige, für die Behandlung von Essstörungen relevante Erkenntnisse hervorbringen. Die Kontrolle von häufig bei Menschen mit Essstörungen auftretenden komorbiden Symptomen und andere die HRQoL beeinflussende Faktoren wie Alter und BMI im Rahmen der Untersuchung des Einflusses einzelner Essstörungssymptome auf die HRQoL ermöglicht darüber hinaus auch die Klärung einer weiteren interessanten Frage, nämlich ob überhaupt und in welchem Ausmaß zusätzliche Varianz im Kriterium der HRQoL allein durch

Essstörungssymptome erklärt werden kann.

II Empirischer Teil

3 Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Studie war es zu klären, ob es zwischen den im DSM-5 beschriebenen Essstörungsdiagnosegruppen AN, BN und BED einen Unterschied in der HRQoL gibt. Dabei sollten aufgrund der Vor- und Nachteile von generischen und krankheitsspezifischen Messverfahren erstmals beide Testklassen zur Messung der HRQoL von Menschen der drei Hauptessstörungskategorien eingesetzt werden, auch um so die Frage zu klären, ob die Verfahrensarten in ihrer Sensitivität gegenüber HRQoL-Unterschieden voneinander abweichen.

Daraus ergab sich neben der Verwendung eines generischen Testverfahrens der Einsatz gleich zweier essstörungsspezifischer Messinstrumente in der vorliegenden Studie. Im Unterschied zum *Eating Disorder Quality of Life* (EDQOL; Tagay, Schlegl, & Senf, 2007), soll das *Clinical Impairment Assessment* (CIA; Bohn & Fairburn, 2012) eine Weiterentwicklung vorangegangener essstörungsspezifischer Messinstrumente darstellen und sich von ihnen absetzen, indem es in der Lage ist, den Einfluss der Essstörungssymptomatik auf verschiedene Lebensbereiche noch umfassender zu erheben sowie dadurch, dass es ganz explizit nur jene Beeinträchtigung misst, die unmittelbare Folge der jeweiligen Essstörung ist (Bohn et al., 2008). Empirische Belege für die Überlegenheit des CIA gegenüber anderen krankheitsspezifischen Verfahren gibt es jedoch nicht und zudem wurde es, verglichen mit anderen essstörungsspezifischen Instrumenten, auch nur selten in Untersuchungen eingesetzt. So kann die vorliegende Studie, in dem Fall, dass die drei Testinstrumente unterschiedliche Ergebnisse zu Tage fördern, nicht nur Hinweise auf eine mögliche höhere Sensitivität essstörungsspezifischer Instrumente gegenüber generischen Verfahren liefern, sondern sie kann auch untersuchen, ob das CIA im Speziellen – wie es seine Entwickler*innen nahelegen – eher in der Lage ist, HRQoL-Unterschiede festzustellen.

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Studie lag darin, erstmals simultan für die drei Essstörungsgruppen – unter Einbeziehung komorbider psychischer Symptomatiken – den spezifischen Einfluss einzelner Essstörungssymptome auf die HRQoL zu untersuchen und zu vergleichen, um auf diese Weise ein detaillierteres Bild hinsichtlich der HRQoL der drei Essstörungsdiagnosen zu erhalten sowie daraus mögliche relevante Erkenntnisse für die Behandlung zu gewinnen.

Die untersuchten Essstörungssymptome sollten dabei sowohl Verhaltenssymptome als auch essstörungstypische Kognitionen beinhalten, um so der Frage nachgehen zu können, ob möglicherweise eine der beiden Symptomklassen einen stärkeren Einfluss auf die HRQoL

ausübt. Darüber hinaus sollte für die Variablen *Depression*, *Angst*, *Alter* und *BMI* kontrolliert werden, um damit auch zu untersuchen, ob und in welchem Ausmaß zusätzliche Varianz im Kriterium der HRQoL allein durch die Essstörungssymptome erklärt werden kann.

Schließlich sollte der Zusammenhang zwischen Essstörungssymptomatik und der HRQoL mithilfe eines generischen Testinstruments sowie unter Zuhilfenahme von essstörungsspezifischen Verfahren untersucht werden. Denn betrachtet man die so gewonnenen Daten im Zusammenschluss, können detailliertere Informationen bezüglich der Beeinträchtigung verschiedener Lebensbereiche gewonnen werden als bei der Analyse des Datensatzes nur eines Erhebungsinstrumentes.

4 Methodik

Kapitel 4 beinhaltet neben Angaben zur Untersuchungsdurchführung und zum Studiendesign eine detaillierte Beschreibung der Kriterien für die Aufnahme der Studienteilnehmerinnen in die Stichprobe sowie eine Schilderung aller zum Einsatz gebrachten Messinstrumente. Anschließend werden die insgesamt sechs Fragestellungen und die dazugehörigen Hypothesen aufgelistet. Zuletzt folgt die Darlegung der statistischen Auswertungsschritte.

4.1 Untersuchungsdurchführung und Studiendesign

Die vorliegende Studie wurde im Querschnittsdesign konzipiert und online durchgeführt, d.h. sowohl die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen als auch die Bearbeitung der Fragebogenbatterie erfolgte via Internet. Zu diesem Zweck wurde zuerst ein Online-Fragebogen mithilfe der Software *SoSci Survey* erstellt. Die daraus entstandene Testbatterie umfasste neben Fragen hinsichtlich soziodemografischer und krankheitsspezifischer Daten fünf Selbstbeurteilungsfragebögen in der folgenden Reihenfolge: *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006) – einschließlich sechs Items des *Eating Disorder Diagnostic Scale – DSM-5-Version* (EDDS-5; Meule & Blechert, 2015) –, CIA (Bohn & Fairburn, 2012), EDQOL (Tagay et al., 2007), *Fragebogen zum Gesundheitszustand* (SF-36; Bullinger & Kirchberger, 1998) und zwei Skalen der *Depressions-Angst-Stress-Skalen* (DASS-21; Nilges & Essau, 2015). Am Beginn der Fragebogenbatterie wurde zudem über das Ziel der Befragung sowie über die anonyme Datenauswertung aufgeklärt und auch auf die freiwillige Teilnahme hingewiesen – dementsprechend war ein Abbruch der Befragung jederzeit möglich. Zur Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen wurde in diversen Facebook-Gruppen und Selbsthilfeforen ein Link zum Online-Fragebogen

gepostet. Darüber hinaus wurden einschlägige Vereine und Kliniken mit der Bitte kontaktiert, den Link zur Testbatterie in den jeweils eigenen Social-Media-Kanälen zu veröffentlichen. Im Zeitraum von März bis September 2020 konnten Interessierte auf den Fragebogen zugreifen und an der Befragung, deren Bearbeitungsdauer durchschnittlich 15 Minuten betrug, teilnehmen.

4.2 Stichprobe

Die Studie richtete sich ausschließlich an erwachsene (≥ 18 Jahre) Frauen, die unter einer AN, BN oder BED leiden. Für die Aufnahme in die Stichprobe bzw. der Zuteilung zu einer der drei Essstörungsgruppen wurde das Vorhandensein bestimmter aus dem DSM-5 abgeleiteter Kriterien, die sich im Rahmen des EDE-Q und zusätzlichen sechs Items der EDDS-5 erfragen ließen, überprüft. Die Kriterien für die Zuordnung zu einer der Essstörungsgruppen waren den im DSM-5 gelisteten Diagnosekriterien für Essstörungen zwar sehr ähnlich, sie stimmten mit diesen jedoch nicht vollständig überein. Konkret erfolgte die Gruppenzuteilung mithilfe des EDE-Q in Anlehnung an die Vorgehensweise von Berg, Stiles-Shields et al. (2012) sowie Quick, Berg, Bucchianeri und Byrd-Bredbenner (2014), wobei in der vorliegenden Studie zusätzlich sechs Items aus der EDDS-5 (Item 7–12) für die Feststellung der BED-Diagnosen genutzt wurden. Dieser Umstand ist damit zu erklären, dass der EDE-Q keine Items enthält, die zwei der insgesamt fünf DSM-5-Diagnosekriterien einer BED abbilden – beide diagnostische Kriterien beschreiben Merkmale der im Rahmen einer BED auftretenden Essanfälle. Zudem ergab die Untersuchung von Berg, Stiles-Shields et al. (2012), dass die Sensitivität und der positive Vorhersagewert des EDE-Q als Screeningverfahren für eine BED- im Gegensatz zu einer AN- oder BN-Diagnose nur unzureichend sind.

Die letztlich für die Zuweisung zu einer der drei Essstörungsgruppen relevanten Kriterien werden nachfolgend beschrieben.

Die Zuordnung zur AN-Gruppe erfolgte, wenn der BMI den Wert von 17.5 nicht überstieg und eine spürbare Angst davor, Gewicht zuzunehmen, an mindestens 16 von 28 Tagen vorhanden war oder an mindestens vier der vergangenen 28 Tage kompensatorisches Verhalten (d.h. Laxantienmissbrauch oder selbstinduziertes Erbrechen) gezeigt wurde. Außerdem musste von Personen dieser Essstörungsgruppe der Einfluss des Gewichts oder der Figur auf das Selbstbild, entsprechend den Antwortmöglichkeiten im EDE-Q, als zumindest *mäßig* eingeschätzt werden.

Testpersonen mit einem BMI > 17.5 mit Essanfällen und kompensatorischen

Verhaltensweisen an mindestens vier der letzten 28 Tage, die darüber hinaus auch den Einfluss des Gewichts oder der Figur auf das Selbstbild als zumindest *mäßig* einstufen, wurden der BN-Gruppe zugewiesen.

Der BED-Gruppe wurden schließlich alle Frauen zugeteilt, deren BMI den Wert von 17.5 überstieg und die Essanfälle an mindestens vier der vergangenen 28 Tage angaben, kompensatorische Verhaltensweisen hingegen nur maximal ein Mal innerhalb der letzten vier Wochen zeigten. Zusätzlich mussten die Essanfälle durch mindestens drei von insgesamt fünf Merkmalen (d.h. schnelles Essen, Essen ohne Hunger, alleine essen, unangenehmes Völlegefühl danach, Schuldgefühle und Ekel vor sich selbst) gekennzeichnet sein und Leid hervorrufen.

4.3 Messinstrumente

Im Folgenden werden die fünf Untersuchungsinstrumente beschrieben, die im Zuge der vorliegenden Studie zum Einsatz kamen. Neben diesen Verfahren enthielt die Online-Testbatterie auch Fragen, die zur Erfassung soziodemografischer und krankheitsspezifischer Daten dienten. Dazu zählen das Alter, die Nationalität, der höchste Bildungsabschluss, die Erkrankungsdauer und die Behandlungshistorie.

4.3.1 Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006)

Der EDE-Q ist ein Selbstberichtsinstrument, das auf dem strukturierten Interview *Eating Disorder Examination* (EDE; Fairburn & Cooper, 1993) basiert und zur „Erfassung der spezifischen Psychopathologie von Essstörungen bei Erwachsenen und Jugendlichen“ (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2016, S. 3) dient. Mittels seiner insgesamt 28 Items können für den Zeitraum der letzten 28 Tage sowohl kognitive essstörungsspezifische Merkmale als auch verschiedene essstörungstypische Verhaltensweisen erhoben werden. Die kognitiven Merkmale werden mithilfe von 21 Items gemessen, die zu vier Subskalen zusammengefasst werden: *Essenssorgen* (engl.: Eating Concern Scale), *Gewichtssorgen* (engl.: Weight Concern Scale), *Figursorgen* (engl.: Shape Concern Scale) und *Gezügeltes Essen* (engl.: Restraint Scale). Die Items der Subskalen erfordern die Einschätzung der Ausprägung oder der Häufigkeit verschiedener essstörungstypischer Symptome anhand einer siebenstufigen Ratingskala (0 = *Merkmal war nicht vorhanden* bis 6 = *Merkmal war jeden Tag bzw. in extremer Ausprägung vorhanden*) (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2016). Beispielitems können Tabelle 1 entnommen werden. Der Gesamtwert des EDE-Q, der die Schwere der aktuellen

Tabelle 1. *Beispielitem je Subskala des EDE-Q*

Skala	Item- anzahl	Beispielitem
Essenssorgen	5	„Wie beunruhigt waren Sie während der letzten 28 Tage, wenn andere Menschen Sie essen sahen?“
Gewichtssorgen	5	„Wie stark hätte es Sie aus der Fassung gebracht, wenn Sie aufgefordert worden wären, sich in den nächsten vier Wochen einmal pro Woche zu wiegen (nicht mehr oder weniger häufig)?“
Figursorgen	8	„Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?“
Gezügeltes Essen	5	„Haben Sie bewusst versucht, die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?“

Essstörungspsychopathologie widerspiegelt, wird auf Grundlage der vier Subskalen berechnet; ein höherer Gesamtwert entspricht einem höheren Schweregrad der Essstörungspsychopathologie (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2016). Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Subskalen des EDE-Q in der deutschen Übersetzung liegt zwischen .85 und .93, jene des Gesamtwertes bei .97 (Hilbert, Tuschen-Caffier, Karwautz, Niederhofer, & Munsch, 2007). Die sechs Items, die die Häufigkeit des Auftretens verschiedener Verhaltensweisen – selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienmissbrauch, Essanfälle, exzessives Sporttreiben – erfragen, aber nicht in den EDE-Q-Gesamtwert eingehen, sind besonders im diagnostischen Kontext relevant. Mit ihrer Hilfe kann der EDE-Q nicht nur zur Erfassung der Psychopathologie, sondern auch als diagnostisches Screeningverfahren genutzt werden (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2016).

Der EDE-Q wurde für die vorliegende Studie ausgewählt, da er eine ökonomischere Version des strukturierten Interviews EDE darstellt – ein weitverbreitetes Verfahren in Forschung und Praxis – und seine Übereinstimmung mit dem EDE bereits mehrfach überprüft wurde (vgl. Berg, Peterson, Frazier, & Crow, 2011; Berg, Peterson, Frazier, & Crow, 2012; Fairburn & Beglin, 1994; Hilbert et al., 2007; Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004). Zudem wird den teststatistischen Eigenschaften des englischsprachigen EDE-Q – im Gegensatz zu der EDDS-5 etwa, die bisher weder im Original noch in der deutschen Übersetzung validiert wurde – von einer Vielzahl an Studien ein gutes Zeugnis ausgestellt und zusätzlich zeigt die Validierung des ins Deutsche übersetzten EDE-Q zufriedenstellende

Ergebnisse (Hilbert et al., 2007). Ein weiterer Vorteil des Messinstruments: Es erlaubt nicht nur eine Anwendung als Screeningverfahren, mit dessen Hilfe die Testpersonen einzelnen Essstörungsgruppen zugeteilt werden können, sondern auch die Erfassung einer Vielzahl von typischen Essstörungssymptomen (Berg, Peterson et al., 2012; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2016; Hilbert et al., 2007).

4.3.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36; Bullinger & Kirchberger, 1998)

Bei der SF-36 handelt es sich um ein generisches Verfahren zur Messung der HRQoL. Erfasst wird diese mithilfe von insgesamt 36 Items, von denen sich 35 zu acht Skalen zusammenfassen lassen, die wiederum zwei übergeordneten Summenwerten, der *körperlichen* und der *psychischen Summenskala* (siehe Tabelle 2 für Beispielimts), zugeordnet werden können. So beinhaltet die körperliche Summenskala die Subskalen *Körperliche Funktionsfähigkeit*, *Körperliche Rollenfunktion*, *Körperliche Schmerzen* und *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*, während die psychische Summenskala die Subskalen *Vitalität*, *Soziale Funktionsfähigkeit*, *Emotionale Rollenfunktion* und *Psychisches Wohlbefinden* umfasst. Ein einzelnes Item, das nicht in die Berechnung der acht Subskalen einfließt, misst die Veränderung der Gesundheit verglichen mit dem vorangegangenen Jahr. Die Beantwortung

Tabelle 2. *Beispielimts für die körperliche und psychische Summenskala der SF-36*

Summenskala	Item-anzahl	Beispielimts
Psychisch	14	„Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?“
		„Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen voller Energie?“
Körperlich	21	„Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?“
		„Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?“

der Items der SF-36 erfolgt anhand verschiedener Antwortformate, die von dichotomen bis zu sechsstufigen Varianten reichen. Die einzelnen Subskalen und die beiden darauf basierenden Summenskalen können Werte zwischen 0 und 100 annehmen, wobei ein niedrigerer Wert für

einen schlechteren Gesundheitszustand spricht. Die interne Konsistenz der Subskalen der SF-36 liegt, abgesehen von den beiden Skalen *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* und *Soziale Funktionsfähigkeit*, über einem Wert von .70 (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Bei der Auswahl eines generischen Messinstruments fiel die Wahl auf die SF-36, da es sich dabei um das am häufigsten eingesetzte Verfahren im Rahmen der essstörungsbezogenen Forschung handelt (Jenkins et al., 2011).

4.3.3 Eating Disorder Quality of Life (EDQOL; Tagay et al., 2007)

Der EDQOL ist ein 25 Items umfassendes essstörungsspezifisches Verfahren, das die HRQoL von Personen mit einer Essstörung misst. Erfasst werden konkret die Auswirkungen der Essstörung auf insgesamt vier verschiedene Bereiche der HRQoL, die den Subskalen *Psychisch*, *Körperlich/Kognitiv*, *Finanziell* und *Arbeit/Schule* entsprechen. Zur Veranschaulichung findet sich in Tabelle 3 je ein Beispielitem pro Skala. Die Beantwortung der Items, die sich allesamt auf die vergangenen 30 Tage beziehen, erfolgt anhand einer fünfstufigen Likert-Skala (0 = *nie* bis 4 = *immer*), wobei höhere Werte einer geringeren Lebensqualität entsprechen. Neben den Subskalenwerten kann auch ein Gesamtscore errechnet werden (Engel et al., 2006; Tagay et al., 2011). Cronbachs Alpha, bezogen auf die deutschsprachige Version des EDQOL, lag in der Validierungsstudie von Tagay et al. (2011) bei .94. Für die Beantwortung der Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung ist lediglich die Berechnung des Gesamtscores von Bedeutung, nicht aber jene der Subskalen.

Tabelle 3. *Beispielitem je Subskala des EDQOL*

Skala	Item-anzahl	Beispielitem „Wie oft hat Ihr Essverhalten oder Ihr Gewicht dazu geführt, ...“
Psychisch	9	„... dass Sie sich selbst nicht mochten?“
Körperlich/Kognitiv	6	„... dass Sie sich nicht so gut wie sonst konzentrieren konnten?“
Finanziell	5	„... dass Sie Schwierigkeiten hatten, monatliche Rechnungen zu bezahlen?“
Arbeit/Schule	5	„... dass Sie schlechtere Noten als sonst schrieben oder bei der Arbeit weniger schafften als sonst?“

In Folge der Zielsetzung der Untersuchung, die Beeinträchtigung der HRQoL bei Menschen mit Essstörungen nicht nur anhand eines generischen Messinstruments, sondern auch mithilfe von essstörungsspezifischen Verfahren zu messen, wurde der EDQOL als eines der Erhebungsinstrumente ausgewählt. Es ist ein häufig verwendetes, gut evaluiertes

Verfahren, das zudem in einer deutschsprachigen validierten Version vorliegt (Engel et al., 2006; Tagay et al., 2011).

4.3.4 Clinical Impairment Assessment (CIA; Bohn & Fairburn, 2012)

Das CIA, ein essstörungsspezifisches Verfahren, misst „das Ausmaß der psychosozialen Einschränkungen aufgrund der Essstörung“ (Bohn & Fairburn, 2012, S. 331). Konkret werden, bezogen auf die vergangenen vier Wochen, „Einschränkungen von Lebensbereichen, die typischerweise durch die Essstörungspsychopathologie beeinträchtigt sind, erfragt: Stimmung und Selbstbild, kognitive Leistung, zwischenmenschliche Probleme, [sowie] Arbeitsleistung“ (Bohn & Fairburn, 2012, S. 331). Diese verschiedenen Bereiche können auch den drei Subskalen *Personal Impairment*, *Cognitive Impairment* und *Social Impairment* zugeordnet werden, die neben einem Gesamtscore aus den 16 Items des CIA gebildet werden können (Bohn et al., 2008). Ein Beispielitem je Subskala kann Tabelle 4 entnommen werden. Die Beantwortung jedes einzelnen Items erfolgt anhand einer vierstufigen Ratingskala (0 = *überhaupt nicht* bis 3 = *sehr stark*). Der Gesamtscore des Fragebogens kann Werte zwischen 0 und 48 annehmen, wobei höhere Werte stärkeren psychosozialen Einschränkungen entsprechen. Cronbachs Alpha des Gesamtscores der englischsprachigen Originalversion liegt bei .97 (Bohn et al., 2008). Die Berechnung der Subskalenwerte ist für die vorliegende Studie nicht vorgesehen.

Das CIA sollte zusätzlich zum EDQOL eingesetzt werden, da laut Bohn et al. (2008) keines der anderen essstörungsspezifischen Instrumente in der Lage ist, die Beeinträchtigung der HRQoL durch die gesamte Breite der essstörungstypischen Symptomatik in zufriedenstellender Weise abzubilden. So wird in anderen essstörungsspezifischen Fragebögen etwa nicht nach dem Einfluss figurbezogener Sorgen – eines der Kernsymptome der Essstörungen – auf die HRQoL gefragt (Bohn et al., 2008). Empirische Belege für die Überlegenheit des CIA gegenüber anderen krankheitsspezifischen Verfahren gibt es jedoch nicht. Bisher wurde das CIA auch noch nie gemeinsam mit einem weiteren essstörungsspezifischen Instrument eingesetzt und ihre Ergebnisse miteinander verglichen. Allein Young et al. (2018), die die HRQoL anhand eines generischen und eines krankheitsspezifischen Verfahrens erhoben haben, merken an, dass der Einsatz eines zusätzlichen Messinstruments wie dem des CIA von Vorteil gewesen wäre. Ein weiterer Grund für die Verwendung des CIA ist, dass bei seiner Entwicklung ganz besonders darauf geachtet wurde, dass der Fragebogen die Beeinträchtigung der HRQoL misst, die tatsächlich direkte Folge der Essstörungssymptomatik ist – eine Testeigenschaft, durch die sich das CIA von

anderen essstörungsspezifischen Messinstrumenten unterscheiden soll (Bohn et al., 2008).

Tabelle 4. *Beispielitem je Subskala des CIA*

Skala	Item- anzahl	Beispielitem „Während der letzten 28 Tage, wie sehr haben Ihre Essgewohnheiten, sportlichen Betätigungen oder Gedanken und Gefühle zu Essen, Figur und Gewicht ...“
Personal Impairment	6	„... dazu geführt, dass Sie sich schuldig fühlten?“
Cognitive Impairment	5	„... Ihre Fähigkeit, Entscheidungen im Alltag zu fällen, vermindert?“
Social Impairment	5	„... Sie davon abgehalten, mit anderen auszugehen?“

4.3.5 Depressions-Angst-Stress-Skalen (DASS-21; Nilges & Essau, 2015)

Die DASS-21 sind die deutsche Kurzversion der *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995) und werden als Screeningverfahren zur „Messung von Depression, Angst und Stress bei Erwachsenen“ (Nilges & Essau, 2015, S. 652) eingesetzt.

Sie beinhalten insgesamt 21 Fragen, wobei jeweils sieben Items auf die Skalen *Depression*, *Angst* und *Stress* entfallen. Die Beantwortung der Fragen, die sich allesamt auf das Zeitfenster der vergangenen sieben Tage beziehen, erfolgt anhand einer vierstufigen Likert-Skala (0 = *traf gar nicht auf mich zu* bis 3 = *traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit*). Der Summenscore der jeweiligen Skala kann Werte zwischen 0 und 21 annehmen, wobei höhere Werte einem höheren Ausmaß an Depressions-, Angst-, oder Stresssymptomen entsprechen (Nagel, Pfingsten, Lindena, & Kohlmann, 2015; Nilges & Essau, 2015). Die internen Konsistenzen der beiden in der vorliegenden Untersuchung angewandten und somit relevanten Skalen *Depression* (DASS-D) und *Angst* (DASS-A) lagen in der Validierungsstudie hinsichtlich der Stichprobe, die aus zwei Psychotherapieambulanzen stammte, bei .91 bzw. .82 (Nilges & Essau, 2015).

Die DASS-21 sollten in dieser Studie zur Anwendung kommen, da sie im Hinblick auf ihre psychometrische Qualität mit anderen häufig verwendeten Verfahren, wie dem *Beck-Depressions-Inventar* (BDI; Kammer, 1983), dem *Beck-Angst-Inventar* (BAI; Margraf & Ehlers, 2007) oder der *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Herrmann, Buss, & Snaith, 1995), vergleichbar sind, jedoch den Vorteil einer ökonomischeren Bearbeitungsdauer im Vergleich zum BDI und BAI aufweisen sowie im Gegensatz zum HADS eine klare Unterscheidung zwischen den Variablen *Angst* und *Depression* ermöglichen (Cosco, Doyle,

Ward, & McGee, 2012; Nilges & Essau, 2015). Die Entscheidung für die Kurzfassung der DASS anstelle der Langfassung liegt darin begründet, dass beide ähnliche und das Screeningverfahren zum Teil sogar bessere teststatistische Kennwerte erzielt sowie zusätzlich hinsichtlich der Bearbeitungsdauer auch ökonomischer ist (Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998, zitiert nach Nilges & Essau, 2015).

Tabelle 5. *Beispielitem aus der Subskala Angst und der Subskala Depression der DASS-21*

Skala	Item- anzahl	Beispielitem
Depression	7	„Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.“
Angst	7	„Ich fühlte mich einer Panik nahe.“

4.4 Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden werden die sich aus den Zielsetzungen der Studie ergebenden Fragestellungen und die daraus abgeleiteten Hypothesen beschrieben.

4.4.1 Unterschiedshypothesen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Fragestellung 1: Gibt es einen Unterschied in der krankheitsübergreifenden gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Menschen mit AN, BN und BED?

H_0 (1.1): Es besteht kein Unterschied zwischen den drei Diagnosegruppen hinsichtlich der psychischen Summenskala der SF-36.

H_1 (1.1): Es besteht ein Unterschied zwischen den drei Diagnosegruppen hinsichtlich der psychischen Summenskala der SF-36.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (1.1) ist das Hypothesenpaar H_0 bzw. H_1 (1.2) für die körperliche Summenskala formuliert.

Fragestellung 2: Gibt es einen Unterschied in der essstörungsspezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EDQOL) zwischen Menschen mit AN, BN und BED?

H_0 (2.1): Es besteht kein Unterschied zwischen den drei Diagnosegruppen hinsichtlich der essstörungsspezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EDQOL).

H_1 (2.1): Es besteht ein Unterschied zwischen den drei Diagnosegruppen hinsichtlich der essstörungsspezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EDQOL).

Fragestellung 3: Gibt es einen Unterschied in der essstörungsspezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (CIA) zwischen Menschen mit AN, BN und BED?

H₀ (3.1): Es besteht kein Unterschied zwischen den drei Diagnosegruppen hinsichtlich der essstörungsspezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (CIA).

H₁ (3.1): Es besteht ein Unterschied zwischen den drei Diagnosegruppen hinsichtlich der essstörungsspezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (CIA).

4.4.2 Hypothesen zur Vorhersage der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Fragestellung 4: Haben die einzelnen Essstörungssymptome (Figursorgen, Gewichtssorgen, Essenssorgen, gezügeltes Essen, Essanfälle, selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienmissbrauch, exzessives Sporttreiben, radikale Essensbeschränkung) einen Einfluss auf die krankheitsübergreifende gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Menschen mit AN, BN und BED?

H₀ (4.1): Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für die psychische Summenskala der SF-36 in der Essstörungsgruppe AN, wenn für die Variablen *BMI*, *Alter*, *Depression* (DASS-D) und *Angst* (DASS-A) kontrolliert wird.

H₁ (4.1): Es gibt signifikante Prädiktoren für die psychische Summenskala der SF-36 in der Essstörungsgruppe AN, wenn für die Variablen *BMI*, *Alter*, *Depression* (DASS-D) und *Angst* (DASS-A) kontrolliert wird.

H₀ (4.2): Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für die psychische Summenskala der SF-36 in der Essstörungsgruppe BN, wenn für die Variablen *BMI*, *Alter*, *Depression* (DASS-D) und *Angst* (DASS-A) kontrolliert wird.

H₁ (4.2): Es gibt signifikante Prädiktoren für die psychische Summenskala der SF-36 in der Essstörungsgruppe BN, wenn für die Variablen *BMI*, *Alter*, *Depression* (DASS-D) und *Angst* (DASS-A) kontrolliert wird.

H₀ (4.3): Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für die psychische Summenskala der SF-36 in der Essstörungsgruppe BED, wenn für die Variablen *BMI*, *Alter*, *Depression* (DASS-D) und *Angst* (DASS-A) kontrolliert wird.

H₁ (4.3): Es gibt signifikante Prädiktoren für die psychische Summenskala der SF-36 in der Essstörungsgruppe BED, wenn für die Variablen *BMI*, *Alter*, *Depression* (DASS-D) und *Angst* (DASS-A) kontrolliert wird.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (4.1) bis (4.3) sind die Hypothesenpaare H_0 bzw. H_1 (4.4) bis (4.6) für die körperliche Summenskala der SF-36 zu formulieren.

Fragestellung 5: Haben die einzelnen Essstörungssymptome (Figursorgen, Gewichtssorgen, Essenssorgen, gezügeltes Essen, Essanfälle, selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienmissbrauch, exzessives Sporttreiben, radikale Essensbeschränkung) einen Einfluss auf die essstörungsspezifische gesundheitsbezogene Lebensqualität (EDQOL) bei Menschen mit AN, BN und BED?

H_0 (5.1): Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für die essstörungsspezifische gesundheitsbezogene Lebensqualität (EDQOL) in der Essstörungsgruppe AN, wenn für die Variablen *BMI*, *Alter*, *Depression* (DASS-D) und *Angst* (DASS-A) kontrolliert wird.

H_1 (5.1): Es gibt signifikante Prädiktoren für die essstörungsspezifische gesundheitsbezogene Lebensqualität (EDQOL) in der Essstörungsgruppe AN, wenn für die Variablen *BMI*, *Alter*, *Depression* (DASS-D) und *Angst* (DASS-A) kontrolliert wird.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (5.1) sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (5.2) bis (5.3) für die Essstörungsgruppen BN und BED formuliert.

Fragestellung 6: Haben die einzelnen Essstörungssymptome (Figursorgen, Gewichtssorgen, Essenssorgen, gezügeltes Essen, Essanfälle, selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienmissbrauch, exzessives Sporttreiben, radikale Essensbeschränkung) einen Einfluss auf die essstörungsspezifische gesundheitsbezogene Lebensqualität (CIA) bei Menschen mit AN, BN und BED?

H_0 (6.1): Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für die essstörungsspezifische gesundheitsbezogene Lebensqualität (CIA) in der Essstörungsgruppe AN, wenn für die Variablen *BMI*, *Alter*, *Depression* (DASS-D) und *Angst* (DASS-A) kontrolliert wird.

H_1 (6.1): Es gibt signifikante Prädiktoren für die essstörungsspezifische gesundheitsbezogene Lebensqualität (CIA) in der Essstörungsgruppe AN, wenn für die Variablen *BMI*, *Alter*, *Depression* (DASS-D) und *Angst* (DASS-A) kontrolliert wird.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (6.1) sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (6.2) bis (6.3) für die Essstörungsgruppen BN und BED formuliert.

4.5 Statistische Auswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mithilfe der Versionen 26 und 27 des Softwareprogramms IBM SPSS Statistics für Mac OS. Das Signifikanzniveau für alle statistischen Verfahren wurde vorab festgelegt und lag bei $\alpha = 5\%$. Daraus folgt, dass Ergebnisse ab einem p -Wert $< .05$ als signifikant betrachtet wurden. Aufgrund von ausreichend großen Teilstichproben von jeweils $n > 30$ konnte mit Verweis auf den zentralen Grenzwertsatz (Bortz & Schuster, 2010) bei allen Analyseverfahren, die eine Normalverteilung der Daten voraussetzen, von eben dieser ausgegangen werden.

Zur Überprüfung der Messgenauigkeit der verwendeten Messverfahren wurden Reliabilitätsanalysen durchgeführt, im Zuge derer die Berechnung von Cronbachs-Alpha-Koeffizienten für die einzelnen Test- bzw. Subskalen erfolgte. Zudem wurden für alle Items der Testinstrumente Trennschärfen errechnet, um den Zusammenhang der Differenzierungsfähigkeit der einzelnen Items mit jener der gesamten Testskala zu untersuchen und damit den Beitrag jedes Items zur Messgenauigkeit des Testverfahrens bestimmen zu können (Kelava & Moosbrugger, 2020).

Soziodemografische und krankheitsspezifische Angaben wurden ausgewertet, indem Mittelwerte und Standardabweichungen für metrische Daten sowie Häufigkeiten und ihre Anteilswerte für nominalskalierte Daten berechnet wurden.

Um Mittelwertunterschiede zwischen den Essstörungsgruppen zu untersuchen, wurden einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVAs) durchgeführt. Die Varianzhomogenität der abhängigen Variable über alle Gruppen – eine Voraussetzung der ANOVA – wurde mittels Levene-Test überprüft. Bei Vorliegen von heterogenen Varianzen wurde der Welch-Test anstelle der ANOVA angewendet. Führt die ANOVA bzw. der Welch-Test zu einem signifikanten Ergebnis, wurden anschließend passende post-hoc-Tests (z.B. Games-Howell nach Verwendung des Welch-Tests) eingesetzt, um feststellen zu können, welche Gruppen sich in ihrem Mittelwert voneinander unterscheiden. Die Größe des Unterschieds wurde zudem mittels Effektstärkemaß Eta-Quadrat (η^2) beschrieben, wobei Werte ab .01 einem kleinen, Werte ab .06 einem mittleren und solche über .14 einem großen Effekt entsprechen (Eid, Gollwitzer, & Schmitt, 2013).

Die Untersuchung des Einflusses einzelner Essstörungssymptome auf die HRQoL für jede der drei Essstörungsgruppen erfolgte über hierarchische Regressionsanalysen. Bei diesen wurden in einem ersten Schritt die Kontrollvariablen *BMI*, *Alter*, *Depression* und *Angst* in die Analyse eingeschlossen und in einem zweiten Schritt die folgenden neun

Essstörungssymptome, die im Rahmen des EDE-Q erhoben wurden: gezügeltes Essen, Essenssorgen, Gewichtssorgen, Figursorgen, Essanfälle, selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienmissbrauch, exzessives Sporttreiben und radikale Essensbeschränkung. Alle Essstörungssymptome gingen trotz metrischen Skalenniveaus als dichotomisierte Prädiktoren in die Regressionsmodelle ein. Die Entscheidung, Dummy-Variablen zu bilden, lag vor allem darin begründet, dass in der vorliegenden Studie besonderes Augenmerk auf die Beziehung zwischen klinisch tatsächlich bedeutsamen Symptomen und der Beeinträchtigung der HRQoL gelegt werden sollte. Ein anderes Argument für die Dummy-Kodierung der Prädiktoren lieferten zudem die extreme Schiefe und Kurtosis der meisten Essstörungsvariablen. So wurden, im Einklang mit anderen Studien (z.B. Jenkins et al., 2018; Mond et al., 2011), die ebenfalls den Einfluss einzelner Essstörungssymptome auf die HRQoL untersuchten und dabei Dummy-Variablen kreierten, die Prädiktoren *gezügeltes Essen*, *Essenssorgen*, *Gewichtssorgen* und *Figursorgen* als klinisch bedeutsam erachtet – und folglich mit 1 kodiert –, wenn ihre Skalenscores zumindest bei einem Wert von 4 lagen. Werte darunter wurden mit 0 kodiert. Die Prädiktoren *Essanfälle*, *selbstinduziertes Erbrechen* und *Laxantienmissbrauch* wurden mit 1 kodiert, falls das entsprechende Verhalten zumindest einmal wöchentlich in den vergangenen 28 Tagen auftrat (vgl. Jenkins et al., 2018; Mond et al., 2011). Die Variable *exzessives Sporttreiben* wurde mit 1 kodiert, wenn den Angaben der Studienteilnehmerinnen zufolge mindestens fünf Mal wöchentlich, in einer im Sinne der Itemformulierung des EDE-Q *exzessiven* Weise, Sport betrieben wurde (vgl. Jenkins et al., 2018; Mond et al., 2011; Wagner et al., 2016). Von einer radikalen Essensbeschränkung wurde schließlich ausgegangen, wenn gemäß den Antworten der Testpersonen an mindestens 13 der vergangenen 28 Tage in einem Zeitraum von zumindest acht Stunden nichts gegessen wurde, um die Figur oder das Gewicht zu beeinflussen (vgl. Jenkins et al., 2018; Mond et al., 2011).

Die Durchführung einer Regressionsanalyse erfordert zudem die Überprüfung verschiedener Voraussetzungen, darunter das Vorliegen von Linearität und Homoskedastizität, das mithilfe von Streudiagrammen der standardisierten vorhergesagten Werte und der Residuen kontrolliert wurde. Zusätzlich, neben der visuellen Prüfung auf Homoskedastizität, wurde auch ein analytisches Verfahren eingesetzt, nämlich der *Breusch-Pagan-Heteroskedastizitätstest*, der bei Vorliegen von Heteroskedastizität signifikant ausfällt (Breusch & Pagan, 1979). Des Weiteren wurde mittels Histogramm und P-P-Diagramm ermittelt, inwiefern die Residuen einer Normalverteilung folgen. Auch eventuelle Ausreißer wurden dahingehend untersucht, ob sie einen verzerrenden Einfluss ausüben. Ob die Prädiktoren nicht zu hoch untereinander korrelieren (Multikollinearität), wurde durch den

Variance Inflation Factor (VIF) und über die Korrelationsmatrix kontrolliert – liegt keine Multikollinearität vor, findet sich in der Korrelationsmatrix kein $r > .8$ und der VIF bleibt jeweils unter 10. Mit Hilfe des Durbin-Watson-Tests wurde die Unabhängigkeit der Residuen überprüft – Werte nahe 2 deuten hierbei auf unabhängige Beobachtungen hin (Field, 2018).

Während einige Streudiagramme ein Muster aufwiesen, das nicht auf Homoskedastizität der Residuen schließen ließ, konnten alle übrigen Regressionsvoraussetzungen als gegeben betrachtet werden. Da es bei Verletzung der Homoskedastizitätsannahme zu verzerrten Standardfehlern der Regressionskoeffizienten und somit auch zu fehlerhaften Signifikanztests kommen kann, wurden sogenannte *heteroskedastizitäts-konsistente Standardfehler* (HC-Standardfehler) berechnet (Hayes & Cai, 2007). Zwar wiesen nicht alle Streudiagramme eindeutig auf Heteroskedastizität hin und nicht alle Breusch-Pagan-Tests fielen signifikant aus – sie können allerdings auch nur ganz bestimmte Formen von Heteroskedastizität aufdecken (Hayes & Cai, 2007). Dennoch wurden für alle Regressionsanalysen HC-Standardfehler ermittelt. Dieses Vorgehen liegt in den Ausführungen der Artikel von Hayes und Cai (2007) sowie Long und Ervin (2000) begründet, wonach HC-Standardfehler mithilfe der sogenannten *HC3-Methode* geschätzt werden können, die nicht nur bei Vorliegen von Heteroskedastizität korrekt arbeitet, sondern auch bei Homoskedastizität. Aus diesem Grund schlagen die Studienautor*innen bei linearen Regressionsmodellen sogar die routinemäßige Verwendung der HC3-Methode vor.

Schließlich wurden Aussagen zur Stärke des Zusammenhangs eines Prädiktors mit der abhängigen Variable anhand der standardisierten Regressionskoeffizienten (β) getroffen, wobei β -Werte ab .10 als kleine, ab .30 als mittlere und ab .50 als große Effekte gewertet wurden (Cohen, 1988).

5 Ergebnisdarstellung

Nach Ausführungen zur Rücklaufstatistik und Stichprobenbereinigung erfolgt im Zuge dieses Kapitels eine ausführliche Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich soziodemografischer und krankheitsspezifischer Aspekte. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen hinsichtlich der verwendeten Messinstrumente sowie Resultate der Hypothesenprüfungen berichtet.

5.1 Rücklaufstatistik und Stichprobenbereinigung

Insgesamt haben 689 Frauen an der Online-Umfrage teilgenommen, wovon 419 (60.8%) die

Fragebogenbatterie vollständig, d.h. bis zur letzten Seite, bearbeitet haben. Demzufolge wurde die Befragung 270 Mal (39.2%) abgebrochen, was in 198 Fällen (28.7%) bereits auf der dritten Seite der Testbatterie geschah – jene Seite also, die den ersten der fünf Fragebögen enthielt, nämlich den 28 Items umfassenden EDE-Q. Möglicherweise fühlten sich einige vom Umfang dieses Messverfahrens abgeschreckt, hatten andere Erwartungen an die Befragung oder waren aufgrund einer eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit, die mit einer Essstörung oder einer komorbiden Depression einhergehen kann, nicht in der Lage, an der Studie teilzunehmen.

Von der 419 Probandinnen umfassenden Stichprobe wurden drei Datensätze entfernt, da diese deutlich zu viele fehlende Antworten enthielten. Zwei weitere Fälle wurden aus der Gesamtstichprobe ausgeschlossen, da das geforderte Mindestalter von 18 Jahren unterschritten wurde. Ein weiterer Datensatz wurde aufgrund einer unplausiblen Bearbeitungszeit von den Analysen ausgeschlossen.

Für die Zuteilung der verbliebenen 413 Datensätze zu den drei Essstörungsgruppen mussten in einem ersten Schritt die Angaben der Probandinnen im offenen Antwortformat – dies betrifft sechs der 28 Items des EDE-Q und die zwei ebenfalls im EDE-Q enthaltenen Fragen nach Gewicht und Körpergröße – überprüft und korrigiert werden. Hinsichtlich der Körpergröße wurden Angaben in unterschiedlichen Maßeinheiten gemacht, die eine Vereinheitlichung erforderten. Eine Testperson hatte offenbar Gewichts- und Größenangabe miteinander verwechselt, was ebenfalls korrigiert wurde. Bei der Beantwortung der Items, die nach Häufigkeiten in Form einer numerischen Angabe fragten, wurden davon abweichende Antworten, wie z.B. *täglich*, in das geforderte Format überführt. Korrespondierten Aussagen inhaltlich nicht mit der gestellten Frage – wie etwa die Antwort *jedes Mal* mit dem Item, das nach der Anzahl der Tage innerhalb der letzten vier Wochen fragt, an dem eine bestimmte Verhaltensweise aufgetreten ist – wurde die Antwort entfernt und dementsprechend als fehlend kodiert. Auch bei unklaren, ungenauen Eingaben ins Textfeld, wie z.B. *weiß ich nicht* oder *je nach Definition*, wurden diese als fehlend klassifiziert. Angaben in Form einer Spannweite wurden durch den entsprechenden Mittelwert ersetzt. Bei einem der Items, das bei sinngemäßer inhaltlicher Erfassung nur mit einer Zahl zwischen 0 und 28 beantwortet werden konnte, wurden Antworten jenseits dieser Spanne entfernt und damit als fehlend eingestuft. Insgesamt wurden für 17 Datensätze eine der beschriebenen Korrekturen vorgenommen. Dabei ausgenommen ist die Vereinheitlichung der Maßeinheit der jeweiligen Körpergröße.

Schließlich erfüllten von 413 Frauen 221 (53.5%) die Kriterien für eine der drei Essstörungsgruppen, d.h. es konnten von 221 Studienteilnehmerinnen 59 der AN- (26.7%), 82

der BN- (37.1%) und 80 der BED-Gruppe (36.2%) zugeteilt werden. Eine angestrebte Gesamtstichprobengröße von 240 Probandinnen wurde damit knapp unterschritten.

5.2 Stichprobenbeschreibung

Es folgt eine ausführliche Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich soziodemografischer (Alter, Nationalität und Bildung) und krankheitsspezifischer Daten (BMI, Schweregrad der Essstörung, Erkrankungsdauer, Behandlungshistorie und komorbide Symptomatiken).

5.2.1 Alter

Das Alter der Gesamtstichprobe betrug im Schnitt 32.63 Jahre ($SD = 10.21$), wobei die jüngste Frau 18 und die älteste Studienteilnehmerin 59 Jahre alt war. Bei Betrachtung der einzelnen Essstörungsgruppen ist der Altersdurchschnitt in der BED-Gruppe eindeutig am höchsten. Das durchschnittliche Alter der Frauen mit AN und BN unterschied sich nur minimal, wobei die Personen der AN-Gruppe im Mittel letztlich die jüngsten der drei Teilstichproben waren. Eine detaillierte Übersicht der deskriptivstatistischen Kennwerte bezüglich des Alters liefert Tabelle 6.

Tabelle 6. *Deskriptivstatistische Kennwerte bezüglich des Lebensalters in den einzelnen Essstörungsgruppen und der Gesamtstichprobe*

Gruppe	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
AN	59	29.27	8.30	19	55
BN	82	30.90	9.27	18	59
BED	80	36.88	11.04	18	57
Gesamt	221	32.63	10.21	18	59

Anmerkung. AN = Anorexie; BN = Bulimie; BED = Binge-Eating-Störung.

5.2.2 Nationalität und Bildung

Der Großteil der gesamten Stichprobe – d.h. 187 Personen (84.6%) – stammte aus Deutschland. Lediglich 21 Frauen (9.5%) kamen aus Österreich und 11 (5.0%) waren schweizerischer Herkunft. Zwei Studienteilnehmerinnen (0.9%) hatten darüber hinaus eine polnische bzw. niederländische Staatsbürgerschaft. Die Verteilung hinsichtlich der Nationalität war in den einzelnen Essstörungsgruppen jener in der Gesamtstichprobe sehr ähnlich und kann im Detail Tabelle 7 entnommen werden.

Der Bildungsabschluss, der in allen drei Gruppen und in der Gesamtstichprobe am

Tabelle 7. *Häufigkeiten und Anteilswerte bezüglich der Nationalität und des Ausbildungsgrades in den verschiedenen Essstörungen sowie der Gesamtstichprobe*

			Gruppen			
			AN	BN	BED	Gesamt
Nationalität						
Deutschland	Anzahl		48	69	70	187
	%		81.3%	84.1%	87.4%	84.6%
Österreich	Anzahl		7	9	5	21
	%		11.9%	11.0%	6.3%	9.5%
Schweiz	Anzahl		3	3	5	11
	%		5.1%	3.7%	6.3%	5.0%
Anderes Land	Anzahl		1	1	0	2
	%		1.7%	1.2%	0.0%	0.9%
Gesamt	Anzahl		59	82	80	221
	%		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Ausbildung						
Pflichtschule	Anzahl		10	12	14	36
	%		16.9%	14.6%	17.5%	16.3%
Lehrabschluss	Anzahl		7	14	17	38
	%		11.9%	17.1%	21.3%	17.2%
Meisterprüfung	Anzahl		1	0	2	3
	%		1.7%	0.0%	2.5%	1.4%
Berufsbildende mittlere Schule	Anzahl		5	11	7	23
	%		8.5%	13.4%	8.7%	10.4%
Hochschulreife	Anzahl		22	29	23	74
	%		37.3%	35.4%	28.7%	33.5%
Bachelor	Anzahl		6	6	10	22
	%		10.1%	7.3%	12.5%	9.9%
Master oder äquivalent	Anzahl		7	10	6	23
	%		11.9%	12.2%	7.5%	10.4%
PhD oder Doktorat	Anzahl		1	0	1	2
	%		1.7%	0.0%	1.3%	0.9%
Gesamt	Anzahl		59	82	80	221
	%		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Anmerkung. AN = Anorexie; BN = Bulimie; BED = Binge-Eating-Störung.

häufigsten, nämlich 74 Mal (33.5%), genannt wurde, war der Erwerb der Hochschulreife. Bei genauer Betrachtung von Tabelle 7, in der Häufigkeiten und Anteilswerte hinsichtlich acht aufsteigend gereihter Ausbildungsabschlüsse zu finden sind, zeigt sich, dass knapp über die Hälfte (54.7%) der Testpersonen über die Hochschulreife oder einen höheren Abschluss verfügten. Dieser Anteil an Personen, die zumindest die Hochschulreife erworben haben, war in der BN- und BED- Gruppe mit 54.9% und 50.0% ähnlich hoch wie in der gesamten Stichprobe, in der AN-Gruppe mit 61.0% jedoch am höchsten.

5.2.3 Behandlungshistorie

Von allen in der Studie inkludierten Frauen mit einer Essstörung gaben 50 (22.6%) an, noch nie in psychologischer Behandlung gewesen zu sein. Der Großteil – d.h. 171 Frauen (77.4%) – berichtete jedoch, sich zumindest einmal bereits in Behandlung befunden zu haben oder zurzeit psychologisch betreut zu werden. In der BN-Gruppe war der Anteil der Personen, die noch keine Therapie in Anspruch genommen haben, mit rund einem Drittel am höchsten, die AN-Gruppe war jene mit dem vergleichsweise kleinsten Anteil therapienaiver Frauen. Die genauen Häufigkeiten und Anteilswerte bezüglich der Behandlungshistorie für jede einzelne Essstörungsgruppe können Tabelle 8 entnommen werden.

Tabelle 8. *Häufigkeiten und Anteilswerte bezüglich der Behandlungshistorie für jede Essstörungsgruppe und der Gesamtstichprobe*

	Gruppe			Gesamt
	AN	BN	BED	
Keine Behandlung ^a	8 (13.6%)	26 (31.7%)	16 (20.0%)	50 (22.6%)
Mind. einmal in Behandlung ^b	51 (86.4%)	56 (68.3%)	64 (80.0%)	171 (77.4%)
Gesamt	59 (100.0%)	82 (100.0%)	80 (100.0%)	221 (100.0%)

Anmerkung. AN = Anorexie; BN = Bulimie; BED = Binge-Eating-Störung.

^a Es wurde weder in der Vergangenheit eine psychologische Behandlung in Anspruch genommen noch erfolgt aktuell eine Therapie. ^b Es wird entweder aktuell eine psychologische Behandlung in Anspruch genommen und/oder in der Vergangenheit erfolgte bereits mindestens eine Therapie.

5.2.4 Dauer, BMI und Schweregrad der Essstörung

Im Durchschnitt litten die Studienteilnehmerinnen zum Erhebungszeitpunkt bereits 15.26 Jahre ($SD = 11.62$) an einer Essstörung. Die kürzeste angegebene Erkrankungsdauer betrug sechs Monate, die längste 57 Jahre. Die Frauen mit einer BED bildeten die Gruppe mit der durchschnittlich längsten Essstörungsdauer. Die AN-Gruppe war zum Zeitpunkt der Befragung im Schnitt halb so lange erkrankt wie die BED-Gruppe. Die genauen Zahlen bezüglich der Dauer der Essstörung für jede einzelne Gruppe sind Tabelle 9 zu entnehmen.

Hinsichtlich des BMI spiegelten die Werte der drei Gruppen die diagnostischen Kriterien und typischen Symptomatiken der jeweiligen Essstörungsdiagnose wider. So war der durchschnittliche BMI in der AN-Gruppe am niedrigsten und in der BED-Gruppe am höchsten. Detaillierte Angaben zum BMI der einzelnen Essstörungsgruppen und der Gesamtstichprobe finden sich in Tabelle 9.

Der Schweregrad der Essstörung lag in der Gesamtstichprobe bei durchschnittlich 4.55 ($SD = 0.82$). Im Vergleich der drei Essstörungsdiagnosen war der Schweregrad in der BN-Gruppe im Schnitt am höchsten und in der BED-Gruppe am niedrigsten. Deskriptivstatistische Kennwerte für jede einzelne Gruppe sind Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9. *Deskriptivstatistische Kennwerte bezüglich Dauer und Schweregrad der Essstörung (EDE-Q Gesamt) sowie dem BMI in Abhängigkeit der jeweiligen Gruppe*

	Gruppe	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
Dauer in Jahren	AN ^a	10.81	7.84	0.50	35.00
	BN ^b	12.53	10.59	0.50	57.00
	BED ^c	21.34	12.49	1.42	50.00
	Gesamt ^d	15.26	11.62	0.50	57.00
BMI	AN ^a	15.55	1.61	10.55	17.44
	BN ^b	23.39	5.85	17.58	48.93
	BED ^c	34.71	11.59	18.08	66.18
	Gesamt ^d	25.39	10.98	10.55	66.18
EDE-Q Gesamt	AN ^a	4.50	0.92	2.04	5.95
	BN ^b	4.81	0.70	2.46	5.80
	BED ^c	4.31	0.78	2.28	5.95
	Gesamt ^d	4.55	0.82	2.04	5.95

Anmerkung. BMI = Body-Mass-Index; EDE-Q = Eating Disorder Examination – Questionnaire; AN = Anorexie; BN = Bulimie; BED = Binge-Eating-Störung.

^a $n = 59$. ^b $n = 82$. ^c $n = 80$. ^d $N = 221$

5.2.5 Komorbide Angst- und Depressionssymptomatik

Ein erheblicher Teil der Studienteilnehmerinnen überschreitet die Cut-Off-Werte der Subskalen des DASS-21, die in der Angstskala bei 6 und in der Depressionsskala bei 10 liegen. Werden diese Grenzwerte überschritten, liegt mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine Angststörung bzw. Depression vor (Nagel et al., 2015; Nilges & Essau, 2015). In konkreten Zahlen waren es 66.5% bzw. 74.2% der Frauen in der Gesamtstichprobe, deren erzielter Punktwert in der Skala *Angst* bzw. *Depression* Hinweise auf eine klinisch relevante Angst- bzw. Depressionssymptomatik liefert. Die Prozentsätze für die beiden komorbiden Symptomatiken je Essstörungsgruppe finden sich in Tabelle 10.

Tabelle 10. *Deskriptivstatistische Kennwerte der Subskalen Angst und Depression der DASS-21 in Abhängigkeit der jeweiligen Gruppe*

Gruppe	n	Angst		Depression	
		M (SD)	≥ 6 (%) ^a	M (SD)	≥ 10 (%) ^b
AN	59	8.85 (4.64)	71.2%	12.97 (5.48)	72.9%
BN	82	8.67 (5.62)	63.4%	14.07 (5.27)	78.0%
BED	80	8.50 (4.79)	66.3%	13.03 (5.38)	71.3%
Gesamt	221	8.66 (5.05)	66.5%	13.40 (5.37)	74.2%

Anmerkung. AN = Anorexie; BN = Bulimie; BED = Binge-Eating-Störung.

^a Anteil an Personen, die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit unter einer Angststörung leiden. ^b Anteil an Personen, die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit unter einer Depression leiden.

5.3 Reliabilitätsanalysen der Messverfahren

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen der im Rahmen der vorliegenden Studie zur Anwendung gebrachten Verfahren für jede der drei Essstörungsgruppen berichtet. Die Überprüfung der Messgenauigkeit erfolgte mithilfe der Berechnung von Cronbachs-Alpha-Koeffizienten für jede verwendete Test- bzw. Subskala.

Im Allgemeinen werden Reliabilitäten beginnend mit einem Wert von .70 als akzeptabel betrachtet, ein guter Wert für die Reliabilität liegt zwischen .80 und .90 (Pospeschill, 2022). Die Alpha-Koeffizienten werden im Folgenden zusätzlich durch die Angabe der Item-Trennschärfen, die konventionsgemäß >.30 sein sollten, ergänzt (Krumm, Schmidt-Atzert, & Amelang, 2021).

5.3.1 Reliabilitätsanalyse des CIA

Wie auch aus Tabelle 11 hervorgeht, erreichten die Reliabilitätskoeffizienten in jeder Essstörungsgruppe mit Werten zwischen .873 und .886 ausreichend hohe Reliabilitäten. In der AN-Gruppe gab es zwar ein Item mit einer Trennschärfe $<.30$, es zeigte sich jedoch, dass sich Cronbachs Alpha, auch bei Ausschluss desselben, in nur äußerst geringem Ausmaß verbessert hätte.

5.3.2 Reliabilitätsanalyse des EDQOL

Für jede der Essstörungsgruppen ergaben sich zufriedenstellende Reliabilitätswerte $>.80$ (siehe Tabelle 11). Ein Item wies in allen drei Teilstichproben eine Trennschärfe $<.30$ auf, wobei ein Ausschluss dieses Items zu keiner oder zu einer nur verschwindend geringen Änderung des Reliabilitätskoeffizienten in den jeweiligen Gruppen geführt hätte. Insgesamt gab es in der BN-Gruppe zwei und in der BED-Gruppe drei Items mit Trennschärfen $<.30$. Hätte man diese aus dem Testinstrument entfernt, wäre es jedoch weder in der BN- noch in der BED-Gruppe zu einer relevanten Verbesserung in der Reliabilität des EDQOL gekommen.

5.3.3 Reliabilitätsanalyse der DASS-21

Die Skala *Angst* der DASS-21 erreichte in den Essstörungsgruppen akzeptable bis gute Alpha-Werte (siehe Tabelle 11). Der niedrigste Reliabilitätskoeffizient lag in der AN-Stichprobe mit einem Alpha von .749 vor. In dieser Gruppe wiesen die Trennschärfen zweier Items Werte $<.30$ auf, wobei ein Ausschluss dieser beiden nur eine kleine Verbesserung der Reliabilität zur Folge gehabt hätte. Die Skala *Depression* der DASS-21 erzielte in allen Gruppen Reliabilitätskoeffizienten $>.90$ und jedes Item war ausreichend trennscharf.

5.3.4 Reliabilitätsanalyse des EDE-Q

Die Gesamtskala des EDE-Q wies in allen Teilstichproben Reliabilitätskoeffizienten $>.70$ auf. In der AN-Gruppe fanden sich zwei Item-Trennschärfen $<.30$, in den beiden anderen Gruppen waren es jedoch sieben bzw. acht Items mit zu kleinen Trennschärfen – eine Problematik, die sich auch auf Subskalenebene widerspiegelte (siehe Tabelle 11).

Während die Subskalen *Gezügeltes Essen* und *Figursorgen* in der AN- und BED-Gruppe noch akzeptable Werte $>.70$ erreichten, lagen die Reliabilitätskoeffizienten der BN-Gruppe für dieselben Skalen unter dem kritischen Wert von .70. Die Reliabilitäten der Skalen *Essenssorgen* und *Gewichtssorgen* waren in allen drei Essstörungsgruppen $<.70$. Als besonders problematisch sind hier die Alpha-Werte von jeweils .447 für *Gewichtssorgen* in der

BN- und BED-Gruppe zu nennen. Damit ergab sich in der BN-Gruppe für keine der vier Subskalen ein zufriedenstellender Alpha-Koeffizient.

5.3.5 Reliabilitätsanalyse der SF-36

Die psychische Summenskala der SF-36 erzielte in allen drei Stichproben ausreichend hohe Reliabilitätswerte. Die niedrigste Reliabilität im Vergleich der Gruppen wies die BN-Stichprobe mit einem Wert von .855 auf. Die Alpha-Koeffizienten für die körperliche Summenskala lagen zwischen .875 und .917. In Tabelle 11 finden sich die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse für beide Summenskalen, inklusive Maximum und Minimum der Item-Trennschärfen.

5.4 Hypothesenprüfung: Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Der folgende Abschnitt beschreibt die Ergebnisse der ANOVAs. Sie wurden zur Beantwortung der Frage durchgeführt, ob sich die Essstörungsgruppen AN, BN und BED in der generischen – gemessen mithilfe der psychischen und körperlichen Summenskala der SF-36 – sowie in der essstörungsspezifischen HRQoL – erfasst anhand des EDQOL und des CIA – unterscheiden. Dabei widmet sich jede der drei nachfolgend beschriebenen Fragestellungen je einem der Testinstrumente zur Messung der HRQoL. Die unabhängige Variable ist dabei jeweils die Essstörung, die abhängige Variable stellt das jeweilige HRQoL-Konstrukt dar.

5.4.1 Fragestellung 1: Unterschiede hinsichtlich der Summenskalen der SF-36

Gibt es einen Unterschied in der krankheitsübergreifenden gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Menschen mit AN, BN und BED?

Die Frage, ob sich die drei Essstörungsgruppen in den beiden Summenskalen der SF-36 unterscheiden, wurde mit Hilfe von ANOVAs untersucht. Während im Falle der psychischen Summenskala alle Voraussetzungen für die Durchführung einer ANOVA gegeben waren, konnte bei der körperlichen Summenskala, nach signifikant ausfallendem Levene-Test, nicht von Varianzhomogenität ausgegangen werden, weshalb hier auf den Welch-Test zurückgegriffen wurde.

Für die psychische Summenskala ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied

Tabelle 11. Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs Alpha (α) und korrigierte Trennschärfen (r_{it}) für alle Skalen bzw. Subskalen über die verschiedenen Essstörungsgruppen hinweg

Skala	Item- anzahl	AN			BN			BED		
		α	r_{it}	n	α	r_{it}	n	α	r_{it}	n
CIA										
Gesamt	16	.876	.248 - .734	59	.886	.328 - .676	82	.873	.357 - .640	80
EDQOL										
Gesamt	25	.887	.268 - .617	55	.914	.228 - .758	78	.861	.199 - .564	78
DASS-21										
Angst	7	.749	.254 - .628	59	.868	.402 - .809	82	.797	.309 - .651	80
Depression	7	.902	.583 - .802	59	.902	.519 - .889	82	.905	.577 - .849	80
EDE-Q										
Restraint	5	.771	.408 - .631	58	.582	.087 - .515	81	.745	.326 - .696	78
Eating Concern	5	.579	.108 - .574	56	.609	.253 - .463	81	.600	.239 - .447	78
Weight Concern	5	.678	.357 - .547	57	.447	.041 - .510	82	.447	.158 - .378	80
Shape Concern	8	.751	.162 - .639	58	.672	.133 - .632	77	.715	.170 - .566	78
Gesamt	22	.870	.074 - .720	54	.795	.162 - .697	75	.783	.073 - .655	76
SF-36										
Psychisch	14	.865	.345 - .692	57	.855	.228 - .734	80	.892	.380 - .758	79
Körperlich	21	.875	.263 - .681	56	.897	.410 - .657	76	.917	.134 - .793	72

Anmerkung. AN = Anorexie; BN = Bulimie; BED = Binge-Eating Disorder; CIA = Clinical Impairment Assessment; EDQOL = Eating Disorder Quality of Life; DASS-21 = Depressions-Angst-Stress-Skalen; EDE-Q = Eating Disorder Examination - Questionnaire; SF-36 = Fragebogen zum Gesundheitszustand

zwischen den Essstörungsdiagnosen, $F(2, 215) = 1.607, p = .203$. Die H_0 (1.1) war daher beizubehalten. Hinsichtlich der körperlichen Summenskala zeigte sich hingegen, dass sich die Essstörungsgruppen statistisch bedeutsam voneinander unterscheiden mit $F(2, 134.018) = 7.855, p < .001, \eta^2 = .074$. Die Effektgröße lag demzufolge im mittleren Bereich. Die Alternativhypothese H_1 (1.2) konnte angenommen werden. Anschließende post-hoc-Tests nach Games-Howell ergaben, dass die BED-Gruppe signifikant niedrigere Werte in der körperlichen Summenskala aufwies als die AN- ($p = .018$) und BN- Gruppe ($p < .001$). Zwischen AN und BN gab es keinen signifikanten Unterschied. Die deskriptivstatistischen Werte der beiden Summenskalen für jede einzelne Essstörungsgruppe sind Tabelle 12 zu entnehmen. Niedrigere Werte entsprechen dabei einer stärkeren Beeinträchtigung der HRQoL.

Tabelle 12. *Deskriptivstatistische Kennwerte der psychischen und körperlichen Summenskala der SF-36 in den einzelnen Essstörungsgruppen und der Gesamtstichprobe*

Summenskala	Gruppe	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Psychisch	AN	58	39.65	20.18
	BN	81	34.30	18.51
	BED	79	34.52	18.84
	Gesamt	218	35.81	19.14
Körperlich	AN	56	61.41	20.95
	BN	81	64.60	21.08
	BED	78	50.55	24.28
	Gesamt	215	58.67	23.03

Anmerkung. AN = Anorexie; BN = Bulimie; BED = Binge-Eating-Störung.

5.4.2 Fragestellung 2: Unterschiede hinsichtlich des EDQOL

Gibt es einen Unterschied in der essstörungsspezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EDQOL) zwischen Menschen mit AN, BN und BED?

Ob sich die verschiedenen Essstörungsgruppen hinsichtlich ihrer Ausprägung im EDQOL unterscheiden, wurde ebenfalls mittels ANOVA untersucht. Alle Voraussetzung für das varianzanalytische Testverfahren waren erfüllt, es konnte jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden, $F(2, 218) = 2.627, p = .075$. Die Nullhypothese H_0 (2.1) wurde demnach beibehalten. Deskriptivstatistische Kennwerte hinsichtlich des EDQOL finden sich für jede Gruppe einzeln in Tabelle 13. Höhere Werte weisen auf eine niedrigere HRQoL hin.

Tabelle 13. *Deskriptivstatistische Kennwerte bezüglich des EDQOL in Abhängigkeit der Gruppe*

Gruppe	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
AN	59	1.96	0.56
BN	82	1.98	0.59
BED	80	1.80	0.50
Gesamt	221	1.91	0.55

Anmerkung. AN = Anorexie; BN = Bulimie; BED = Binge-Eating-Störung.

5.4.3 Fragestellung 3: Unterschiede hinsichtlich des CIA

Gibt es einen Unterschied in der essstörungsspezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (CIA) zwischen Menschen mit AN, BN und BED?

Auch die Frage nach einem Unterschied zwischen den Gruppen im CIA wurde im Rahmen einer ANOVA geklärt, für deren Durchführung alle Voraussetzungen gegeben waren. Die Prüfgröße fiel mit $F(2, 218) = 1.479, p = .230$ nicht signifikant aus. Die Nullhypothese $H_0(3.1)$ konnte demzufolge nicht verworfen werden. Deskriptivstatistische Kennwerte für alle Teilstichproben in Bezug auf das CIA sind in Tabelle 14 angeführt.

Tabelle 14. *Deskriptivstatistische Kennwerte bezüglich des CIA in Abhängigkeit der Gruppe*

Gruppe	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
AN	59	33.46	8.20
BN	82	35.46	7.78
BED	80	33.69	7.69
Gesamt	221	34.29	7.88

Anmerkung. AN = Anorexie; BN = Bulimie; BED = Binge-Eating-Störung.

5.5 Hypothesenprüfung: Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Der folgende Abschnitt beinhaltet die Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalysen für jede der drei Essstörungsgruppen je HRQoL-Verfahren (d.h. SF-36, EDQOL, CIA). Im Zuge der statistischen Auswertung wurden in einem ersten Schritt jeweils die Kontrollvariablen in

die Analysen eingeschlossen, in einem zweiten die dummy-kodierten Essstörungssymptome. Dementsprechend gab es in jeder der nachfolgend beschriebenen 12 Regressionsanalysen zwei Blöcke von Prädiktoren. Der erste Block, im Folgenden als Modell 1 bezeichnet, beinhaltete die Variablen *Alter*, *BMI*, *Depression* und *Angst*. Der zweite Block, der im Folgenden Modell 2 bzw. Gesamtmodell genannt wird, umfasste die Variablen *Figursorgen*, *Gewichtssorgen*, *Essenssorgen*, *gezügelter Essen*, *Essanfälle*, *selbstinduziertes Erbrechen*, *Laxantienmissbrauch*, *exzessives Sporttreiben* und *radikale Essensbeschränkung*. In der BN- und BED-Stichprobe gab es jedoch gewisse Abweichungen in Bezug auf die Variablenzusammensetzung des zweiten Blocks. Denn in der BN-Gruppe musste der Prädiktor *Essanfälle* aus den Analysen ausgeschlossen werden, da Essanfälle bei allen Frauen dieser Teilstichprobe mindestens vier Mal in den letzten 28 Tagen auftraten, wodurch der dummy-kodierte Prädiktor, indem er durchgehend dieselbe Ausprägung aufwies, zur Konstante wurde. Dieselbe Problematik entstand auch in der BED-Gruppe. Hier waren es die Prädiktoren *Essanfälle*, *selbstinduziertes Erbrechen* und *Laxantienmissbrauch*, die nicht in die Regressionsanalysen eingehen konnten, da sie für alle Probandinnen dieser Gruppe identische Werte zeigten und somit Konstanten darstellten. Hinsichtlich der Überprüfung der Modellannahmen wurden abgesehen von der Homoskedastizität alle Voraussetzungen für die multiplen linearen Regressionen erfüllt. Dem Problem der nicht zweifelsfrei gegebenen Homoskedastizität wurde mit der Berechnung von HC-Standardfehlern und darauf beruhenden Signifikanztests begegnet.

5.5.1 Fragestellung 4: Prädiktoren der Summenskalen der SF-36

Haben die einzelnen Essstörungssymptome (Figursorgen, Gewichtssorgen, Essenssorgen, gezügelter Essen, Essanfälle, selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienmissbrauch, exzessives Sporttreiben, radikale Essensbeschränkung) einen Einfluss auf die krankheitsübergreifende gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Menschen mit AN, BN und BED?

Um den Einfluss der Essstörungssymptome auf die krankheitsübergreifende HRQoL zu untersuchen, wurden hierarchische Regressionsanalysen mit der psychischen und körperlichen Summenskala der SF-36 als Outcome-Variablen berechnet und für jede Essstörungsgruppe einzeln betrachtet.

Prädiktoren der psychischen Summenskala: Gruppe Anorexie

Sowohl das erste Modell, das ausschließlich die Kontrollvariablen enthielt, als auch das zweite

Modell, das zusätzlich die Essstörungssymptome umfasste, fiel hinsichtlich seiner Vorhersagekraft signifikant aus. Modell 1 konnte 68.3% der Varianz in der psychischen Summenskala erklären. Der Einschluss der Essstörungsvariablen in Modell 2 ergab eine nur geringe, nicht signifikante Verbesserung in der Varianzaufklärung um 2.7%. In beiden Modellen zeigte sich lediglich zwischen Depression und der psychischen Summenskala ein signifikanter negativer Zusammenhang. Die Vorhersageleistung dieses Prädiktors im Gesamtmodell ist mit $\beta = -.668$ als groß zu bewerten. Da keine der Essstörungsvariablen unter Berücksichtigung der Kontrollvariablen die psychische Summenskala signifikant vorhersagen konnte, musste die Nullhypothese H_0 (4.1) beibehalten werden. In Tabelle A1 (siehe Anhang) findet sich eine detaillierte Zusammenfassung der Regressionsanalyse für die Gruppe AN unter Angabe der standardisierten und unstandardisierten Regressionskoeffizienten, der Signifikanzbeurteilung sowie der Bestimmtheitsmaße.

Prädiktoren der psychischen Summenskala: Gruppe Bulimie

Beide Regressionsmodelle konnten die psychische Summenskala der SF-36 signifikant vorhersagen. Modell 1 erklärte dabei 43.7% der Varianz im Outcome und Modell 2 konnte durch die Hinzunahme der Essstörungssymptome weitere 8.3% aufklären. Diese Verbesserung der Prädiktionskraft erreichte jedoch keine statistische Signifikanz. Der einzige signifikante Prädiktor im ersten wie auch im zweiten Modell war die Kontrollvariable *Depression*. Ihr negatives β -Gewicht von $-.481$ im Gesamtmodell spricht für einen mittleren Effekt auf die psychische Summenskala. Da keine der Essstörungsvariablen unter Berücksichtigung der Kontrollvariablen die psychische Summenskala signifikant vorhersagen konnte, musste die Nullhypothese H_0 (4.2) beibehalten werden. Eine umfangreiche Zusammenfassung der Ergebnisse der hierarchischen Regression für die BN-Gruppe ist Tabelle A2 im Anhang zu entnehmen.

Prädiktoren der psychischen Summenskala: Gruppe Binge-Eating-Störung

Wie auch Tabelle A3 im Anhang zu entnehmen ist, erreichte das erste Modell, das die Kontrollvariablen enthält, statistische Signifikanz und konnte 61.7% der Varianz in der psychischen Summenskala erklären. Das Gesamtmodell fiel ebenfalls signifikant aus. Durch die Hinzunahme der Essstörungsvariablen konnten zusätzliche 7.7% der Varianz im Outcome signifikant aufgeklärt werden. In Modell 1 erwiesen sich die Kontrollvariablen *Alter*, *Depression* und *Angst* als signifikante Prädiktoren. Im Gesamtmodell blieben diese signifikant

und es kamen jeweils ein signifikanter Zusammenhang zwischen der psychischen Summenskala und den beiden Essstörungssymptomen *gezügelter Essen* und *radikale Essensbeschränkung* hinzu. Während Alter, Depression, Angst und radikale Essensbeschränkung negativ mit der abhängigen Variable korrelierten, wurde eine positive Assoziation zwischen gezügelter Essen und der psychischen Summenskala identifiziert. Der Prädiktor *Depression* wies im Gesamtmodell mit einem β von $-.641$ – ein Wert, der für einen großen Effekt spricht – den stärksten Einfluss auf das Outcome auf.

Bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigte sich allerdings, dass die β -Koeffizienten der beiden Essstörungssymptome *gezügelter Essen* und *radikale Essensbeschränkung* ($\beta = .307$ bzw. $-.223$) höher ausfielen als ihre jeweiligen bivariaten Korrelationen mit der Outcomevariable ($r = .062$ bzw. $-.065$). Ein Umstand, der für das Vorliegen einer *Suppressionssituation* spricht. Ursächlich für derartige Phänomene sind sogenannte *Suppressorvariablen*, die mit dem Outcome nicht oder kaum korrelieren, dafür aber mit einem anderen Prädiktor in bedeutsamer Weise assoziiert sind (Eid et al., 2013). Durch die Korrelation der Suppressorvariable mit einer Prädiktorvariable kann erstere einen Teil der für die Outcomevariable irrelevanten Varianz des Prädiktors binden, weshalb die Vorhersagekraft dieses Prädiktors schließlich steigt (Eid et al., 2013). Aufgrund jener hier vorgefundenen Suppressionseffekte kann letztlich keine inhaltliche Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich der signifikanten Essstörungssymptome erfolgen. Die Nullhypothese H_0 (4.3) musste demzufolge beibehalten werden.

Prädiktoren der körperlichen Summenskala: Gruppe Anorexie

In der AN-Gruppe konnten 26.3% der Varianz in der physischen Summenskala durch das erste Modell, das signifikant ausfiel, vorhergesagt werden. Als einziger signifikanter Prädiktor erwies sich dabei die Variable *Angst*, die negativ mit dem Outcome korrelierte. Die Hinzunahme der Essstörungsvariablen ergab eine nur geringe, nicht signifikante Verbesserung in der Varianzaufklärung um 6.1%. Zudem zeigte keine der im zweiten Modell enthaltenen Variablen einen signifikanten Zusammenhang mit der körperlichen Summenskala der SF-36 und das Gesamtmodell erreichte auch keine statistische Signifikanz. Daraus ergibt sich, dass keine der Essstörungsvariablen unter Berücksichtigung der Kontrollvariablen die körperliche Summenskala vorhersagen konnte, weshalb die Nullhypothese H_0 (4.4) beizubehalten war. Tabelle A4 im Anhang liefert einen Überblick über die Ergebnisse der Regressionsanalyse im Detail.

Prädiktoren der körperlichen Summenskala: Gruppe Bulimie

Beide Modelle waren in der Lage, die physische Summenskala signifikant vorherzusagen. Modell 1 konnte 38.3% der Varianz im Outcome erklären und Modell 2 konnte die Varianzaufklärung mit der Inklusion der Essstörungsvariablen um zusätzliche 9.9% verbessern. Allerdings war die Zunahme in der Vorhersageleistung statistisch nicht signifikant. Hinsichtlich der Prädiktoren zeigte sich, dass die körperliche Summenskala in Modell 1 durch den BMI und die Variable *Angst* signifikant negativ vorhergesagt werden konnte. In Modell 2 blieb Angst ein signifikanter Prädiktor und zusätzlich wurde ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Essstörungsvariable *Laxantienmissbrauch* und dem Outcome identifiziert. Die größere Vorhersageleistung der beiden Prädiktoren hinsichtlich der körperlichen Summenskala wies der Laxantienmissbrauch mit einem β von $-.381$ auf, was einem Effekt mittlerer Größe entspricht. Da eine der Essstörungsvariablen einen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable zeigte, konnte die Nullhypothese H_0 (4.5) zugunsten der Alternativhypothese H_1 (4.5) verworfen werden. Eine genaue Übersicht über die Ergebnisse der hierarchischen Regression findet sich in Tabelle A5 (siehe Anhang).

Prädiktoren der körperlichen Summenskala: Gruppe Binge-Eating-Störung

Wie auch Tabelle A6 im Anhang zu entnehmen ist, besaßen das erste sowie das zweite Modell statistisch signifikante Erklärungskraft in Hinblick auf die physische Summenskala. 66.6% der Varianz im Outcome konnte durch das erste Modell erläutert werden, wobei für jede seiner vier Variablen ein signifikanter Zusammenhang mit der körperlichen Summenskala zu verzeichnen war. Die Aufnahme der Essstörungssymptome in das Regressionsmodell erbrachte jedoch nur eine verschwindend geringe, statistisch nicht signifikante Zunahme in der Varianzaufklärung von 0.7%. Lediglich die vier Kontrollvariablen, die bereits in Modell 1 signifikante Prädiktoren waren, hatten auch im Gesamtmodell einen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable. Von den Variablen *Alter*, *BMI*, *Depression* und *Angst*, die alle negativ mit dem Outcome korrelierten, zeigte das Alter im Gesamtmodell mit einem β von $-.433$ – ein Wert, der für einen mittleren Effekt spricht – den stärksten Einfluss auf die abhängige Variable. Da aber keine der Essstörungsvariablen in der Lage war, die physische Summenskala signifikant vorherzusagen, musste folglich die Nullhypothese H_0 (4.6) beibehalten werden.

5.5.2 Fragestellung 5: Prädiktoren des EDQOL

Haben die einzelnen Essstörungssymptome (Figursorgen, Gewichtssorgen, Essenssorgen, gezügeltes Essen, Essanfälle, selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienmissbrauch, exzessives Sporttreiben, radikale Essensbeschränkung) einen Einfluss auf die essstörungsspezifische gesundheitsbezogene Lebensqualität (EDQOL) bei Menschen mit AN, BN und BED?

Gruppe Anorexie

Das erste Modell konnte insgesamt 52.5% der Varianz in der essstörungsspezifischen HRQoL signifikant erklären. Auch das Gesamtmodell konnte die abhängige Variable signifikant vorhersagen, allerdings erreichte die Verbesserung in der Varianzaufklärung um 10.0% von Modell 1 auf Modell 2 keine statistische Signifikanz. Auf Ebene der Prädiktoren zeigte sich, dass in Modell 1 nur die Variable *Angst* einen signifikanten positiven Effekt auf die essstörungsspezifische HRQoL hatte. Im Gesamtmodell konnte neben dem signifikanten Prädiktor *Angst* zusätzlich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem BMI und dem Outcome identifiziert werden. Die Variable *Angst* stellte sich dabei, wie auch Tabelle A7 (siehe Anhang) zeigt, als Prädiktor mit der stärksten Erklärungskraft heraus; ihr β -Koeffizient von .443 spricht für einen Effekt mittlerer Größe.

Bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse der Regressionsanalyse und im Speziellen des BMI als Prädiktor des EDQOL stellte sich heraus, dass hier von einer Suppressionssituation auszugehen ist, da der β -Koeffizient des BMI ($\beta = -.247$) größer ausfiel als die bivariate Korrelation zwischen BMI und abhängiger Variable ($r = -.110$). Aus diesem Grund muss auf eine inhaltliche Interpretation dieses Ergebnisses verzichtet werden. Nachdem keines der Essstörungssymptome signifikant mit der Zielvariable assoziiert war, war die Nullhypothese H_0 (5.1) beizubehalten.

Gruppe Bulimie

Sowohl das Modell, das nur die Kontrollvariablen beinhaltet, als auch jenes, das zusätzlich die Essstörungssymptome berücksichtigt, wiesen statistisch signifikante Erklärungskraft im Hinblick auf die essstörungsspezifische HRQoL auf. Wie aus Tabelle A8 (siehe Anhang) hervorgeht, erklärte Modell 1 55.0% der Varianz im Outcome. Modell 2 konnte durch den Einschluss der Essstörungsvariablen weitere 8.6% erläutern – diese Verbesserung in der Varianzaufklärung erreichte, wenn auch nur knapp ($p = .055$), keine statistische Signifikanz. Bezogen auf die einzelnen Prädiktoren war in Modell 1 für die Variablen *Angst* und *Depression*

ein jeweils signifikant positiver Zusammenhang mit der abhängigen Variable zu verzeichnen – zwei Zusammenhänge, die auch in Modell 2 signifikant blieben. Darüber hinaus lieferte exzessives Sporttreiben im Gesamtmodell einen signifikanten positiven Beitrag zur Erklärung der essstörungsspezifischen HRQoL. Die stärkste Erklärungskraft hatte im Gesamtmodell die Kontrollvariable *Angst* mit einem β von .517, gefolgt von dem Essstörungssymptom *exzessives Sporttreiben* mit einem β von .210. Während der erstgenannte β -Koeffizient als großer Effekt eingestuft werden kann, ist der letztgenannte als kleine Effektstärke zu bezeichnen. Da sich eine der Essstörungsvariablen als signifikanter Prädiktor erwies, konnte die Nullhypothese H_0 (5.2) zugunsten der Alternativhypothese H_1 (5.2) verworfen werden.

Gruppe Binge-Eating-Störung

Sowohl das Modell, das ausschließlich die vier Kontrollvariablen enthält, als auch das Gesamtmodell erreichten statistische Signifikanz. Modell 1 erklärte dabei 51.2% der Varianz in der abhängigen Variable, die Hinzunahme der Essstörungsvariablen ergab eine nicht signifikante Verbesserung der Varianzaufklärung um 5.7%. Hinsichtlich der Prädiktoren zeigte sich, dass es die Variablen *Depression* und *Angst* waren, die – nicht nur im ersten Modell, sondern auch im Gesamtmodell – die essstörungsspezifische HRQoL jeweils signifikant positiv vorhersagen konnten. Mit ihren im Gesamtmodell ähnlich hohen β -Werten von .373 bzw. .400 ist ihr Effekt auf die Outcomevariable als moderat einzuschätzen. Eine detaillierte Auflistung der Ergebnisse kann Tabelle A9 im Anhang entnommen werden. Da sich keine der Essstörungsvariablen als signifikanter Prädiktor der essstörungsspezifischen HRQoL erwies, musste die Nullhypothese H_0 (5.3) beibehalten werden.

5.5.3 Fragestellung 6: Prädiktoren des CIA

Haben die einzelnen Essstörungssymptome (Figursorgen, Gewichtssorgen, Essenssorgen, gezügeltes Essen, Essanfälle, selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienmissbrauch, exzessives Sporttreiben, radikale Essensbeschränkung) einen Einfluss auf die essstörungsspezifische gesundheitsbezogene Lebensqualität (CIA) bei Menschen mit AN, BN und BED?

Gruppe Anorexie

Sowohl Modell 1 als auch Modell 2 konnten den CIA-Summenscore signifikant vorhersagen. Das erste Modell erläuterte dabei 60.2% der Varianz im Outcome und die Hinzunahme der Essstörungsvariablen führte zu einer nicht signifikanten Zunahme in der Varianzaufklärung um 5.6%. In beiden Modellen erwiesen sich die Kontrollvariablen *Depression* und *Angst* als

signifikante positive Prädiktoren – unter den Essstörungssymptomen konnten hingegen keine signifikanten Zusammenhänge mit der abhängigen Variable verzeichnet werden. Die stärkste Vorhersageleistung im Gesamtmodell zeigte der Prädiktor *Depression* mit einem β von .413, was einem moderaten Effekt entspricht. Für einen detaillierten Überblick über alle Ergebnisse der Regressionsanalyse sei an dieser Stelle auf Tabelle A10 im Anhang verwiesen. Da keines der Essstörungssymptome den CIA-Summenscore vorhersagen konnte, musste auch hier die Nullhypothese H_0 (6.1) beibehalten werden.

Gruppe Bulimie

Das erste Modell, das statistisch signifikant ausfiel, konnte insgesamt 35.4% der Varianz im CIA-Summenscore erklären. Auch das Gesamtmodell erreichte statistische Signifikanz und die Hinzunahme der Essstörungsvariablen erbrachte eine signifikant verbesserte Varianzaufklärung um 16.0%. Wie Tabelle A11 (siehe Anhang) entnommen werden kann, zeigten auf Ebene der Prädiktoren in Modell 1 *Depression* und *Angst* jeweils einen signifikanten positiven Zusammenhang mit dem Outcome. Im Gesamtmodell blieb *Angst* ein signifikanter Prädiktor und hinzu kam ein signifikant positiver Zusammenhang der Variable *Essenssorgen* mit dem CIA. Dieses Essstörungssymptom lieferte mit einem β -Wert von .365 auch den größten – für sich betrachtet als moderat zu bewertenden – Beitrag zur Vorhersage der Outcomevariable. Da sich eines der Essstörungsvariablen als signifikanter Prädiktor herausstellte, konnte die Nullhypothese H_0 (6.2) zugunsten der Alternativhypothese H_1 (6.2) verworfen werden.

Gruppe Binge-Eating-Störung

Das Modell, das nur die Kontrollvariablen beinhaltet, sowie jenes, das zusätzlich auch die Essstörungssymptome umfasst, wiesen statistisch signifikante Erklärungskraft im Hinblick auf die Outcomevariable auf. Wie Tabelle A12 (siehe Anhang) zeigt, konnte Modell 1 57.3% der Varianz im CIA-Summenscore erklären, die Aufnahme der Essstörungssymptome im Rahmen von Modell 2 erbrachte darüber hinaus eine signifikante Zunahme in der Varianzaufklärung um 9.0%. In Modell 1 lieferten die Variablen *Depression* und *Angst* jeweils einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der abhängigen Variable. Im Gesamtmodell blieben *Depression* und *Angst* signifikant positive Prädiktoren und zusätzlich erwies sich radikale Essensbeschränkung als signifikant positiver Prädiktor. Den größten Einfluss auf den CIA-Summenscore hatte die Kontrollvariable *Depression* mit einem β von .517, gefolgt von dem Prädiktor *radikale*

Essensbeschränkung, der mit einem β -Koeffizienten von .240 lediglich einen kleinen Effekt auf das Outcome hatte. Da eines der Essstörungssymptome die abhängige Variable signifikant vorhersagen konnte, konnte die Alternativhypothese H_1 (6.3) angenommen werden.

6 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie interpretiert und in die bestehende Forschungsliteratur eingeordnet. Zu Beginn erfolgt die Diskussion der Resultate in Bezug auf die Fragestellungen 1–3, anschließend jene hinsichtlich der Fragestellungen 4–6, wobei auch Beziehungen zwischen diesen beiden thematischen Blöcken hergestellt werden. Darüber hinaus werden Empfehlungen für zukünftige Forschung gegeben und Limitationen der eigenen Untersuchung dargelegt.

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Im Rahmen der ersten drei Fragestellungen wurde untersucht, ob sich Menschen mit AN, BN und BED in der generischen HRQoL – gemessen mithilfe der psychischen und körperlichen Summenskala der SF-36 – sowie in der essstörungsspezifischen HRQoL – erfasst anhand des EDQOL und des CIA – voneinander unterscheiden. Im Zuge der Beantwortung dieser Fragestellungen sollte auch geklärt werden, ob sich SF-36, EDQOL und CIA als ähnlich oder ungleich sensitiv in der Erfassung von HRQoL-Unterschieden zwischen Essstörungsgruppen erweisen.

Ergebnis der Analysen war, dass sich die Gruppen lediglich in der körperlichen Summenskala der SF-36 voneinander unterschieden. Frauen mit BED wiesen signifikant niedrigere Werte, d.h. eine schlechtere körperliche Gesundheit, auf als Studienteilnehmerinnen mit AN oder BN. In der psychischen Summenskala der SF-36, dem EDQOL und dem CIA wurde hingegen kein Unterschied in der HRQoL gefunden.

Bei der Beurteilung der Sensitivität von generischen im Vergleich zu essstörungsspezifischen Verfahren in der Messung von HRQoL-Differenzen zwischen Essstörungsgruppen muss zunächst beachtet werden, dass die körperliche Summenskala (SF-36) inhaltlich deutlich vom Rest der verwendeten HRQoL-Konstrukte, d.h. psychische Summenskala (SF-36), EDQOL und CIA, abweicht. Während die körperliche Summenskala der SF-36 aus 21 Items besteht, die ausschließlich die körperliche Gesundheit und Funktionsfähigkeit erfragen, enthält der EDQOL von 25 Items nur drei hinsichtlich körperlicher Funktionsfähigkeit und das CIA beinhaltet keine einzige Frage in Bezug darauf.

Die psychische Summenskala der SF-36, der EDQOL und das CIA hingegen messen inhaltlich ähnliche Aspekte, indem sie persönliche/psychische, soziale sowie alltags- und arbeitsbezogene Beeinträchtigungen erfassen. Möchte man also generische HRQoL-Testinstrumente mit essstörungsspezifischen miteinander vergleichen, sollte für dieses Vorhaben nur die psychische Summenskala der SF-36 auf der einen sowie der EDQOL und das CIA auf der anderen Seite dafür herangezogen werden. Daraus folgt letztlich, dass die vorliegende Studie keinen Hinweis auf eine höhere Sensitivität essstörungsspezifischer Verfahren gegenüber krankheitsübergreifenden Messinstrumenten in der Erfassung von HRQoL-Unterschieden zwischen verschiedenen Essstörungsgruppen lieferte. Auch die Tatsache, dass der EDQOL und das CIA keine unterschiedlichen Ergebnisse erbrachten, lässt den Schluss einer Überlegenheit des CIA gegenüber anderen essstörungsspezifischen Instrumenten, zumindest wenn es um die Erfassung von Unterschieden in der HRQoL geht, nicht zu. Die einzige Untersuchung, die ebenfalls HRQoL-Unterschiede zwischen Essstörungsgruppen sowohl anhand eines generischen als auch eines spezifischen Messinstruments erforscht hat, kann die vorliegenden Ergebnisse unterstützen. Auch in der Studie von Martín et al. (2017), deren Stichprobe aus Menschen mit AN, BN und EDNOS bestand, unterschieden sich die Resultate auf Basis des krankheitsübergreifenden sowie spezifischen Instruments nicht voneinander. Damit können Martín et al. (2017) zwar die ähnliche Sensitivität generischer und spezifischer Testinstrumente in Bezug auf die Erfassung von HRQoL-Differenzen bekräftigen, nicht aber die in der vorliegenden Untersuchung gefundenen Gruppenunterschiede selbst, da Martín et al. einen signifikanten Unterschied in der HRQoL zwischen der AN- und BN-Stichprobe feststellten. In Übereinstimmung mit den in der gegenwärtigen Arbeit präsentierten Ergebnissen jedoch zeigten auch Doll et al. (2005), Ekeröth et al. (2013), Hay et al. (2017), Latner et al. (2008) und Padierna et al. (2000) keinen Unterschied im CIA oder der psychischen Summenskala der SF-36 von Personen mit AN, BN und BED – wobei beachtet werden sollte, dass die Resultate der ersten vier genannten Untersuchungen auf Gruppenvergleichen mit zu geringer statistischer Power beruhen. Im Kontrast zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie stehen jene von Meneguzzo et al. (2021) und Panea-Pizarro et al. (2021), die eine signifikant niedrigere HRQoL (bezogen auf den EDQOL und die psychische Summenskala der SF-36) in der AN- als in der BN- und BED-Gruppe beobachteten. Martín et al. (2017) sowie Mond et al. (2005) wiederum fanden, dass die AN-R- bzw. AN-Stichprobe eine signifikant höhere HRQoL aufwies als die BN-Stichprobe. In der Forschungsarbeit von Mond et al. (2005) hatten die Patientinnen mit AN-R sogar die höchsten Werte in der psychischen Summenskala der SF-36, d.h. höhere als jene mit BN und

BED. Auch in der vorliegenden Untersuchung war die Ausprägung der psychischen Summenskala der SF-36 in der AN-Gruppe am höchsten, auch wenn keine signifikanten Ergebnisse erzielt wurden. Derselbe Sachverhalt, d.h. höchste HRQoL in der AN- oder AN-R-Stichprobe, aber kein signifikanter Unterschied, wurde auch in den Studien von Doll et al. (2005), Ekeröth et al. (2013), Hay et al. (2017) und Padierna et al. (2000) festgestellt.

Eine bessere HRQoL bei Menschen mit AN oder ein fehlender signifikanter Unterschied im Vergleich zu anderen Essstörungsdiagnosen scheint überraschend, nachdem Personen mit AN gemeinhin als diejenigen mit der schwersten Essstörungspsychopathologie gelten und die höchste Mortalitätsrate unter den psychischen Störungen (Arcelus et al., 2011; Hoang et al., 2014) aufweisen. Ein möglicher Erklärungsansatz dafür und allgemein für den Umstand, dass gerade Ergebnisse im Hinblick auf die AN-Gruppen sehr unterschiedlich sowie widersprüchlich ausfallen, könnte in der geringen Krankheitseinsicht bzw. der sogenannten *Ich-Syntonie* liegen, die häufig Teil des Krankheitsbildes der AN ist (DeJong et al., 2013; Martín et al., 2016; Mond et al., 2005). Ist die AN von einem ich-syntonen Charakter gekennzeichnet, bedeutet dies, dass die Erkrankung als zum eigenen Ich bzw. der eigenen Identität gehörend betrachtet wird (Tan, Hope, & Stewart, 2003) und nicht als etwas Fremdartiges, Behandlungsbedürftiges – entsprechend dem Konzept der *Ich-Dystonie* – erlebt wird (Voswinkel, Rijkers, van Delden, & van Elburg, 2021). Da Personen mit AN-R die mit ihrer Erkrankung einhergehende Gewichtsabnahme als etwas höchst Positives betrachten, ist es bei ihnen besonders wahrscheinlich, dass sie die Essstörung nicht als etwas Problematisches und Krankheitswertiges wahrnehmen, das einer Verhaltensänderung bedarf (DeJong et al., 2013; Martín et al., 2016). Personen mit AN-BP hingegen, die neben diesem so wertgeschätzten Gewichtsverlust auch Essanfälle und kompensatorische Verhaltensweisen zeigen, könnten aufgrund dieser im Allgemeinen als sehr belastend erlebten Essstörungssymptome ein größeres Bewusstsein für die negativen Konsequenzen der AN entwickeln und daher möglicherweise eher über Beeinträchtigungen ihrer HRQoL berichten (DeJong et al., 2013; Martín et al., 2016). Diese Annahme wird auch von DeJong et al. (2013) und Mond et al. (2005) unterstützt, die eine signifikant schlechtere HRQoL bei Menschen mit AN-BP im Vergleich zu Menschen mit AN-R fanden.

Der eben dargelegten Argumentation folgend könnte ein Ansatz für eine Erklärung, warum in den Studien von Meneguzzo et al. (2021) und Panea-Pizarro et al. (2021) Personen mit AN eine signifikant schlechtere HRQoL aufwiesen als jene mit anderen Essstörungen, mitunter sein, dass in diesen AN-Gruppen der Anteil an Proband*innen mit AN-BP vorherrschend war. Die Untersuchungen mit gegenteiligen Ergebnissen von Martín et al.

(2017) und Mond et al. (2005) hingegen, denen zufolge die AN-R-Gruppe bzw. die AN-Gruppe mit einem überwiegenden Anteil von Personen mit AN-R eine signifikant bessere HRQoL aufwies als die der jeweiligen BN-Gruppen, könnten mit der besonders geringen Krankheitseinsicht von Menschen mit AN-R begründbar sein. Folglich könnten Forschungsarbeiten, in denen keine Unterschiede zwischen Patient*innen mit AN und anderen Essstörungen festgestellt werden konnten, wie in der vorliegenden Untersuchung, auch mit einer größeren Anzahl von Personen mit AN-R im Vergleich zu AN-BP in den AN-Teilstichproben erklärt werden. Um mehr Klarheit hinsichtlich dieser Vermutungen zu erlangen, bräuchte es in Zukunft mehr Studien, die bei Analysen von HRQoL-Unterschieden zwischen verschiedenen Essstörungsdiagnosen die AN-Teilstichprobe gemäß den beiden Subtypen der AN unterteilen.

Während in der psychischen Summenskala, dem EDQOL und dem CIA keine signifikanten Unterschiede zwischen den Essstörungsgruppen beobachtet werden konnten, zeigte sich hingegen, wie eingangs bereits erwähnt, ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der körperlichen Summenskala. Frauen mit BED wiesen in diesem HRQoL-Konstrukt mit einer Effektstärke im mittleren Bereich signifikant niedrigere Werte auf als die AN- und BN-Gruppe. Dieses Ergebnis stimmt teilweise mit bisheriger Forschungsliteratur überein. So konnten etwa auch Hay et al. (2017) und Panea-Pizarro et al. (2021) denselben signifikanten Unterschied in der körperlichen Summenskala zwischen BED und AN aufzeigen, sie fanden jedoch keinen Unterschied zwischen BED und BN. Martín et al. (2017) berichteten zudem signifikant niedrigere Werte in der körperlichen Summenskala von EDNOS- gegenüber AN- und BN-Patient*innen. Zwar wurde keine BED-, sondern eine EDNOS-Gruppe gebildet, in jener hatten jedoch 78.9% der Proband*innen Essanfälle und der durchschnittliche BMI bei Diagnosestellung wurde mit 33.33 beziffert, weshalb es sehr wahrscheinlich ist, dass ein Großteil der EDNOS-Stichprobe unter einer BED litt. Doll et al. (2005), Latner et al. (2008), Mond et al. (2005) und Padierna et al. (2000) fanden dagegen keinen Unterschied in der körperlichen Summenskala zwischen AN, BN und BED, allerdings gab es in all diesen Studien mindestens eine Gruppe mit $n < 30$ und in den Untersuchungen von Mond et al. (2005) sowie Padierna et al. (2000) hatten die BED-Teilstichproben doch die jeweils niedrigsten Werte in der körperlichen Summenskala.

Ein Grund dafür, dass Frauen mit BED in der vorliegenden Untersuchung eine signifikant schlechtere HRQoL bezogen auf die körperliche Summenskala zeigten, könnte in dem sehr hohen BMI der BED-Teilstichprobe, dessen Durchschnittswert von 34.71 deutlich im Adipositas-Bereich zu verorten ist, liegen, wenn man bedenkt, dass Adipositas zu

vielfältigen körperlichen Erkrankungen, wie etwa Arteriosklerose, Herzinsuffizienz, Arthrose oder Schädigungen der Wirbelsäule führen kann (Fritzsche & Wetzel-Richter, 2020). Zusätzlich könnte das um durchschnittlich sechs bis acht Jahre höhere Alter der Personen der BED-Gruppe ($M = 36.88$, $SD = 11.04$) im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen zu dem beobachteten signifikanten Gruppenunterschied beigetragen haben. Auch im Rahmen der Regressionsanalysen der gegenwärtigen Arbeit konnten die Variablen *Alter* und *BMI* die körperliche Summenskala in der BED-Gruppe signifikant vorhersagen.

Dass Frauen mit AN eine bessere körperliche Gesundheit aufwiesen als jene mit BED, könnte möglicherweise auch an der bereits erwähnten, häufig zu beobachtenden geringen Krankheitseinsicht von Personen mit AN liegen. In Testverfahren, die sich auf Mobilität und Selbstfürsorge beziehen, erzielten Menschen mit AN gute Ergebnisse bzw. hohe Werte; viele betreiben zudem in extremer Weise Sport (Strand, Bulik, Gustafsson, von Hausswolff-Juhlin, & Welch, 2020). Solche Aktivitäten, die eigentlich Ausdruck der Essstörung sind, könnten letztlich dazu führen, dass sich AN-Erkrankte als selbstfürsorglich und körperlich fit erleben (Panea-Pizarro et. al., 2021; Strand et al., 2020).

Ein Grund, weshalb Frauen mit BN höhere Werte in der körperlichen Summenskala zeigten als diejenigen mit BED, könnte eventuell auch in einer geringeren Sensitivität dieser Summenskala gegenüber körperlichen Funktionseinschränkungen einer BN bestehen. BN kann etwa zu Kaliummangel, Zahnschäden oder Herzrhythmusstörungen führen, jedoch ist fraglich, ob solche körperlichen Folgeerscheinungen auch mithilfe der SF-36 erfasst werden können (Fritzsche & Wetzel-Richter, 2020; Latner et al., 2008).

Im Rahmen der Fragestellungen 4–6 wurde untersucht, welche Essstörungssymptome – unter Einbeziehung von Alter, BMI, Depression und Angst als Kontrollvariablen – einen Einfluss auf die krankheitsübergreifende (d.h. die beiden Summenskalen der SF-36) und die essstörungsspezifische HRQoL (d.h. den EDQOL und das CIA) der Diagnosegruppen AN, BN und BED haben. Im Zuge dessen sollte auch analysiert werden, ob und in welchem Ausmaß zusätzliche Varianz im Kriterium der HRQoL allein durch die Essstörungssymptome erklärt werden kann.

Es zeigte sich, dass insgesamt nur vier einzelne Essstörungssymptome über die drei Gruppen und Verfahren hinweg signifikant wurden, während die Depressions- und/oder Angstsymptomatik konsistent beachtliche Varianzanteile in allen drei Teilstichproben und Testinstrumenten signifikant aufklären konnte. Bereits das erste Modell mit den Kontrollvariablen, das jeweils Angst und/oder Depression als signifikante Prädiktoren enthielt – Alter und BMI spielten nur im Rahmen der SF-36 in der BN- und BED-Gruppe eine Rolle –

, konnte in acht von zwölf Regressionsanalysen mehr als 50% der Varianz in der abhängigen Variable erklären. Durch Hinzufügen der Essstörungssymptome kam es nur bei Anwendung des CIA in der BN- und BED-Stichprobe zu einem signifikanten Zuwachs der Prädiktionskraft um 16% bzw. 9% – je Teilstichprobe stellte dabei nur ein einziges Essstörungssymptom einen signifikanten Prädiktor dar.

Die Tatsache, dass der größte Teil der Varianz in allen drei Essstörungsgruppen durch Depressions- und Angstsymptome erklärt werden konnte, zeigt, wie stark die HRQoL von Menschen mit Essstörungen durch komorbide Symptomatiken beeinträchtigt wird und macht gleichzeitig deutlich, wie wichtig es ist, in Studien zum Zusammenhang zwischen einzelnen Essstörungssymptomen und der HRQoL auch Komorbiditäten zu berücksichtigen. In der Vielzahl an Untersuchungen, die komorbide Depressionen und Angststörungen nicht in ihre Analysen einbezogen haben, könnten HRQoL-Konstrukte durch Essstörungssymptome erklärt worden sein, die eigentlich besser durch Angst- oder Depressionssymptome hätten erklärt werden können (Trojanowski & Fischer, 2018).

Dass die HRQoL in allen drei Essstörungsgruppen vorrangig durch komorbide Symptomatiken beeinflusst wurde und der Großteil der Personen jeder einzelnen Teilstichprobe – d.h. je nach Gruppe zwischen 71.3% und 78.0% bzw. zwischen 63.4% und 71.2% – von Depressivität bzw. einer Angstsymptomatik betroffen war, dürfte auch eine Erklärung dafür liefern, weshalb AN, BN und BED trotz unterschiedlicher Essstörungssymptome keine Unterschiede in der Beeinträchtigung ihrer HRQoL aufwiesen.

Hinsichtlich der Essstörungssymptome konnten in der vorliegenden Studie insgesamt nur vier essstörungstypische Kognitionen bzw. Verhaltensweisen als signifikante Prädiktoren der HRQoL identifiziert werden. Drei davon waren signifikante Einflussfaktoren der HRQoL in der BN-Gruppe, wobei jedes Symptom Prädiktor eines anderen HRQoL-Testverfahrens war. In der BED-Stichprobe wurde ein Essstörungssymptom nur unter Anwendung des CIA signifikant. Aufgrund der wenigen Essstörungsvariablen, die die HRQoL vorhersagen konnten, lässt sich die Frage – deren Beantwortung als eine der Forschungsziele definiert wurde –, ob kognitive oder verhaltensbezogene Symptome einen stärkeren Einfluss auf die HRQoL von Menschen mit Essstörungen ausüben, nicht beantworten.

Der Umstand, dass die HRQoL-Instrumente verschiedene Essstörungssymptome als signifikante Prädiktoren zu Tage förderten und Alter sowie BMI nur im Rahmen der SF-36 einen signifikanten Einfluss auf die HRQoL ausübten, spricht dafür, dass die Messverfahren unterschiedlich sensitiv gegenüber der Essstörungssymptomatik und anderen (krankheitsrelevanten) Faktoren reagieren. Auch Bamford et al. (2015) setzten in ihrer Studie

an Patientinnen mit schwerwiegender und andauernder AN-Erkrankung verschiedene Tests zur Messung der HRQoL (generisch und essstörungsspezifisch) ein, mithilfe derer sie die Auswirkung der Essstörungssymptomatik sowie des BMI auf die HRQoL untersuchten und erhielten dabei unterschiedliche Resultate für die einzelnen Instrumente. So können diese Erkenntnisse ein Hinweis darauf sein, dass Ergebnisse in Forschungsarbeiten, die unter Einsatz nur eines HRQoL-Testverfahrens durchgeführt wurden, nur einen Teil der in der Grundgesamtheit tatsächlich bestehenden Zusammenhänge abbilden.

Im Folgenden sollen schließlich die Ergebnisse der Regressionsanalysen für jede Essstörungsgruppe einzeln genauer betrachtet werden.

In der AN-Gruppe gab es über alle drei Messinstrumente hinweg keine anderen signifikanten Prädiktoren außer der Angst- und Depressionssymptomatik. Sie konnte jedoch – mit Ausnahme der körperlichen Summenskala der SF-36 – je nach Verfahren, einen großen Varianzanteil zwischen 62.5% und 71.1% ($R^2_{\text{kor}} = 51.6\% - 62.5\%$) aufklären. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit anderen Studien, die ebenfalls an AN-Stichproben durchgeführt wurden und signifikante Zusammenhänge zwischen der HRQoL und depressiver Symptomatik (Martín et al., 2017; Tan et al., 2022; Weigel et al., 2016; Winkler et al., 2021) sowie Achse-I- oder Achse-II-Störungen (González-Pinto et al., 2004) aufzeigen konnten. Ebenfalls übereinstimmend mit der vorliegenden Arbeit fanden Weigel et al. (2016) in ihrer Untersuchung, dass nach Einschluss komorbider Symptome in die Regressionsanalyse die Essstörungssymptomatik – in Form des Gesamtscores des EDE-Q –, die die HRQoL anfänglich signifikant vorhersagen konnte, ihre statistische Signifikanz verlor. Sie schlussfolgerten daraus, dass im Kontext der HRQoL von Personen mit AN Komorbiditäten eine größere Rolle zukommen als den Essstörungssymptomen. Zum selben Fazit gelangten auch Martín et al. (2017) und Tan et al. (2022), in deren Forschungsarbeiten die HRQoL von Patient*innen mit AN von depressiver Symptomatik, nicht aber von der Essstörungssymptomatik (d.h. EDE-Q Gesamtscore oder kompensatorische Verhaltensweisen) signifikant erklärt werden konnte. Mason et al. (2018) sowie Reas und Rø (2018), die Prädiktoren der HRQoL von Menschen mit AN analysiert haben, fanden zwar signifikante Effekte einzelner essstörungstypischer Symptome – darunter Essanfälle, eine Kombination aus Gewichts- und Figursorgen sowie bulimisches Verhalten und eingeschränktes Essverhalten – auf die HRQoL, allerdings wurden in beiden Untersuchungen keine Komorbiditäten inkludiert.

Möglicherweise liegt es an der geringen Krankheitseinsicht bzw. der Ich-Syntonie, die häufig mit einer AN einhergeht, dass in der vorliegenden Arbeit sowie bei Martín et al. (2017), Tan et al. (2022) und Weigel et al. (2016) keine Essstörungssymptome oder die

Essstörungssymptomatik insgesamt, als Prädiktor(en) der HRQoL beobachtet werden konnte(n). Andererseits könnte in der aktuellen Studie aber auch die kleine AN-Gruppengröße von $n < 60$ für das Fehlen von signifikanten Prädiktoren in Bezug auf Essstörungssymptome verantwortlich sein. Um diesbezüglich mehr Aufschluss zu erlangen und da es sich hiermit um die erste Arbeit handelt, die der Studienautorin bekannt ist, die unter Einbeziehung psychischer Komorbiditäten den Einfluss essstörungstypischer Kognitionen und Verhaltensweisen auf die HRQoL in einer AN-Stichprobe analysiert hat, braucht es noch weitere Forschung mit ähnlichem Design, aber größeren Stichproben.

Hinsichtlich der BN-Gruppe zeigte sich, dass die drei HRQoL-Konstrukte, wie in den beiden anderen Essstörungsgruppen auch durch Depressivität und/oder Angstsymptomatik vorhergesagt werden konnten. Übereinstimmend damit fanden Jenkins et al. (2018) und Martín et al. (2017) signifikante Zusammenhänge zwischen allgemeiner psychischer Belastung bzw. depressiver Symptomatik und der HRQoL von Menschen mit BN. In der BN-Stichprobe der aktuellen Untersuchung gab es zusätzlich auch unter den Essstörungssymptomen signifikante Prädiktoren. So konnte für jedes HRQoL-Testinstrument jeweils ein anderes essstörungstypisches Symptom mit signifikanter Erklärungskraft identifiziert werden.

In der Regressionsanalyse, die das CIA als abhängige Variable involvierte, hatten Essenssorgen neben der Angstsymptomatik einen signifikanten Effekt auf das Outcome. Das Hinzufügen der Essstörungssymptome führte zu einem signifikanten Zuwachs der Prädiktionskraft um 16%. Teilweise unterstützt werden diese Ergebnisse von Jenkins et al. (2018), die als einzige ebenfalls eine Studie durchgeführt haben, in der Prädiktoren des CIA in einer BN-Stichprobe untersucht wurden. Darüber hinaus gehören sie zu den wenigen, die bei der Analyse des Einflusses essstörungstypischer Kognitionen und Verhaltensweisen auf die HRQoL komorbide Symptome – hier in Form eines Maßes für allgemeine psychische Belastung – berücksichtigt haben. Auch Jenkins et al. (2018) fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Essenssorgen und dem CIA einerseits sowie zwischen allgemeiner psychischer Belastung und dem CIA andererseits. Zudem führte die Hinzunahme der essstörungstypischen Symptome zur Kontrollvariable der allgemeinen psychischen Belastung ebenfalls zu einer signifikanten Verbesserung des Vorhersagemodells. Allerdings stellten sie im Gegensatz zur aktuellen Arbeit fest, dass die kognitiven Symptome *gezügelter Essen* und die Kombination aus Figur- sowie Gewichtssorgen das CIA signifikant vorhersagen konnten. Diese beiden Einflussfaktoren klärten mit einem β von .132 bzw. .158 jedoch nur wenig Varianz auf. Möglicherweise wurden diese sehr kleinen Effekte in der vorliegenden Studie

nicht gefunden, da diese im Vergleich zur Untersuchung von Jenkins et al. (2018) eine deutlich kleinere Stichprobe ($n=82$ vs. $N=196$) aufwies. Außerdem gingen Gewichts- und Figursorgen in der aktuellen Untersuchung nicht kombiniert, sondern als jeweils eigenständige Variablen in die Regressionsanalyse ein.

Neben Jenkins et al. (2018) haben zudem Dahlgren et al. (2017) anhand einer Patient*innengruppe mit unterschiedlichen Essstörungsdiagnosen sowie Reas und Rø (2018) an einer Gruppe von AN-BP-Patient*innen den Zusammenhang einzelner Essstörungssymptome mit dem CIA untersucht und dabei – wie in der aktuellen Arbeit – Essenssorgen als Prädiktor mit dem stärksten Zusammenhang mit dem Outcome identifiziert. Allerdings konnten in denselben beiden Studien auch Essanfälle das CIA signifikant erklären. Bei diesem Verhaltenssymptom handelt es sich um eine Variable, die in der aktuellen Untersuchung der BN-Gruppe nicht in die Analysen inkludiert werden konnte. Da aber Dahlgren et al. (2017) sowie Reas und Rø (2018) in ihren Regressionen wiederum keine Komorbiditäten berücksichtigt haben, bleibt die Frage, ob Essanfälle auch unter Einbeziehung komorbider Symptomaten einen statistisch bedeutsamen Einfluss auf die HRQoL ausüben. Aus diesem Grund wären weitere Untersuchungen wünschenswert, die den Effekt von Essstörungssymptomen, inklusive Essanfällen, auf die HRQoL unter Beachtung psychischer Komorbiditäten erforschen.

Ein weiterer Prädiktor mit signifikanter Vorhersageleistung in Bezug auf die HRQoL der Frauen mit BN und die einzige Variable unter den Essstörungssymptomen, die den EDQOL signifikant erklären konnte, war exzessives Sporttreiben. Das Hinzufügen der Essstörungssymptome in der Regression, die den EDQOL als abhängige Variable involvierte, führte dazu, dass um 8.6% mehr Varianz aufgeklärt werden konnte, wobei diese Änderung in R^2 nur knapp nicht signifikant war ($p=.055$). In anderen wissenschaftlichen Arbeiten konnte exzessiver Sport nicht als signifikanter Prädiktor identifiziert werden (Jenkins et al., 2014; Jenkins et al. 2018; Latner et al., 2008; Mond et al., 2011; Reas & Rø, 2018; Wagner et al., 2016). Allerdings wurde die HRQoL in diesen Studien anhand des CIA oder der SF-36 bzw. ihrer Kurzform gemessen und auch in der vorliegenden Untersuchung war exzessiver Sport nur ein signifikanter Prädiktor des EDQOL, nicht aber des CIA oder der SF-36. Möglicherweise erlaubt der EDQOL eine genauere Erfassung des Einflusses extremer sportlicher Betätigung auf die HRQoL als das CIA oder die SF-36. Mithilfe zukünftiger Studienreplikationen, speziell mit dem EDQOL als abhängiger Variable, ließe sich diesbezüglich mehr Klarheit schaffen. Andererseits ist auch kritisch anzumerken, dass vorhergehende Forschungsarbeiten unterschiedliche Versionen des EDE-Q (neuere vs. ältere) verwendeten und in diesen

exzessiver Sport unterschiedlich definiert wird (Mond et al., 2011). Generell ist der Vergleich mit anderen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen exzessivem Sport und HRQoL erschwert, da keine einheitliche Definition von exzessivem Sport existiert und das Konstrukt somit verschieden operationalisiert wird (Mond & Gorrell, 2021; Rizk et al., 2020).

Das dritte Essstörungssymptom, das die HRQoL in der BN-Gruppe signifikant vorhersagen konnte, war der Missbrauch von Laxantien. Diese Variable war ein Prädiktor der körperlichen Summenskala der SF-36, nicht aber des CIA, EDQOL oder der psychischen Summenskala der SF-36. Im Einklang mit diesem Ergebnis hatte Laxantienmissbrauch auch in den wissenschaftlichen Arbeiten von Dahlgren et al. (2017), Jenkins et al. (2018) und Mond et al. (2011) keinen signifikanten Effekt auf das CIA oder die psychische Summenskala. In den beiden einzigen Studien, die ebenfalls Prädiktoren der körperlichen Summenskala – allerdings in gemischten Essstörungsgruppen – untersuchten (Jenkins et al., 2014; Latner et al., 2008), konnte Laxantienmissbrauch die körperliche Summenskala nicht vorhersagen, im Falle der Studie von Latner et al. (2008) wurde aber zumindest der Gesamtwert der SF-36 durch Laxantienmissbrauch signifikant erklärt. Weitere Forschung ist zukünftig notwendig, um mehr Aufschluss hinsichtlich dieses Zusammenhangs in BN-Populationen zu erlangen.

In der BED-Gruppe konnte die HRQoL in allen drei Testinstrumenten durch Angst- und Depressionssymptomatik, in der SF-36 zusätzlich durch Alter und BMI sowie im Rahmen des CIA durch ein Essstörungssymptom, nämlich radikale Essensbeschränkung, signifikant erklärt werden. Unterstützung hinsichtlich des Ergebnisses, dass komorbide Symptomatiken die HRQoL von Menschen mit BED beeinflussen, kommt etwa von Singleton et al. (2019), die davon berichteten, dass der Zusammenhang zwischen einer BED-Diagnose und der HRQoL zum Teil durch Depressionssymptomatik mediert wird. Zudem fanden Martín et al. (2017) in ihrer EDNOS-Gruppe, die der Stichprobenbeschreibung zufolge hauptsächlich aus Patient*innen mit BED bestand, dass die HRQoL unter diesen Studienteilnehmer*innen durch eine depressive Symptomatik vorhergesagt werden konnte. Die Beeinflussung der HRQoL durch Alter und BMI steht im Einklang mit Ausführungen des Reviews von Jenkins et al. (2011) und Untersuchungen von z.B. Arostegui et al. (2010) oder de la Rie et al. (2005).

Das Ergebnis, dass radikale Essensbeschränkung ein signifikanter Prädiktor des CIA in der Gruppe der Frauen mit BED war, ist hingegen überraschend, zählt radikale Essensbeschränkung doch zu den kompensatorischen Verhaltensweisen, die laut Diagnosekriterien bei Menschen mit BED nicht wiederholt auftreten (APA, 2018). Zwar können auch an einer BED Erkrankte Einschränkungen in ihrem Essverhalten zeigen (Howard

& Porzelius, 1999), allerdings fallen diese bei ihnen deutlich geringer aus als etwa bei Menschen mit BN (Elran-Barak et al., 2015).

Im Rahmen des EDE-Q wird radikale Essensbeschränkung mit Item 2 und damit anhand folgender Frage erfasst: „Haben Sie über längere Zeitspannen (8 Stunden oder mehr) überhaupt nichts gegessen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?“ (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2016, S. 9). Wenn die Testpersonen angaben, dass sie an mindestens 13 von 28 Tagen in dieser Weise ihr Essen eingeschränkt haben, wurde jene Antwort in der vorliegenden Studie als Vorhandensein von radikaler Essensbeschränkung gewertet. In der Gruppe der Frauen mit BED berichteten insgesamt 35 von einem solchen Essverhalten, 26 davon wiesen zugleich einen BMI im übergewichtigen oder adipösen Bereich auf. Da Item 2 im EDE-Q keine Schlüsse darüber zulässt, wie viel Kalorien tatsächlich zugeführt werden und der überwiegende Teil der Studienteilnehmerinnen unter denen, die radikale Essensbeschränkung angaben, übergewichtig oder adipös war, kann angezweifelt werden, dass das EDE-Q-Item wirklich geeignet ist, radikale Essensbeschränkung in einer BED-Stichprobe zu messen und lässt die Frage aufkommen, was es wirklich erfasst. Es ist möglich, dass es eher Versuche abzunehmen abbildet und weniger ein Gelingen derselben, d.h. vielleicht misst es eher eine gedankliche Beschäftigung mit dem Thema oder den Wunsch der Gewichtsreduktion. Die Probleme bezüglich der Definition und Messung von gezügeltem Essverhalten werden etwa in Polivy, Herman und Mills (2020) ausführlich besprochen.

Eventuell ist der gefundene Zusammenhang zwischen radikaler Essensbeschränkung und HRQoL in der BED-Teilstichprobe letztlich also so zu interpretieren, dass sich Versuche, Gewicht ohne tatsächliche Verringerung der Kalorienzufuhr zu reduzieren, auf die HRQoL negativ auswirkt. Um diese Vermutung zu bestätigen oder zu verwerfen, braucht es weitere Untersuchungen. Diese wären auch hinsichtlich der Tatsache wünschenswert, dass die vorliegende Studie die einzige der Autorin bekannte wissenschaftliche Arbeit darstellt, die eine ganze Reihe von essstörungstypischen Kognitionen und Verhaltensweisen unter Berücksichtigung komorbider psychischer Symptomatik in einer BED-Stichprobe analysiert hat.

Um die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung abschließend zu betrachten, gilt festzuhalten, dass mit Ausnahme der körperlichen Summenskala der SF-36 keine signifikanten Unterschiede in der generischen (psychische Summenskala der SF-36) oder essstörungsspezifischen (EDQOL, CIA) HRQoL zwischen den Essstörungsgruppen AN, BN und BED gefunden wurden. Dementsprechend liegen keine Hinweise auf eine unterschiedliche Sensitivität essstörungsspezifischer Verfahren gegenüber krankheitsübergreifenden

Messinstrumenten oder aber des CIA gegenüber dem EDQOL in der Erfassung von Unterschieden in der HRQoL vor. Eine Empfehlung für die Verwendung des CIA anstelle von anderen essstörungsspezifischen Tests kann dementsprechend nicht erfolgen. Geht es um die Frage, ob generische oder spezifische HRQoL-Instrumente in Untersuchungen der Essstörungspopulation eingesetzt werden sollten, wäre aufgrund der Vor- und Nachteile beider Verfahrensklassen – auch bei ähnlicher Sensitivität in der Erfassung von HRQoL-Unterschieden – dennoch die routinemäßige gemeinsame Verwendung je eines Vertreters beider Instrumentklassen sinnvoll und wünschenswert. Auch die unterschiedlichen Ergebnisse je HRQoL-Messverfahren in den vorliegenden Regressionsanalysen können die Sinnhaftigkeit eines solchen Vorgehens bekräftigen.

Da es bisher nur sehr wenige Studien gibt, die Unterschiede in der generischen und essstörungsspezifischen HRQoL zwischen den im DSM-5 definierten Diagnosegruppen AN, BN und BED untersucht haben, wären weitere Forschungsbemühungen in diesem Bereich begrüßenswert, insbesondere auch an Stichproben, die in AN-R-, AN-BP-, BN- und BED-Gruppen unterteilt werden.

Ein weiterer zentraler Befund der Arbeit der Studienautorin ist, dass die Angst- und Depressionssymptomatik einen erheblichen und auch den größten Anteil der HRQoL (generisch und spezifisch) in allen drei Essstörungsgruppen erklären konnte. Unter den Essstörungssymptomen hingegen wurden über alle drei Teilstichproben und Erhebungsinstrumente hinweg nur vier verschiedene signifikante Prädiktoren identifiziert – Laxantienmissbrauch, exzessiver Sport und Essenssorgen in der BN-Gruppe sowie radikale Essensbeschränkung in der BED-Gruppe. Durch Hinzufügen der Essstörungssymptome in die Regressionsanalyse kam es nur bei Anwendung des CIA in der BN- und BED-Stichprobe zu einem signifikanten Zuwachs der Prädiktionskraft um 16% bzw. 9% – pro Gruppe hatte nur jeweils ein Essstörungssymptom, d.h. Essenssorgen bzw. radikale Essensbeschränkung, einen signifikanten Einfluss auf das CIA. Anhand dieser Ergebnisse wird ersichtlich, wie stark die HRQoL von Menschen mit Essstörungen durch komorbide Symptomatiken beeinträchtigt wird und gleichzeitig, wie wichtig es ist, in Studien zum Zusammenhang zwischen einzelnen Essstörungssymptomen und der HRQoL Komorbiditäten zu berücksichtigen.

Aus diesen Analysen abzuleitende Erkenntnisse für die Behandlung von AN, BN und BED wären in erster Linie, dass auch komorbide Angststörungen oder Depressionen nicht außer Acht gelassen werden sollten. Außerdem liefern die Untersuchungen erste Hinweise darauf, dass es im Falle von BN-Patient*innen sinnvoll wäre, im Rahmen der Therapie speziell auf den Gebrauch von Laxantien, exzessives Sporttreiben sowie Gedanken und Ängste

bezüglich des Essens (Essenssorgen) einzugehen. Des Weiteren könnten für BED-Patient*innen Gewichtsreduktionsmaßnahmen hilfreich sein, die eine erfolgreiche und gesunde Abnahme ermöglichen. Allerdings braucht es unbedingt noch weitere Forschung bezüglich des Zusammenhangs zwischen Essstörungssymptomen und der HRQoL, um mit einer gewissen Sicherheit und Klarheit Behandlungsempfehlungen aussprechen zu können.

6.2 Limitationen

Neben verschiedenen Stärken, die die vorliegende Studie aufweist – wie etwa die Verwendung von sowohl einem generischen als auch essstörungsspezifischen Verfahren zur Messung der HRQoL oder der Berücksichtigung von komorbiden Symptomen bei der Betrachtung von Assoziationen zwischen Essstörungssymptomen und der HRQoL –, unterliegt sie auch Limitationen, auf die nachfolgend eingegangen werden soll.

Eine dieser Einschränkungen, die die Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse beeinträchtigt, liegt in der Umsetzung des Forschungsvorhabens in Form einer Online-Befragung begründet. Diese erlaubt etwa keine Kontrolle der Bedingungen, unter denen Testpersonen die Befragung durchlaufen. Mehrfachteilnahmen können nicht ausgeschlossen und es kann nicht sichergestellt werden, dass Proband*innen tatsächlich die vorgegebenen Einschlusskriterien erfüllen. Darüber hinaus ist bei dieser Art der Erhebung keine Repräsentativität gegeben. Die Stichprobe bestand ausschließlich aus erwachsenen Frauen im Alter von durchschnittlich 32.63 Jahren ($SD = 10.21$), womit offenbleibt, inwiefern dargelegte Untersuchungsergebnisse etwa auf Männer, Kinder oder Jugendliche mit Essstörungen übertragen werden können.

Kritisch anzumerken ist auch, dass sich aufgrund des querschnittlichen Studiendesigns keine Aussagen zur Wirkrichtung der festgestellten Zusammenhänge treffen lassen. Aus diesem Grund wären in Zukunft Forschungsarbeiten wünschenswert, die in einem längsschnittlichen Format die genaue Ursache-Wirkungs-Beziehung von Essstörungssymptomen, HRQoL und psychischen Komorbiditäten untersuchen.

Einen weiteren Kritikpunkt betrifft die Verwendung von Selbstberichtfragebögen, die zu Verzerrungen führen kann. Im Falle des EDE-Q konnten Studien zwar eine gute Übereinstimmung zwischen EDE-Q und dem Interviewverfahren EDE hinsichtlich der Subskalen und kompensatorischen Verhaltensweisen zeigen, allerdings wurden im EDE-Q meist höhere Werte gefunden und die Übereinstimmung speziell in Hinblick auf berichtete Essanfälle ist als eher problematisch zu bewerten (Fairburn & Beglin 1994; Hilbert et al., 2007;

Mond et al., 2004).

Weiters kann bemängelt werden, dass die Zuteilung zu den Essstörungsgruppen nur anhand eines Screenings und nicht mithilfe eines strukturierten Interviews, durchgeführt von Expert*innen, z.B. anhand des EDE, erfolgte. Auch psychische Komorbiditäten wurden nur mittels Screeningverfahren ermittelt. Deshalb kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass es sich bei den mit den DASS-21 festgestellten Depressions- oder Angstsymptomen anstelle von echten, von der Essstörung unabhängigen Komorbiditäten, lediglich um Folgen der Essstörungspsychopathologie selbst handelt. In zukünftigen Untersuchungen wäre es daher von Vorteil, Essstörungsgruppen auf Grundlage von diagnostischen Interviews zu bilden und komorbide psychische Störungen im selben Zug, z.B. in einem klinischen Setting durch Psycholog*innen, feststellen zu lassen.

Einen weiteren zentralen Kritikpunkt der Studie betrifft die zu geringe Reliabilität der EDE-Q-Subskalen. Diese lag pro Subskala zumindest in einer der Teilstichproben bei $< .70$ – besonders problematisch waren die Werte von jeweils .447 für Gewichtssorgen in der BN- und BED-Gruppe. Auch in anderen Studien wurden unzureichende Reliabilitätswerte gefunden, so zum Beispiel bei Jenkins et al. (2018) oder Carrard, Van Der Linden und Golay (2012), die in ihrer Stichprobe bestehend aus Personen mit BED die exakt gleichen Alpha-Werte in der Gewichtssorgen- und eine ähnlich niedrige in der Essenssorgen-Skala vorfanden wie in der BED-Gruppe der aktuellen Arbeit. Andere Untersuchungen wiederum fanden zufriedenstellende Reliabilitätswerte (z.B. Jenkins et al., 2014; Trojanowski & Fischer, 2018).

Darüber hinaus sollte bei Betrachtung der vorliegenden Ergebnisse bedacht werden, dass die Daten, auf denen die Analysen beruhen, im Jahr 2020, als der COVID-19-Virus weltweit den Alltag der Menschen beeinflusste, erhoben wurden. Einige Studien konnten einen Anstieg der Essstörungs-, Angst- und Depressionssymptomatik bei Menschen mit Essstörungen während dieser Pandemie-Zeit aufzeigen (Devoe et al., 2023). Möglicherweise war also auch die dieser Arbeit zugrundeliegende Stichprobe durch den COVID-19-Ausbruch besonders stark beeinträchtigt. Dadurch stellt sich die Frage, inwiefern sich Erkenntnisse, die auf dieser Probandinnengruppe basieren, auf andere Essstörungsgruppen übertragen lassen.

Limitierend zu erwähnen ist zudem die Tatsache, dass in den Regressionsanalysen Suppressionseffekte aufgetreten sind sowie der Umstand, dass aufgrund der notwendigen Dummy-Kodierung der Essstörungssymptome die Variable der Essanfälle nicht in die Regressionsanalysen in der BN- und BED-Gruppe inkludiert werden konnten. Da Essanfälle jedoch eines der bestimmenden Merkmale dieser Erkrankungen sind, wäre die Berücksichtigung auch dieses Symptoms in zukünftigen Studien wünschenswert.

Zuletzt ist als eine weitere Einschränkung der Untersuchung im Hinblick auf die Regressionsanalysen noch die relativ kleine Stichprobengröße, besonders in der AN-Gruppe mit weniger als 60 Personen, zu nennen. Hier wären künftig Analysen mit größerer statistischer Power begrüßenswert.

Literaturverzeichnis

- Abraham, S. F., Brown, T., Boyd, C., Luscombe, G., & Russell, J. (2006). Quality of life: Eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 150–155. doi:10.1080/j.1440–1614.2006.01762.x
- Adair, C. E., Marcoux, G. C., Cram, B. S., Ewashen, C. J., Chafe, J., Cassin, S. E., . . . Brown, K. E. (2007). Development and multi-site validation of a new condition-specific quality of life measure for eating disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5:23. doi:10.1186/1477-7525-5-23
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2. Aufl.; P. Falkai & H.-U. Wittchen, Übers.). Göttingen: Hogrefe.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176–181. doi:10.1037/1040-3590.10.2.176
- Arostegui, I., Padierna, A., & Quintana, J. M. (2010). Assessment of HRQoL in patients with eating disorders by the beta-binomial regression approach. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 455–463. doi:10.1002/eat.20713
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74

- Baiano, M., Salvo, P., Righetti, P., Cereser, L., Baldissera, E., Camponogara, I., & Balestrieri, M. (2014). Exploring health-related quality of life in eating disorders by a cross-sectional study and a comprehensive review. *BMC Psychiatry*, 14:165. doi:10.1186/1471-244X-14-165
- Bamford, B., Barras, C., Sly, R., Stiles-Shields, C., Touyz, S., Le Grange, D., . . . Lacey, H. (2015). Eating disorder symptoms and quality of life: Where should clinicians place their focus in severe and enduring anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 133–138. doi:10.1002/eat.22327
- Bamford, B., & Sly, R. (2010). Exploring quality of life in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 147–153. doi:10.1002/erv.975
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2011). Convergence of scores on the interview and questionnaire versions of the Eating Disorder Examination: A meta-analytic review. *Psychological Assessment*, 23(3), 714–724. doi:10.1037/a0023246
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2012). Psychometric evaluation of the Eating Disorder Examination and Eating Disorder Examination-Questionnaire: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 428–438. doi:10.1002/eat.20931
- Berg, K. C., Stiles-Shields, E. C., Swanson, S. A., Peterson, C. B., Lebow, J., & Le Grange, D. (2012). Diagnostic concordance of the interview and questionnaire versions of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 850–855. doi:10.1002/eat.20948
- Biedert, E. (2008). *Essstörungen*. München: Ernst Reinhardt.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454–462. doi:10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5

- Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L., & Fairburn, C. G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1105–1110. doi:10.1016/j.brat.2008.06.012
- Bohn, K., & Fairburn, C. G. (2012). Clinical Impairment Assessment Fragebogen (CIA 3.0). In C. G. Fairburn (Hrsg.), *Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen* (S. 331–333). Stuttgart: Schattauer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Berlin: Springer.
- Breusch, T. S., & Pagan, A. R. (1979). A simple test for heteroscedasticity and random coefficient variation. *Econometrica*, 47(5), 1287–1294. doi:10.2307/1911963
- Brown, T. A., Forney, K. J., Klein, K. M., Grillo, C., & Keel, P. K. (2020). A 30-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating pathology across women and men from late adolescence to later mid-life. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(4), 376–386. doi:10.1037/abn0000519
- Bulik, C. M., Flatt, R., Abbaspour, A., & Carroll, I. (2019). Reconceptualizing anorexia nervosa. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(9), 518–525. doi:10.1111/pcn.12857
- Bullinger, M. (1996). Trends in der internationalen Lebensqualitätsforschung. In F. Petermann (Hrsg.), *Lebensqualität und chronische Krankheit* (S. 5–28). München: Dustri.
- Bullinger, M. (2014). Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(2), 97–103. doi:10.1016/j.zefq.2014.02.006
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M., & Ravens-Sieberer, U. (2006). *Lebensqualität und chronische Krankheit: die*

- Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55(1), 23–35. doi:10.23668/psycharchives.12003
- Carrard, I., Van Der Linden, M., & Golay, A. (2012). Comparison of obese and nonobese individuals with binge eating disorder: Delicate boundary between binge eating disorder and non-purging bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 350–354. doi:10.1002/erv.2174
- Caspar, F., Pjanic, I., & Westermann, S. (2018). *Klinische Psychologie*. Wiesbaden: Springer.
- Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2011). Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: A 6-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 73(3), 270-279. doi:10.1097/PSY.0b013e31820a1838
- Coffino, J. A., Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). The significance of overvaluation of shape or weight in binge-eating disorder: Results from a national sample of U.S. adults. *Obesity*, 27(8), 1367-1371. doi:10.1002/oby.22539
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Abgerufen von <https://www-taylorfrancis-com.uaccess.univie.ac.at/reader/read-online/ac7701a0-95db-4139-be73-7f6fd7781481/book/epub?context=ubx>
- Comer, J. S., Blanco, C., Hasin, D. S., Liu, S., Grant, B. F., Turner, J. B., & Olfson, M. (2011). Health-related quality of life across the anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1), 43–50. doi:10.4088/JCP.09m05094blu
- Cosco, T. D., Doyle, F., Ward, M., & McGee, H. (2012). Latent structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: A 10-year systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(3), 180–184. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.06.008
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and

- biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141–1164. doi:10.1111/jcpp.12441
- Dahlgren, C. L., Stedal, K., & Rø, Ø. (2017). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Clinical Impairment Assessment (CIA): Clinical norms and functional impairment in male and female adults with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(4), 256–261. doi: 10.1080/08039488.2016.1271452
- Davidson, A. H., Hoyt, W. T., Poulsen, S., Waadegaard, M., & Lau, M. (2017). Eating disorder severity and functional impairment: Moderating effects of illness duration in a clinical sample. *Eating and Weight Disorders*, 22(3), 499–507. doi:10.1007/s40519-016-0319-z
- de la Rie, S. M., Noordenbos, G., & van Furth, E. F. (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*, 14(6), 1511–1522. doi:10.1007/s11136-005-0585-0
- DeJong, H., Oldershaw, A., Sternheim, L., Samarawickrema, N., Kenyon, M. D., Broadbent, H., ... Schmidt, U. (2013). Quality of life in anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not-otherwise-specified. *Journal of Eating Disorders*, 1:43. doi:10.1186/2050-2974-1-43
- Devoe, D. J., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., ... Dimitropoulos, G. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 56(1), 5–25. doi:10.1002/eat.23704
- Doll, H. A., Petersen, S. E., & Stewart-Brown, S. L. (2005). Eating disorders and emotional and physical well-being: Associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Quality of Life Research*, 14(3), 705–717. doi:10.1007/s11136-004-0792-0
- Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., ... Franko, D. L. (2017). Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(2), 184–189. doi:10.4088/JCP.15m10393

- Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2013). *Statistik und Forschungsmethoden: Lehrbuch. Mit Online-Materialien* (1. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Ekeröth, K., Clinton, D., Norring, C., & Birgegård, A. (2013). Clinical characteristics and distinctiveness of DSM-5 eating disorder diagnoses: Findings from a large naturalistic clinical database. *Journal of Eating Disorders*, 1:31. doi:10.1186/2050-2974-1-31
- Elran-Barak, R., Sztainer, M., Goldschmidt, A. B., Crow, S. J., Peterson, C. B., Hill, L. L., . . . Le Grange, D. (2015). Dietary restriction behaviors and binge eating in anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: Trans-diagnostic examination of the restraint model. *Eating Behaviors*, 18, 192–196. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.05.012
- Engel, S. G., Adair, C. E., Hayas, C. L., & Abraham, S. (2009). Health-related quality of life and eating disorders: A review and update. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 179–187. doi:10.1002/eat.20602
- Engel, S. G., Wittrock, D. A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., & Kolotkin, R. L. (2006). Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 62–71. doi:10.1002/eat.20200
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363–370.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1993). The Eating Disorder Examination (12th ed.). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Hrsg.), *Binge eating. Nature, assessment, and treatment* (S. 317- 360). New York: Guilford Press.
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders – results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391–401. doi:10.1002/eat.22501
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2021). Ess- und Fütterstörungen: Neue Entwicklungen. *Nervenarzt*, 92(11), 1203–1213. doi:10.1007/s00115-021-01191-0

- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2008). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 577–586. doi:10.1002/eat.20539
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). London: SAGE.
- Fritzsche, K., & Wetzel-Richter, D. (2020). Essstörungen. In K. Fritzsche & M. Wirsching (Hrsg.), *Basiswissen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (2. Aufl., S. 153–167). Berlin: Springer.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. doi:10.1093/ajcn/nqy342
- Goldschmidt, A. B., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Lavender, J. M., Peterson, C. B., ... Mitchell, J. E. (2014). Ecological momentary assessment of stressful events and negative affect in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 30–39. doi: 10.1037/a0034974
- González-Pinto, A., Failde, I., Rodríguez, C., Fernández de Corres, B., Enjuto, S., Ramírez, F., & López, P. (2004). Purging behaviors and comorbidity as predictive factors of quality of life in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 445–450. doi:10.1002/eat.20058
- Grilo, C. M., Crosby, R. D., Masheb, R. M., White, M. A., Peterson, C. B., Wonderlich, S. A., ... Mitchell, J. E. (2009). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder, bulimia nervosa, and sub-threshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 692–696. doi:10.1016/j.brat.2009.05.001
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & White, M. A. (2010). Significance of overvaluation of shape/weight in binge-eating disorder: Comparative study with overweight and bulimia nervosa. *Obesity*, 18(3), 499–504. doi:10.1038/oby.2009.280

- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137(4), 660–681. doi:10.1037/a0023660
- Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F., & Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 727–735. doi:10.1016/j.cpr.2011.03.004
- Hay, P. (2003). Quality of life and bulimic eating disorder behaviors: Findings from a community-based sample. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4), 434–442. doi:10.1002/eat.10162
- Hay, P., Mitchison, D., Collado, A. E. L, González-Chica, D. A., Stocks, N., & Touyz, S. (2017). Burden and health-related quality of life of eating disorders, including avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 5:21. doi:10.1186/s40337-017-0149-z
- Hayes, A. F., & Cai, L. (2007). Using heteroskedasticity-consistent standard error estimators in OLS regression: An introduction and software implementation. *Behavior Research Methods*, 39(4), 709–722. doi:10.3758/BF03192961
- Herpertz-Dahlmann, B. (2022). Anorexia Nervosa. In B. Herpertz-Dahlmann & A. Hilbert (Hrsg.), *Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (S. 13–62). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Herpertz, S., Fichter, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Zeeck, A. (Hrsg.). (2020). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*. Abgerufen von https://www.bildung-stmk.gv.at/dam/jcr:37dcab23-53a7-42ab-b3c8-c20b5c054f15/Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf
- Herrmann, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (1995). *HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version*. Bern: Huber.

- Hilbert, A., Bishop, M. E., Stein, R. I., Tanofsky-Kraff, M., Swenson, A. K., Welch, R. R., & Wilfley, D. E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *British Journal of Psychiatry*, 200(3), 232–237. doi:10.1192/bjp.bp.110.089664
- Hilbert, A., Herpertz, S., Kersting, A., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., & Vocks, S. (2020). Binge-Eating-Störung. In S. Herpertz et al. (Hrsg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (S. 243–270). Abgerufen von https://www.bildungs-stmk.gv.at/dam/jcr:37dcab23-53a7-42ab-b3c8-c20b5c054f15/Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2020). Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1353–1376. doi:10.1002/eat.23297
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2006). *Eating Disorder Examination-Questionnaire: Deutschsprachige Übersetzung*. Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2016). *Eating Disorder Examination-Questionnaire: Deutschsprachige Übersetzung* (2.Aufl.). Tübingen: DGVT.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Karwautz, A., Niederhofer, H., & Munsch, S. (2007). Eating Disorder Examination-Questionnaire: Evaluation der deutschsprachigen Übersetzung. *Diagnostica*, 53(3), 144–154. doi:10.1026/0012-1924.53.3.144
- Hilbert, A., Vögele, C., Tuschen-Caffier, B., & Hartmann, A. S. (2011). Psychophysiological responses to idiosyncratic stress in bulimia nervosa and binge eating disorder. *Physiology & Behavior*, 104(5), 770–777. doi:10.1016/j.physbeh.2011.07.013
- Hirtz, R., Zheng, Y., Rajcsanyi, L. S., Libuda, L., Antel, J., Peters, T., ... Hinney A. (2022). Ebenen der genetischen Analyse komplexer Phänotypen am Beispiel der Anorexia nervosa und der Varianz des Körpergewichts. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 50(3), 175–185. doi:10.1024/1422-

- Hoang, U., Goldacre, M., & James, A. (2014). Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: National record linkage study, England, 2001-2009. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 507–515. doi:10.1002/eat.22249
- Hohls, J. K., König, H.-H., Quirke, E., & Hajek, A. (2021). Anxiety, depression and quality of life – a systematic review of evidence from longitudinal observational studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22):12022. doi:10.3390/ijerph182212022
- Hovrud, L., & De Young, K. P. (2015). Unique contributions of individual eating disorder symptoms to eating disorder-related impairment. *Eating Behaviors*, 18, 103–106. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.05.001
- Howard, C. E., & Porzelius, L. K. (1999). The role of dieting in binge eating disorder: Etiology and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 19(1), 25–44. doi:10.1016/s0272-7358(98)00009-9
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- IsHak, W. W., Greenberg, J. M., Balayan, K., Kapitanski, N., Jeffrey, J., Fathy, H., ... Rapaport, M. H. (2011). Quality of life: The ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 19(5), 229–239. doi:10.3109/10673229.2011.614099
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Doyle, A. C., Eddy, K., Crosby, R. D., Hill, L., . . . Le Grange, D. (2014). Health-related quality of life among adolescents with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(1), 1–5. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.11.006
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., & Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 113–121.

- Jenkins, P. E., Staniford, J., & Luck, A. (2018). Symptoms predicting psychosocial impairment in bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 23(5), 665–671. doi:10.1007/s40519-017-0397-6
- Kalman, D., Cascarano, H., Krieger, D. R., Incledon, T., & Woolsey, M. (2002). Frequency of binge eating disorder in an outpatient weight loss clinic. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(5), 697–699. doi:10.1016/s0002-8223(02)90158-6
- Kammer, D. (1983). Eine Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des deutschen Beck-Depressionsinventars (BDI). *Diagnostica*, 29(1), 48–60.
- Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195–204. doi:10.1002/eat.20810
- Keilen, M., Treasure, T., Schmidt, U., & Treasure, J. (1994). Quality of life measurements in eating disorders, angina, and transplant candidates: Are they comparable? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87(8), 441–444. doi:10.1177/014107689408700804
- Kelava, A., & Moosbrugger, H. (2020). Deskriptivstatistische Itemanalyse und Testwertbestimmung. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (3. Aufl., S. 143–159). Berlin: Springer.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the WHO World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. doi:10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Kotler, L. A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S., & Walsh, B. T. (2001) Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1434–1440. doi:10.1097/00004583-200112000-00014

- Krumm, S., Schmidt-Atzert, L., & Amelang, M. (2021). Grundlagen diagnostischer Verfahren. In L. Schmidt-Atzert, S. Krumm, & M. Amelang (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik* (6. Aufl., S. 39–209). Berlin: Springer.
- Las Hayas, C. L., Padilla, P., del Barrio, A. G., Beato-Fernandez, L., Muñoz, P., & Gámez-Guadix, M. (2016). Individualised versus standardised assessment of quality of life in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 147–156. doi:10.1002/erv.2411
- Latner, J. D., Vallance, J. K., & Buckett, G. (2008). Health-related quality of life in women with eating disorders: Association with subjective and objective binge eating. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(2), 148–153. doi:10.1007/s10880-008-9111-1
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity – a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 49, 125–134. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.12.008
- Legenbauer, T., Bühren, K., & Preuss-van Viersen, H. (2022). Bulimia Nervosa. In B. Herpertz-Dahlmann & A. Hilbert (Hrsg.), *Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (S. 62–91). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Loeber, S., Rustemeier, M., Paslakis, G., Pietrowsky, R., Müller, A., & Herpertz, S. (2018). Mood and restrained eating moderate food-associated response inhibition in obese individuals with binge eating disorder. *Psychiatry Research*, 264, 346–353. doi:10.1016/j.psychres.2018.03.081
- Long, J. S., & Ervin, L. H. (2000). Using heteroscedasticity consistent standard errors in the linear regression model. *American Statistician*, 54(3), 217–224. doi:10.1080/00031305.2000.10474549
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation of Australia.

- Margraf, J., & Ehlers, A. (2007). *Beck Angst-Inventar: deutsche Bearbeitung*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.
- Martín, J., Padierna, A., Loroño, A., Muñoz, P., & Quintana, J. M. (2017). Predictors of quality of life in patients with eating disorders. *European Psychiatry*, 45, 182–189. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.07.001
- Martín, J., Padierna, A., Unzurrunzaga, A., González, N., Berjano, B., & Quintana, J. M. (2016). Predictors of change in psychosocial impairment secondary to an eating disorder. *Psychiatry Research*, 243, 161–167. doi:10.1016/j.psychres.2016.04.032
- Marzola, E., Nasser, J. A., Hashim, S. A., Shih, P. B., & Kaye, W. H. (2013). Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: Review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry*, 13:290. doi:10.1186/1471-244X-13-290
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2000). Binge eating disorder: A need for additional diagnostic criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 159–162. doi:10.1016/S0010-440X(00)90041-5
- Mason, T. B., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., ... Peterson, C. B. (2018). Associations among eating disorder behaviors and eating disorder quality of life in adult women with anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 267, 108–111. doi:10.1016/j.psychres.2018.05.077
- Meneguzzo, P., Todisco, P., Calonaci, S., Mancini, C., Dal Brun, D., Collantoni, E., ... Favaro, A. (2021). Health-related quality of life assessment in eating disorders: Adjustment and validation of a specific scale with the inclusion of an interpersonal domain. *Eating and Weight Disorders*, 26(7), 2251–2262. doi:10.1007/s40519-020-01081-5
- Meule, A., & Blechert, J. (2015). German version of the Eating Disorder Diagnostic Scale for DSM-5. [Erhebungsinstrument] Abgerufen von <https://adrianmeule.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/05/eddsgerman.pdf>
- Micali, N., Martini, M. G., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Kothari, R., Russell, E., ... Treasure, J.

- (2017). Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: A population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Medicine*, 15:12. doi:10.1186/s12916-016-0766-4
- Mitchell, J. E. (2016). Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 319–323. doi:10.1002/eat.22452
- Mitchison, D., Hay, P., Engel, S., Crosby, R., Le Grange, D., Lacey, H., ... Touyz, S. (2013). Assessment of quality of life in people with severe and enduring anorexia nervosa: A comparison of generic and specific instruments. *BMC Psychiatry*, 13:284. doi:10.1186/1471-244X-13-284
- Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S., & Mond, J. (2012). Time trends in population prevalence of eating disorder behaviors and their relationship to quality of life. *PLoS ONE*, 7(11): e48450. doi:10.1371/journal.pone.0048450
- Mitchison, D., Rieger, E., Harrison, C., Murray, S. B., Griffiths, S., & Mond, J. (2018). Indicators of clinical significance among women in the community with binge-eating disorder symptoms: Delineating the roles of binge frequency, body mass index, and overvaluation. *International Journal of Eating Disorders*, 51(2), 165–169. doi:10.1002/eat.22812
- Mond, J., & Gorrell, S. (2021). “Excessive exercise” in eating disorders research: Problems of definition and perspective. *Eating and Weight Disorders*, 26(4), 1017–1020. doi:10.1007/s40519-020-01075-3
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2011). Mental health impairment associated with eating-disorder features in a community sample of women. *Journal of Mental Health*, 20(5), 445–455. doi:10.3109/09638237.2011.577112
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. V. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders

- in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 551–567.
doi:10.1016/S0005-7967(03)00161-X
- Mond, J. M., Owen, C., Hay, P. J., Rodgers, B., & Beumont, P. J. V. (2005). Assessing quality of life in eating disorder patients. *Quality of Life Research*, 14(1), 171–178.
doi:10.1007/s11136-004-2657-y
- Müller, A., Hartmann-Firnkorn, A., & de Zwaan, M. (2020). Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen. In S. Herpertz et al. (Hrsg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (S. 270–296). Abgerufen von https://www.bildungs-stmk.gv.at/dam/jcr:37dcab23-53a7-42ab-b3c8-c20b5c054f15/Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf
- Nagel, B., Pfingsten, M., Lindena, G., & Kohlmann, T. (2015). *Handbuch Deutscher Schmerz-Fragebogen*. Abgerufen von https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/user_upload/DSF-Handbuch_2015.pdf
- Nilges, P., & Essau, C. (2015). Die Depressions-Angst-Stress-Skalen: Der DASS – ein Screeningverfahren nicht nur für Schmerzpatienten. *Schmerz*, 29(6), 649–657.
doi:10.1007/s00482-015-0019-z
- Olguin, P., Fuentes, M., Gabler, G., Guerdjikova, A. I., Keck Jr., P. E., & McElroy, S. L. (2017). Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 22(1), 13-26. doi:10.1007/s40519-016-0313-5
- Padierna, A., Quintana, J. M., Arostegui, I., Gonzalez, N., & Horcajo, M. J. (2000). The health-related quality of life in eating disorders. *Quality of Life Research*, 9(6), 667–674.
doi:10.1023/a:1008973106611
- Panea-Pizarro, I., Moran, J. M., Lavado-García, J., Beato-Fernández, L., Domínguez-Martin, A. T., Huerta-González, S., ... López-Espuela, F. (2021). Health-related quality of life in Spanish women with eating disorders. *Nutrients*, 13(2):403.
doi:10.3390/nu13020403

- Patrick, D. L., & Deyo, R. A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life [Supplement]. *Medical Care*, 27(3), S217–S232. doi:10.1097/00005650-198903001-00018
- Pisetsky, E. M., Thornton, L. M., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., & Bulik, C. M. (2013). Suicide attempts in women with eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1042–1056. doi:10.1037/a0034902
- Polivy, J., Herman, C. P., & Mills, J. S. (2020). What is restrained eating and how do we identify it? *Appetite*, 155:104820. doi:10.1016/j.appet.2020.104820
- Pospeschill, M. (2022). *Testtheorie, Testkonstruktion, Testevaluation* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Quick, V., Berg, K. C., Bucchianeri, M. M., & Byrd-Bredbenner, C. (2014). Identification of eating disorder pathology in college students: A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic criteria. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 2(2), 112–124. doi:10.1080/21662630.2013.869388
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43(3), 165–189. doi:10.1007/s001030050033
- Reas, D. L., & Rø, Ø. (2018). Less symptomatic, but equally impaired: Clinical impairment in restricting versus binge-eating/purging subtype of anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 28, 32–37. doi:10.1016/j.eatbeh.2017.12.004
- Renneberg, B., & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 29–33). Heidelberg: Springer.
- Rizk, M., Mattar, L., Kern, L., Berthoz, S., Duclos, J., Viltart, O., & Godart, N. (2020). Physical activity in eating disorders: A systematic review. *Nutrients*, 12(1):183. doi:10.3390/nu12010183

- Rø, Ø., Bang, L., Reas, D. L., & Rosenvinge, J. H. (2012). The impact of age and BMI on impairment due to disordered eating in a large female community sample. *Eating Behaviors, 13*(4), 342–346. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.05.010
- Roberto, C. A., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & White, M. A. (2010). Binge eating, purging, or both: Eating disorder psychopathology findings from an internet community survey. *International Journal of Eating Disorders, 43*(8), 724–731. doi:10.1002/eat.20770
- Rubio, J. M., Olfson, M., Pérez-Fuentes, G., Garcia-Toro, M., Wang, S., & Blanco, C. (2014). Effect of first episode axis I disorders on quality of life. *Journal of Nervous and Mental Disease, 202*(4), 271–274. doi:10.1097/NMD.0000000000000117
- Schuck, K., & Schneider, S. (2019). Entwicklung und Prävention von Essstörungen und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 67*(1), 9–17. doi:10.1024/1661-4747/a000367
- Schweiger, U., & Hagenah, U. (2020). Diagnostik der körperlichen Symptomatik. In S. Herpertz et al. (Hrsg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (S. 36–48). Abgerufen von https://www.bildung-stmk.gv.at/dam/jcr:37dcab23-53a7-42abb3c8-c20b5c054f15/Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf
- Singleton, C., Kenny, T. E., Hallett, D., & Carter, J. C. (2019). Depression partially mediates the association between binge eating disorder and health-related quality of life. *Frontiers in Psychology, 10*:209. doi:10.3389/fpsyg.2019.00209
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., Donker, G. A., Susser, E. S., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2016). Three decades of eating disorders in Dutch primary care: Decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 46*(6), 1189–1196. doi:10.1017/S003329171500272X
- Smith, K. E., Mason, T. B., Johnson, J. S., Lavender, J. M., & Wonderlich, S. A. (2018). A systematic review of reviews of neurocognitive functioning in eating disorders: The state of the literature and future directions. *International Journal of Eating Disorders, 51*(8), 798–821. doi:10.1002/eat.22929

- Stein, R. I., Kenardy, J., Wiseman, C. V., Douchis, J. Z., Arnow, B. A., & Wilfley, D. E. (2007). What's driving the binge in binge eating disorder? A prospective examination of precursors and consequences. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 195–203. doi:10.1002/eat.20352
- Steinhausen, H.-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284–1293. doi: 10.1176/appi.ajp.159.8.1284
- Steinhausen, H.-C., & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: Findings from one quarter century of research. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1331–1341. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09040582
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 124–135. doi:10.1037//0021-843X.110.1.124
- Stice, E. (2016). Interactive and mediational etiologic models of eating disorder onset: Evidence from prospective studies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 359–381. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093317
- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 38–51. doi:10.1037/abn0000219
- Strand, M., Bulik, C. M., Gustafsson, S. A., von Hausswolff-Juhlin, Y., & Welch, E. (2020). Self-admission to inpatient treatment in anorexia nervosa: Impact on healthcare utilization, eating disorder morbidity, and quality of life. *International Journal of Eating Disorders*, 53(10), 1685–1695. doi:10.1002/eat.23346
- Svaldi, J., Hartmann-Firnkorn, A., Legenbauer, T., von Wietersheim, J., de Zwaan, M., & Tuschen-Caffier, B. (2020). Bulimia nervosa. In S. Herpertz et al. (Hrsg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (S. 193–243). Abgerufen von https://www.bildung-stmk.gv.at/dam/jcr:37dcab23-53a7-42ab-b3c8-c20b5c054f15/Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf

- Svaldi, J., Schmitz, F., Baur, J., Hartmann, A. S., Legenbauer, T., Thaler, C., ... Tuschen-Caffier, B. (2019). Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 49(6), 898–910. doi:10.1017/S0033291718003525
- Tagay, S., Schlegl, S., & Senf, W. (2007). Eating Disorders Quality of Life (EDQOL). [Erhebungsinstrument] Abgerufen von https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-pp/forschung/edqol_fb.pdf
- Tagay, S., Schlegl, S., & Senf, W. (2011). Validierung der deutschen Übersetzung des Eating Disorders Quality of Life (EDQOL). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61(1), 16–24. doi:10.1055/s-0029-1243195
- Tan, E. J., Cistullo, L., Castle, D. J., Rossell, S. L., Jenkins, Z. M., & Phillipou, A. (2022). Depression, perceived disability and unemployment are associated with reduced life satisfaction in anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 30(3), 323–330. doi:10.1080/10640266.2020.1836890
- Tan, J. O. A., Hope, T., & Stewart, A. (2003). Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(5), 533–548. doi:10.1016/s0160-2527(03)00085-2
- Thomas, J. J., Vartanian, L. R., & Brownell, K. D. (2009). The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: Meta-analysis and implications for DSM. *Psychological Bulletin*, 135(3), 407–433. doi:10.1037/a0015326
- Treasure, J., Duarte, T. A., Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet*, 395(10227), 899–911. doi:10.1016/S0140-6736(20)30059-3
- Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., ... Wentz, E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, 1:15074. doi:10.1038/nrdp.2015.74
- Trojanowski, P. J., & Fischer, S. (2018). The role of depression, eating disorder symptoms and exercise in young adults' quality of life. *Eating Behaviors*, 31, 68–73.

doi:10.1016/j.eatbeh.2018.08.005

- Turner, H., Bryant-Waugh, R., & Peveler, R. (2010). The clinical features of EDNOS: Relationship to mood, health status and general functioning. *Eating Behaviors, 11*(2), 127–130. doi:10.1016/j.eatbeh.2009.10.006
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of United States adults. *Biological Psychiatry, 84*(5), 345–354. doi:10.1016/j.biopsych.2018.03.014
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Research, 230*(2), 294–299. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.008
- Verbeek, D., & Petermann, F. (2019). Essstörungen. *Kindheit und Entwicklung, 28*(4), 191–196. doi:10.1026/0942-5403/a000290
- Villarejo, C., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Peñas-Lledó, E., Granero, R., Penelo, E., ... Menchón, J. M. (2012). Lifetime obesity in patients with eating disorders: Increasing prevalence, clinical and personality correlates. *European Eating Disorders Review, 20*(3), 250–254. doi:10.1002/erv.2166
- Voswinkel, M. M., Rijkers, C., van Delden, J. J. M., & van Elburg, A. A. (2021). Externalizing your eating disorder: A qualitative interview study. *Journal of Eating Disorders, 9*(1):128. doi:10.1186/s40337-021-00486-6
- Wagner, A. F., Stefano, E. C., Cicero, D. C., Latner, J. D., & Mond, J. M. (2016). Eating disorder features and quality of life: Does gender matter? *Quality of Life Research, 25*(10), 2603–2610. doi:10.1007/s11136-016-1283-9
- Watson, H. J., Allen, K., Fursland, A., Byrne, S. M., & Nathan, P. R. (2012). Does enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders improve quality of life? *European Eating Disorders Review, 20*(5), 393–399. doi:10.1002/erv.2186

- Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., Hübel, C., Coleman, J. R. I., Gaspar, H. A., ... Bulik, C. M. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature Genetics*, 51(8), 1207–1214. doi:10.1038/s41588-019-0439-2
- Weigel, A., König, H.-H., Gumz, A., Löwe, B., & Brettschneider, C. (2016). Correlates of health-related quality of life in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49(6), 630–634. doi:10.1002/eat.22512
- Winkler, L., Gudex, C., Lichtenstein, M. B., Røder, M. E., Adair, C. E., Sjögren, J. M., & Støving, R. K. (2021). Explanatory factors for disease-specific health-related quality of life in women with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Medicine*, 10(8):1592. doi:10.3390/jcm10081592
- Wu, M., Brockmeyer, T., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W., & Friederich, H.-C. (2014). Set-shifting ability across the spectrum of eating disorders and in overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(16), 3365–3385. doi:10.1017/S0033291714000294
- Yilmaz, Z., Hardaway, J. A., & Bulik, C. M. (2015). Genetics and epigenetics of eating disorders. *Advances in Genomics and Genetics*, 5, 131–150. doi:10.2147/AGG.S55776
- Young, S., Touyz, S., Meyer, C., Arcelus, J., Rhodes, P., Madden, S., ... Hay, P. (2018). Relationships between compulsive exercise, quality of life, psychological distress and motivation to change in adults with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 6:2. doi:10.1186/s40337-018-0188-0
- Zeeck, A., Cuntz, U., Herpertz-Dahlmann, B., Ehrlich, S., Friederich, H.-C., Resmark, G., ... Brockmeyer, T. (2020). Anorexia nervosa. In S. Herpertz et al. (Hrsg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (S. 63–193). Abgerufen von https://www.bildung-stmk.gv.at/dam/jcr:37dcab23-53a7-42ab-b3c8-c20b5c054f15/Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf

Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H.-C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., ... Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: A systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9:158. doi:10.3389/fpsyt.2018.00158

Zunker, C., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Cao, L., Engel, S. G., Mitchell, J. E., & Wonderlich, S. A. (2011). Ecological momentary assessment of bulimia nervosa: Does dietary restriction predict binge eating? *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 714–717. doi:10.1016/j.brat.2011.06.006

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	<i>Beispielitem je Subskala des EDE-Q</i>	40
Tabelle 2.	<i>Beispielitems für die körperliche und psychische Summenskala der SF-36</i>	41
Tabelle 3.	<i>Beispielitem je Subskala des EDQOL</i>	42
Tabelle 4.	<i>Beispielitem je Subskala des CIA</i>	44
Tabelle 5.	<i>Beispielitem aus der Subskala Angst und der Subskala Depression der DASS-21</i>	45
Tabelle 6.	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte bezüglich des Lebensalters in den einzelnen Essstörungen Gruppen und der Gesamtstichprobe</i>	52
Tabelle 7.	<i>Häufigkeiten und Anteilswerte bezüglich der Nationalität und des Ausbildungsgrades in den verschiedenen Essstörungen Gruppen sowie der Gesamtstichprobe</i>	53
Tabelle 8.	<i>Häufigkeiten und Anteilswerte bezüglich der Behandlungshistorie für jede Essstörungsgruppe und der Gesamtstichprobe</i>	54
Tabelle 9.	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte bezüglich Dauer und Schweregrad der Essstörung (EDE-Q Gesamt) sowie dem BMI in Abhängigkeit der jeweiligen Gruppe</i>	55
Tabelle 10.	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte der Subskalen Angst und Depression der DASS-21 in Abhängigkeit der jeweiligen Gruppe</i>	56
Tabelle 11.	<i>Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs Alpha (α) und korrigierte Trennschärfen (r_{it}) für alle Skalen bzw. Subskalen über die verschiedenen Essstörungen Gruppen hinweg</i>	59

Tabelle 12. Deskriptivstatistische Kennwerte der psychischen und körperlichen Summenskala der SF-36 in den einzelnen Essstörungen und der Gesamtstichprobe.....	60
Tabelle 13. Deskriptivstatistische Kennwerte bezüglich des EDQOL in Abhängigkeit der Gruppe	61
Tabelle 14. Deskriptivstatistische Kennwerte bezüglich des CIA in Abhängigkeit der Gruppe	61
Tabelle A1. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren der psychischen Summenskala der SF-36 in der Anorexie-Gruppe (n=58)	109
Tabelle A2. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren der psychischen Summenskala der SF-36 in der Bulimie-Gruppe (n=81)	110
Tabelle A3. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren der psychischen Summenskala der SF-36 in der Binge-Eating-Disorder-Gruppe (n=79).....	111
Tabelle A4. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren der körperlichen Summenskala der SF-36 in der Anorexie-Gruppe (n=56)	112
Tabelle A5. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren der körperlichen Summenskala der SF-36 in der Bulimie-Gruppe (n=81)	113
Tabelle A6. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren der körperliche Summenskala der SF-36 in der Binge-Eating-Disorder-Gruppe (n=78).....	114
Tabelle A7. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren des EDQOL in der Anorexie-Gruppe (n=59)	115
Tabelle A8. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren des EDQOL in der Bulimie-Gruppe (n=82)	116
Tabelle A9. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren des EDQOL in der Binge-Eating-Disorder-Gruppe (n=80).....	117
Tabelle A10. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren des CIA in der Anorexie-Gruppe (n=59).....	118
Tabelle A11. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren des CIA in der Bulimie-Gruppe (n=82)	119
Tabelle A12. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren des CIA in der Binge-Eating-Disorder-Gruppe (n=80)	120

Abkürzungsverzeichnis

AN	Anorexia nervosa
BN	Bulimia nervosa
BED	Binge-Eating-Störung
EDNOS	Nicht näher bezeichnete Essstörungen
AN-R	Anorexia nervosa vom restriktiven Typ
AN-BP	Anorexia nervosa vom Binge-Eating/Purging-Typ
BMI	Body-Mass-Index
HRQoL	Gesundheitsbezogene Lebensqualität
SF-36	Fragebogen zum Gesundheitszustand
EDQOL	Eating Disorder Quality of Life
CIA	Clinical Impairment Assessment
EDE	Eating Disorder Examination
EDE-Q	Eating Disorder Examination-Questionnaire
EDDS-5	Eating Disorder Diagnostic Scale – DSM-5-Version
DASS	Depression Anxiety Stress Scales
DASS-21	Depressions-Angst-Stress-Skalen (deutsche Kurzversion)
DASS-D	Skala Depression der Depressions-Angst-Stress-Skalen
DASS-A	Skala Angst der Depressions-Angst-Stress-Skalen
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BAI	Beck-Angst-Inventar
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
APA	American Psychiatric Association
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (4. Auflage)
DSM-5	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (5. Auflage)
GWAS	Genomweite Assoziationsstudien
ANOVA	Einfaktorielle Varianzanalyse
VIF	Variance Inflation Factor
HC	Heteroskedastizitäts-konsistent

III Anhang

Anhang: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalysen

Tabelle A1. *Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren der psychischen Summenskala der SF-36 in der Anorexie-Gruppe (n=58)*

Prädiktor	Psychische Summenskala							
	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>
Alter	0.071	0.238	.029	.767	0.088	0.265	.036	.743
BMI	2.356	1.343	.172	.085	2.813	1.570	.206	.080
Depression	-2.444	0.367	-.659	<.001***	-2.474	0.481	-.668	<.001***
Angst	-0.996	0.546	-.230	.074	-0.811	0.725	-.188	.269
Gezügeltes Essen					-1.645	5.675	-.035	.773
Essenssorgen					-1.053	4.442	-.026	.814
Gewichtssorgen					-6.037	6.216	-.140	.337
Figursorgen					4.042	7.646	.079	.600
Essanfälle					0.783	5.342	.019	.884
Selbstinduziertes Erbrechen					-0.461	5.621	-.011	.935
Laxantienmissbrauch					-2.778	4.014	-.065	.493
Exzessiver Sport					1.218	5.077	.030	.812
Radikale Essensbeschränkung					5.045	5.762	.115	.386
R^2 (R^2_{kor})			.683 (.660)				.711 (.625)	
F			28.606***				8.318***	
ΔR^2							.027	
ΔF							0.462	

Anmerkung. BMI = Body-Mass-Index.

^a heteroskedastizitäts-konsistenter Standardfehler berechnet nach HC3-Methode.

*** $p < .001$.

Tabelle A2. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren der psychischen Summenskala der SF-36 in der Bulimie-Gruppe (n=81)

Prädiktor	Psychische Summenskala							
	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>
Alter	0.114	0.188	.056	.548	0.075	0.201	.037	.711
BMI	0.017	0.285	.005	.953	-0.056	0.341	-.018	.870
Depression	-1.801	0.418	-.515	<.001***	-1.683	0.427	-.481	<.001***
Angst	-0.711	0.365	-.217	.055	-0.743	0.411	-.226	.075
Gezügeltes Essen					-1.113	4.430	-.028	.802
Essenssorgen					-3.507	4.441	-.089	.432
Gewichtssorgen					7.991	6.435	.143	.219
Figursorgen					0.385	11.835	.005	.974
Essanfälle					-	-	-	-
Selbstinduziertes Erbrechen					-11.607	11.122	-.165	.300
Laxantienmissbrauch					-7.334	5.341	-.162	.174
Exzessiver Sport					-6.367	3.870	-.158	.105
Radikale Essensbeschränkung					6.927	4.314	.185	.113
R^2 (R^2_{korr})			.437 (.408)				.521 (.436)	
F			14.767***				6.155***	
ΔR^2							.083	
ΔF							1.478	

Anmerkung. BMI = Body-Mass-Index.

^a heteroskedastizitäts-konsistenter Standardfehler berechnet nach HC3-Methode.

*** $p < .001$.

Tabelle A3. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren der psychischen Summenskala der SF-36 in der Binge-Eating-Disorder-Gruppe (n=79)

Prädiktor	Psychische Summenskala							
	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>
Alter	-0.338	0.132	-.199	.012*	-0.292	0.132	-.172	.030*
BMI	-0.034	0.108	-.021	.754	0.012	0.118	.007	.921
Depression	-2.157	0.308	-.603	<.001***	-2.294	0.314	-.641	<.001***
Angst	-0.970	0.316	-.247	.003**	-1.134	0.280	-.288	<.001***
Gezügeltes Essen					12.113	3.692	.307	.002**
Essenssorgen					3.334	2.881	.088	.251
Gewichtssorgen					-2.755	6.923	-.047	.692
Figursorgen					-1.951	8.603	-.031	.821
Essanfälle					-	-	-	-
Selbstinduziertes Erbrechen					-	-	-	-
Laxantienmissbrauch					-	-	-	-
Exzessiver Sport					-4.314	5.175	-.061	.407
Radikale Essensbeschränkung					-8.399	3.086	-.223	.008**
R^2 (R^2_{korr})			.617 (.596)				.694 (.649)	
F			29.778***				15.429***	
ΔR^2							.077	
ΔF							2.864*	

Anmerkung. BMI = Body-Mass-Index.

^a heteroskedastizitäts-konsistenter Standardfehler berechnet nach HC3-Methode.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabelle A4. *Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren der körperlichen Summenskala der SF-36 in der Anorexie-Gruppe (n=56)*

Prädiktor	Körperliche Summenskala							
	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>
Alter	0.106	0.442	.041	.811	0.070	0.481	.027	.885
BMI	1.172	1.936	.091	.548	1.687	2.698	.131	.535
Depression	-0.137	0.657	-.037	.835	0.226	0.766	.060	.769
Angst	-2.156	0.732	-.478	.005**	-1.938	1.000	-.430	.059
Gezügeltes Essen					-1.071	8.482	-.022	.900
Essenssorgen					1.394	6.985	.033	.843
Gewichtssorgen					-2.301	7.783	-.051	.769
Figursorgen					-10.193	11.040	-.188	.361
Essanfälle					-4.939	6.973	-.114	.483
Selbstinduziertes Erbrechen					5.502	8.795	.132	.535
Laxantienmissbrauch					-8.363	6.736	-.185	.221
Exzessiver Sport					-0.926	7.988	-.022	.908
Radikale Essensbeschränkung					6.236	8.440	.133	.464
R^2 (R^2_{korr})			.263 (.206)				.325 (.116)	
<i>F</i>			4.558**				1.553	
ΔR^2							.061	
ΔF							0.424	

Anmerkung. BMI = Body-Mass-Index.

^a heteroskedastizitäts-konsistenter Standardfehler berechnet nach HC3-Methode.

** $p < .01$.

Tabelle A5. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren der körperlichen Summenskala der SF-36 in der Bulimie-Gruppe (n=81)

Prädiktor	Körperliche Summenskala							
	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>
Alter	-0.253	0.251	-.111	.316	-0.164	0.287	-.072	.568
BMI	-0.864	0.408	-.240	.038*	-0.899	0.468	-.250	.059
Depression	-0.471	0.430	-.117	.277	-0.643	0.514	-.160	.216
Angst	-1.703	0.391	-.452	<.001***	-1.310	0.507	-.347	.012*
Gezügeltes Essen					6.838	6.198	.149	.274
Essenssorgen					0.395	5.623	.009	.944
Gewichtssorgen					-0.683	7.626	-.011	.929
Figursorgen					0.926	9.950	.012	.926
Essanfälle					-	-	-	-
Selbstinduziertes Erbrechen					-16.317	13.736	-.204	.239
Laxantienmissbrauch					-20.041	8.169	-.381	.017*
Exzessiver Sport					0.212	4.811	.005	.965
Radikale Essensbeschränkung					3.328	5.341	.078	.535
R^2 (R^2_{korr})			.383	(.350)			.481	(.389)
F			11.769	***			5.253	***
ΔR^2							.099	
ΔF							1.615	

Anmerkung. BMI = Body-Mass-Index.

^a heteroskedastizitäts-konsistenter Standardfehler berechnet nach HC3-Methode.

* $p < .05$. *** $p < .001$.

Tabelle A6. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren der körperliche Summenskala der SF-36 in der Binge-Eating-Disorder-Gruppe (n=78)

Prädiktor	Körperliche Summenskala							
	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>
Alter	-0.961	0.183	-.434	<.001***	-0.960	0.208	-.433	<.001***
BMI	-0.661	0.152	-.317	<.001***	-0.671	0.174	-.321	<.001***
Depression	-1.462	0.334	-.325	<.001***	-1.409	0.492	-.313	.006**
Angst	-1.140	0.378	-.224	.004**	-1.184	0.424	-.233	.007**
Gezügeltes Essen					3.352	4.782	.065	.486
Essenssorgen					-1.105	3.763	-.023	.770
Gewichtssorgen					-1.207	7.129	-.017	.866
Figursorgen					-0.689	7.517	-.009	.927
Essanfälle					-	-	-	-
Selbstinduziertes Erbrechen					-	-	-	-
Laxantienmissbrauch					-	-	-	-
Exzessiver Sport					-0.928	7.024	-.010	.895
Radikale Essensbeschränkung					-4.243	3.902	-.087	.281
R^2 (R^2_{korr})			.666 (.647)				.672 (.623)	
<i>F</i>			36.316***				13.734***	
ΔR^2							.007	
ΔF							0.224	

Anmerkung. BMI = Body-Mass-Index.

^a heteroskedastizitäts-konsistenter Standardfehler berechnet nach HC3-Methode.

** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabelle A7. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren des EDQOL in der Anorexie-Gruppe (n=59)

Prädiktor	EDQOL							
	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>
Alter	0.001	0.008	.011	.927	0.001	0.008	.011	.928
BMI	-0.045	0.031	-.131	.146	-0.086	0.035	-.247	.020*
Depression	0.025	0.013	.246	.055	0.021	0.014	.205	.142
Angst	0.065	0.016	.544	<.001***	0.053	0.017	.443	.004**
Gezügeltes Essen					0.085	0.148	.065	.570
Essenssorgen					0.069	0.129	.062	.595
Gewichtssorgen					0.123	0.154	.103	.427
Figursorgen					0.068	0.190	.048	.722
Essanfälle					0.225	0.153	.199	.148
Selbstinduziertes Erbrechen					-0.155	0.185	-.139	.409
Laxantienmissbrauch					0.012	0.144	.010	.934
Exzessiver Sport					-0.266	0.137	-.236	.059
Radikale Essensbeschränkung					0.142	0.161	.117	.381
R^2 ($R^2_{\text{kor}}\text{r}$)			.525 (.490)				.625 (.516)	
F			14.918***				5.766***	
ΔR^2							.100	
ΔF							1.332	

Anmerkung. BMI = Body-Mass-Index.

^a heteroskedastizitäts-konsistenter Standardfehler berechnet nach HC3-Methode.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabelle A8. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren des EDQOL in der Bulimie-Gruppe (n=82)

Prädiktor	EDQOL							
	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>
Alter	0.002	0.006	.031	.753	0.004	0.006	.056	.563
BMI	0.002	0.008	.021	.783	0.000	0.010	-.004	.970
Depression	0.043	0.010	.385	<.001***	0.037	0.010	.326	<.001***
Angst	0.049	0.010	.466	<.001***	0.055	0.012	.517	<.001***
Gezügeltes Essen					0.015	0.159	.012	.925
Essenssorgen					0.228	0.131	.180	.086
Gewichtssorgen					-0.180	0.193	-.100	.354
Figursorgen					0.028	0.247	.013	.909
Essanfälle					-	-	-	-
Selbstinduziertes Erbrechen					-0.074	0.194	-.033	.703
Laxantienmissbrauch					-0.024	0.147	-.017	.870
Exzessiver Sport					0.268	0.102	.210	.010*
Radikale Essensbeschränkung					-0.222	0.121	-.185	.070
R^2 (R^2_{kor})			.550 (.526)				.636 (.572)	
<i>F</i>			23.514***				10.030***	
ΔR^2							.086	
ΔF							2.030	

Anmerkung. BMI = Body-Mass-Index.

^a heteroskedastizitäts-konsistenter Standardfehler berechnet nach HC3-Methode.

* $p < .05$. *** $p < .001$.

Tabelle A9. Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren des EDQOL in der Binge-Eating-Disorder-Gruppe (n=80)

Prädiktor	EDQOL							
	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>
Alter	-0.001	0.004	-.033	.732	-0.001	0.004	-.023	.813
BMI	-0.003	0.004	-.074	.466	0.000	0.005	-.010	.930
Depression	0.038	0.010	.412	<.001***	0.034	0.012	.373	.004**
Angst	0.042	0.011	.405	<.001***	0.042	0.011	.400	<.001***
Gezügeltes Essen					-0.091	0.115	-.088	.428
Essenssorgen					0.021	0.087	.021	.806
Gewichtssorgen					0.180	0.175	.121	.306
Figursorgen					0.028	0.168	.018	.866
Essanfälle					-	-	-	-
Selbstinduziertes Erbrechen					-	-	-	-
Laxantienmissbrauch					-	-	-	-
Exzessiver Sport					0.321	0.273	.171	.243
Radikale Essensbeschränkung					0.150	0.091	.151	.103
R^2 (R^2_{kor})			.512 (.486)				.569 (.506)	
<i>F</i>			19.660***				9.101***	
ΔR^2							.057	
ΔF							1.518	

Anmerkung. BMI = Body-Mass-Index.

^a heteroskedastizitäts-konsistenter Standardfehler berechnet nach HC3-Methode.

** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabelle A10. *Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren des CIA in der Anorexie-Gruppe (n=59)*

Prädiktor	CIA							
	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>
Alter	0.036	0.088	.037	.683	0.013	0.114	.013	.911
BMI	-0.367	0.576	-.072	.526	-0.588	0.781	-.115	.456
Depression	0.756	0.161	.505	<.001***	0.619	0.207	.413	.004**
Angst	0.647	0.173	.366	<.001***	0.555	0.234	.314	.022*
Gezügeltes Essen					1.354	1.913	.071	.483
Essenssorgen					1.277	1.928	.078	.511
Gewichtssorgen					1.408	2.195	.080	.524
Figursorgen					2.467	3.747	.118	.514
Essanfälle					2.264	2.178	.136	.304
Selbstinduziertes Erbrechen					-1.421	2.541	-.087	.579
Laxantienmissbrauch					-0.824	1.828	-.047	.654
Exzessiver Sport					1.069	2.404	.065	.659
Radikale Essensbeschränkung					-1.012	1.879	-.056	.593
R^2 ($R^2_{\text{kor}}\text{r}$)			.602 (.573)				.659 (.560)	
<i>F</i>			20.451***				6.676***	
ΔR^2							.056	
ΔF							0.823	

Anmerkung. BMI = Body-Mass-Index.

^a heteroskedastizitäts-konsistenter Standardfehler berechnet nach HC3-Methode.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabelle A11. *Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren des CIA in der Bulimie-Gruppe (n=82)*

Prädiktor	CIA							
	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>
Alter	-0.115	0.091	-.138	.206	-0.057	0.081	-.068	.486
BMI	-0.072	0.128	-.054	.576	-0.112	0.153	-.084	.465
Depression	0.433	0.196	.294	.030*	0.316	0.201	.214	.122
Angst	0.495	0.173	.357	.005**	0.421	0.189	.304	.030*
Gezügeltes Essen					0.262	2.403	.015	.913
Essenssorgen					6.062	1.931	.365	.002**
Gewichtssorgen					-1.307	2.724	-.055	.633
Figursorgen					3.461	4.722	.117	.466
Essanfälle					-	-	-	-
Selbstinduziertes Erbrechen					0.469	3.766	.016	.901
Laxantienmissbrauch					1.131	2.847	.059	.692
Exzessiver Sport					1.872	1.798	.112	.301
Radikale Essensbeschränkung					-1.860	2.193	-.118	.399
R^2 (R^2_{kor})			.354 (.321)				.515 (.430)	
<i>F</i>			10.555***				6.096***	
ΔR^2							.160	
ΔF							2.851**	

Anmerkung. BMI = Body-Mass-Index.

^a heteroskedastizitäts-konsistenter Standardfehler berechnet nach HC3-Methode.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

.

Tabelle A12. *Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Prädiktoren des CIA in der Binge-Eating-Disorder-Gruppe (n=80)*

Prädiktor	CIA							
	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B^a</i>	β	<i>p</i>
Alter	-0.001	0.063	-.002	.983	0.012	0.060	.017	.839
BMI	-0.050	0.054	-.076	.350	-0.004	0.067	-.007	.949
Depression	0.894	0.124	.625	<.001***	0.739	0.144	.517	<.001***
Angst	0.340	0.148	.212	.024*	0.361	0.148	.225	.017*
Gezügeltes Essen					-2.412	1.730	-.149	.168
Essenssorgen					1.568	1.589	.101	.327
Gewichtssorgen					3.761	2.953	.163	.207
Figursorgen					1.586	2.864	.066	.582
Essanfälle					-	-	-	-
Selbstinduziertes Erbrechen					-	-	-	-
Laxantienmissbrauch					-	-	-	-
Exzessiver Sport					2.791	3.785	.096	.463
Radikale Essensbeschränkung					3.692	1.499	.240	.016*
R^2 ($R^2_{\text{kor}}\text{r}$)			.573 (.550)				.663 (.614)	
<i>F</i>			25.129***				13.572***	
ΔR^2							.090	
ΔF							3.080**	

Anmerkung. BMI = Body-Mass-Index.

^a heteroskedastizitäts-konsistenter Standardfehler berechnet nach HC3-Methode.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.