

Perspektiven

der empirischen Kinder- und Jugendforschung

Ausgabe 1/2024

Jahrgang 10(1)

Inhalt

Vorwort <i>Klaus Fröhlich-Gildhoff & Dörte Weltzien</i>	S. 3–4
Artikel	
<i>Regina Remsperger-Kehm & Astrid Boll</i> Eskalierende Interaktionen in Kindertageseinrichtungen	S. 5–27
<i>Katrin Hasengruber & Petra Aigner</i> Familiale Betreuung und Bildung von Kindern im Kindergartenalter während der COVID-19-Lockdowns	S. 28–59
<i>Yvonne Becherer, Pia Schmidt, Jana Sütterlin & Silke Kaiser</i> „... Zu Hause ist mir langweilig, hier im Hort ist es viel spannender“ – Gute Qualität im Ganzttag aus subjektiver Sicht verschiedener Akteur*innen	S. 60–84
<i>Thomas Ploch & Klaus Fröhlich-Gildhoff</i> Entwicklung der Klientinnen mit dem Störungsbild Anorexie in einer spezialisierten Jugendhilfeeinrichtung – erster Zwischenbericht	S. 85–104
Autor*innenbeschreibungen	S. 105–106



FORSCHUNG
ENTWICKLUNG
LEHRE



Impressum:

Herausgeber*innen:

Prof. Dr. Dörte Weltzien

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff

Perspektiven der empirischen Kinder- und Jugendforschung

Online-Zeitschrift

ISSN 2199-7802

Verlag FEL (Forschung – Entwicklung – Lehre)
an der Evangelischen Hochschule Freiburg

Verlagsleitung:

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff

Bugginger Str. 38

79114 Freiburg

Telefon: (0761) 47812-420

info@fel-verlag.de

FEL ist ein rechtlich unselbstständiger Verlag im Forschungs- und Innovationsverbund
FIVE e. V. an der Evangelischen Hochschule Freiburg

Inhaltlich verantwortlich sind die Autor*innen der jeweiligen Artikel.

Redaktion Heft 10(1): Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Janna Kiesé

Thomas Ploch und Klaus Fröhlich-Gildhoff

Entwicklung der Klientinnen mit dem Störungsbild Anorexie in einer spezialisierten Jugendhilfeeinrichtung – erster Zwischenbericht

Zusammenfassung

In diesem Bericht werden die Daten der Zwischenerhebung der Evaluation der Klientinnenentwicklung in der Jugendhilfeeinrichtung „Gesellschaft für pädagogische Betreuung und Entwicklungsförderung mbH (GPE)“, Kassel, dargestellt. Der Berichtszeitraum umfasst – im Sinne eines ersten Zwischenberichts – die Erhebungen von Januar 2019 bis September 2023. Die Gesamtevaluation umfasst Messdaten mit standardisierten klinisch-psychologischen Testverfahren zu Beginn, während (6-monatiger Abstand) und zum Ende der stationären Jugendhilfemaßnahme für die Bewohnerinnen mit der Hauptdiagnose Anorexia Nervosa. Weiterhin werden qualitative Daten (v. a. Protokolle von Entwicklungsberichten, Bezugsbetreuer*innengesprächen, Klinikberichte) systematisch erfasst und ausgewertet. Dieser Bericht beschränkt sich auf die quantitativen Daten (Ergebnisse der Testverfahren) der Klientinnen, die die Maßnahme beendet haben.

Bei den allermeisten erhobenen Daten zeigt sich eine positive signifikante oder hoch signifikante Veränderung bei der Abschlussmessung gegenüber den Ausgangsdaten: Der BMI erhöht sich, Essstörungssymptome werden geringer, die psychische Gesamtbelastung nimmt ab, Lebenszufriedenheit und Selbstwert sind gestiegen. Auch bei den Zielerreichungsskalen – subjektive Einschätzungen wichtiger Ziele – zeigen sich klar positive Tendenzen.

Schlüsselworte: Anorexia nervosa, Jugendhilfe, Längsschnittstudie

Development of clients with a diagnosis of Anorexia nervosa in a specialized youth welfare setting

Abstract

This article presents first results of clients' development with a diagnosis of Anorexia nervosa in a special youth welfare institution. The data were upraised between Jan 2019 and Sept 2023 in a six-month interval. The whole evaluation includes standardized, quantitative (questionnaires) and qualitative (several reports and protocols) data. This article focuses the quantitative data of the clients who finished the intervention.

Most of the results show significant positive changes in the finish measurement against the base measurement: The Body-Mass-Index rises, the eating disorder symptoms and the psychic strain decreases. Life satisfaction and self-esteem become larger. In the goal attainment scales positive tendencies are found, too.

Keywords: Anorexia nervosa, youth welfare, longitudinal study

Inhalt

1. Ausgangspunkte.....	86
1.1 Anorexia Nervosa und stationäre Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Jugendhilfe.....	86
1.2 Behandlungskonzept der „Gesellschaft für pädagogische Betreuung und Entwicklungsförderung mbH (GPE)“	87
2. Evaluationsdesign	88
3. Ergebnisse	90
3.1 Stichprobe	90
3.2 Übersicht über die Entwicklungen.....	91
3.3 Exemplarische Betrachtung einzelner Datenvergleiche	95
3.4 Exemplarische Betrachtung der Veränderungen über die Zeit	96
4. Zusammenfassung und Perspektiven.....	101
Literatur.....	103

1. Ausgangspunkte

1.1 Anorexia Nervosa und stationäre Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Jugendhilfe

Essstörungen sind bei Mädchen bzw. jungen Frauen im Alter von 14 bis 17 Jahren eine sehr häufig vorkommende psychische Auffälligkeit. Nach den letzten Erhebungen des Kinder- und Jugendlichen Gesundheitssurveys (KiGGS) zeigen 33,6 % der weiblichen Jugendlichen Symptome einer Essstörung (bei Jungen: 12,9 %) (Chordes et al., 2019); dabei hat die Anorexie/Anorexia Nervosa in dieser Altersgruppe den größten Anteil. Deren therapeutische Behandlung ist besonders langwierig und intensiv (Herpertz, Tuschen-Caffier, Voks, 2020; Zecek et al., 2020). Oft sind stationäre Maßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in den letzten Jahren zunehmend Aufenthalte in spezialisierten Jugendwohngruppen angezeigt.

Zentrale Kennzeichen der Anorexie nach der gültigen ICD-10 („International Classification of Diseases“ der WHO, 1993) sind:

- a) absichtlich selbst herbeigeführter Gewichtsverlust, z. B. durch eingeschränktes Essen, selbst induziertes Erbrechen, übertriebene körperliche Aktivitäten
- b) Unterernährung, die zu deutlichen körperlichen Veränderungen – zum Beispiel zum Ausbleiben der Menarche – führt
- c) eine exzessive Beschäftigung mit Körpergewicht und -schema.

Nach dem ICD-10 (WHO, 1993) wird für die Diagnose F 50 (Anorexia Nervosa) ein Körpergewicht unterhalb des Body-Maß-Indexes (BMI) von 17,5 bzw. unterhalb der 10. Gewichtsperzentile angegeben. Im neuen in Deutschland noch nicht umgesetzten ICD-11 liegt diese Grenze bei einem BMI von 18,5 wodurch eine größere Gruppe als zuvor eingeschlossen wird. Bei der Anorexie treten häufig Komorbiditäten „mit anderen psychischen Erkrankungen, vor allem mit Depressionen, Angststörungen oder Zwangserkrankungen (auf)“ (Zecek et al., 2020, S. 67). Die Komorbidität mit Depression liegt zwischen 31 % und 89 % (ebd.).

Bei der Anorexie handelt es sich um eine hartnäckige Erkrankung, nur etwa 20 % aller Frauen genesen ohne professionelle Hilfe, bei etwa 50 % zeigt sich eine Verbesserung nach stationärer oder ambulanter Psychotherapie bzw. nachgehender Aufnahme in spezialisierten Wohngruppen und bei knapp 30 % zeigt sich ein chronischer Verlauf. Die Todesrate liegt unterschiedlichen Studien zufolge bei 6 bis 10 % (Fichter, 2020, S. 9). Oft findet sich eine mangelnde oder fehlende Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation. Wegen der körperlichen Gefährdung erfolgen bei mindestens der Hälfte der Betroffenen mehrfache stationäre Klinikaufenthalte (Himmerich & Treasure, 2018).

Die Behandlung der Anorexie kann grundsätzlich ambulant, teilstationär oder stationär erfolgen, wobei der Heilungsprozess in der Regel längere Zeiträume, zumeist Jahre, dauert. Die verschiedenen Behandlungsstrukturen sollten mit- und aufeinander abgestimmt sein; Zeeck et al. (2020) plädieren für einen „Gesamtbehandlungsplan“, demzufolge die Behandlung so rasch wie möglich erfolgen sollte.

Für schwerer erkrankte Patient*innen mit Essstörungen erfolgt nach einem stationären Aufenthalt vielfach eine Anschlussbetreuung und pädagogisch-therapeutische Begleitung in einer auf Essstörungen spezialisierten Wohngruppe mit multiprofessionellen Teams. Ziel der Entwicklungsbegleitung der Bewohner*innen ist es, dass sich ihre psychosozialen Lebensumstände im Laufe des Aufenthalts in der Wohngruppe deutlich verbessern und mit zunehmender Selbstständigkeit und dem Rückgang der Symptomatik eine Entlassung aus dem stationären Setting möglich wird (Tun et al., 2018; Herpertz et al., 2008). In den letzten Jahren haben sich dementsprechend bundesweit mehrere auf Essstörungen spezialisierte Wohneinrichtungen etabliert (Stand Ende 2022: 47 Wohngruppen als Mitglieder im Bundesfachverband Essstörungen BFE; www.bundesfachverbandessstoerungen.de).

1.2 Behandlungskonzept der „Gesellschaft für pädagogische Betreuung und Entwicklungsförderung mbH (GPE)“

Die „Gesellschaft für pädagogische Betreuung und Entwicklungsförderung mbH (GPE)“ ist ein privater Träger der Jugendhilfe in Kassel mit derzeit insgesamt 60 Plätzen, der zum Zweck des Betriebs stationärer Einrichtungen sowie zur ambulanten pädagogischen Betreuung bei Essstörungen und anderen psychischen Erkrankungen gegründet wurde. Die Systematik des pädagogisch-therapeutischen Vorgehens und damit die Struktur der Einrichtungen des Trägers folgen einem Verselbständigungsplan, wobei jede Wohneinrichtung unterschiedliche Anforderungen an die Selbstständigkeit und den Entwicklungs- sowie Gesundheitsstand der Bewohner*innen stellt. Regulär werden junge Frauen mit Essstörungen meist nach mehrfachen Klinikaufhalten und nicht gelingender Rekonvaleszenz in der Herkunftsfamilie zunächst in einer Intensiv-Wohngruppe aufgenommen. Mit zunehmender Verselbständigung und Stabilisierung von Gewicht und psychischer Symptomatik können die Klientinnen¹ in Wohngruppen und im Anschluss in das Betreute Wohnen des Trägers umziehen.

Das Konzept des differenzierten pädagogischen und therapeutischen Arbeitens ist in den pädagogischen Konzeptionen und Leistungsvereinbarungen der jeweiligen Einrichtungen dargestellt (siehe www.gpe-kassel.de).

Im Jahr 2018 traf die Einrichtungsleitung der GPE die Entscheidung, die Arbeit der Einrichtung evaluieren zu lassen und dabei besonders die Entwicklung der Klientinnen in den Blick zu nehmen. Hierzu wurden Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff (Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg) und Dipl.-Psych. Thomas Ploch (Berater für Statistik und empirische Forschungsmethoden) beauftragt. Gemeinsam mit Leitung und Fachkräften der GPE wurde ein Evaluationskonzept entwickelt (siehe Kap. 2) und seit Beginn des Jahres 2019 realisiert.

¹ Da im Bereich der Essstörungen mit der Hauptdiagnose nur junge Frauen in der Einrichtung betreut werden, wird sprachlich die weibliche Form genutzt.

Das ausführliche Evaluationsdesign, die gesamten Fragestellungen sowie erste Ergebnisse der Evaluation wurden bisher in drei Fachartikeln veröffentlicht (Krieglstein, von Hippel, Schuler & Fröhlich-Gildhoff, 2023; Fröhlich-Gildhoff, Ploch, von Hippel, Krieglstein & Schuler, 2023; Fröhlich-Gildhoff, Ploch, von Hippel & Schuler, 2024).

2. Evaluationsdesign

Zum Erfassen der Entwicklung der betreuten Klientinnen wird eine Evaluation im Mixed-Methods-Design mit mehreren Messzeitpunkten durchgeführt. Dabei werden nicht nur Ausgangs-, Verlaufs- und Katamnesedaten aller Bewohnerinnen erhoben, sondern auch qualitative Daten (wie die alltägliche Entwicklungsdokumentation durch das betreuende Personal, die verfassten Entwicklungsberichte, Gesprächsprotokolle des psychologischen Personals etc.) systematisch erfasst und in die Evaluierung der Maßnahme miteinbezogen. Ziel der Evaluation ist es, die psychische und soziale Entwicklung der Bewohnerinnen über die gesamte Zeit des Aufenthalts in der Jugendhilfeeinrichtung zu erfassen und diese mit Prozessdaten (z. B. Protokolle von Betreuungs- und Entwicklungsgesprächen) in Verbindung zu bringen.

Das Evaluationsdesign der Einrichtung insgesamt umfasst also quantitative und qualitative Datenerhebungen. Im vorliegenden Bericht wird nur auf die Ergebnisse der quantitativen, standardisierten Datenerhebungen eingegangen, daher werden nur diese Instrumente aus dem Gesamtkonzept vorgestellt.²

In den längsschnittigen Testzeitpunkten kommen unterschiedliche Testbatterien zur Anwendung. Dabei sieht der Ablauf eine Ausgangerhebung unmittelbar nach der Aufnahme und halbjährliche Zwischentestungen vor. Im Rahmen der Eingangsdiagnostik, die zum Aufnahmezeitpunkt durchgeführt wird, bearbeiten alle neu aufgenommenen Bewohnerinnen der Einrichtung die Instrumente der Baselinetestung.

Die Testbatterien unterscheiden sich in Abhängigkeit des Testzeitpunkts hinsichtlich der Anzahl der diagnostischen Instrumente, wobei die Ausgangs- und die Abschlusstestung die umfanglichsten Testbatterien mit identischen Instrumenten darstellen. Die halbjährlichen Zwischentestungen werden mit einer verkürzten Testbatterie durchgeführt (Tabelle 1).

² Eine vollständige Darstellung des gesamten Untersuchungsdesigns findet sich bei Krieglstein et al. (2023).

Tabelle 1. Angewandte Messinstrumente in Abhängigkeit des Testzeitpunktes

Baselinetestung	Zwischentestungen	Endtestung	
SCL-90-S EDI-2 BPI TSC-KJ	SCL-90-S	analog Baseline	Online Testsystem
RSES SWLS Zielerreichungs-Skala EDE-Q Aufnahmebogen	RSES SWLS Zielerreichungs-Skala EDE-Q		Paper Pencil

Im Folgenden wird auf die einzelnen Testinstrumente und ihre Verwendung im Detail eingegangen.

1) *SCL-90-S (Franke, 2014)*

Die Symptom-Checklist-90-Standard ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Ermittlung der psychischen Belastung. Die insgesamt 90 Items bilden neun Subskalen ab, welche die Bereiche *Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt* und *Zwanghaftigkeit* abdecken. Alle Subskalen zeigen gute interne Konsistenzen zwischen Cronbachs α .78 und .98. Neben den einzelnen Skalenwerten ermittelt der Test zusätzlich einen globalen Kennwert, der als „Grundsätzliche psychische Belastung“ interpretiert wird.

2) *EDI 2– Eating disorder Inventory (Kappel et al., 2012)*

Das EDI-2 kann als *das* internationale Standardverfahren zur Erfassung der spezifischen Psychopathologie von Patient*innen mit Essstörungen betrachtet werden. Die insgesamt 91 Items erfassen die Faktoren *Schlankheitsstreben, Bulimie, Unzufriedenheit mit dem Körper, Ineffektivität, Perfektionismus, Misstrauen, interozeptive Wahrnehmung, Angst vor dem Erwachsenwerden, Askese, Impulsregulation* und *soziale Unsicherheit*. Die interne Konsistenz des Tests liegt je nach Untersuchung bei Werten zwischen Cronbachs α .72 und .93.

3) *BPI – Borderline-Persönlichkeits-Inventar (Leichsenring, 1999)*

Das Borderline-Persönlichkeits-Inventar kann als Standardverfahren für klinische Untersuchungen mit dem Interessengebiet emotional-instabiler Symptomatik angesehen werden. Der Fragebogen basiert auf der Konzeptualisierung der Borderline-Störung nach Kernberg und beinhaltet die Skalen *Entfremdungserlebnisse und Identitäts-Diffusion, Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen, Mangelhafte Realitätsprüfung* und *Angst vor Nähe*. Die Insgesamt 53 Items weisen eine interne Konsistenz zwischen Cronbachs α .68 und .91 auf.

4) TSC-KJ – Trauma-Symptom-Checkliste für Kinder und Jugendliche (Petermann, 2018)

Die Trauma-Symptom-Checkliste für Kinder und Jugendliche ist ein Instrument zur Feststellung von Traumafolgestörungen und deren Intensität. Das Instrument bildet die sechs Subskalen *Angst, Ärger, Depression, Dissoziation, Posttraumatischer Stress, Intensive Beschäftigung mit Sexualität* und *Belastung durch Sexualität* mit insgesamt 54 Items ab. Die interne Konsistenz liegt nach Angaben von Petermann (2018) zwischen Cronbachs α .76 bis .86

5) RSES – Rosenberg Selbstwertkala (Rosenberg, 1965)

Die Skala erfasst in insgesamt zehn Items, gemessen auf einer 6-Punkt-Likert Skala, den Selbstwert einer Person. Laut v. Collani & Herzberg (2003) überzeugt die Skala durch ihre Ökonomie, ihre Augenscheinvalidität und ihre allgemein als gut zu betrachtenden psychometrischen Gütekriterien, wobei die interne Konsistenz der Skala je nach Untersuchung zwischen Cronbachs α .72 und .84 liegt.

6) SWLS Satisfaction with Life Scale (Diener et al., 1985)

Die Lebenszufriedenheitsskala von Diener et al. (1985) misst die allgemeine Lebenszufriedenheit einer Person. Die interne Konsistenz der Skala wird von den Autor*innen mit einem Cronbachs α von .88 angegeben.

7) Die Zielerreichungsskala

Die Zielerreichungsskala wurde von der GPE in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Fröhlich-Gildhoff (Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Ev. Hochschule Freiburg) in Anlehnung an Schaefer & Kolip (2010) entwickelt. Der Selbsteinschätzungsfragebogen deckt mit insgesamt zehn Items verschiedene Lebensbereiche ab. Inhaltlich liegt der Fokus bei der Auswahl der Items auf Lebensbereichen, die für die Bewohnerinnen in Jugendhilfeeinrichtungen und im speziellen von Jugendlichen mit Essstörungen relevant sind (1: Schritte zum Erreichen eines Schulabschlusses, 2: Erleben eines positiven Körpergefühls, 3: Angemessenes, gesundheitsförderliches Essverhalten [Abbau Störung], 4: Verhältnis zu den Eltern, mit dem ich zufrieden bin, 5: Zufriedenstellende Kontakte zu Gleichaltrigen, 6: Umgehen-Können mit inneren Spannungen [Regulieren ohne „Exzesse“], 7: Umgehen-Können mit Geld, 8: Aufbau eines Hobbys, 9: Aufbau einer festen Partnerschaft [Zweierbeziehung], 10: Entwickeln einer Berufsperspektive).

8) EDE-Q – Eating Disorder Examination Questionnaire (Fairburn & Beglin, 2008)

Der EDE-Q dient der Erfassung der spezifischen Psychopathologie von Essstörungen bei Erwachsenen und Jugendlichen. Die insgesamt 28 Items bilden vier Skalen ab: *Gezügeltes Essen, Essensbezogene Sorgen, Gewichtssorgen* und *Figursorgen* (Interne Konsistenz von Cronbachs α = .97).

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobe

In die Auswertungen gehen die Daten der Klientinnen ein, die im Zeitraum 1.4.2019 bis zum 30.9.2023 erhoben wurden. Dies sind zum Aufnahmezeitpunkt T0 N = 89 junge Frauen mit einer Altersspanne von 13 bis 30 Jahren (M : 17,38, SD : 2,81) (gewesen).

Zum Erhebungszeitpunkt 30.9.2023 haben 24 junge Frauen mit der (ehemaligen) Hauptdiagnose Anorexia nervosa die Jugendhilfemaßnahme regulär beendet (Alters-*M*: 19,7, *SD*: 3,6) – das bedeutet, dass eine einvernehmliche Beendigung, zumeist in ein eigenständiges Leben vereinbart wurde. Die durchschnittliche Betreuungs-/Aufenthaltsdauer in der Einrichtung GPE hat 23,3 (Spanne 6-52 Monate) Monate betragen.

Im Folgenden sind die bisher erfassten Untersuchungszeitpunkte folgendermaßen gekennzeichnet:

- T0 – Eingangsuntersuchung zum Aufnahmezeitpunkt
- T1_1 bis T1_4 – Zwischenmessungen mit i.d.R. halbjährlichem Abstand (T1_1 Messung wurde 6 Monate nach der Aufnahme durchgeführt, T1_2 nach weiteren 6 Monaten usw.)³
- T2 – Abschlussmessung

Die Zahlen der Untersuchungs-Teilnehmerinnen zu den verschiedenen Zeitpunkten variieren entsprechend der unterschiedlichen Aufenthaltsdauer.

3.2 Übersicht über die Entwicklungen

Die folgende Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Entwicklung der Daten in den verschiedenen Testverfahren für die Gesamtgruppe der betreuten Klientinnen:

Tabelle 2a. Gesamtüberblick über Veränderungen (Variablen)

Erläuterungen	Messinstrument/Skala
BMI	Body-Mass-Index
Gezügeltes Essen	Subskalen des EDE-Q
Essensbezogene Sorgen	
Gewichtssorgen	
Figursorgen	
EDE-Q-Gesamtwert	
Aggressive Feindseligkeit	Subskalen des SCL-90-S
Ängstlichkeit	
Depressivität	
Paranoides Denken	
Phobische Angst	
Psychotizismus	
Somatisierung	
Unsicherheit im Sozialkontakt	
Zwanghaftigkeit	
Global GSI	SCL-90-S Gesamtwert (Gesamtbelastung)
Global PSDI	SCL-90-S Intensität des Erlebens der Symptome
Global PTS	SCL-90-S Anzahl der Symptome mit Belastung
SWLS	Maß für Lebenszufriedenheit
RSES	Maß für Selbstwert

³ In diesen Bericht gehen nur die Daten der Zeitpunkte T1_1 – T1_4 ein, weil die Datenmenge für weitere Zeitpunkte noch nicht für eine seriöse Auswertung ausreicht.

Zielerreichungsskalen (ZES)	
ZES_1	Schritte zum Erreichen eines Schulabschlusses
ZES_2	Erleben eines positiven Körpergefühls
ZES_3	Angemessenes, gesundheitsförderliches Essverhalten
ZES_4	Verhältnis zu den Eltern, mit dem ich zufrieden bin
ZES_5	Zufriedenstellende Kontakte zu Gleichaltrigen
ZES_6	Umgehen-Können mit inneren Spannungen
ZES_7	Umgehen-Können mit Geld
ZES_8	Aufbau eines Hobbys
ZES_9	Aufbau einer festen Partnerschaft (Zweierbeziehung)
ZES_10	Entwickeln einer Berufsperspektive

Unterschiede hinsichtlich zentraler Tendenz zwischen zwei Messzeitpunkten (z. B. T0 vs. T2) wurden nicht-parametrisch mittels Wilcoxon-Test auf Signifikanz geprüft.

Zum simultanen Vergleich von mehr als zwei Messzeitpunkten kam der Friedman-Test zur Anwendung. Da hier eher eine Verdeutlichung des Verlaufs (z. B. kontinuierliche Verbesserung/Verschlechterung) im Vordergrund stand, wurde auf die anschließenden Einzelvergleiche verzichtet.

Auf eine Berechnung der Effektstärken wurde verzichtet, da es hier nicht in erster Linie um eine Quantifizierung eines möglichen Effektes ging, sondern um die Richtung. Wenn sich bei späteren Auswertungen (momentan sind ja zwei Messzeitpunkte aufgrund der geringen Fallzahl noch gar nicht sinnvoll auswertbar) die Richtung der Veränderungen bestätigt, sollten dann aber auch die Effektstärken ermittelt werden.

Grundsätzlich wurde zweiseitig getestet.

Pfeilrichtung: gleichbleibend (keine/geringe Veränderung)	→
Zunahme	↑
Abnahme/Verringerung	↓

p = Maß für die Irrtumswahrscheinlichkeit/statistische Signifikanz

p < 0,05 bedeutet: signifikant, bedeutsamer, überzufälliger Unterschied

p < 0,01 bedeutet: hoch signifikant, sehr bedeutsamer Unterschied

p < 0,001 bedeutet: höchst signifikant

grüne Hervorhebung: signifikanter Unterschied zwischen den Messzeitpunkten liegt vor

Tabelle 2b. Gesamtüberblick über Veränderungen (Ergebnisse)

T0–T1_1 (n = 57)		p	T1_1–T1_2 (n = 43)		p	T0–T2 (n = 24)		p
BMI	↑	0,001	BMI	→	0,530	BMI	↑	0,043
Gezügeltes_Essen	↓	0,003	Gezügeltes_Essen	↓	0,008	Gezügeltes_Essen	→	0,067
Essensbezogene_Sorgen	↓	0,001	Essensbezogene_Sorgen	→	0,290	Essensbezogene_Sorgen	↓	0,001
Gewichtssorgen	↓	0,029	Gewichtssorgen	↓	0,002	Gewichtssorgen	↓	0,011
Figursorgen	↓	0,004	Figursorgen	↓	0,017	Figursorgen	↓	0,001
EDE_Gesamtwert	↓	0,003	EDE_Gesamtwert	↓	0,004	EDE_Gesamtwert	↓	0,004
Aggressivität_Feindselig-	↑	0,034	Aggressivität_Feindselig-	→	0,581	Aggressivität_Feindselig-	→	0,231
Ängstlichkeit	→	0,158	Ängstlichkeit	→	0,559	Ängstlichkeit	↓	0,015
Depressivität	→	0,153	Depressivität	→	0,130	Depressivität	↓	0,001
Paranoides_Denken	→	0,777	Paranoides_Denken	→	0,506	Paranoides_Denken	↓	0,016
Phobische_Angst	→	0,260	Phobische_Angst	→	0,545	Phobische_Angst	→	0,955
Psychotizismus	→	0,364	Psychotizismus	→	0,112	Psychotizismus	↓	0,004
Somatisierung	→	0,409	Somatisierung	→	0,681	Somatisierung	→	0,130
Unsicherheit_im_Sozial-	→	0,428	Unsicherheit_im_Sozial-	→	0,406	Unsicherheit_im_Sozial-	↓	0,005
Zwanghaftigkeit	→	0,173	Zwanghaftigkeit	→	0,283	Zwanghaftigkeit	↓	0,001
Global_GSI	→	0,347	Global_GSI	→	0,127	Global_GSI	↓	0,001
Global_PSDI	↓	0,034	Global_PSDI	→	0,616	Global_PSDI	↓	0,002
Global_PST	→	0,564	Global_PST	→	0,282	Global_PST	↓	0,013
SWLS	↑	0,007	SWLS	↑	0,012	SWLS	↑	0,025
RSES	→	0,085	RSES	↑	0,011	RSES	↑	0,002
ZES_1	→	0,645	ZES_1	↑	0,025	ZES_1	→	0,091
ZES_2	→	0,071	ZES_2	↑	0,042	ZES_2	↑	0,007
ZES_3	↑	0,005	ZES_3	→	0,659	ZES_3	↑	0,042
ZES_4	→	0,481	ZES_4	→	0,397	ZES_4	→	0,642
ZES_5	→	0,526	ZES_5	→	0,913	ZES_5	↑	0,021
ZES_6	→	0,111	ZES_6	→	0,232	ZES_6	↑	0,018
ZES_7	→	0,935	ZES_7	→	0,095	ZES_7	↑	0,016
ZES_8	→	0,742	ZES_8	→	0,105	ZES_8	→	0,286
ZES_9	→	0,961	ZES_9	→	0,065	ZES_9	↑	0,018
ZES_10	↑	0,020	ZES_10	→	0,520	ZES_10	↑	0,006

Beispielhafte Interpretation: zwischen den Messzeitpunkten T0 (Aufnahme) und T1_1 (nach 6 Monaten) erhöht sich der BMI signifikant. Zwischen den Zeitpunkten T1_1 und T1_2 (nach 12 Monaten) gibt es keine Veränderung. Zwischen T0 und T2 (Ende) ergibt sich eine signifikante Steigerung.

Bei der Interpretation der Daten in Tabelle 2 fallen zunächst einige positive Veränderungen zur ersten Zwischentestung nach sechs Monaten (T1_1) im Vergleich zu den Ausgangsdaten (T0) auf. Die betrifft den BMI, Subskalen und Gesamtwert des EDE-Q (Erfassen der Essstörungssymptomatik), die erlebte Gesamt-Intensität der psychischen Belastung, die Lebenszufriedenheit und einzelne Zielerreichungsskalen.

Zwischen erster und zweiter Zwischentestung (T1_1 und T1_2) sind einige dieser positiven Veränderungen weiterhin zu beobachten, einige Entwicklungen ‚stagnieren‘. Hinzu treten signifikant positive Veränderungen des Selbstwertes auf.

Im Vergleich zwischen Ausgangs- und Endmessung (T0 und T2) ergeben sich überwiegend statistisch signifikante oder hoch signifikante positive Veränderungen – auch bei fast allen der verschiedenen Subskalen der Tests EDE-Q und SCL-90-S (GSI). Hier ist eine Verringerung der Werte positiv zu interpretieren (Essstörungssymptome verringern sich, die psychische Gesamtbelastung und in einzelnen Bereichen sinkt). Ebenso sind signifikant positive Veränderungen bei 7 der 10 Zielerreichungsskalen festzustellen.

Weitere Vergleiche T0–T2

Die zwei Testverfahren BPI (Borderline-Persönlichkeits-Inventar; Leichsenring, 1999) und TSC-KJ (Trauma-Symptom-Checkliste für Kinder und Jugendliche; Petermann, 2018) wurden nur bei der Aufnahme und beim Abschluss durchgeführt. Für die jetzige Abschlussstichprobe ergeben sich folgende Veränderungen im Vergleich zur Aufnahme.

Tabelle 3. Veränderungen im Test BPI (n = 18)

BPI-Subskalen	Prä (Aufnahme T0)		Post (Beendigung T2)		p
	M	SD	M	SD	
Entfremdungserlebnisse und Identitäts-Diffusion (ID) (T-Wert)	58,00	5,56	55,95	12,17	0,066
Primitive Abwehr und Objektbeziehungen (AB) (T-Wert)	56,65	5,35	52,25	7,61	0,052
Mangelhafte Realitätsprüfung (R) (T-Wert)	56,50	4,65	56,10	5,22	0,884
Angst vor Nähe (N) (T-Wert)	59,45	6,24	56,45	9,04	0,022

Es zeigt sich in allen Subskalen des BPI – mit Ausnahme der Skala „Mangelnde Realitätsprüfung“ – eine Verringerung der Werte, die allerdings bis auf „Angst vor Nähe“ nicht signifikant ist. Dies ist zum Teil auf die hohen Standardabweichungen – also die hohe Spanne der erfassten Veränderungen in der Gruppe – bei einer kleinen Stichprobe zurückzuführen (z. B. Skala ID). Insgesamt sprechen die „positiveren“ Werte grundsätzlich für eine leichte Stabilisierung der Befragten. Die Dimensionen der Borderlinesymptomatik sind relativ veränderungsresistent (z. B. Leichsenring, 1999), so sind die bisher abbildbaren Veränderungen positiv zu bewerten.

Tabelle 4. Veränderungen im Test TSC-KJ (n = 18)

TSC-KJ Subskalen	Prä (Aufnahme T0)		Post (Beendigung T2)		p
	M	SD	M	SD	
Depression (T-Wert)	67,40	8,29	56,80	13,57	0,001
Ärger (T-Wert)	47,50	11,08	47,65	10,65	0,641
Angst (T-Wert)	59,75	12,52	52,15	16,31	0,140
Dissoziation (T-Wert)	54,85	8,94	50,35	12,67	0,266
Posttraumatischer Stress (T-Wert)	54,05	13,77	51,10	14,00	0,066
Intensive Beschäftigung mit Sexualität (T-Wert)	45,20	7,58	45,95	7,37	0,529
Belastung durch Sexualität (T-Wert)	58,30	6,650	55,85	5,537	0,093

Bei der Betrachtung der Veränderungen der Subskalen des TSC-KJ zeigen sich gleichfalls mit zwei Ausnahmen („Ärger“, „Intensive Beschäftigung mit Sexualität“) Verringerungen der T-Werte, also positive Tendenzen. Signifikant sind dabei nur die Werte für die Subskala „Depression“. Auffallend sind bei der Betrachtung der Ergebnisse auch hier die zumeist hohen Standardabweichungen, die auf eine große Spanne der Veränderungen in der Gruppe hinweisen. Die Ausgangswerte in der Skala „Depression“ war sehr hoch; sie entsprechen einem Prozentrang (PR) von 95,1 – d. h. nur 4,9 % der Normpopulation haben einen noch höheren Wert. Der Gruppenmittelwert bei Beendigung der Jugendhilfemaßnahme entspricht einem PR von 75,2. Keine Veränderungen zeigten sich in den Skalen „Ärger“ und „Intensive Beschäftigung mit Sexualität“; beide liegen im Übrigen im („unauffälligen“) Mittelwertbereich der Normstichprobe (PR 40 bzw. 32) und eine Veränderung war auch nicht zu erwarten/intendiert.

3.3 Exemplarische Betrachtung einzelner Datenvergleiche

Im Folgenden werden die genauen Werte zu den Messzeitpunkten T0 (Aufnahme) und T2 (Beendigung/Abschlusstestung) für einige relevante Tests detailliert dargestellt:

1) Tabelle 5. Entwicklung des Body-Mass-Index BMI¹

	n	M	SD	Min	Max		n	M	SD	Min	Max
T0_BMI_Aufnahme	23	18,20	23,50	15,65	27,70	T2_Aktueller_BMI	23	19,06	2,02	16,7	24,6

Der BMI hat sich für die Gruppe der untersuchten Klientinnen im Mittel von 18,20 auf 19,06 erhöht und liegt damit im Normalbereich (z. B. www.bzga-essstoerungen.de). Die Zunahme ist statistisch signifikant ($p = 0,043$).

¹ Erläuterungen: n = Anzahl der Personen, die den Bogen zu den Vergleichszeitpunkten ausgefüllt haben; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung, Maß für die Streuung der erfassten Population um den Mittelwert; Min = kleinster erreichter Wert; Max = höchster erreichter Wert.

2) *Tabelle 6.* Veränderungen im Ausmaß der Essstörungssymptomatik EDE-Q gesamt

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
T0_EDE-Gesamtwert	24	3,22	1,49	0,8	5,7	T2_EDE-Gesamtwert	24	2,21	1,84	0,06	5,3

Im EDE-Q Gesamtwert ergab sich eine hoch signifikante ($p = 0,004$) Abnahme. Dies bedeutet, dass sich die Essstörungssymptomatik in der Gesamtgruppe im Mittel bedeutsam verringert hat.

3) *Tabelle 7.* Veränderungen im Gesamtbelastungswert GSI im SCL-90-S

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
T0_Global_GSI	22	68,96	10,36	40	78	T2_Global_GSI	22	61,14	15,25	35	78

Eine hoch signifikante ($p = 0,001$) Verringerung zeigt sich auch im Gesamtwert des Tests SCL-90-S, der in verschiedenen Dimensionen das Ausmaß der psychischen Belastung erfasst. Die Veränderung der T-Werte entspricht einer Verringerung des Prozentrangs von 97,1 (zu T0) auf 86,6 (zu T2).

4) *Tabelle 8.* Veränderungen im SWLS – Erfassung der Lebenszufriedenheit

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
T0_SWLS	21	29,33	8,03	17	44	T2_SWLS	21	36,08	12,83	17	60

Die im Testverfahren gemessene Lebenszufriedenheit steigt im Gruppenmittel signifikant ($p = 0,025$) an.

5) *Tabelle 9.* Veränderungen im RSES – Erfassung des Selbstwertes

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
T0_RSES	21	21,43	8,86	14	45	T2_RSES	21	30,96	13,79	14	51

Der Selbstwert der Gruppe der untersuchten Klientinnen ist über den Verlauf der pädagogisch-therapeutischen Maßnahme in der GPE statistisch hoch signifikant ($p = 0,002$) angestiegen.

3.4 Exemplarische Betrachtung der Veränderungen über die Zeit

In diesem Abschnitt werden für ausgewählte Tests die Entwicklungen und Veränderungen über die verschiedenen Messzeitpunkte unter Berücksichtigung der „Zwischentestungen“ dargestellt.

Unterschiede in den referierten Werten zu denen im Abschnitt 3.3 ergeben sich durch leicht abweichende Stichprobengrößen und -zusammensetzungen. So liegen nicht für alle Klientinnen, die an den T0–T2-Untersuchungen teilgenommen haben, auch Daten für alle Zwischenmessungen vor.

Eine Auswahl wurde vorgenommen, um Übersichtlichkeit zu gewährleisten.

1) Entwicklung des Body-Mass-Index BMI

Tabelle 10. Veränderungen des BMI über die Messzeitpunkte T0 bis T1_4 (4. Zwischenmessung)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
T0_BMI_Aufnahme	23	18,26	2,01	15,9	23
T1_1_BMI	23	18,6	1,62	16,5	22,3
T1_2_BMI	23	18,35	1,52	16,9	22,7
T1_3_BMI	23	18,44	1,44	16,9	22,36
T1_4_BMI	23	18,82	1,39	17,5	23,01

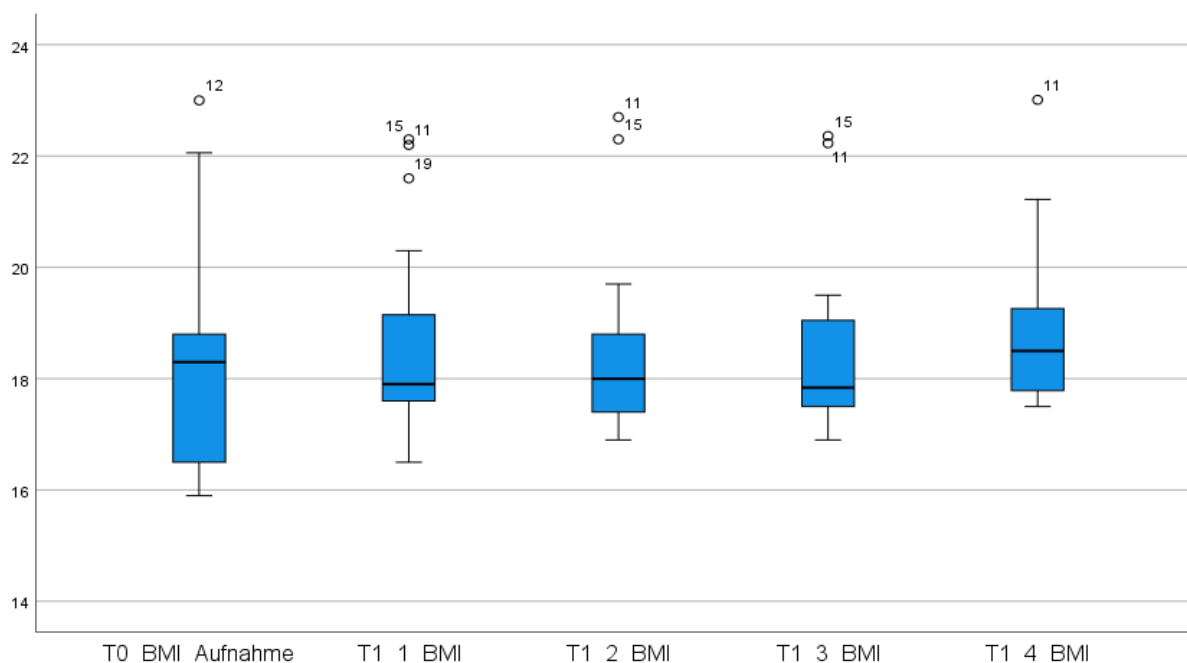


Abbildung 2². Veränderungen des BMI über die Messzeitpunkte T0 bis T1_4 (4. Zwischenmessung)

Tabelle 10 zeigt, dass sich zunächst initial eine Erhöhung des BMI von 18,26 auf 18,60 im Gruppenmittel ergibt, die auch signifikant ist. Im weiteren Verlauf ergeben sich jedoch Schwankungen, auch Verringerungen. Erst nach zwei Jahren (T1_4) ist wieder ein klarer Anstieg zu erkennen.

² Zur besseren Übersicht (besonders zur Visualisierung von Extremwerten) wurden für die grafische Darstellung bei allen Abbildungen die Mediane und der IQR gewählt.

2) Entwicklung des Ausmaßes der Essstörungssymptomatik: EDE-Q Gesamtwert

Tabelle 11. Veränderungen im EDE-Q Gesamtwert über die Messzeitpunkte T0 bis T1_4 (4. Zwischenmessung)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
T0_EDE_Gesamtwert	21	3,71	1,7	0,162	5,95
T1_1_EDE_Gesamtwert	21	3,2	1,61	0,4	5,7
T1_2_EDE_Gesamtwert	21	2,68	1,56	0,06	4,9
T1_3_EDE_Gesamtwert	21	2,8	1,65	0,11	5,7
T1_4_EDE_Gesamtwert	21	2,38	1,61	0,06	5,6

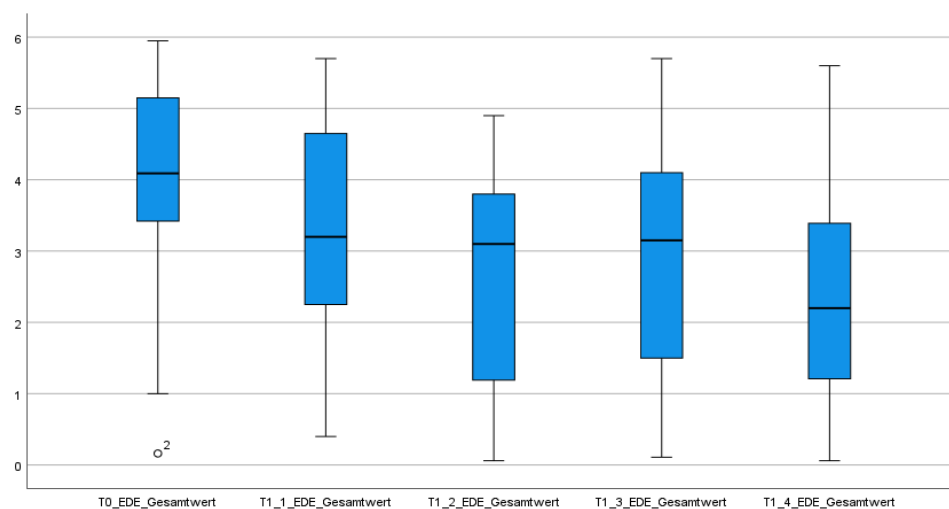


Abbildung 3. Veränderungen EDE-Q Gesamtwert über die Messzeitpunkte T0 bis T1_4 (4. Zwischenmessung)

Abbildung 3 und Tabelle 11 verdeutlichen, dass die Essstörungssymptomatik zur ersten Zwischenmessung (T1_1) zunächst deutlich – auch statistisch bedeutsam ($p = 0,003$) – abnimmt, dann kommt es zu Schwankungen und erst nach zwei Jahren zu einer erneuten deutlichen Verringerung.

3) *Entwicklungen des Gesamtbelastungswertes GSI im SCL 90*

Table 12. Veränderungen im SCL-90-S (Global GSI) Gesamtwert über die Messzeitpunkte T0 bis T1_4 (4. Zwischenmessung)

	n	M	SD	Min	Max
T0_Global_GSI	23	70,70	9,34	40	78
T1_1_Global_GSI	23	70,43	8,57	50	78
T1_2_Global_GSI	23	69,61	9,87	41	78
T1_3_Global_GSI	23	69,00	12,20	35	78
T1_4_Global_GSI	23	68,04	12,29	32	78

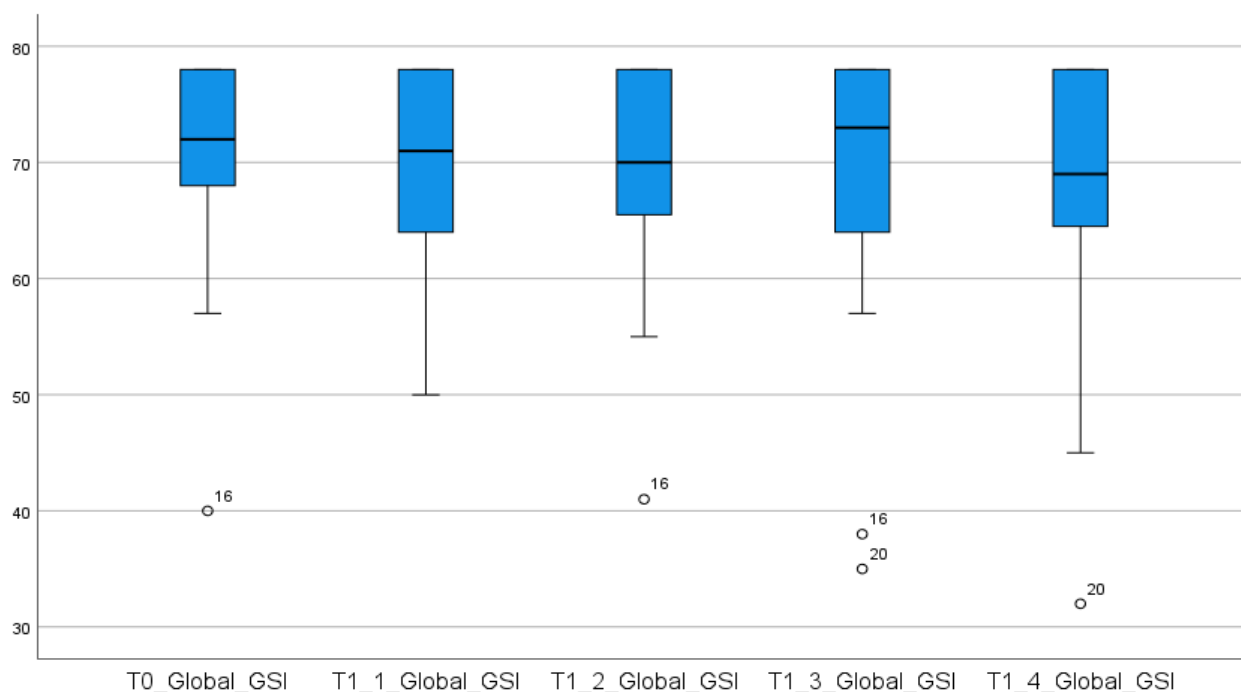


Abbildung 4. Veränderungen im SCL-90-S Gesamtwert (Global GSI) Gesamtwert über die Messzeitpunkte T0 bis T1_4 (4. Zwischenmessung)

Im Gesamt(mittel)wert der psychischen Belastungen der Gruppe der untersuchten Klientinnen zeigen sich initial, nach sechs Monaten, nur sehr geringe Veränderungen. Auch hier schwankt dieser Wert von Testzeitpunkt zu Testzeitpunkt; zu T1_4 (nach zwei Jahren) ist eine deutlichere Verbesserung zu erkennen, die dann bis zum Ende der Jugendhilfemaßnahme weiter zunimmt.

4) Entwicklungen und Veränderungen hinsichtlich der Lebenszufriedenheit (SWLS)

Tabelle 13. Veränderungen im SWLS-Mittelwert über die Messzeitpunkte T0 bis T1_4 (4. Zwischenmessung)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
T0_SWLS	22	27,18	7,31	14	47
T1_1_SWLS	22	29,45	7,47	17	49
T1_2_SWLS	22	32,09	7,14	21	47
T1_3_SWLS	22	32,09	10,14	20	57
T1_4_SWLS	22	33,73	10,13	21	61

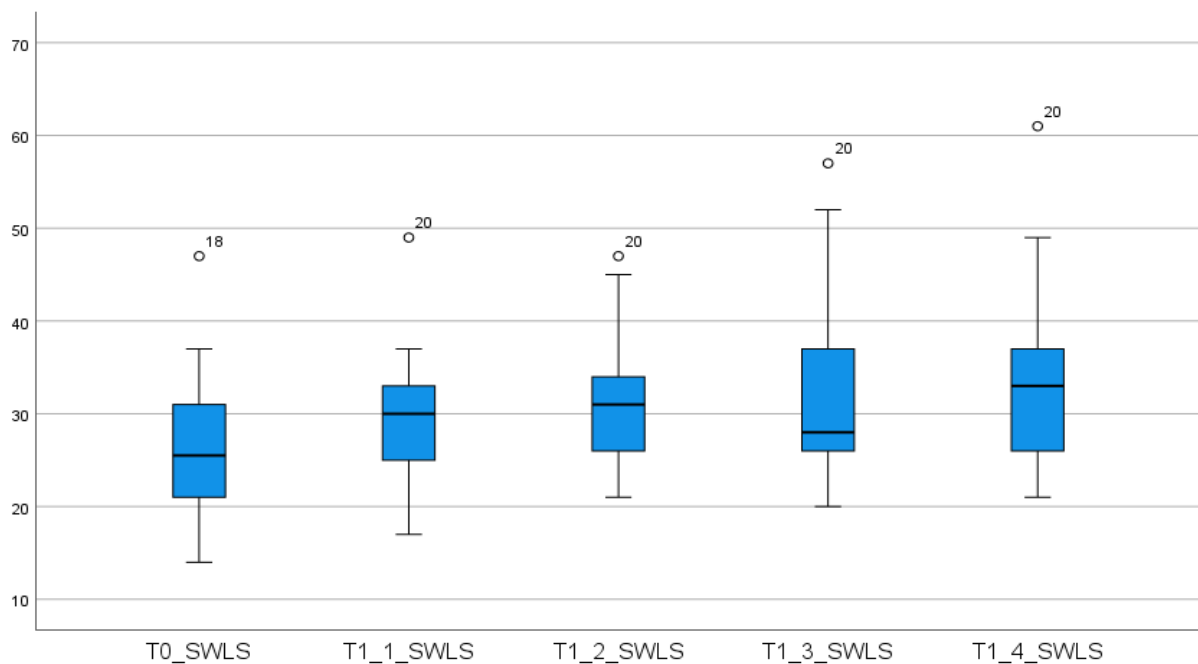


Abbildung 5. Veränderungen im SWLS-Mittelwert über die Messzeitpunkte T0 bis T1_4 (4. Zwischenmessung)

Die von den untersuchten Klientinnen über den Test SWLS berichtete Lebenszufriedenheit steigt – im Gruppenmittelwert – kontinuierlich leicht über die ersten beiden Zwischenmessungen an. Nach einer Stagnation zu T1_3 erfolgt dann wieder ein deutlicher signifikanter Anstieg ($p = 0,006$) zu T1_4 – und dann weiter bis zum Ende der Maßnahme (s. Abschnitt 3.3).

5) *Entwicklungen und Veränderungen hinsichtlich des Selbstwertes (RSES)*

Tabelle 14. Veränderungen im RSES-Mittelwert über die Messzeitpunkte T0 bis T1_4 (4. Zwischenmessung)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
T0_RSES	22	20,41	7,11	14	36
T1_1_RSES	22	20	7,31	14	41
T1_2_RSES	22	23,36	9,81	14	46
T1_3_RSES	22	24,14	12,57	14	55
T1_4_RSES	22	26,82	12,79	14	63

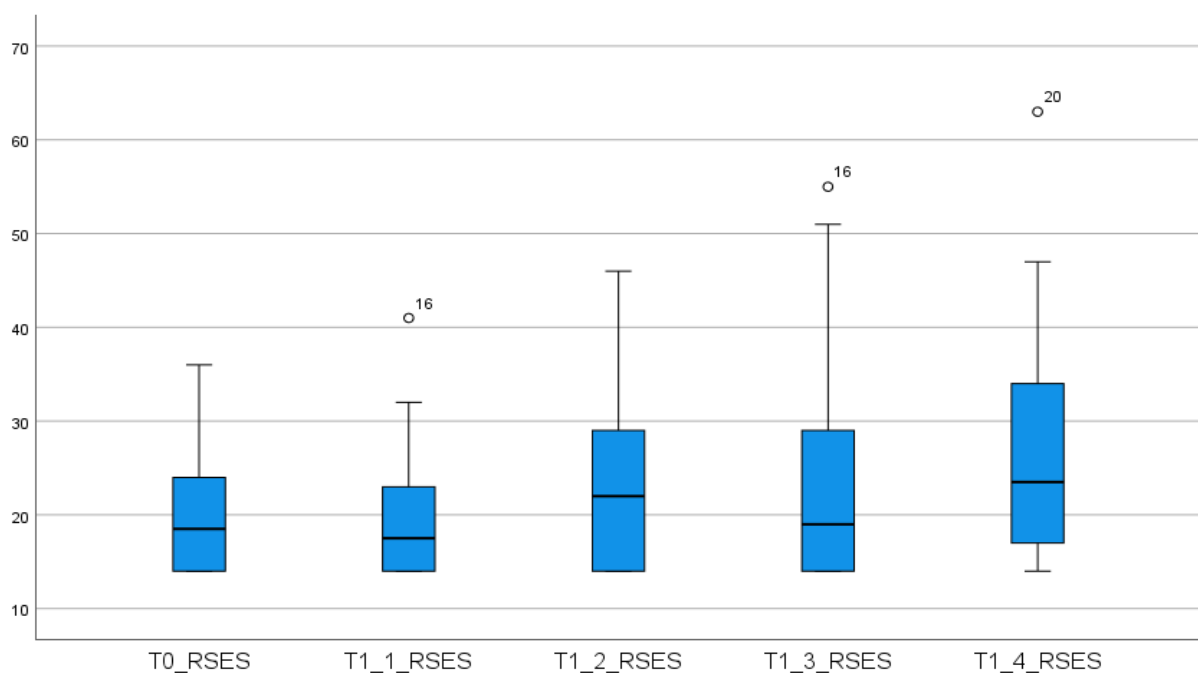


Abbildung 6. Veränderungen RSES-Mittelwert über die Messzeitpunkte T0 bis T1_4 (4. Zwischenmessung)

Der Selbstwert – erfasst über die Gruppenmittelwerte – nimmt zur ersten Zwischentestung leicht ab, steigt dann jedoch kontinuierlich – und besonders zu T1_4 – an. Ein weiterer, im Vergleich zu T0 hoch signifikanter Anstieg ($p = 0,002$) zeigt sich dann bei der Abschlusstestung.

4. Zusammenfassung und Perspektiven

Im Rahmen der Evaluation der Jugendhilfeeinrichtung GPE werden die dort lebenden und pädagogisch-therapeutisch betreuten jungen Frauen mit der Hauptdiagnose Anorexia nervosa („Klientinnen“) bei der Aufnahme, bei Beendigung der Maßnahme und regelmäßig zwischendurch in sechsmonatigem Abstand mit verschiedenen psychodiagnostischen Verfahren getestet. Zusätzlich wird systematisch der Body-Mass-Index erfasst.

Im vorliegenden Bericht gehen die Daten der 24 Bewohnerinnen ein, die die Maßnahme beendet haben; die Teilnahmezahl an den Zwischentestungen schwankt leicht zwischen 21 und 24.

Die wesentlichen *Ergebnisse* lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- In den allermeisten erhobenen Daten zeigt sich eine positive signifikante oder hoch signifikante Veränderung bei der Abschlussmessung gegenüber den Ausgangsdaten: Der BMI erhöht sich, Essstörungssymptome werden geringer, die psychische Gesamtbelastung nimmt ab, Lebenszufriedenheit und Selbstwert sind gestiegen. Auch bei den Zielerreichungsskalen – subjektive Einschätzungen wichtiger Ziele – zeigen sich klar positive Tendenzen.
- Auch im Borderline-Persönlichkeits-Inventar und der Trauma-Symptom-Skala zeigen sich durchgehend Verbesserungen, wobei hier nur ein Teil der Veränderungen statistisch bedeutsam ist.
- Bei der genauen Betrachtung der zeitlichen Entwicklung dieser Veränderungen wird deutlich, dass meist zunächst innerhalb der ersten sechs Monate eine initiale Verbesserung zu beobachten ist. Bei den weiteren Testungen nach einem und anderthalb Jahren setzt sich dieser Trend nicht fort, es kommt zu Schwankungen, manchmal auch „Rückschritten“. Erst zum Zeitpunkt T1_4 nach zwei Jahren – und dann bei der Abschlussmessung – werden deutlich positive Veränderungen in allen erfassten Parametern deutlich.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich folgende *Perspektiven* ableiten:

- Die statistisch überwiegend signifikanten positiven Veränderungen in den verschiedenen psychodiagnostischen Testverfahren bei der Abschluss- gegenüber der Eingangsmessung sind eindeutige Anzeichen für eine Stabilisierung der Klientinnen.
- Auch wenn in der Evaluation kein Vergleichsgruppendesign realisiert werden kann – weil es eine Vergleichs-/Kontrollgruppe ohne Intervention(en) mit gleichartigen Teilnehmerinnen schlichtweg nicht gibt (zu dieser Thematik: Fröhlich-Gildhoff & Hoffer, 2020) – sind diese positiven Veränderungen mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die pädagogisch-therapeutische Arbeit in der differenziert arbeitenden Einrichtung GPE zurückzuführen: Die jungen Frauen leben dort im Durchschnitt 23 Monate und werden intensiv pädagogisch (und therapeutisch) betreut. Weitere Einflüsse wie z. B. Elternkontakte, Schulbesuch etc. spielen bei der Entwicklung der Klientinnen sicher eine Rolle – diese Einflüsse können bei der Stichprobengröße und der Betrachtung von Gruppenveränderungen jedoch weitgehend vernachlässigt werden. Zusammenhänge zwischen quantitativen Daten und qualitativen Entwicklungsparametern fanden sich zudem bei einer vertieften Betrachtung in Einzelfallstudien (siehe Krieglstein et al., 2023).
- Auch wenn die Daten bereits nach sechs Monaten auf initiale Verbesserungen hinweisen, so zeigt die Analyse des zeitlichen Verlaufs, dass eine Stabilisierung der positiven Veränderungen erst nach ca. zwei Jahren (im Gruppenmittel) erfolgt. Die bedeutet, dass schon bei der anfänglichen Hilfeplanung ein längerer Betreuungszeitraum ins Auge gefasst werden muss. Und: Es muss mit Stagnation und Rückschlägen im Betreuungsverlauf gerechnet werden. Die hohe Ausgangsbelastung der Klientinnen erfordert qualifizierte begleitende Fachkräfte („Betreuer*innen“) sowie eine gesundheitserhaltende Teamarbeit (im Betreuer*innen-Team) als Grundlage für Geduld und Reflexion, um mit Stagnation und Rückschlägen pädagogisch-therapeutisch umgehen zu können (s. a. Fröhlich-Gildhoff, Ploch, von Hippel, Krieglstein & Schule, 2023). Wenn dies gegeben ist, zeigen sich längerfristig – zumindest im Gruppenmittelwert – signifikant-positive Entwicklungen.

Das grundlegende Konzept der praxisbezogenen, dennoch ausführlichen Evaluation der Arbeit einer spezialisierten Jugendhilfeeinrichtung hat sich grundsätzlich bewährt – auch wenn der Aufwand dafür hoch ist und bei größeren Stichproben auch differenzierte Drop-out-Analysen durchgeführt werden müssen. Die insgesamt positiven Ergebnisse verweisen darauf, dass es möglich ist, mit einem hohen personellen und fachlichen – und letztlich finanziellen – Aufwand die hoch belastete Zielgruppe zu erreichen und gesunde Lebensperspektiven zu eröffnen. Nicht zuletzt können diese Ergebnisse auch die Mitarbeiter*innen der Einrichtung ermutigen, ihre z. T. sehr anstrengende Arbeit weiterzuführen.

Literatur

- Collani, von, G. & Herzberg, P. Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg [A revised version of the German adaptation of Rosenberg's Self-Esteem Scale]. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24(1), 3–7. DOI: 10.1024//0170-1789.24.1.3
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J.(2008).Eating Disorder Examination Questionnaire(EDE-Q 6.0).In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309-314). New York: Guilford Press.
- Fichter, M. (2020). Epidemiologie der Ess- und Fütterstörungen. In AWMF (Hrsg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (S. 1-15). Online: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-026l_S3_Esstorerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf
- Franke, G. H. (2014). *SCL-90®-S. Symptom-Checklist-90®-Standard-Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Ploch, T., von Hippel, A. & Schuler, L. (2024). Psychische Belastungen der Bewohnerinnen einer stationären Jugendhilfeeinrichtung für junge Frauen mit Anorexie (Anorexia nervosa) – Ausgangsdaten der Langzeitevaluation. *Unsere Jugend* 2/2024, 112-123.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Ploch, T., von Hippel, A. & Krieglstein, K. & Schuler, L. (2023). Ausgangsdaten der Bewohnerinnen einer stationären Jugendhilfeeinrichtung für junge Frauen mit Anorexie (Anorexia nervosa). *Perspektiven der empirischen Kinder- und Jugendforschung*, 9(1), 101-128.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hoffer, R. (2020). Jenseits des Goldstandards – Methodische und methodologische Herausforderungen der Wirkungsforschung unter Praxisbedingungen. *Forum Gemeindepsychologie*, 25 (1), <http://www.gemeindepsychologie.de/184.html>
- Herpertz, S., Tuschen-Caffier, B. & Vocks, S. (2020). Die therapeutische Beziehung zu Patientinnen mit der Diagnose einer Essstörung. In AWMF (Hrsg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (S. 49-62). Online: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-026l_S3_Esstorerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf
- Herpertz, S., De Zwaan, M. & Zipfel, S. (Hrsg.) (2008). *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (Vol. 10). Heidelberg: Springer.
- Himmerich, H. & Treasure, J. (2018). Psychopharmacological advances in eating disorders. *Expert review of clinical pharmacology*, 11(1), 95-108.

- Kappel, V., Thiel, A., Holzhausen, M., Jaite, C., Schneider, N., Pfeiffer, E. & Salbach-Andrae, H. (2012). Eating disorder inventory-2 (EDI-2). *Diagnostica*, 58, S. 127-144. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000069>.
- Krieglstein, K., von Hippel, A., Schuler, L. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2023). Krankheitsverläufe von jungen Frauen mit Anorexia nervosa in der auf Essstörungen spezialisierten stationären Jugendhilfe – vergleichende Einzelfallstudien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 72(3), 231-258. <https://doi.org/10.13109/prkk.2023.72.3.231>.
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45-63.
- Petermann, F. (2018). *Trauma-Symptom-Checkliste für Kinder und Jugendliche*. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66(4), 253-255. DOI: 10.1024/1661-4747/a000363
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61(52), 18.
- Schaefer, I. & Kolip, P. (2010). Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal attainment scaling (GAS). *Prävention*, 33(03), 66-69.
- Tun, E. M. K. T., Nimis, B., Burger, W., Friedrich, C., Wunsch-Leiteritz, W., Leiteritz, A. & Reich, G. (2018). *Qualitätssicherung einer Wohngruppe für Menschen mit chronischen Essstörungen*. https://www.researchgate.net/profile/Micha-Strack/publication/326609763_Qualitatssicherung_einer_Wohngruppe_fur_Menschen_mit_chronischen_Esstorungen_Wohngruppe_amlDon-Hilfe_fur_Menschen_mit_Esstorungen/links/5b58bd14aca272a2d6685b63/Qualitaetssicherung-einer-Wohngruppe-fuer-Menschen-mit-chronischen-Esstorungen-Wohngruppe-amlDon-Hilfe-fuer-Menschen-mit-Esstorungen.pdf.
- Zeeck, A., Cuntz, U., Herpertz-Dahlmann, B., Ehrlich, S., Friederich, H.-C., Resmark, G., Hagenah, U., Haas, V., Hartmann, A., Greetfeld, M., Zipfel, S. & Brockmeyer, T. (2020). Anorexia nervosa. In AWMF (Hrsg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (S. 63-192). Online: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-026I_S3_Esstorung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf.