

253. Kächele H für die Studiengruppe MZ-ESS (1999) Eine multizentrische Studie zu Aufwand und Erfolg bei psychodynamischer Therapie von Eßstörungen: Studiendesign und erste Ergebnisse. Psychother psychol Med49: 100-108

## Therapieaufwand und Therapieerfolg bei der psychodynamischen Therapie von Eßstörungen: Eine multizentrische Studie\*

Horst Kächele für die Studiengruppe MZ-ESS

Korrektur- und Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Horst Kächele  
Forschungsstelle für Psychotherapie  
Christian-Belser-Str. 79a  
70597 Stuttgart  
Tel: 0711/6781400  
Fax: 0711/6876902

---

\* Die Pilotphase dieser Untersuchung wurde durch die BREUNINGER STIFTUNG gefördert. Die Studie selbst wird seit 1993 durch das BUNDESMINISTERIUM FÜR FORSCHUNG UND TECHNOLOGIE (BMFT) im Rahmen des Schwerpunktprogrammes ‚Therapie und Rückfallprophylaxe psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter‘ gefördert (01EN9410/2, vormals 07PSF53). Ein Teil der Freiburger Daten (ambulante Psychotherapie der Bulimia nervosa) wurde im Rahmen des durch die DEUTSCHE FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT geförderten Projektes ‚Wirkprozesse der Bulimiebehandlung‘ (He 2069/2-1) erhoben.

Die Studie ist das Resultat langjähriger gemeinsamer Planung, Entwicklung und Durchführung der mehr als 100 Studienteilnehmer in 45 teilnehmenden Zentren (s. Text). Deshalb werden für die Publikationen der Gesamt-Studie nicht einzelne Autorennamen, sondern der Studientitel als Kennzeichen der Autorenschaft verwendet. Das vorliegende Manuskript wurde im Auftrag der Studienteilnehmer erstellt, überarbeitet von Hans Kordy, Stuttgart, und Thomas Herzog, Freiburg, und gebilligt vom Geschäftsführenden Ausschuß sowie dem Mitgliederat der Studie.

## **Zusammenfassung**

**ZIELSETZUNG:** Evaluation von psychodynamisch orientierten Behandlungen anorektischer und bulimischer Patientinnen\*\* unter Qualitäts- und Kostengesichtspunkten (,Wieviel Therapie wird bei welchen Patientinnen für eine erfolgreiche Behandlung aufgewendet?‘). Erarbeitung von Indikationskriterien für Therapieaufwand (,Dosis‘) und -maßnahmen.

**METHODIK:** Prospektive naturalistische Längsschnittstudie (analog der Phase IV von Wirksamkeitsstudien bei Arzneimitteln) mit 2,5-Jahreskatamnese. Konsekutive Therapiebeginner (Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa, DSM-III-R). Mehrdimensionale Befund-/Ergebnis-Messung mit standardisierten Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten. Operationalisierte geschichtete Erfolgskriterien. Differenzierte Messung von Therapie-‘Bausteinen‘ und -aufwand. Survivalanalysen, logistische Regression.

**ERGEBNISSE:** 1171 vollständig dokumentierte Behandlungsepisoden aus 43 klinischen Einrichtungen (30,3 % Anorexia nervosa, 55,3 % Bulimia nervosa, 14,4 % Doppeldiagnosen). Die Patienten sind chronisch krank (M=7,6 Jahre; SD=6,3 Jahre) und bei Beginn der (meist stationären) Indexbehandlung 25,5 Jahre alt (SD=6,0 Jahre). Die Therapien dauern ca. 11 Wochen (Median) und umfassen ein breites Spektrum von Therapiemaßnahmen.

**DISKUSSION:** Studiendurchführung und Meß- und Auswertungsstrategien dieser weltweit größten Therapiestudie bei eßgestörten Patientinnen werden anhand erster Ergebnisse zur Diskussion gestellt.

Gesundheitssystemforschung - Eßstörungen - Anorexia nervosa - Bulimia nervosa - Prognosestudie - Therapieverlaufsstudie - Aufwand-Wirkungs-Relation

---

\*\* Wegen der bekannten Geschlechtsverteilung sprechen wir im folgenden von Patientin und Patientinnen und schließen darin die männlichen Patienten mit ein.

## **Summary**

**AIM:** Evaluation of psychodynamically oriented treatment of anorectic and bulimic patients taking into account both quality and cost of therapist (,How much therapy is applied for what patients for a successful treatment?'). Criteria for indication of kind of therapy and of amount of therapy (,dosage') are provided.

**METHOD:** Prospective naturalistic longitudinal study (comparable to phase IV of effectiveness studies on pharmaceuticals) including 2.5 year follow-up. Consecutive sample (Anorexia nervosa and bulimia nervosa, DSM-III-R). Multi-dimensional outcome measures including self- and expert-ratings. Operationalization of outcome is layered. Differentiated measurement of amount of therapy and treatment elements. Survival analysis, logistic regression.

**RESULTS:** 1171 completely documented treatment episodes of 43 institutions (30.3% Anorexia nervosa, 55.3% bulimia nervosa, 14.4% double diagnoses). Patients are chronically ill ( $M=7.6$  years;  $SD=6.3$  years) and at the beginning of (mostly inpatient) treatment of the index episode 25,5 years of age ( $SD=6.0$  years). Therapies last appr. 11 weeks (Median) and encompass a broad range of therapy measures.

**DISCUSSION:** Study conduction as well as data collection and analysis of this worldwide biggest study on treatment of eating disorders is discussed by presenting preliminary results.

Health service research - eating disorders - prognosis - anorexia nervosa - bulimia nervosa - psychodynamic - treatment outcome

### ***Eßstörungen und ihre Behandlung: Forschungsbedarf***

Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) sind schwere psychosomatische Erkrankungen, die vor allem bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen auftreten. Beide Erkrankungen sind relativ häufig. Die administrative Inzidenz von Patientinnen mit Eßstörungen hat in den letzten Jahren zugenommen [22, 32], obwohl weiterhin die meisten, besonders bulimischen Patientinnen in der Bevölkerung unbehandelt bleiben (vgl. auch Tab. 1) [22]. Inzwischen machen sie in vielen psychosomatischen Polikliniken und Einrichtungen 15% - 25% der Erstkontakte aus. Allerdings gibt es keine überzeugenden Hinweise für eine Zunahme der ‚wahren‘ Inzidenz und Prävalenz in der Bevölkerung seit 1980 [7, 8, 22]. Sehr konservative Schätzungen ergeben bei jungen Frauen in westlichen Gesellschaften eine Punkt-Prävalenz (Bevölkerung) bzw. Einjahres-Inzidenz (Inanspruchnahmepopulation in der Primärversorgung) für strikt definierte AN von 0,3% bzw. 8/100.000 und für BN von 1% bzw. 12/100.000. Anorektische Patientinnen beanspruchen besonders lange und häufige stationäre Aufnahmen [28] und sie haben mit der höchsten standardisierten Mortalitätsrate unter den psychischen Störungen [33].

AN und BN sind komplexe, in Entstehung, Auslösung und Verlauf multifaktoriell determinierte Syndrome [1, 2, 36, 21]. Es besteht weitgehende Einigkeit darüber, daß

1. Art, Schweregrad und Dauer der Symptome [12, 19], 2. Faktoren der Persönlichkeit [16], 3. familiäre [4] und soziale [37] Faktoren, 4. biologisch-endokrinologische Parameter [10, 18] eine wichtige Rolle spielen. Es ist jedoch derzeit wenig darüber bekannt, ob und wie diese Faktoren zusammenwirken und in welcher Weise sie auf das Behandlungsergebnis bzw. den langfristigen Verlauf der Krankheiten Einfluß nehmen. Wegen der großen Zahl potentieller Prognosefaktoren und ihrer komplexen Verknüpfungen sind die bisher vorliegenden Stichproben i.allg. viel zu klein für eine verlässliche Antwort [9].

Zur *Anorexia nervosa* liegen eine Reihe Langzeitstudien (Katamnesedauer 10 Jahre und mehr) vor, denen zufolge im langfristigen Verlauf oft nur 40 - 50% der Behandelten als geheilt betrachtet werden können, andererseits die jährliche Sterbequote bis zu 1% beträgt [19]. Diese Verlaufsstudien erlauben allerdings keine Rückschlüsse auf die Wirksamkeit spezifischer Thera-

pieansätze. Es gibt kaum aussagekräftige Therapiestudien, weder aus psychodynamisch orientierten Einrichtungen [14], noch bei systematischer Berücksichtigung sämtlicher Therapieansätze, gleich welcher Orientierung und Kombination, und keine Belege für die Überlegenheit spezifischer Verfahren [13]. Gerade für schwerer kranke Patientinnen werden häufig komplexe Therapieprogramme angewendet, die zahlreiche unterschiedliche und unterschiedlichen Therapierichtungen entstammende Komponenten enthalten. Diese komplexe Kombination von Therapie-‘Bausteinen‘ ist aber nur sehr selten explizit Gegenstand empirischer Forschung [26] und wird oft nicht einmal dokumentiert [14].

Zur *Bulimia nervosa* gibt es keine langfristigen (> 10 Jahre) und nur wenige mittelfristige Verlaufsstudien. 5 - 10 Jahre nach Erstkontakt/-behandlung waren nur 50% geheilt [24]. Es gibt mehr randomisierte kontrollierte Therapiestudien als zur AN, aber (Ende 1996) nur aus einer Arbeitsgruppe [5] solche mit mehr als eineinhalbjähriger Katamnese. Untersucht wurden fast ausnahmslos ambulante, meist kognitiv-behaviorale Kurzpsychotherapien und Pharmakotherapien, z.T. auch in Kombination, die kurzfristig (s.o.) zu meist deutlicher Symptomreduktion führten [11, 30, 29].

Trotz einiger positiver Ergebnisse mit verschiedenen pharmakologischen Behandlungen, ist die Eßstörungenbehandlung eine Domäne der Psychotherapie [6, 13]. Praktisch alle Therapiestudien fanden an hochspezialisierten Einrichtungen an kleinen Stichproben z.T. hochselektierter Patientinnen statt und waren nur fraglich verallgemeinerbar [13]. Dementsprechend gibt es kaum valides empirisches Wissen zur wirksamen und effizienten therapeutischen Versorgung eßgestörter Patientinnen unter Alltagsbedingungen.

Gerade im Hinblick auf die derzeitige aktuelle Diskussion über eine qualitativ hochstehende, aber bezahlbare Therapie, wurde eine zentrale Dimension, nämlich die Dimension ‚Therapeutischer Aufwand‘ und ihre Beziehung zum Therapieerfolg bisher nur selten direkt untersucht [3, 15, 31]. In meta-analytischen Übersichten ließ sich für die Bulimiebehandlung zumindest kurzfristig eine systematische Aufwand-Wirkungs-Beziehung bei recht niedrigem Mindestaufwand (15 Sitzungen) [11] und für die Anorexiebehandlung vergleichbare kurz- bis mittelfristige Effekte bei sehr unterschiedlichem Therapieaufwand [13] zeigen.

In ihren Praxisleitlinien Eßstörungen [1] benennt die American Psychiatric Association dementsprechend u.a. folgende Forschungsthemen und -fragen als zentral:

1. Die Erarbeitung von Verlaufs- und Ergebnisprädiktoren bei behandelten und unbehandelten Patientinnen, insbesondere hinsichtlich des Einflusses komorbider (z.B. Persönlichkeits-) Störungen auf Indikation und Verlauf und der bei Komorbidität notwendige Behandlungsmodifikationen; 2. Die Behandlungsevaluation unter Berücksichtigung von Patientinnenpräferenzen, Langzeitergebnissen und Aufwand, besonders in bezug auf komplexe Behandlungsprogramme, stationäre vs. teilstationäre Behandlung (Entwicklung besserer Kriterien für die angemessenste Dauer/Intensität der jeweiligen Behandlungsform), und psychodynamische, interpersonelle und psychotherapeutische Behandlungen.

Die Therapieforschung bei Eßstörungen muß dabei folgenden bisher meist nicht erfüllten Ansprüchen genügen [9, 11], [17]: 1. die tatsächlich angewendeten Therapieprogramme präzise und umfassend dokumentieren, um die Aussagekraft von Therapiestudien und die Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu erhöhen, 2. die Multidimensionalität von Veränderungen gerade im Hinblick auf die Ergebniskriterien ausreichend beachten; 3. auch die „klinisch bedeutsame Veränderung,, („Clinical Significance,, [23]) und nicht nur die rein statistische Signifikanz berücksichtigen.

### **1. *Effektivität und Effizienz psychotherapeutischer Behandlungen: Studienziele und Forschungsstrategie***

In vielen Staaten stehen die Gesundheitssysteme vor erheblichen ökonomischen Problemen. Wenn der Sachverständigenrat zur Konzertierte Aktion ‚Rationalität vor Rationierung‘ setzt [35], signalisiert das eine Akzentverschiebung auch für die Forschung. Es gilt, die wissenschaftlichen Grundlagen für effiziente Therapien zu verbessern und so eine rationale Grundlage für den Einsatz knapper Mittel zu schaffen.

Das hier vorzustellende vom BMFT geförderte Forschungsprojekt verfolgt folgende Hauptziele:

I. Schätzung der Effektstärke/Erfolgsrate (in bezug auf Symptomatik, Persönlichkeitsentwicklung, soziale und familiäre Integration) psychodyna-

#### MZ-ESS

misch orientierter Behandlungen bei Patientinnen mit AN und/oder BN nach DSM-III-R (Evaluation)

- II. Schätzung der Beziehung zwischen therapeutischem Aufwand und Therapieerfolg (Gesundheitsökonomie)
- III. Identifizierung prognostisch günstiger und ungünstiger Faktoren für die Behandlung (Differentielle Indikation)
- IV. Untersuchung des kurz- bis mittelfristigen Krankheits- bzw. Gesundungsverlaufs, Identifikation von Risikofaktoren (Prävention und Rückfallprophylaxe).

Die Exploration prognostisch günstiger und ungünstiger Faktoren für den Krankheitsverlauf und die Behandelbarkeit schafft die empirischen Grundlagen für (a) gezielte Präventionen, die Chronifizierung und Rückfall entgegenwirken und (b) eine effizientere Verteilung therapeutischer Ressourcen aufgrund einer verbesserten Differentialindikation.

Im Mittelpunkt der Nebenfragestellungen stehen vor allem versorgungsepidemiologische Fragen:

- V. Wer bekommt wieviel Therapie angeboten?
- VI. Von welchen Bedingungen hängt das Angebot ab?
  - a) Merkmale bzw. Voraussetzungen bei den Patientinnen
  - b) Merkmale des psychotherapeutischen Versorgungssystems
- VII. Wieviel Therapie wird tatsächlich in Anspruch genommen?
- VIII. Gibt es Hinweise auf differentielle Effekte von Therapie-‘Bausteinen‘, Setting (Einzel, Gruppe, Familie) und Rahmenbedingungen (ambulant, stationär) auf den Therapieerfolg?

Die MZ-Ess-Studie zielt somit auf die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen mit AN und BN unter expliziter Einbeziehung gesundheitsökonomischer und versorgungsepidemiologischer Fragen ab. Die Relation zwischen Therapieaufwand und -erfolg steht dabei im Mittelpunkt.

In Abgrenzung zur Wirksamkeitsuntersuchung (für die die randomisierte kontrollierte Studie als ‚Goldstandard‘ angesehen wird) entspricht dies in etwa dem Vorgehen bei der pharmakologischen Phase-IV-Forschung [27, 38] Forschungsstrategisch handelt es sich um eine Feldstudie bzw. Anwendungsbeobachtung, in bezug auf die Auswertungsmethoden ist sie als Prognosestudie ein-

zuordnen. Solche Studien sind randomisierten klinischen Studien hinsichtlich der methodischen Strenge unterlegen, versprechen aber eine größere ökologische Validität.

## **2. Studiendesign und Erhebungsplan**

Die Studie wurde als eine Longitudinale Anwendungsbeobachtung konzipiert. Ausgangspunkt und Gegenstand der Studie war meist eine stationäre, in einigen Zentren auch eine ambulante Behandlungsepisode. Schematisch ist das Design in Abb. 1 dargestellt. Da die Modellierung der Aufwand-Ergebnisbeziehung im Mittelpunkt steht, wurde die Behandlung nicht für die Studienzwecke standardisiert. Die Variation der Therapie über die Patientinnen hinweg ist vielmehr zentral für die Studie. Die Benennung ‚psychodynamisch‘ bezeichnet zuallererst das Selbstverständnis der Therapeuten. Charakterisiert wird die Therapie primär durch Parameter des Therapieaufwandes wie z.B. die Dauer, den Umfang oder die Kosten sowie ggf. durch die ‚Zusammensetzung‘, d.h. die Anwendung bzw. Kombination verschiedener Maßnahmen, z.B. Einzel-, Gruppen- oder Familiengespräche, symptomzentrierte Maßnahmen, kreative und Übungsbehandlungen etc..

Abb. 1

Die Datenerhebung erfolgte nach einem festen Zeitschema über einen Beobachtungszeitraum von 2,5 Jahren (Abb. 1, s.o.). Mit allen möglicherweise eßgestörten Patientinnen wurde bei Erstkontakt oder Aufnahme ein Screening durchgeführt. Erfüllten sie die Diagnosekriterien nach DSM-III-R und gaben sie nach Aufklärung ihr Einverständnis mit der Teilnahme an der Studie, wurden sie bei Behandlungsbeginn in die Studie aufgenommen. Zu Behandlungsbeginn und -ende wurden jeweils detaillierte Erhebungen zum Krankheitsstatus durchgeführt. Während der Behandlung wurde in einer standardisierten Kurzbeurteilungen der Krankheitsstatus monatlich erfaßt. Ein Jahr nach Beginn der Behandlung wurde eine postalische Nachbefragung durchgeführt. Alle Patientinnen wurden 2,5 Jahr nach Behandlungsbeginn zu einer Katamnese eingeladen.

Der Krankheitsstatus wurde jeweils multidimensional und multiperspektivisch beurteilt, d.h. die Hauptdimensionen Symptomatik, Persönlichkeit und Fami-



lie/soziales Umfeld wurden bei Beginn und Ende der Therapie sowie 2,5 Jahre nach Therapiebeginn von Patientin und Therapeut bzw. klinischem Experten parallel eingeschätzt. Die jeweilige Index-Therapie wurde wöchentlich fortlaufend nach Art, Umfang und Kosten dokumentiert. Zentrales Instrument in der 2,5-Jahreskatamnese ist das für die Studienzwecke adaptierte Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE) Interview [25], das die Identifizierung von Änderungszeitpunkten („change points“) und damit die Beschreibung des Verlaufs zwischen den fixen Erhebungszeitpunkten zu Therapieende und 2,5-Jahreskatamnese erlaubt.<sup>1</sup>

Die Studie wurde durch die Verlaufsbeobachtungen zu einer Longitudinalstudie: Die während der Behandlung monatlich erhobenen Kurzbeurteilungen werden mit den wöchentlichen Angaben über Art, Umfang und Kosten der Behandlung in Beziehung gesetzt.

### **3. *Illustration der Fragestellung***

#### **3.1 *Stichprobe***

Nach einer Pilotstudie zur Erprobung der Instrumente und der Infrastruktur (1990 - 1992) wurden von November 1993 bis September 1995 von 43 Kliniken aus dem gesamten Bundesgebiet N=1171 konsekutive Behandlungsepisoden in die Studie eingebracht. Eingeschlossen wurden alle erwachsenen Patientinnen, die im genannten Zeitraum eine der beteiligten Kliniken aufsuchten und die Kriterien für die Diagnosen AN und/oder BN nach DSM-III-R erfüllten. Ausgeschlossen wurde nur, wer nach ausführlicher Aufklärung die Teilnahme verweigerte oder aus anderen Gründen (z.B. unzureichende Sprachkenntnisse) zu einer Teilnahme nicht in der Lage war.

Die teilnehmenden Kliniken und Abteilungen repräsentieren ein weites Spektrum der psychodynamisch ausgerichteten Therapie von Eßstörungen in Deutschland. Es sind darunter auf diese Krankheitsgruppe spezialisierte Kliniken ebenso vertreten wie Kliniken, bei denen die Eßstörungen nur einen beschränkten, aber wichtigen Teil der Patientinnenschaft ausmacht, so daß sie oftmals spezielle Therapieangebote bereithalten, sowie Kliniken, in denen nur

---

<sup>1</sup> Die Instrumente werden auf Wunsch gerne zugänglich gemacht.

vereinzelt Eßstörungen - meist ohne weitere Modifikation - nach dem allgemeinen Behandlungsprogramm der Klinik behandelt werden [20]. Der unterschiedlichen Größe der Einrichtungen und der unterschiedlich starken Ausrichtung auf die Behandlung von Eßstörungen entsprechend verhalten sich die Einbringungszahlen (Tab. 2). Patientinnen mit der Diagnose AN machen knapp ein Drittel der Stichprobe aus (vgl. Tab. 3); etwas mehr als die Hälfte wurden als BN diagnostiziert. Eine wichtige Teilgruppe (ca 15 %) bilden die Patientinnen, für die beide Diagnosen gleichzeitig zutreffen (in etwa entsprechend der bulimischen oder ‚aktiven‘ Anorexie (F50.01) der 2. Auflage der ICD-10 [39]). Sie wird deshalb im folgenden mit dem Kürzel ‚Bul & Ano‘ bezeichnet. Der Anteil männlicher Patienten beträgt 2,5 % (vgl. Tab. 4). Die Patientinnen sind zwischen 17,5 und 56,7 Jahre (vgl. Tab. 5) - im Mittel 25,5 (SD=6) Jahre - alt (nach Vereinbarung wurden auch diejenigen Patientinnen in die Studie aufgenommen, die im Laufe der stationären Behandlung 18 Jahre alt wurden und auf der Erwachsenenstation behandelt wurden). Magersüchtige (mit oder ohne BN) sind im Mittel knapp ein Jahr jünger als Patientinnen mit BN.

Die mittlere Erkrankungsdauer liegt bei 7,6 Jahren (SD=6,3). Mit durchschnittlich 6,2 Jahren (SD=5,9) ist die Zeit bis zur Index-Behandlung bei den Patientinnen mit AN die kürzeste und bei den Patientinnen mit BN ist sie mit durchschnittlich 8,4 (Std=6,3) Jahren die längste (Tab. 6). Ein beträchtlicher Teil der Patientinnen aller drei Subgruppen von Eßstörungen kann als chronisch krank angesehen werden, wenn man etwa als Kriterium für Chronifizierung eine Krankheitsdauer von 5 oder mehr Jahren setzt.

### **3.2. Therapieaufwand**

Die an der Studie beteiligten Kliniken bieten unterschiedliche Therapieprogramme an. In der Pilotstudie hatten sich klinikspezifische Dokumentationsbögen als praktikabel erwiesen. Für jede Klinik wurde eine solche Liste der dort zur Anwendung kommenden therapeutischen Maßnahmen erstellt. Diese Listen bildeten die Grundlage für die patientenbezogene wöchentliche Dokumentation darüber,

- IX. welche therapeutische Maßnahme angewandt wurde
- X. wieviele Gruppenmitglieder daran teilnahmen (bei Gruppenmaßnahmen)
- XI. wie lange die Maßnahme dauerte (in Minuten pro Woche)

XII. von wem die Maßnahme durchgeführt wurde (Berufsgruppen-Code zur Errechnung eines Kostenindex).

Darüber hinaus wurde wöchentlich dokumentiert, wieviel Zeit, evtl. auch in Abwesenheit der Patientin, für klinische Tätigkeiten verwendet wurde (z.B. patientenbezogene Stationskonferenzen, Diagnose- oder Indikationsbesprechungen, Supervisionen etc.), die in diesem Sinne indirekte Kosten verursachten.

Anhand der auf diese Weise wöchentlich dokumentierten Daten zur Art, Menge und Dauer der angewandten therapeutischen Maßnahmen wurde der therapeutische Aufwand skaliert. Als Parameter wurden dabei genutzt:

1. Behandlungsdauer
2. Stundenplan pro Woche (Intensität)
3. Kosten (Summe der Kosten in Arztstunden/BAT IIa, und zwar unter Berücksichtigung der Gruppengröße bei gruppentherapeutischen Maßnahmen).

Diese Daten zu Dauer, Intensität und Kosten demonstrieren die enorme Variation der Behandlung von Eßstörungen in der klinischen Praxis (Abb. 2). Der Median der Aufenthaltsdauer liegt bei 11 Wochen. Das Spektrum reicht von 4,3 (5. Perzentil) bis zu 27,9 Wochen (95. Perzentil). Zwischen den drei Subgruppen bestehen keine Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsdauer, wohl aber in bezug auf die Intensität.

Der wöchentliche Stundenplan von BN-Patientinnen umfaßt mit im Median 13,6 Stunden mehr Therapie als der für die Patientinnen mit AN (Median 13,0 Stunden) und Bul&Ano (Median 13,1 Stunden). Auch im Hinblick auf diesen zentralen Intensitätsparameter erweisen sich die Behandlungsprogramme für alle drei Subgruppen gleichermaßen als heterogen; sie reichen von 4,0 Stunden für BN bzw. 4,2 Stunden für AN und 5,5 Stunden für Bul&Ano (5. Perzentil) bis zu einer Wochenstundenzahl von 25,0 Stunden für BN bzw. 27,0 Stunden für AN und 30 Stunden für Bul&Ano (95. Perzentil). Die Kosten für die tatsächlich angewendeten therapeutischen Maßnahmen (ohne Fixkosten) summieren sich zu 28,5 (Median für BN) bzw. 34,0 (Median für AN) und 34,3 (Median für Bul&Ano) BAT IIa-Stunden. Die Behandlung für BN-Patientinnen

hat also trotz der höheren Intensität im Hinblick auf die Wochenstundenzahl die niedrigsten Kosten. Dies folgt aus dem für BN im Vergleich zu den beiden anderen Subgruppen größeren Anteil an Maßnahmen, die in Gruppenform durchgeführt werden.

Von größerer Bedeutung für die Organisation therapeutischer Versorgung ist evtl. die große Variation im Umfang der angewandten Behandlungen zwischen den Kliniken (den ‚Leistungsanbietern‘, wie sie in der aktuellen gesundheitsökonomischen Debatte genannt werden). In Abb. 3a und 3b sind die 21 Kliniken, die 15 oder mehr Patientinnen zur Stichprobe der multizentrischen Studie beigetragen haben, nach dem Median der Behandlungsdauer der angewendeten therapeutischen Maßnahmen geordnet. Die Behandlung in der Klinik mit der längsten Aufenthaltsdauer (Klinik 53, Median 26,6 Wochen) ist 4,2 mal länger als in der Klinik mit der kürzesten (Klinik 85, Median 6,3 Wochen). Es gibt Kliniken mit einer relativ homogenen Behandlungsdauer über alle Patientinnen hinweg (angezeigt durch die kurzen Boxen der Boxplots in Abb. 3a wie z.B. Klinik 32 oder Klinik 11); in anderen variiert sie stark zwischen den Patientinnen (z.B. Klinik 53 oder Klinik 19 in Abb. 3a). Vergleicht man die Kliniken in bezug auf die Intensität der angewandten Behandlung - als Intensitätsparameter wurde der Umfang des Wochenstundenplanes gewählt -, erhält man ein anderes Bild (Abb. 3b, die Kliniken sind in der selben Weise geordnet wie in Abb. 3a): die Klinik mit der zweitkürzesten Behandlung im Median (Klinik 10) steht hinsichtlich der Intensität an erster Stelle (Median 22,7 Stunden pro Woche). Beide Bilder zusammen demonstrieren, wie unterschiedlich das Therapieangebot der verschiedenen Kliniken hinsichtlich Dauer und Intensität und damit hinsichtlich der Gesamtmenge angewendeter Therapie gestaltet wird. Diese Heterogenität ist nicht nur von akademischer Bedeutung. Die Gesamtkosten für die tatsächlich angewendeten therapeutischen Maßnahmen pro Patient (ohne Fixkosten) z.B. sind in Klinik 53 (Median 72,1 Arztstunden/BAT IIa) etwa dreimal so hoch wie in Klinik 85 (Median 21,6 Arztstunden/BAT IIa).

Die hohe interindividuelle Variabilität der Behandlung läßt sich - bisher - nicht auf die unterschiedlichen Ausgangssituationen der Patientinnen zurückführen. In einer Regressionsanalyse wurde eine lange Liste von Merkmalen der Patientinnen wie z.B. Diagnose und Schweregrad sowie Erkrankungsalter und Erkrankungsdauer als mögliche Prädiktoren eingesetzt. Lediglich 2% bis 8% der

Varianz der angesprochenen Behandlungsparameter Dauer, Intensität und Kosten ließ sich erklären.

#### **4. Zusammenfassung und Ausblick**

Eßgestörte Patientinnen werden in der Regel psychotherapeutisch behandelt. Während für die AN auch international stationäre Psychotherapie eine Methode der Wahl ist, scheint die stationäre Behandlung für die BN - zumindest im Hinblick auf die geübte Indikationsbreite - eine deutsche Besonderheit zu sein. Stationäre Psychotherapie wird i.allg. in Form eines komplexen Programms angewendet. Die Behandlung ist oft aufwendig und kostenintensiv. In Dänemark zeigte sich von 1970 bis 1993 ein Anstieg von Krankenhaustagen für magersüchtige Patientinnen (nach ICD-8) von 4000 auf 15000 [32]. In Neuseeland hatten anorektische Patientinnen über einen Fünfjahreszeitraum neben schizophrenen und hirnorganischen Patienten die höchste Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychosomatischer stationärer Akutversorgung [28].

Die therapeutische Versorgung von eßgestörten Patientinnen ist daher ein gutes Beispiel für die aktuelle Versorgungsforschung, da es um „Krankheitsprobleme mit hoher Inzidenz oder Prävalenz sowie mit hohen Gesamtkosten,, (Sachverständigenrat, Sondergutachten [35], S. 114) geht. Für solche Krankheiten empfiehlt der Sachverständigenrat „die Analyse und Bewertung des Einsatzes medizinischer Interventionen in der alltäglichen Versorgungsroutine, also außerhalb der spezifischen Bedingungen, unter denen etwa klinische Studien im Rahmen der Therapieforschung stattfinden.,, ([35], S. 114).

Derzeit gibt es keine empirischen Daten, aus denen sich begründen ließe, wie man eine wirksame Versorgung für welche Patientinnen mit Eßstörungen möglichst effizient zusammenstellen könnte. Klar ist, daß sehr unterschiedliche Behandlungsprogramme angeboten werden, die sich in der klinischen Praxis bei gegebenen therapeutischen Ressourcen und unter Einfluß von klinischen Präferenzen und Erfahrungen entwickelt haben. Mit der vorliegenden Studie wird zum ersten Male die Heterogenität zumindest stationärer Psychotherapie quantitativ und systematisch erfaßt. Die Dimensionen Dauer, Umfang bzw. Intensität und Kosten mögen als sehr grob erscheinen, aber sie helfen, das Feld übersichtlich zu machen. Die Modellierung der Relation zwischen Therapie-

#### MZ-ESS

aufwand - gemessen in den genannten Dimensionen - und Therapieergebnis und die evtl. Spezifizierung dieses Modells durch Einbeziehung von Patientinnen- und Therapiemerkmalen versprechen einen großen Schritt hin zu einer empirisch begründeten, effizienten psychotherapeutischen Versorgung und eröffnen die Chance, dem Motto ‚Rationalität vor Rationierung‘ des Sachverständigenrates Priorität zu geben.

Die Multizentrische Studie (MZ-Ess) versteht sich als ein klinischer Forschungsverbund. Es ist in den inzwischen mehr als 6 Jahren der Zusammenarbeit in Vor- und Hauptstudie gelungen, diesen Verbund zu festigen. Die Neugier und das Engagement, das Wissen und die Erfahrung der weit über 100 Therapeutinnen und Therapeuten aus unterschiedlichen Berufsgruppen, Pflegepersonen sowie Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus 43 Institutionen, bieten eine hervorragende Basis, die Entwicklung von Erforschung und therapeutischer Versorgung der Eßstörungen gleichermaßen voranzutreiben. Das inzwischen gemeinsam erreichte Ziel, 1171 Behandlungen detailliert zu dokumentieren, stärkt den Verbund. Die Erfahrung während der Planung und Durchführung von Vor- und Hauptstudie, der Diskussion von Konzepten und Methoden während der halbjährlich stattfindenden Foren zu klinischen und wissenschaftlichen Fragen der Eßstörungenbehandlung haben die Kommunikations-Lücke zwischen Forschung und Klinik verkleinert. Die schwerpunktmäßig klinisch arbeitenden Kollegen finden leichter Zugang zu den gemeinsam erarbeiteten Ergebnissen der Studie, die schwerpunktmäßig wissenschaftlich arbeitenden Mitglieder des Forschungsverbundes lernen, Anregungen von den potentiellen Adressaten der Ergebnisse aufzunehmen. Diese soziale und kommunikative Struktur bietet eine hervorragende Plattform, die wissenschaftlichen und organisatorischen Herausforderungen der Durchführung von Katamnesen bei 1171 Patientinnen aus dem gesamten Bundesgebiet erfolgreich zu bewältigen (bis Frühjahr 1998).

In Kürze wird das reichhaltige Datenmaterial aus dem Beobachtungsabschnitt Behandlungsbeginn bis -ende sowie der 1-Jahresnachuntersuchung für erste Modellierungen zur Verfügung stehen. Damit eröffnen sich ausgezeichnete Möglichkeiten, Probleme einer Lösung zu zuführen, wie sie vom National Institute of Mental Health der internationalen Fachwelt gestellt wurden [34]:

I. Forschungsinteressen vermehrt auf wichtige Störungen wie z.B. Eßstörungen zu richten.

- II. Forschungsstrategien zu erweitern, so daß komplex kombinierte oder sequenzierte Behandlungen, Fragen der ‚Dosierungs‘-Strategien und Kosten-Nutzenrelationen untersucht werden können.
- III. potentere statistische Methoden bei der Modellierung zur Anwendung zu bringen, wie z.B. Survival-Analysen mit relevanten Kovariaten oder hierarchisch-lineare Regression.
- IV. Stichproben in einer für die Psychotherapieforschung ungewöhnlichen Größenordnung herzustellen.

Solche gemeinsam interessierende Fragen haben auch Forschergruppen aus 19 europäischen Ländern zu einer Forschungs Kooperation zusammengebracht. Die hier beschriebene Studie, ihre Fragestellung, ihr Design und ihre zentralen Auswertungsmethodik bilden den Kern eines europäischen Forschungsverbundes, der im Rahmen des COST-Programms der Europäischen Union gefördert wird.

### **Danksagung**

Die Studie ist das gemeinsame Werk der folgenden Kliniker: F. Kröger, RWTH, Aachen; B. Altenhoff, Schussental-Klinik, Aulendorf; U. Rosin, Werner Schwidder-Klinik, Bad Krozingen; G.E. Jacoby, Klinik am Corso, Bad Oeynhausen; E. Hillenbrand, Parkland Klinik, Bad Wildungen; N. Kemper, Klinik Theodor-Wenzel-Werk, Berlin; W. Köpp, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Berlin; A. Staebler-Lehr, Privatklinik für Psychogene Eßstörungen, Berlin; E. Farack, Brandenburg-Klinik, Bernau-Waldsiedlung; R. Liedtke, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität, Bonn; R. Grabhorn, Universitätsklinikum Frankfurt; K. Engel, Westfälische Klinik für Psychiatrie, Dortmund; St. Herpertz, Rheinische Landes- und Hochschulklinik, Essen; E. Gaus, Städtische Krankenanstalten, Esslingen; Th. Herzog, Psychiatrische Universitätsklinik, Freiburg; G. von Stackelberg, Georg Groddeck-Klinik, Freiburg; K.P. Krieger, Geldland-Klinik, Geldern; P. Felder, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität, Giessen; H. Schauenburg, Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie der Universität, Göttingen; A. Votsmeier, Klinik für Psychosomatische Medizin, Grönenbach; U. Barke, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Universität, Halle; J. Piskorz, St. Elisabeth-Krankenhaus, Halle; A. Lettow, DRK-Krankenhaus, Hamburg-Rissen; B. Jäger, Medizinische Hochschule Hannover; H.-J. Hentschel, Henriettenstiftung, Hannover; W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik, Heidelberg; M. Pältz, Klinik für Innere Medizin I der Universität, Jena; Ch. Böhme-Bloem, Universitätsklinikum Kiel; U. Deynet, Michael-Balint-Klinik, Königsfeld im Schwarzwald; U. Uhle, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität, Leipzig; M. Goyk, Park-Krankenhaus, Leipzig-Dösen; J. von Wietersheim, Medizinische Universität, Lübeck; C. Malburg, Curtis Klinik, Malente; R. Schors, Städtisches Krankenhaus, München-Harlaching; C. von Kleist, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin „Tiefenbrunn,,“, Rosdorf; U. Ritter, Klinik Am schönen Moos, Saulgau; W. Gunia, Nervenlinik Schwerin; A. Eulenburg, Hochschwarzwald-Klinik, St. Blasien; G. Franke, Kohlwald-Klinik, St. Blasien; D. Volz, Weissenstein-Klinik, St. Blasien; A. Hakuba, Hans-Carossa-Klinik, Stühlingen; D. Munz, Psychotherapeutische Klinik, Stuttgart-Sonnenberg; Abteilung Psychotherapie und Psy-

## MZ-ESS

chomatische Medizin der Universität, Ulm; J. Denecke, Fachkrankenhaus Höchsten, Wilhelmsdorf

in Zusammenarbeit mit den

MitarbeiterInnen der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart (Projektleiter H. Kächele) als Studienzentrale: A. Burchard, B. Faulhaber, A. Herrmann, A. Catina, W. Ehlers, I. Gitzinger, R. Hettinger, Th. Hillecke, H. Kordy, B. Krämer, S. Kupper, P. Malewski, R. Metzger, D. Munz, J. Oehlschlägel, R. Peter, U. Siegmund, J. Szewkies, G. Schobel, B. Ullrich,

dem Geschäftsführender Ausschuß: K. Engel, W. Herzog, R. Hettinger, Th. Hillecke, G.E. Jacoby, P. Köhler, W. Köpp, B. Krämer, D. Munz, J. Oehlschlägel, B. Ullrich,

dem Mitgliederrat: A. Burchard, A. Catina, I. Gitzinger, Th. Herzog, B. Jäger, F. Kröger, D. Munz, J. Oehlschlägel, M. Pältz, J. von Wietersheim,

den Katamnestiker und Katamnestikerinnen: S. Altmeyer, K. Braks, Ch. Buchholz, E. Farack, A. Gehringer, B. Grothe, G. Haak, E. Hildebrandt, St. Hirschenauer, M. Hoehne, L. Hoffmann, I. Jäkel, M. Kocnar, P. Köhler, B. Krämer, C. Krüger, M. Kurlbaum, R. Kurth, R. Metzger, B. Robert, M. Pelka, K. Regel, B. Schubert, M. Stiewe, U. Wagner, S. Zahn, Ch. Zgraja (s. Anmerkung im Begleitbrief).

Die regionale Koordination und Abstimmung mit der Studienzentrale wurde durch folgende Moderatoren und Moderatorinnen sichergestellt: S. Altmeyer, Ch. Buchholz, A. Gehringer, A. Gutt, C. Horster-Kupper, A. Ernst, E. Hildebrandt, E. Katsitakis, P. Köhler, W. Köpp, B. Krämer, G. Ostroga, D. Rapaport, K. Regel, M. Stiewe



## Literatur

1. American Psychiatric Association (1993) Practice guideline for eating disorders. *Am J Psychiatry*, 150: 212-228
2. Brownell KD, Fairburn CG (1995) Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook. The Guilford Press, New York London
3. Crisp AH, Norton K, Gowers S, Bowyer C, Yeldham D, Levett G, Bhat A (1991) A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*, 159: 325-333
4. Eisler I (1995) Family models of eating disorders. In: Szmukler GI DC, Treasure J (eds) *Handbook of eating disorders. Theory, treatment and research*. John Wiley & Sons, Chichester New York Brisbane, 156-176
5. Fairburn C, Norman P, Welch S, O'Connor M, Doll H, RC P (1995) A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 304-312
6. Fichter MM (1993) Die medikamentöse Behandlung von Anorexia und Bulimia nervosa. Eine Übersicht. *Nervenarzt*, 64: 21-35
7. Fombonne E (1995) Anorexia nervosa: No evidence of an increase. *Br J Psychiatry*: 166, 462 - 471
8. Fombonne E (1996) Is bulimia nervosa increasing in frequency? *Int J Eat Disord*: 19: 287-296
9. Garfinkel PE, Goldbloom DS (1993) Bulimia nervosa: A review of therapy research. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2: 38-50
10. Halmi KA (1992) Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. American Psychiatric Press, Washington
11. Hartmann A, Herzog T, Drinkmann A (1992) Psychotherapy of bulimia nervosa: What is effective? A meta-analysis. *J Psychosom Res*: 36, 159-167
12. Hebebrand J, Himmelman GW, Herzog W, Herpertz, Dahlmann BM, Steinhausen HC, Amstein M, Seidel R, Deter HC, Remschmidt H, Schäfer H (1997) Prediction of low body weight at long term follow up in acute anorexia nervosa by low body weight at referral. *Am J Psychiatry*, 154: 566-569
13. Herzog T, Hartmann A (1997) Psychoanalytisch orientierte Behandlung der Anorexia nervosa. Eine methodenkritische Literaturübersicht unter Verwendung meta-analytischer Verfahren. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 47, 263-280

14. Herzog T, Hartmann A (1997) Systematic meta-analytic review of treatment comparison studies for anorexia nervosa. (eingereicht),
15. Herzog T, Hartmann A, Sandholz A (1996) Psychotherapiedauer und Psychotherapiedosis. Die Freiburger prospektive kontrollierte Studie zur Kurz-Psychotherapie der Bulimia Nervosa. In: Hennig H FE, Bahrke U, Rosendahl W (eds) Kurzzeit Psychotherapie in Theorie und Praxis. Pabst Science Publishers, Lengerich Wien Zagreb
16. Herzog T, Stiewe M, Sandholz A, Hartmann A (1995) Borderline Syndrom und Eßstörungen. Literaturübersicht und Interviewstudie an 172 konsekutiven InanspruchnahmepatientInnen der Freiburger Eßstörungenambulanz. Psychother Psychosom Med Psychol, 45: 97-108
17. Herzog W, Deter H (1994) Langzeitkatamnesen: Methodische Gesichtspunkte bei der Interpretation von Verlaufereignissen. Eine Darstellung am Beispiel der Anorexia nervosa. Zsch psychosom Med, 40: 177-127
18. Herzog W, Deter H, Fiehn W, Petzold E (1997) Medical findings and predictors of long-termphysical outcome in anorexia nervosa: a prospective, 12-years follow-up study. Psychol Med, 27: 269-279
19. Herzog W, Deter HC, Vandereycken W (1992) The course of eating disorders. Long term follow up studies of anorexia and bulimia nervosa. Springer, Berlin Heidelberg New York
20. Herzog W, Munz D, Kächele H (1996) Analytische Psychotherapie bei Eßstörungen. Therapieführer. Schattauer, Stuttgart New York
21. Herzog W, Schellberg D, Deter H (1997) First recovery in anorexia nervosa patients in the long term course: a discrete time survival analysis. J Consult Clin Psychol, 65: 169-177
22. Hoek HW (1993) Review of the epidemiological studies of eating disorders. Int Rev Psychiatry, 5: 61-74
23. Jacobson N, Truax P (1991) Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. J clin con Psychol, 59: 12-19
24. Keel P, Mitchell J (1997) Outcome in bulimia nervosa. Am J Psychiatry, 154: 313-321
25. Keller MB, Lavori PW, Friedman B, Nielsen E, Endicott J, McDonald SP, C AN (1987) The Longitudinal Interval Follow up Evaluation. A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry, 44: 540-548

26. Kordy H, Rad vM, Senf W (1990) Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie - Die Sicht der Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 40: 380-387
27. Linden M (1989) Die Phase IV der Therapie Evaluation. *Nervenarzt*, 60: 453-461
28. McKenzie J, Joyce P (1992) Hospitalization for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 11: 235-241
29. Mitchell J, Raymond N, Specker S (1993) A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 14: 229-247
30. Mitchell JE, Hoberman HN, Peterson CB, Mussell M, Pyle RL (1996) Research on the psychotherapy of bulimia nervosa: half empty or half full. *Int J Eat Disord*, 20: 219-229
31. Mitchell JE, Pyle RL, Pomeroy C, Zollman M, Crosby R, H S, Eckert E, R Z (1993) Cognitive behavioral group psychotherapy of bulimia nervosa: importance of logistical variables. *Int J Eat Disord*, 14: 277-287
32. Munk, Joergensen P, Moeller Madsen S, Nielsen S, Nystrup J (1995) Incidence of eating disorders in psychiatric hospitals and wards in Denmark , 1970 1993. *Acta Psychiatr Scand*, 92: 91 96
33. Patton G (1988) Mortality in eating disorders. *Psychol Med*, 18: 947-951
34. Pilkonis P (1995) Future initiatives for psychotherapy research: concerns from inside and outside NIMH. In: (eds) Programme Abstracts International Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Vancouver.
35. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995) Sondergutachten 1995. Nomos, Baden Baden, S. 114
36. Szmukler GI DC, Treasure J (1995) Handbook of Eating Disorders. Theory, Treatment and Research. John Wiley & Sons, Chichester New York Brisbane
37. Szmukler GI PG (1995) Sociocultural models of eating disorders. In: Szmukler GI DC, Treasure J (eds) Handbook of eating disorders. Theory, treatment and research. John Wiley & Sons, Chichester New York Brisbane, 177-192
38. Viktor N, Schäfer H, Nowak H (1991) Arzneimittelforschung nach der Zulassung. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Springer, Berlin Heidelberg New York

39. Weltgesundheitsorganisation WHO (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. 2. korr. Auflage. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto