

# Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der multimodalen Behandlung der Integrierten Versorgung des Projektes Netzwerk Essstörungen im Ostalbkreis e.V.



Maja Lara Eickholt, M.Sc., Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

Betreuer: Dr. med. Martin von Wachter

Universitäre Betreuerin: Prof. Dr. Anna Buchheim

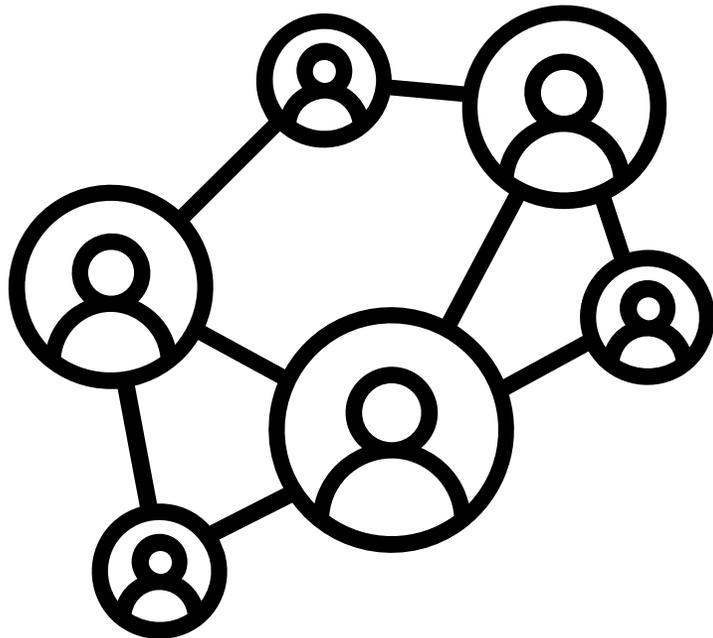
# Die Katamnese des Projektes NEO

---

1. Die Integrierte Versorgung des Projektes NEO
2. Forschungsfrage
3. Methodik
4. Ergebnisse
5. Diskussion

# Integrierte Versorgung

(§140 SGB V)



- berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung
- Versorgungsnetzwerke
- Integration diverser Leistungssektoren



# Netzwerk für Essstörungen im Ostalbkreis e.V. (NEO)

- 2007 Integrierter Versorgungsvertrag mit der AOK
- Zusammenarbeit: diverser Berufsgruppen, Institutionen, Beratungsdiensten
  - **Fallkonferenzen**
- **Multimodale** Gesamtbehandlung im **ambulantem** Setting



# Die Katamnese des Projektes NEO

## Ziel:

Ist die multimodale und Integrierte Versorgung des Projektes NEO wirksam?

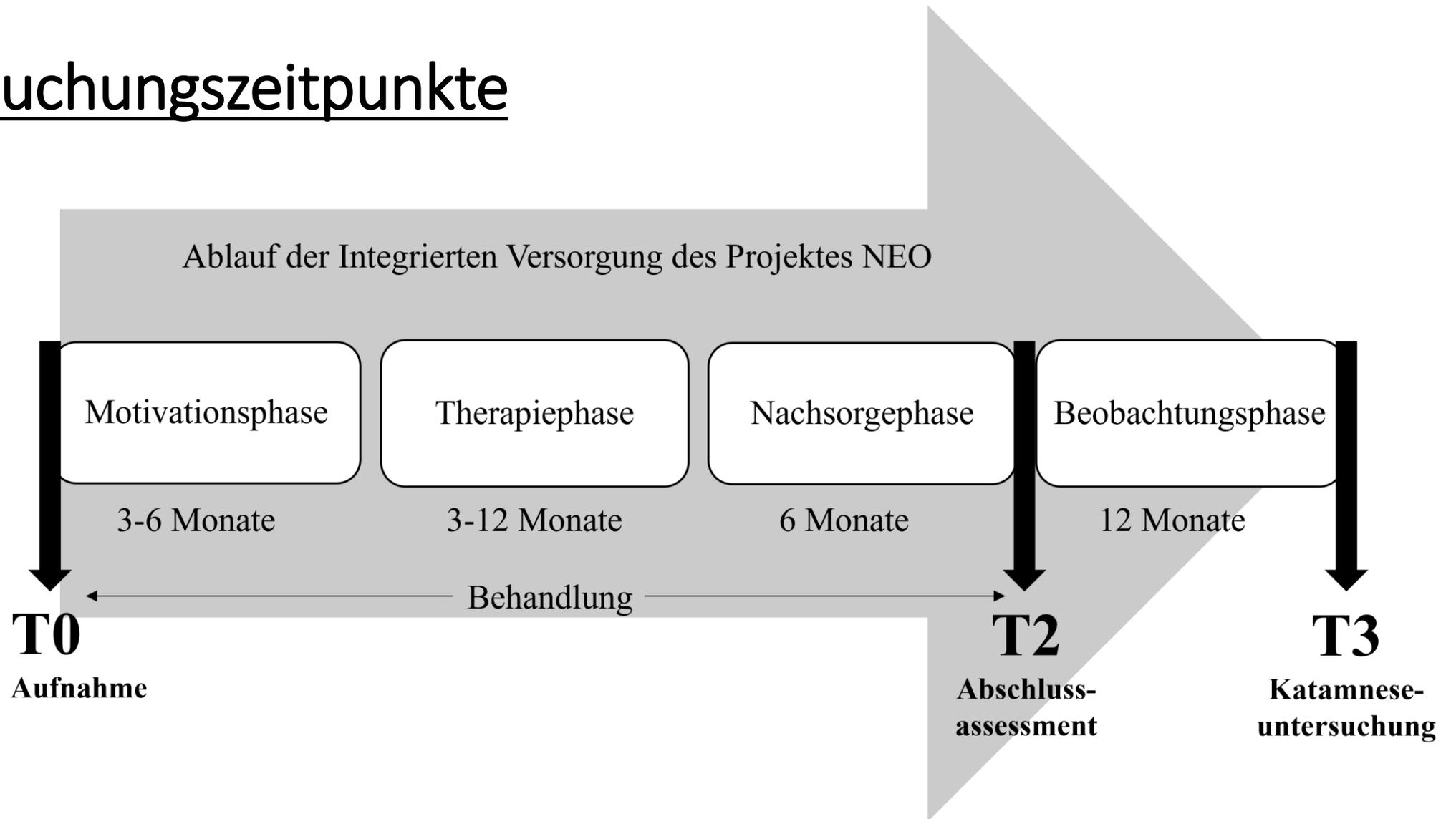
...Und auch nachhaltig?

## Verbessert sich...

...die essstörungsspezifische Symptomatik ?  
... die Gesamtbeschwerdesymptomatik ?  
... der BMI ?

Können Erfolge **langfristig** gehalten werden?

# Untersuchungszeitpunkte

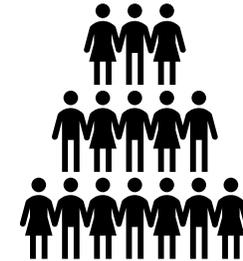


# Erhebung vielfältiger Daten



## Datenerhebung:

- EDI-2, EDE-Q, PHQ-D, SCL-90-R
- Untersuchungsbögen
- Expert\*innenbeurteilungen



## Stichprobe:

Alle Teilnehmer\*innen, welche das Behandlungsprogramm komplett durchliefen → N=63

## Aufnahmediagnosen & deren Verlauf

Tab. 4:

Die Tabelle zeigt die Anzahl von Ärzt\*innen vermerkten Diagnosen bei der Aufnahmeuntersuchung (T0), der Abschlussuntersuchung (T2) und der Katamneseuntersuchung (T3) bei allen Teilnehmer\*innen des Projektes NEO e.V. welche das komplette Programm bis zum 30.11.2020 durchliefen.

	N (%) - T0	N (%) - T2	N (%) - T3
Anorexia nervosa	<b>23 (36.5%)</b>	13 (20.6%)	12 (19%)
Bulimia nervosa	<b>27 (42.9%)</b>	8 (12.7%)	9 (14.3%)
Binge Eating Disorder	<b>13 (20.6%)</b>	5 (7.9%)	4 (6.3%)
Anzahl erfüllter Diagnosen	63	26	25

Tab. 1: Verteilung der psychischen Komorbiditäten auf die ICD-10 Kapitel bei den Teilnehmer\*innen des Integrierte Versorgungsprojektes des Netzwerk Essstörungen im Ostalbkreis NEO e.V.. Es wurden alle Teilnehmer\*innen in diese Tabelle mitaufgenommen, welche die Katamneseuntersuchung bis zum 30.11.2020 abschlossen. Teilnehmer\*innen können unter mehrere Kapitel der Tabelle fallen.

ICD-10-Kapitel	N	%
F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	2	3.17%
F1: Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen	2	3.17%
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1	1.6%
F3: Affektive Störungen	22	34.92%
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	18	28.57%
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1	1.6%
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5	7.94%
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	1.6%

N: Häufigkeit; %: Prozentualer Anteil zur Gesamtstichprobe

## Komorbiditäten

30.2 % eine weitere psychische Komorbidität

22.3% zwei oder mehr Komorbiditäten

→ Bei **52.4%** der Patient\*innen lag **mind. eine Komorbidität** vor

# Positive Therapieerfolge beurteilt durch Expert\*innen

Tab. 1	N	%
geheilt	1	1,6
stark gebessert	19	30,2
etwas gebessert	31	49,2
unverändert	6	9,5
verschlechtert	4	6,3
keine Angabe	2	3,2
Gesamtsumme	63	100,0

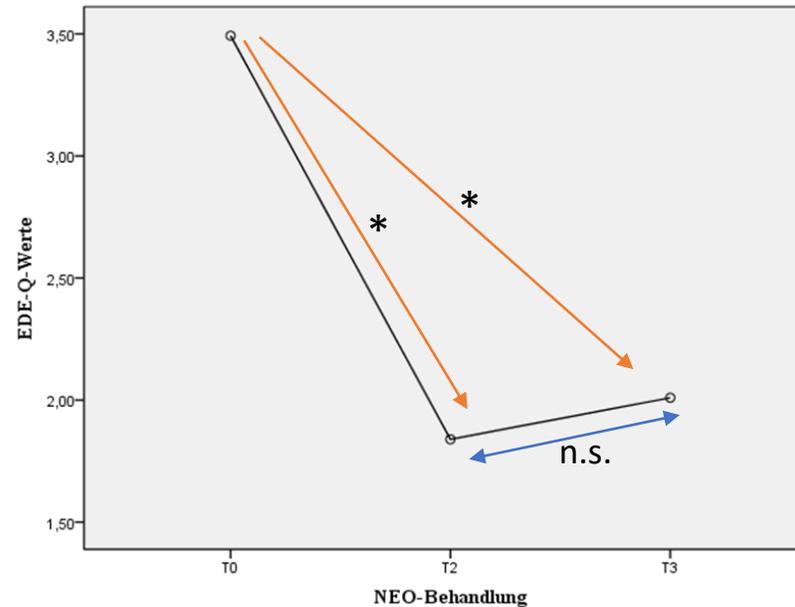
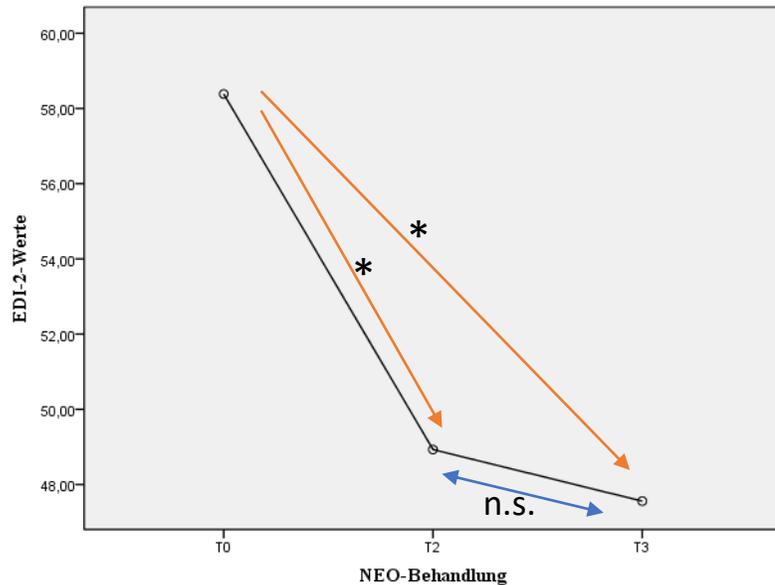
N:Häufigkeit; %=Prozent

↖  
**T2**

Wie ist das Therapieergebnis in der Beobachtungsphase?			
Tab. 2		Häufigkeit	Prozent
Gültig	verschlechtert	4	6,3
	unverändert stabil	22	34,9
	verbessert	27	42,9
	keine Angabe	10	15,9
Gesamtsumme		63	100,0

↖  
**T3**

# Prä-Post-Vergleiche der essstörungsspezifischen Symptomatik



\*signifikanter Unterschied  
n.s. kein signifikanter Unterschied

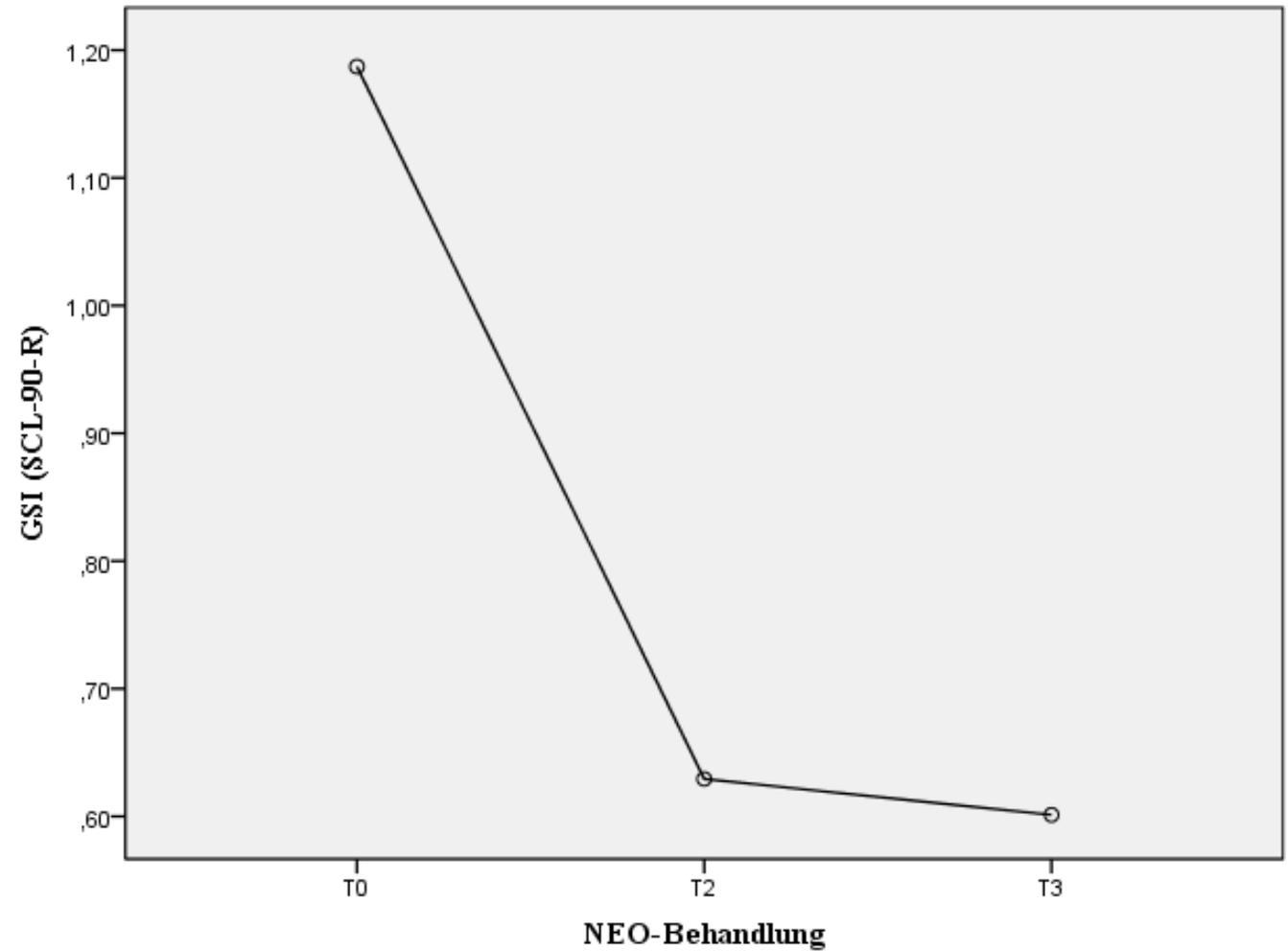
## EDI-2:

ANOVA mit Messwiederholung:  
 $F(2,100)=13.42, p<.001, \text{partielles } n^2=.21$   
 $r=.43 \rightarrow$  starker Effekt

## EDE-Q:

ANOVA mit Messwiederholung mit Green-House-Geisser-Korrektur:  
 $F(2,98)=20.18, p<.001, \text{partielles } n^2=.30$   
 $r=.66 \rightarrow$  starker Effekt

# Gesamtbeschwerde- Symptomatik



# vierversprechende Ergebnisse



Reduzierung der Symptomatik



Langfristige Therapieerfolge



Unterstützende Expert\*innenurteile



Essstörungsdiagnosen um 60% zurückgegangen

effektiv &  
nachhaltig

# Limitationen

Selektierte Gruppe

Keine Untersuchung der Drop-Out-Fälle

„Missings“

Beeinträchtigungen der Validität durch  
weitere Variablen

Fehlen einer Kontrollgruppe

# Conclusio

- Kontrollierte Untersuchungen sind notwendig, um Effekte zu generalisieren
- Deutlicher Bedarf an Konzepten, die zu einem günstigen Verlauf und somit zum Verhindern der Chronifizierung der Essstörung beitragen
  - > Schließen der Lücken im Versorgungssystem
  - > Verbesserung der Kooperation von Sektoren

***Das vorliegende IV-Projekt NEO greift genau diese Lücken der Versorgung an und sorgt für eine Vernetzung der Sektoren.***

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt Daten:

[Maja.Eickholt@student.uibk.ac.at](mailto:Maja.Eickholt@student.uibk.ac.at)

[maja.eickholt@gmail.com](mailto:maja.eickholt@gmail.com)

Webseite Projekt NEO: <http://neo-iv.de/>

---

# Quellen

Krauth, C., Buser, K. & Vogel, H. (2002). How high are the costs of eating disorders - anorexia nervosa and bulimia nervosa - for German society? *The European Journal of Health Economics*, 3(4), 244–250. <https://doi.org/10.1007/s10198-002-0137-2>

Herpertz & Herpertz-Dahlmann, B. (2017). S3-Leitlinien Diagnostik und Therapie der Essstörungen. *Psychotherapeut*, 62(3), 230–234. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0191-y>

Giel, K. E, Gross, G. & Zipfel, S. (2011). Neue S3-Leitlinie zur Behandlung von Essstörungen [New s3-guideline for the treatment of eating disorders]. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 61(7), 293– 294. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1276855>

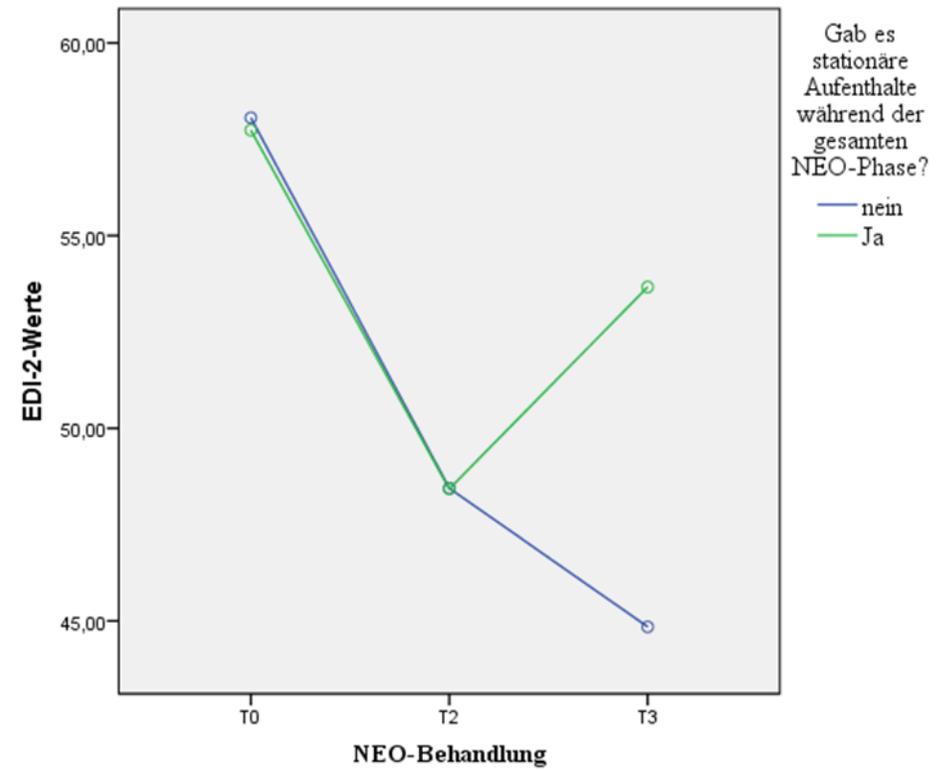
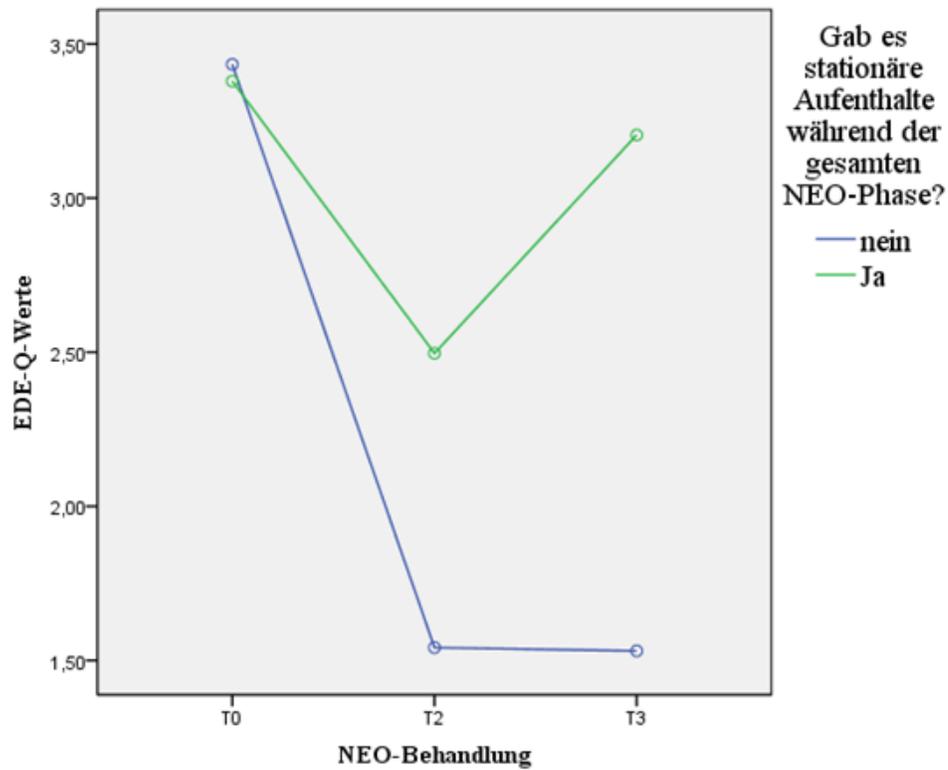
Mühlbacher, A., & Ackerschott, S. (2007). Die Integrierte Versorgung. *Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse*, Stuttgart, 17-46.

von Wachter, M., Brickwedde, U. & Hendrichke, A. (2008). Integrierte Versorgung von Essstörungen. *Ärztliche Psychotherapie*, 3(1), 33–40. <https://elibrary.klettotta.de/article/99.120110/aep-3-1-33>

von Wachter, M., Eichholz, C., Wunderlich, H. & Hendrichke, A. (2013). Integrierte Versorgung von Essstörungen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 14(04), 78–81. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1363019>

# Besonderer Genesungsverlauf

→ für Patient\*innen mit stationären Aufenthalten während der NEO-Phase



## Behandlungspfade Integrierte Versorgung Essstörungen

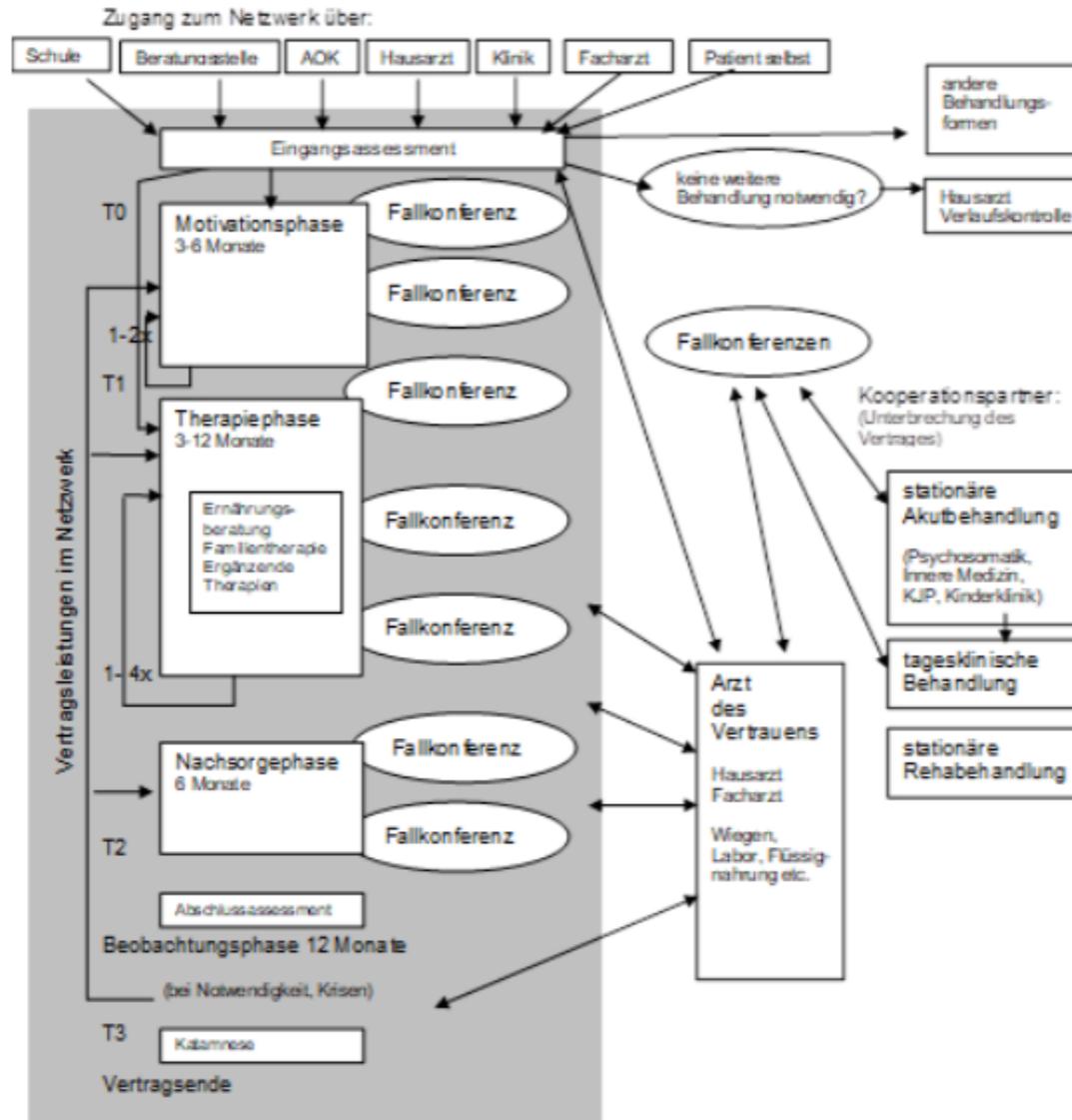


Abbildung 1: bietet einen Überblick über die Gesamtbehandlung und deren Kooperationen, sowie über den Eingang zum Projekt. Graphik von von Wachter et al. (2008).

- **Hypothese 1:** Die Skalenwerte des EDI-2, EDE-Q (essstörungsspezifische Symptomatik) SCL-90-R und des PHQ-D (Gesamtbeschwerdesymptomatik) reduzieren sich im Verlauf der Behandlung. Die Skalenwerte sind zum Zeitpunkt T2 signifikant niedriger als zum Zeitpunkt T0.
- **Hypothese 2:** Die Therapieerfolge und damit die Werte des EDI-2, EDE-Q, SCL-90-S und des PHQ-D können über die Beobachtungsphase bis zur Katamneseuntersuchung (1 Jahr nach Behandlung) gehalten werden. Die Werte unterscheiden sich nicht signifikant zwischen den Zeitpunkten T2 und T3.
- **Hypothese 3:** Die von Behandelnden festgestellte Essstörungssymptomatik (Esssacken, Erbrechen, exzessiver Sport, Substanzmissbrauch, Selbstverletzung) ist zum Zeitpunkt T2 signifikant niedriger als zum Zeitpunkt T0.
- **Hypothese 4:** Die von Behandelnden festgestellte Essstörungssymptomatik (Esssacken, Erbrechen, exzessiver Sport, Substanzmissbrauch, Selbstverletzung) zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Zeitpunkten T2 und T3.

- **Hypothese 5:** Der BMI der Patienten/Patientinnen mit Anorexia nervosa ist zum Zeitpunkt T2 und T3 signifikant höher als zum Zeitpunkt T0.
- **Hypothese 6:** Der BMI der Patienten/Patientinnen mit Binge-Eating-Störung ist zum Zeitpunkt T2 und T3 signifikant niedriger als zum Zeitpunkt T0.
- **Hypothese 7:** Die Anzahl der klinisch erfüllten Diagnosen der Essstörungen nehmen vom Zeitpunkt T0 zu T2 ab.

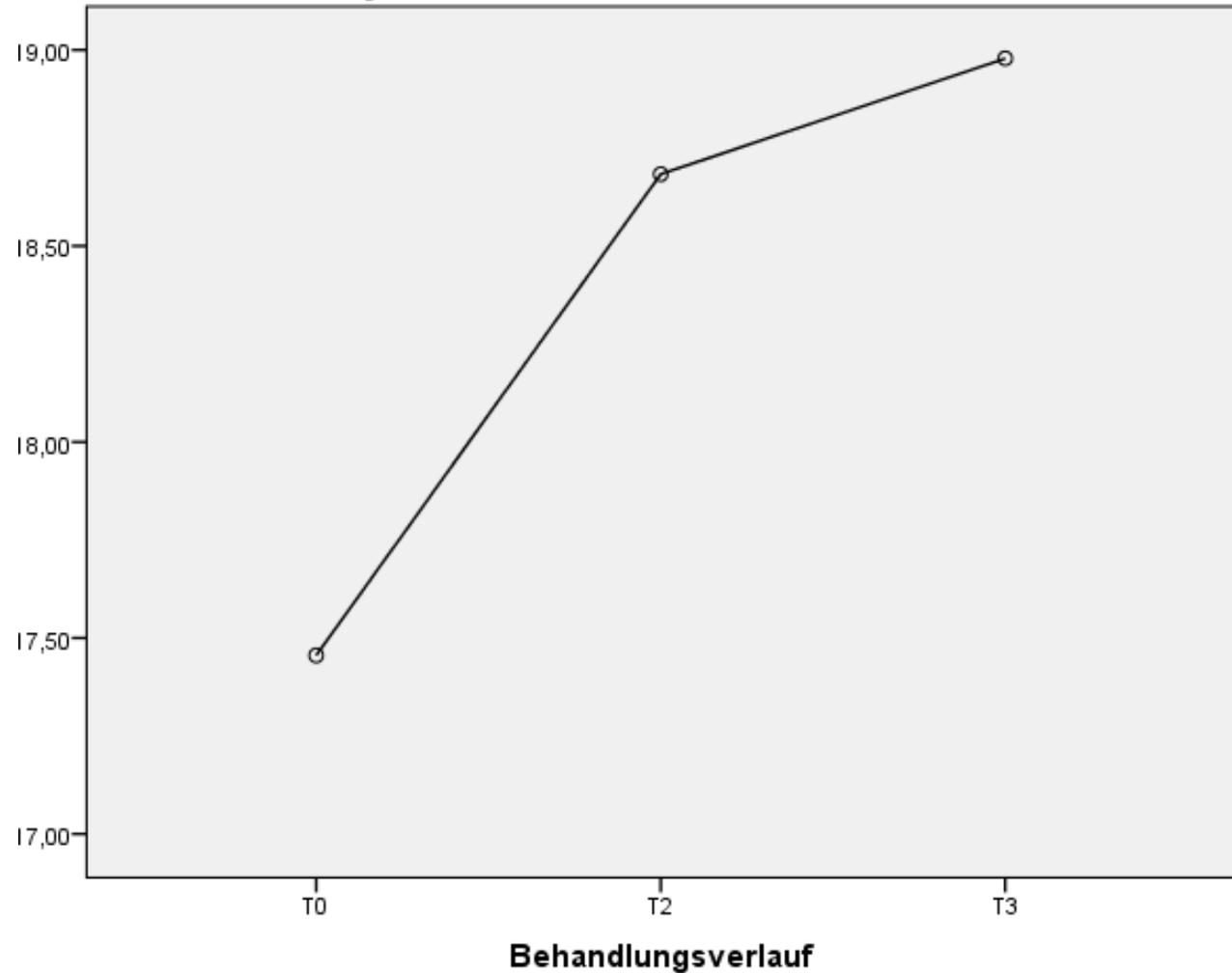
# Body-Mass-Index

**Signifikante Unterschiede** für Patient\*innen mit Anorexia nervosa

Keine signifikanten Unterschiede für Patient\*innen mit

- Binge-Eating-Störung
- Bulimia nervosa

Verlauf des Body-Mass-Index der Patient\*innen mit Anorexia Nervosa



# Gesamtbeschwerde-Symptomatik

