

Psychotherapeut 2022 · 67:227–234
<https://doi.org/10.1007/s00278-021-00566-7>
 Angenommen: 25. November 2021
 Online publiziert: 7. Januar 2022
 © Der/die Autor(en) 2022



Ambulante Gesundheitsversorgung von Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa in Sachsen

Sekundärdatenbasierte Kohortenstudie

Julia Murr¹ · Anne Neumann²

¹ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Asklepios Fachklinikum Stadtroda, Stadtroda, Deutschland

² Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) sind schwere Erkrankungen, die vorwiegend junge Frauen betreffen und häufig mit gravierenden psychischen, somatischen und sozialen Folgen einhergehen. Behandlungsstandard beider Erkrankungen ist eine Richtlinienpsychotherapie.

Ziel der Arbeit: Zielsetzung dieser Studie ist es, die Behandlungsprävalenzen und Versorgungssituation von Patienten mit AN oder BN in Sachsen abzubilden sowie aufzuzeigen, welche Fachrichtungen die Erstdiagnose dieser Krankheiten stellen, und welche Faktoren die Vermittlung in eine psychotherapeutische Behandlung beeinflussen.

Material und Methoden: Basierend auf Routinedaten der gesetzlichen Krankenkasse AOK PLUS wurde unter allen Versicherten in Sachsen die Prävalenz von ambulant behandelten Patienten mit AN und BN im Zeitraum von 2009 bis 2014 ermittelt sowie nach Alter, Geschlecht und Wohnort des Patienten untersucht. Weiterhin wurden die Fachärzte, die die Diagnosen erstmalig kodierten, sowie die Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie nach ambulanter Erstdiagnose betrachtet.

Ergebnisse und Diskussion: Die Behandlungsprävalenzen der AN und BN zeigen für Patientinnen von 2009 bis 2014 einen signifikanten Anstieg, während die deutlich niedrigeren Behandlungsprävalenzen für Patienten stabil blieben. In den Großstädten waren die Behandlungsprävalenzen für beide Diagnosen signifikant höher als in den übrigen Regionen. Fast die Hälfte der Essstörungen wurde von Fachärzten für Allgemeinmedizin diagnostiziert, weitere 20–25 % von Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Lediglich 25 % der AN-Patienten und 33 % der BN-Patienten nahmen im ersten Jahr nach der Diagnosestellung eine Richtlinienpsychotherapie wahr.

Schlüsselwörter

Essstörungen · Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung · Hausärzte · Versorgungsforschung · Sekundärdaten

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Beitrag auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter, sofern dies nicht explizit eingeschränkt ist.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) sind schwere psychosomatische Erkrankungen, die vorwiegend junge Frauen betreffen und häufig mit gravierenden psychischen, somatischen und sozialen Folgen einhergehen. Unumstrittener Behandlungsstandard bei

der Erkrankungen ist eine Richtlinienpsychotherapie, wobei eine geringe Latenz von Erkrankungsbeginn bis zur Therapieinanspruchnahme prognostisch günstig ist. Inwiefern und wie zügig Erkrankte eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, und welche Faktoren

dies beeinflussen, ist noch unzureichend erforscht und wird im Folgenden durch eine Sekundärdatenanalyse für das Bundesland Sachsen dargestellt.

Hintergrund und Fragestellung

Eine adäquate Versorgung psychisch kranker Menschen ist in den vergangenen Jahrzehnten von zunehmendem wissenschaftlichem Interesse. Sowohl in der Weiterentwicklung geeigneter Therapieformen als auch in deren Vermittlung an zukünftige Psychotherapeuten konnten erhebliche Fortschritte erzielt werden. Gleichzeitig ist der Zugang psychisch Kranker zu einer qualifizierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung noch immer unzureichend (Kruse et al. 2012). Hauptursache ist aufseiten des Gesundheitssystems eine erhebliche Schnittstellenproblematik, die durch eine unzureichende Diagnostik und Weitervermittlung somatisch tätiger Ärzte bedingt ist (Albani et al. 2010), gleichzeitig aber auch durch unzureichende niedrigschwellige psychotherapeutische Angebote und noch immer lange Wartezeiten auf Psychotherapieplätze. Auch relevant ist die Tatsache, dass psychische Krankheiten noch immer stigmatisiert sind, was die Inanspruchnahme passender Behandlungsangebote erschwert (Angermeyer 2003). Ebenfalls zu berücksichtigende krankheitsimmanente Faktoren werden im sechsten Absatz spezifisch für Essstörungen beschrieben.

Die AN ist charakterisiert durch einen oft langwierigen, in etwa 20% der Fälle chronischen Krankheitsverlauf (Steinhausen 2002), der mit gravierenden psychosozialen und somatischen Folgen einhergeht. Die Lebenszeitprävalenz in der Hochrisikogruppe junger Frauen beträgt etwa 0,9% (Smink et al. 2012). Unter allen psychischen Erkrankungen ist die AN diejenige mit der höchsten Mortalität (Harris und Barraclough 1998), wobei die standardisierte Mortalitätsrate gegenüber der Allgemeinbevölkerung etwas mehr als 5-fach erhöht ist (Arcelus et al. 2011).

Die BN tritt mit einer Lebenszeitprävalenz von 0,9–1,5% in der Gruppe erwachsener Frauen etwas häufiger auf als die AN (Smink et al. 2012); aufgrund der fehlenden Offensichtlichkeit und des ausgeprägten Schamerlebens ist von einer hohen Dun-

kelziffer weiterer Betroffener auszugehen (Hoek 2002). Die Prognose scheint etwas besser zu sein als die der AN; die standardisierte Mortalitätsrate ist mit 1,9 moderat erhöht (Arcelus et al. 2011).

Für beide Essstörungen empfiehlt die S3-Leitlinie eine Richtlinienpsychotherapie – je nach Schweregrad im ambulanten und/oder im (teil-)stationären Setting (Brockmeyer et al. 2018). Die Wirksamkeit sowohl ambulanter als auch stationärer störungsspezifischer Psychotherapie ist nachgewiesen (Zeecq et al. 2018; Hay et al. 2004). Psychopharmakologische Behandlungsansätze spielen eine untergeordnete Rolle. Eine frühzeitige Inanspruchnahme von Psychotherapie ist ein wesentlicher Prognosefaktor für einen günstigeren Krankheitsverlauf (Zipfel et al. 2000).

Neben der hohen Belastung für Betroffene und ihr Umfeld führt besonders die AN, aber auch die BN zu enormen direkten, v. a. aber indirekten Kosten für das Gesundheitssystem (Stuhldreher et al. 2012).

Die psychotherapeutische Versorgung psychisch Kranker in Deutschland weist sowohl regionale Unterschiede auf als auch Unterschiede zwischen verschiedenen soziodemografischen Patientengruppen und verschiedenen Störungsbildern (Mack et al. 2014). Dabei gehören AN-Patienten zur Gruppe derer, die nach einem Erstgespräch eher seltener in eine ambulante Psychotherapie übernommen werden (Zepf et al. 2003).

Auf Patientenseite hemmen essstörungsspezifische krankheitsimmanente Charakteristika eine adäquate Therapieinanspruchnahme: Bei Patienten mit einer AN muss von einer fehlenden Krankheitseinsicht und hohen Ich-Syntonie mit mangelnder Therapiemotivation ausgegangen werden; Patienten mit einer BN wagen es oft aufgrund ihres hohen Schamerlebens nicht, Unterstützungsangebote anzunehmen (Regan et al. 2017).

Die Datenlage zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung erwachsener Patienten mit Essstörungen ist noch rar. Für den deutschsprachigen Raum liegen bisher 2 Sekundärdatenanalysen zur Behandlung der Hochrisikogruppe (Mädchen und junge Frauen) vor, eine im ambulanten (Jaite et al. 2013) sowie eine in ambulantem und stationärem Bereich (Mühleck et al. 2018). Daten für Frauen im

Infobox 1

Kernaussagen

- Die Behandlungsprävalenzen der Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) zeigen für Patientinnen von 2009 bis 2014 einen signifikanten Anstieg, während die ohnehin deutlich niedrigeren Behandlungsprävalenzen für Patienten stabil blieben.
- In den sächsischen Großstädten waren die Behandlungsprävalenzen für beide Essstörungsformen signifikant höher als in den übrigen Regionen Sachsens.
- Fast die Hälfte der Essstörungen wurde vom Facharzt für Allgemeinmedizin diagnostiziert, weitere 20–25% vom Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Eine dem untergeordnete, dennoch nennenswerte, Rolle in der Feststellung von Essstörungen spielen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendheilkunde und Gynäkologie.
- Lediglich 25% der AN-Patienten und 33% der BN-Patienten nahmen im ersten Jahr nach Diagnosestellung eine Richtlinienpsychotherapie wahr.
- Die Chance auf eine Therapieinanspruchnahme war am höchsten, wenn die Essstörung durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie diagnostiziert wird. Zudem gelangten Patienten, deren Diagnose durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin gestellt wurde, eher in Therapie als diejenigen, deren Essstörung durch Fachärzte für Gynäkologie oder Kinder- und Jugendmedizin festgestellt wurde.
- Männliche von einer AN Betroffene nahmen signifikant seltener eine Psychotherapie in Anspruch als weibliche.

Alter über 25 Jahren sowie für Jungen und Männer jeglichen Alters fehlen gänzlich.

Zielsetzung dieser Studie ist es, die Behandlungsprävalenzen und Versorgungssituation von Patienten mit Essstörungen jeglichen Alters und Geschlechts in Sachsen abzubilden. Des Weiteren soll aufgezeigt werden, welche Fachrichtungen die Erstdiagnose einer AN oder BN stellen, und welche Faktoren die Vermittlung in eine adäquate psychotherapeutische Behandlung beeinflussen.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Bei der Studie handelt es sich um eine longitudinale versorgungsepidemiologische Studie, basierend auf Routinedaten der gesetzlichen Krankenkasse AOK

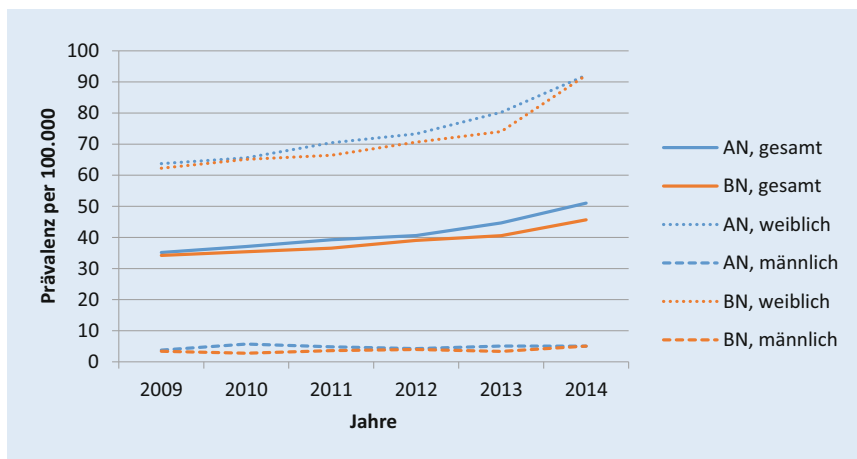


Abb. 1 ▲ Behandlungsprävalenz der Anorexia nervosa (AN) bzw. Bulimia nervosa (BN) gesamt und nach Geschlecht über die Jahre 2009–2014

PLUS über einen Zeitraum von 6 Jahren (2009–2014). Unter allen Versicherten der AOK PLUS in Sachsen wurden die Prävalenz und die ambulante Versorgung von Patienten mit AN (ICD-10: F50.0 + F50.1) sowie mit BN (ICD-10: F50.2 + F50.3) für den erwähnten Zeitraum ermittelt. Als Nenner in die Berechnungen des jeweiligen Jahres gingen nur die Versicherten ein, die vor dem jeweiligen Jahr (2005–2014) geboren wurden und nach dem Jahr aus der Versicherung ausgetreten waren (z. B. Tod oder Wechsel der Versicherung). Dabei wurden nur gesicherte ambulante Diagnosen berücksichtigt. Ausgeschlossen wurden alle Versicherten, deren Wohnsitz (PLZ) nicht in Sachsen lag. Insgesamt wurden 2,0 (2014) bis 2,3 Mio. Versicherte (2009) untersucht. In den Jahren 2009–2011 waren 52 % und in den Jahren 2012–2014 53 % der Population weiblich. Das Durchschnittsalter der Population betrug 2009 45 Jahre, in den Jahren 2010–2012 46 Jahre und in den Jahren 2013–2014 47 Jahre.

Zunächst wurde die Prävalenz als Anteil der Patienten mit ambulant gestellter Diagnose (AN oder BN) von allen Versicherten der Stichprobe pro Jahr ermittelt. Weiterhin wurde die Prävalenz nach Alter, Geschlecht und Wohnort des Patienten als Stadt (Städte: Dresden, Leipzig, Chemnitz) vs. Kreis (entspricht alle PLZ außer Stadt) untersucht. Bei der Untersuchung nach Stadt vs. Kreis wurde nach Alter (Europastandard) standardisiert.

Zudem wurde untersucht, welche Fachärzte als Erste die Diagnose einer AN oder BN kodiert hatten, ohne dass diese

im Untersuchungszeitraum zuvor vorlag. Bei der Zuordnung zur ersten Diagnose wurde bis zum Jahr 2005 zurückbetrachtet, d. h., mögliche Diagnosen vor 2005 konnten nicht berücksichtigt werden, da Daten nur bis 2005 vorlagen. Weiterhin wurde analysiert, ob Patienten nach erster ambulant diagnostizierter AN oder BN innerhalb des folgenden Jahres eine ambulante Psychotherapie in Anspruch nahmen. Dabei wurde ein Jahr als 4 hintereinander folgende Quartale, beginnend mit dem Quartal der ambulanten Erstdiagnose, definiert, und nur die Erstdiagnosen bis zum ersten Quartal 2014 wurden betrachtet, um eine ausreichende Nachbeobachtungszeit zu gewährleisten. Zudem wurde untersucht, ob die ärztliche Fachgruppe des Leistungserbringers, der die Erstdiagnose gestellt hatte, bzw. das Alter, der Wohnort (Stadt vs. Kreis) oder das Geschlecht des Patienten einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, eine ambulante Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, hatten. Fachärzte folgender Richtungen wurden in die Studie einbezogen: Allgemeinmedizin, Chirurgie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie, innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie (einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie), psychosomatische Medizin und Psychotherapie (einschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt, psychologischer Psychotherapeut sowie psychologischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut) und Urologie. Bei mehrdeutiger Zuordnung einer Fachgrup-

pe war der Facharzt für Allgemeinmedizin rezessiv, d. h., eine andere Facharztgruppe wurde herangezogen, und der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin dominant, d. h., diese Facharztgruppe wurde herangezogen. In 6 AN-Fällen und in 4 BN-Fällen war die Bestimmung der Facharztgruppe nicht eindeutig; hier wurden der Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und nicht der Facharzt für Allgemeinmedizin ($n_{\text{Anorexia}}=4$; $n_{\text{Bulimia}}=3$), der Facharzt für innere Medizin und nicht der Facharzt für Allgemeinmedizin ($n_{\text{Bulimia}}=1$), der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und nicht der Facharzt für Allgemeinmedizin ($n_{\text{Anorexia}}=1$) sowie der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und nicht der Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ($n_{\text{Anorexia}}=1$) herangeführt. Für die Entscheidung, ob eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen wurde, wurden sämtliche Gebührenordnungsziffern berücksichtigt, die eine Richtlinienpsychotherapie anzeigen.

Regressionsanalysen wurden mithilfe logistischer Regression („odds ratios“, OR) als Vergleich zwischen den Jahren 2009 und 2014 durchgeführt. Für Aussagen zur statistischen Signifikanz wurde ein α -Fehler von 5 % angenommen. Die Daten wurden mithilfe des SQL Server 2017 zusammengestellt. Die Berechnungen erfolgten mithilfe des Statistikprogrammes STATA Version 15.

Ergebnisse

Behandlungsprävalenz

Unter den pro Jahr (knapp) über 2 Mio. Versicherten der AOK PLUS wurde der Anteil mit einer ambulant diagnostizierten AN oder BN ermittelt. Wie in **Abb. 1** dargestellt, stiegen die Behandlungsprävalenzen der AN und BN von 35,2/100.000 bzw. 34,2/100.000 im Jahr 2009 auf 51,0/100.000 bzw. 45,7/100.000 im Jahr 2014 an, wobei diese bei der AN (+15,9/100.000) etwas stärker zunahm als bei der BN (+11,5/100.000; **Abb. 1**). Beide Anstiege waren statistisch signifikant (Anorexia: OR=1,5, p -Wert < 0,001; Bulimia: OR=1,3, p -Wert < 0,001). Es gab einen großen Geschlechtsunterschied; Mädchen und Frau-

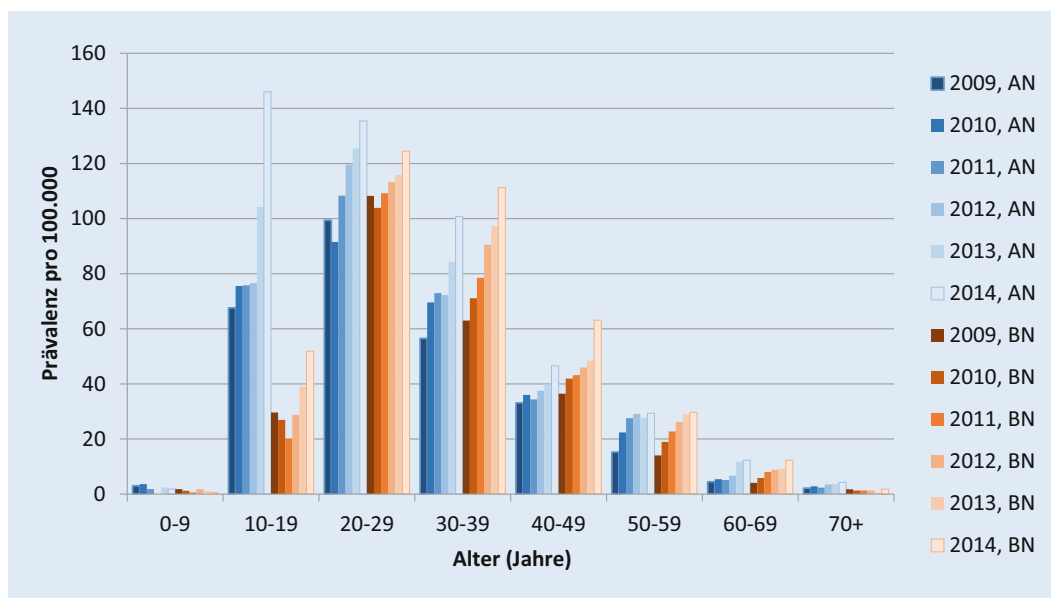


Abb. 2 ◀ Prävalenz der Anorexia nervosa (AN) bzw. Bulimia nervosa (BN) nach Altersklassen über die Jahre 2009–2014

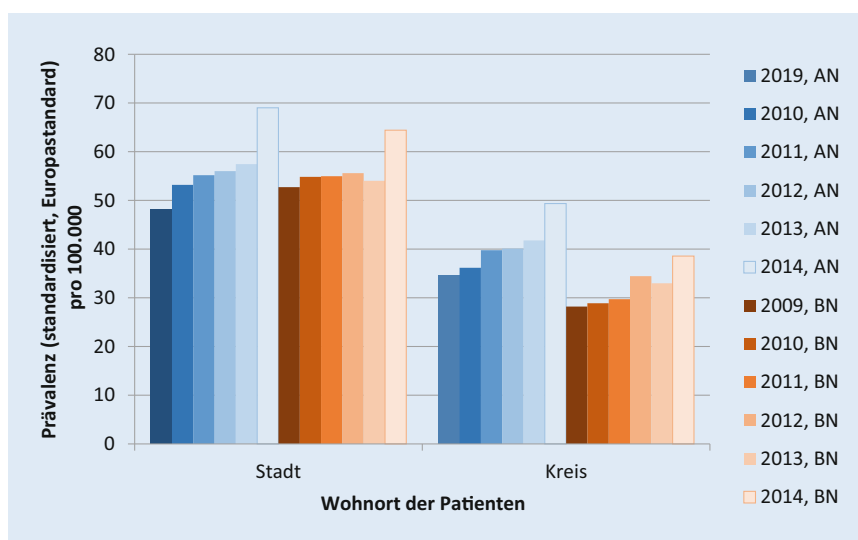


Abb. 3 ▲ Prävalenz der Anorexia nervosa (AN) bzw. Bulimia nervosa (BN) nach Stadt/Kreis (altersstandardisiert) über die Jahre 2009–2014. „Stadt“ PLZ der Städte Dresden, Leipzig, Chemnitz, „Kreis“ alle anderen PLZ außer „Stadt“

en wiesen mit 63,7–92,2/100.000 bei AN und 62,3–92,2/100.000 bei BN wesentlich höhere Behandlungsprävalenzen als Jungen und Männer mit 3,8–5,1/100.000 bzw. 2,8–5,1/100.000 auf. Hier waren die Anstiege bei den Patientinnen (Mädchen und Frauen) statistisch signifikant (AN: OR= 1,4, p -Wert < 0,001; BN: OR= 1,3, p -Wert < 0,001), bei den Patienten (Jungen und Männer) nicht (AN: p -Wert= 0,167; BN: p -Wert= 0,355).

Die meisten Diagnosen einer AN wurden bei Patienten im Alter von 10 bis 39 Jahren kodiert, während die höchste

Prävalenz bei BN im Alter von 20 bis 39 Jahren lag (▣ Abb. 2). In allen Altersklassen ist über die Zeit ein Anstieg der Diagnosen einer AN und BN analog der Gesamtprävalenz (▣ Abb. 1) zu verzeichnen. Die jeweiligen Anstiege in den Altersklassen waren statistisch signifikant, ausgenommen in den Altersklassen 0–9 und 70+ sowie bei der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen bei der BN. In ▣ Abb. 2 ist zudem ersichtlich, dass Essstörungen weit über das üblicherweise angegebene Hochrisikoalter (Jugend und junges Erwachsenenalter) hinaus verbreitet sind.

In den sächsischen Großstädten Dresden, Leipzig und Chemnitz war die altersstandardisierte Behandlungsprävalenz beider Essstörungen in allen untersuchten Jahren höher als in den übrigen Regionen Sachsens (▣ Abb. 3).

Anteile der die Erstdiagnose stellenden Facharztgruppen

Insgesamt wurden 1692 Erstdiagnosen einer AN und 1316 Erstdiagnosen einer BN im Beobachtungszeitraum dokumentiert. Die meisten Erstdiagnosen einer AN oder BN wurden mit 41 % bzw. 43 % von Fachärzten für Allgemeinmedizin kodiert, gefolgt von Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (20 % bzw. 25 %) und von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie (11 % bzw. 15%; ▣ Abb. 4).

Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie

In den Daten ist zudem ersichtlich, dass 75 % der Patienten mit AN und 67 % der Patienten mit BN keine ambulante Richtlinienpsychotherapie innerhalb des ersten Jahres nach Diagnosestellung in Anspruch genommen haben. Sowohl AN- als auch BN-Patienten, deren Erstdiagnose durch einen Facharzt für Gynäkologie gestellt wurde, hatten eine signifikant niedrigere Chance, eine Psychotherapie innerhalb des folgenden Jahres in Anspruch zu neh-

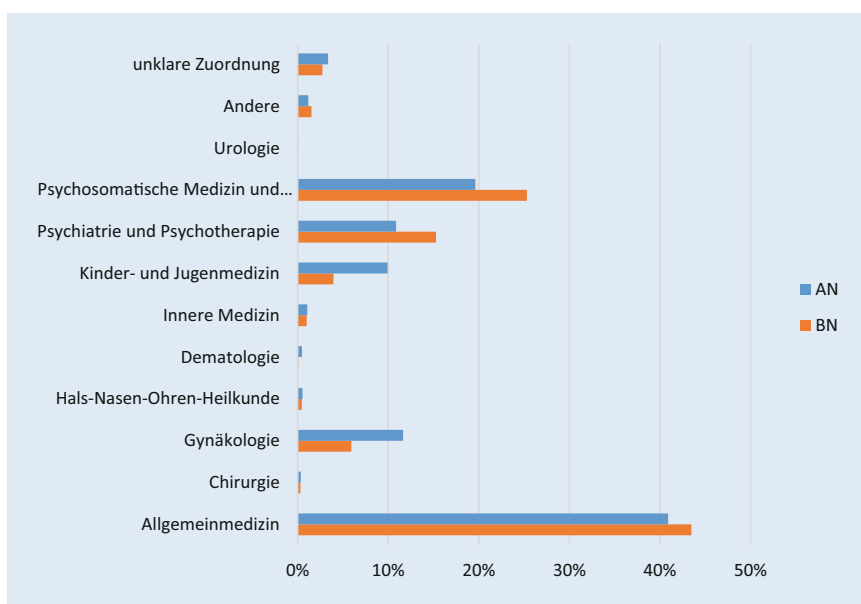


Abb. 4 ▲ Verteilung der Facharztgruppen, die Erstdiagnose einer Anorexia nervosa (AN) bzw. Bulimia nervosa (BN) stellen. $n_{\text{Anorexia}} = 1692$, $n_{\text{Bulimia}} = 1316$. Psychosomatische Medizin und... psychosomatische Medizin und Psychotherapie

men, als Patienten, deren Essstörung durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin festgestellt wurde (■ Tab. 1). Bei BN-Patienten verringerte auch die Feststellung der Erkrankung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin die Chance auf eine Psychotherapie im Vergleich zu beim Facharzt für Allgemeinmedizin diagnostizierten Patienten. Aufgrund fehlender Werte in den Kovariaten verringerte sich die Fallzahl für die logistische Regression auf 1466 bzw. 1082 für AN- bzw. BN-Patienten (■ Tab. 1).

Dagegen war die Chance der Therapieinanspruchnahme innerhalb des ersten Jahres nach der Feststellung einer AN oder BN durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Vergleich zu durch den Facharzt für Allgemeinmedizin diagnostizierten Patienten statistisch signifikant höher. Zudem hatten AN-Patienten im Vergleich zu AN-Patientinnen eine signifikant geringere Chance, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Für BN-Patienten zeigte sich dieser Einfluss des Geschlechts nicht.

Diskussion

Behandlungsprävalenzen

Ermittelte Raten im Vergleich zur Literatur

Die in der vorliegenden Studie für das Jahr 2009 im Bundesland Sachsen ermittelten Behandlungsprävalenzraten der AN betragen in den Hochrisikogruppen der 10- bis 19-Jährigen 0,07 % und der 20- bis 29-Jährigen bei 0,10%. Zur BN wurden für die Gruppe der 20- bis 29-Jährigen eine Behandlungsprävalenz von 0,11 % und für die 10- bis 19-Jährigen eine Rate von 0,03 % ermittelt.

Eine Sekundärdatenanalyse der Charité, Berlin, gibt für den gleichen Untersuchungszeitraum für die AN bzw. die BN höhere Behandlungsprävalenzraten von 0,14 % resp. 0,11 % in der Gruppe der 10- bis 21-Jährigen an (Jaite et al. 2013).

Die Studie von Jaite et al. untersuchte eine Bevölkerungsstichprobe, die über Gesamtdeutschland verteilt war, während sich die vorliegende Studie auf Sachsen beschränkt. Somit können regionale Unterschiede eine Ursache der niedrigeren Behandlungsprävalenzen in der vorliegenden Studie sein. Die aktuelle Studienlage weist darauf hin, dass zwar die tatsächlichen Prävalenzen psychischer Erkrankungen in den alten und neuen Bundeslän-

dern annähernd gleich sind (Jacobi et al. 2014). Jedoch ist die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems aufgrund psychischer Erkrankungen in den alten Bundesländern höher als in den neuen (Wittchen und Jacobi 2001), was zu höheren Behandlungsprävalenzen psychischer Störungen in den alten Bundesländern führt (z. B. für Depression: Bramesfeld et al. 2010).

Zusätzlich zu den potenziell bestehenden regionalen Abweichungen sind Unterschiede im Studiendesign nicht vollständig auszuschließen (beispielsweise konnte nicht eruiert werden, ob Jaite et al. Verdachtsdiagnosen berücksichtigt haben, worauf in der vorliegenden Studie verzichtet wurde).

Hoek und van Hoeken (2003) beschrieben in ihrem Review für die AN Behandlungsprävalenzen in der Primär- bzw. Sekundärversorgung junger Frauen von 0,16 % resp. 0,13 %. Für die BN ermittelten sie Behandlungsprävalenzen von 0,17 % resp. 0,09 % in der Primär- bzw. Sekundärversorgung junger Frauen.

Berücksichtigt man, dass sich die Behandlungsfälle von Primär- und Sekundärversorgung sicher in weiten Bereichen überschneiden, des Weiteren, dass die Studie von Hoek und van Hoeken nur Frauen, die vorliegende Studie die Gesamtbevölkerung untersucht, scheinen die Ergebnisse des Reviews mit denen der vorliegenden Studie weitgehend kompatibel zu sein. Die Geschlechterverteilung bei der AN bzw. BN beträgt in der vorliegenden Studie etwa 1:17 resp. 1:20 (männlich:weiblich).

Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass Essstörungen auch über das Hochrisikotalter hinaus in relevanter Zahl auftreten (s. ■ Abb. 2).

Verlauf im Untersuchungszeitraum

Die Behandlungsprävalenzen sowohl der AN als auch der BN stiegen für Mädchen und Frauen über den 6-jährigen Untersuchungszeitraum hinweg kontinuierlich sowie zwischen 2009 und 2014 signifikant an. Im Gegensatz hierzu blieben die Behandlungsprävalenzen der beiden Essstörungen für Jungen und Männer stabil. Eine Sekundärdatenanalysen im Bundesland Thüringen in nahezu identischem Untersuchungszeitraum zeigte allenfalls einen tendenziellen Anstieg der AN und einen

Tab. 1 Logistische Regression, Einfluss von Fachgruppe des Diagnosestellenden, Alter, Wohnort und Geschlecht auf die Psychotherapieanspruchnahme innerhalb des ersten Jahres nach Erstdiagnose einer Anorexia nervosa bzw. Bulimia nervosa

	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa	
	OR	p-Wert	OR	p-Wert
Fachgruppe (Facharzt für ...)				
<i>Allgemeinmedizin</i>	[Vergleichsgruppe]			
– Chirurgie	[Leer]		3,0	0,274
– Gynäkologie	0,4	0,003	0,4	0,023
– Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1,6	0,557	[Leer]	
– Dermatologie	2,9	0,248	[Leer]	
– innere Medizin	0,6	0,550	1,3	0,724
– Kinder- und Jugendmedizin	0,7	0,144	0,2	0,012
– Psychiatrie und Psychotherapie	1,4	0,146	1,1	0,673
– psychosomatische Medizin und Psychotherapie	6,0	0,000	7,0	0,000
– Urologie	[Leer]		[Leer]	
Andere	0,6	0,505	0,6	0,413
Unklare Zuordnung	0,8	0,690	1,0	0,943
Alter^a	1,0	0,315	1,0	0,268
Stadt/Kreis^b	0,8	0,227	1,2	0,255
Geschlecht^c	0,5	0,008	0,9	0,791
Konstante	0,3	0,000	0,2	0,000
<i>n</i> Anorexia = 1466, <i>n</i> Bulimia = 1082 OR „odds ratio“, [Leer] Gruppe aufgrund zu geringer Fallzahlen in Regression ausgeschlossen ^a Alter des Patienten im Jahr 2009 ^b Wohnort des Patienten im Jahr 2012: 0 Kreis, 1 Stadt ^c Geschlecht des Patienten: 0 weiblich, 1 männlich				

leichten Abfall der BN, beides jedoch nicht signifikant (Mühleck et al. 2018).

Nach aktueller Studienlage ist die tatsächliche Prävalenz der AN – seit einem Anstieg bis in die 1970er-Jahre hinein – stabil, für die BN wird nach einem Peak Mitte der 1990er-Jahre von einem leichten Abfall der Prävalenz ausgegangen (Currin et al. 2005; Smink et al. 2012). Bei stabiler Gesamtprävalenz ist die steigende Behandlungsprävalenz am ehesten durch ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Patienten gegenüber dem Gesundheitssystem, möglicherweise auch durch eine adäquatere medizinische Versorgung zu begründen. Adäquate Diagnosestellung und Therapie von männlichen Betroffenen sind durch häufig atypische Verläufe und ein noch ausgeprägteres Schamerleben oft besonders schwierig (Fichter und Herpertz-Dahlmann 2011), was die fehlende Prävalenzzunahme erklären kann.

Stadt-Land-Vergleich

Für beide untersuchte Essstörungen müssen signifikant höhere Behandlungsprävalenzen in Großstädten (Einwohnerzahl >100.000) – verglichen mit nichtgroßstädtischen Regionen Sachsens – festgestellt werden. Hinweise auf eine höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen in Großstädten ergaben sich u.a. in der Folgestudie des Bundesgesundheitsurvey (Jacobi et al. 2014) und in der TACOS-Studie („Transitions in Alcohol Consumption and Smoking“) (Meyer et al. 2000). Konkret auf Essstörungen bezogen, waren in beiden Studien jedoch keine signifikanten Prävalenzunterschiede im Stadt-Land-Vergleich festzustellen. Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass die höheren Behandlungsprävalenzen in sächsischen Großstädten eher auf eine bessere Versorgung durch eine höhere Facharzt- und Psychotherapeutendichte sowie durch universitäre Angebote zurückzuführen sind.

Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems

Lediglich ein Viertel aller erfassten AN-Patienten und ein Drittel der BN-Patienten erhielten im ersten Jahr nach der Diagnosestellung eine Richtlinienpsychotherapie im Sinne einer leitliniengerechten Behandlung. Mühleck et al. zeigten für das Nachbarbundesland Thüringen, dass von allen Essstörungspatienten (AN, BN und nicht näher bezeichnete Essstörung) lediglich 25,1 % im gesamten Untersuchungszeitraum von 2010 bis 2014 in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren (Mühleck et al. 2018).

Konträr hierzu zeigt die bereits erwähnte bundesweite Studie der Charité, dass etwas mehr als drei Viertel der BN- und AN-Patienten eine „Psychotherapie“ erhielten. Jaite et al. fassten den Begriff „Psychotherapie“ weiter, sodass z.B. auch sämtliche Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung mitberücksichtigt wurden, was die Diskrepanz der Ergebnisse erklärt. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass auch regionale Unterschiede, wie die nachgewiesene höhere Inanspruchnahme von Psychotherapie in den alten Bundesländern gegenüber der neuen (Wittchen und Jacobi 2001), die unterschiedlichen Ergebnisse erklären. Zudem scheint relevant, dass v.a. in den „alten Bundesländern“ bereits gut ausgebaute Kooperationsmodelle zwischen Behandlern im Essstörungsbereich bestehen (z.B. das „Netzwerk Essstörungen Ostalb“ oder das „Therapienetz Essstörungen Bayern“ etc.), während in Sachsen sowie in sämtlichen weiteren „neuen Bundesländern“ im Untersuchungszeitraum noch keine derartigen Strukturen etabliert waren. Etwa seit 2016 gelang in Sachsen die zunehmende Etablierung eines BehandlerNetzwerks (Netzwerk Essstörungen Sachsen – „NESSA“). Zur Evaluation der Auswirkung des Netzwerks auf die Versorgungssituation in Sachsen ist eine erneute Sekundärdatenanalyse zum Vergleich mit der vorliegenden Arbeit empfehlenswert.

Die Erstdiagnose stellende Fachärzte

Die vorgestellte Studie zeigt zudem, dass die Inanspruchnahme von Psychotherapie davon abhängig ist, welche Fachdis-

ziplin die Erstdiagnose gestellt hat. So ist die Chance, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, nach der Diagnosestellung durch den Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie signifikant am höchsten, gefolgt vom Facharzt für Allgemeinmedizin und wiederum mit signifikant geringerer Therapieanspruchnahme vom Facharzt für Gynäkologie sowie für Kinder- und Jugendmedizin (Tab. 1). Da die Weiterbildung genannter Fachdisziplinen in etwa äquivalent ist, ist dieses Ergebnis am ehesten als Hinweis auf die herausragende Rolle des Hausarztes als Vertrauensperson und „Gatekeeper“ zu werten. Dies und andere potenzielle Faktoren, die die festgestellten Versorgungsunterschiede zwischen den Facharztgruppen beeinflussen könnten (wie beispielsweise verfügbare Behandlungszeit pro Patient; Frequenz der Arzt-Patient-Kontakte; Grad der Spezialisierung auf das eigene Fachgebiet; Vernetzung der Facharztgruppen untereinander; Unterschiede in der Weiterbildung), sollten in Folgestudien genauer untersucht werden. Zu erwarten war zudem – wie weiter oben bereits begründet (siehe Abschnitt „Verlauf im Untersuchungszeitraum“) – der negative Einfluss des männlichen Geschlechts der Patienten auf die Therapieanspruchnahme.

Limitationen der Studie

Durch die Nutzung von Sekundärdaten können verfälschende Einflüsse wie Selektions-, Erinnerungsbias oder vom Befragten abhängige Verzerrungseffekte (beispielsweise „soziale Erwünschtheit“, Akquieszenz) minimiert werden. Die genutzten Routinedaten der AOK PLUS Sachsen eignen sich besonders gut für Studien der Versorgungsforschung, da in Sachsen ca. 49% der Bevölkerung im untersuchten Zeitraum bei der AOK PLUS versichert waren und die AOK PLUS-Versicherten eine für Sachsen repräsentative Alters- und Geschlechtsverteilung aufweisen. Vollständige Daten für alle im Untersuchungszeitraum bei der AOK PLUS Versicherten wurden nach den aktuellen Standards für die Erhebung von Sekundärdatenanalysen (Swart et al. 2016) aufgearbeitet.

Grundsätzlich bleiben jedoch bei Sekundärdatenanalysen die Validität der Dia-

gnosen und die Zuverlässigkeit der abgerechneten Leistungen stets von der Expertise und dem Kodierverhalten des Behandlers, von der Offenheit des Patienten sowie der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung abhängig. Daneben wurde in dieser Studie ausschließlich der ambulante Sektor des Gesundheitssystems berücksichtigt, da ein wesentlicher Teil stationärer Leistungen nicht in den GKV-Daten erfasst wird (z. B. Einrichtungen der Rentenversicherungsträger).

Fazit

- Die Inanspruchnahme von Psychotherapie durch AN- und BN-Patienten ist mit Raten von 25 % bzw. 33 % auffallend gering, sodass davon ausgegangen werden muss, dass eine leitliniengerechte Behandlung dieser Patienten im Land Sachsen noch nicht flächendeckend gewährleistet wird.
- Auffallend ist eine relevante Anzahl von Erkrankungsfällen für beide Essstörungen auch über das bekannte Hochrisikoalter hinaus – dies sollte sowohl in der Weiterbildung als auch bei der Forschungsplanung berücksichtigt werden.
- Hausärzte sind für die Erkennung und adäquate Weiterleitung der Patienten von großer Bedeutung. Grundkenntnisse der Diagnostik und Therapie von Essstörungen, insbesondere Weiterbildung in motivierender Gesprächsführung (Miller und Rollnick 2012), sollten dringend Gegenstand in der psychosomatischen Weiterbildung der Fachärzte für Allgemeinmedizin, aber auch anderer somatischer Fachrichtungen sein.
- Hinsichtlich der Möglichkeit, Patienten zu einer adäquaten psychotherapeutischen Behandlung zu motivieren, wurden zwischen den Facharztgruppen erhebliche Unterschiede festgestellt. Eine genauere Evaluation der Gründe kann Basis einer Verbesserung von Weiterbildung und Versorgungsstrukturen sein.
- Gut ausgebaute Versorgungsnetzwerke scheinen die Inanspruchnahme adäquater Therapien zu steigern und sollten deshalb flächendeckend über Gesamtdeutschland etabliert wer-

den. Eine Begleitforschung während der Entwicklung entstehender Netzwerke (z. B. Prä-post-Vergleich der Versorgungssituation nach Etablierung eines Netzwerks) sollte angestrebt werden. Hierzu sind Sekundärdatenanalysen gut geeignet und sollten zur Abbildung regionaler Unterschiede, aber auch zeitlicher Verläufe genutzt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. Anne Neumann

Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Deutschland
Anne.Neumann@uniklinikum-dresden.de

Danksagung. Wir bedanken uns bei Prof. Jochen Schmitt für die konzeptionelle Unterstützung und Bereitstellung der Daten, bei Dr. Fabian Baum für das kritische Gegenlesen der Methodik und bei Luise Mocke (†) und Victoria Stephan für die Aufarbeitung und Bereitstellung der Daten.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Murr und A. Neumann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autorinnen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E (2010) Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. *Psychotherapeut* 55(6):503–514
- Angermeyer MC (2003) Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten - Ein Überblick. *Psychiatr Prax* 30(07):358–366
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S (2011) Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 68(7):724–731
- Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW (2010) Prevalence of depression diagnosis and prescription of antidepressants in East and West Germany: an analysis of health insurance data. *Soc Psychiat Epidemiol* 45(3):329–335
- Brockmeyer et al (2018) https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0261_S3_Esstoeerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf
- Curran L, Schmidt U, Treasure J, Jick H (2005) Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry* 186(2):132–135
- Fichter M, Herpertz-Dahlmann B (2011) S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Springer, Berlin
- Harris C, Barraclough B (1998) Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 173(1):11–53
- Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S (2004) Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000562.pub2>
- Hoek HW (2002) Distribution of eating disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD (Hrsg) *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*, Bd. 2. Guilford, New York, S 233–237
- Hoek HW, Van Hoeken D (2003) Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 34(4):383–396
- Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L et al (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23(3):304–319
- Jaite C, Hoffmann F, Glaeske G, Bachmann CJ (2013) Prevalence, comorbidities and outpatient treatment of anorexia and bulimia nervosa in German children and adolescents. *Eat Weight Disord Anorexia Bulim Obes* 18(2):157–165
- Kruse J, Herzog W et al (2012) Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz. *Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*, Berlin
- Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA et al (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population—evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23(3):289–303
- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 71(7):535–542
- Miller WR, Rollnick S (2012) *Motivational interviewing: helping people change*. Guilford, New York
- Mühleck J, Richter F, Bell L, Wick K, Strauß B, Berger U (2018) Regionale Inanspruchnahme des Versorgungssystems und Behandlungsprävalenz bei Essstörungen. *Psychotherapeut* 63(4):315–321

Outpatient healthcare of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa in Saxony. Secondary data-based cohort study area

Background: Anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) are severe diseases that predominantly affect young women and are often associated with severe psychological, somatic and social consequences. The standard treatment for both disorders is guideline psychotherapy.

Objective: The aim of this study is to present the treatment prevalence and care situation of patients with AN or BN in Saxony, to show which specialist disciplines make the initial diagnosis of these diseases and which factors influence the referral to psychotherapeutic treatment.

Material and methods: Based on routine data of the statutory health insurance fund AOK PLUS, the prevalence of outpatients with AN and BN was determined among all insured persons treated in Saxony in the period from 2009 to 2014 and examined according to age, gender and place of residence of the patient. Furthermore, the medical specialists who made the diagnoses for the first time and the utilization of outpatient psychotherapy after initial outpatient diagnosis were investigated.

Results and conclusion: The treatment prevalence of AN and BN showed a significant increase for female patients from 2009 to 2014, whereas the much lower treatment prevalence for male patients remained stable. The treatment prevalence for both diagnoses was significantly higher in large cities than in other regions. Almost half of the eating disorders were diagnosed by general practitioners and another 20–25% by specialists for psychosomatic medicine and psychotherapy. Only 25% of the AN patients and 33% of the BN patients underwent guideline psychotherapy within the first year after diagnosis.

Keywords

Eating disorders · Health care utilization · General practitioners · Health service research · Secondary data

- Regan P, Cachelin FM, Minnick AM (2017) Initial treatment seeking from professional health care providers for eating disorders: a review and synthesis of potential barriers to and facilitators of “first contact”. *Int J Eat Disord* 50(3):190–209
- Srnk FR, Van Hoeken D, Hoek HW (2012) Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 14(4):406–414
- Steinhausen HC (2002) The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 159(8):1284–1293
- Stuhldreher N, Konnopka A, Wild B, Herzog W, Zipfel S, Löwe B, König HH (2012) Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in eating disorders: a systematic review. *Int J Eat Disord* 45(4):476–491
- Swart E, Bitzer EM, Gothe H, Harling M, Hoffmann F, Horenkamp-Sonntag D et al (2016) Standardisierte BerichtsROutline für Sekundärdaten Analysen (STROSA) – ein konsentierter Berichtsstandard für Deutschland, Version 2. *Gesundheitswesen* 78(S01):e145–e160
- Wittchen HU, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 44(10):993–1000
- Zeeck A, Herpertz-Dahlmann B, Friederich HC, Brockmeyer T, Resmark G, Hagenah U et al (2018) Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *Front Psychiatry* 9:158
- Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2003) Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versor-

gung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychother Psychosom Medizinische Psychol* 53(03/04):152–162

Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W (2000) Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 355(9205):721–722