

Newsletter No.3

[Oktober 2013]



DGESS

Deutsche Gesellschaft für
Esstörungen e.V.

4

Restriktive Essstörungen im
Kindesalter.

8

DGESS-Curriculum.
Essen ist Kunst.

9

EDRS-Kongressbericht.
KBV initiiert Selektivverträge.

10

Update zur S3-Leitlinie
Adipositas.

Liebe Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen!

Der dritte Newsletter steht im Zeichen der Vorbereitung des 4. Wissenschaftlichen Kongresses der DGESS am 20.-22. März 2014 in Leipzig. Eine Reihe hochrangiger Wissenschaftler wurde gewonnen, um den Forschungsstand zum Hauptthema „Essstörungen über die Lebensspanne“ vorzustellen, beginnend mit Essproblemen in der frühen Kindheit bis hin zum hohen Erwachsenenalter. Zu diesen Referenten zählen die derzeitige und die designierte Präsidentin der Eating Disorders Research Society, Nadia Micali und Denise E. Wilfley, sowie Daniel le Grange und Ulrike Volkert. Darüber hinaus werden Guido Frank und Johannes Hebebrand zur Bildgebung und Genetik der Essstörungen berichten, und Martina de Zwaan und Matthias Blüher zur neuen DSM-5-Kategorie des Night-Eating-Syndroms und zur Adipositas.



Für den **Hilde-Bruch-Preis**,
 der im Rahmen des
 DGESS-Kongresses
 verliehen wird, können
 noch bis zum
10. November 2013
 Bewerbungen eingereicht
 werden.

Besonders freue ich mich über die bislang zahlreichen Symposiums- und Abstracteinreichungen, die den Kongress mit aktuellen Ergebnissen zu vielfältigen weiteren Themen der Essstörungsforschung bereichern werden. Die Deadline für weitere Einreichungen wurde auf den 15. November 2013 verlängert (s. Kongresshomepage www.dgess-leipzig2014.de). Zahlreiche Workshopangebote zu therapeutischen Aspekten bei Essstörungen in verschiedenen Lebensaltern sind dort buchbar.

Als kleiner „Vorgeschmack“ auf den Kongress enthält dieser Newsletter eine Übersicht über die Vermeidend/Restriktive Ernährungsstörung, eine neue Kategorie der Ess- und Fütterstörungen des DSM-5 (S. 4). Des Weiteren werden das erstmalig angebotene Weiterbildungscurriculum der DGESS „Evidenzbasierte Diagnostik und Psychotherapie der Essstörungen“ vorgestellt (S. 8), und das Kongressfest im Museum der bildenden Künste Leipzig eingeleitet (S. 7).

Außerdem enthält der Newsletter Berichte zum diesjährigen Kongress der Eating Disorders Research Society in Bethesda (S. 9), zur qualitätsgesicherten Versorgung von Essstörungen von Doris Weipert (S. 9), und zur neuen S3 Leitlinie zur Adipositas von Martin Teufel (S. 10).

Der nächste Newsletter ist für April 2013 geplant. Vor dem Erscheinen werden wir wieder alle Mitglieder anschreiben, um Inhalte zu sammeln. Der Newsletter ist auch auf der DGESS-Website einsehbar!

Einen schönen Herbst wünscht Ihnen im Namen des Vorstands

Anja Hilbert



Bildrechte aller Leipzig-Photos: LTM Leipzig
 Leipzig Tourismus und Marketing GmbH



Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e.V.

Hilde Bruch Forschungspreis der DGESS e.V. zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses

Die Deutsche Gesellschaft für Essstörungen DGESS e.V. vergibt erneut einen Preis für Forschungsarbeiten zum Thema anorektische bzw. bulimische Essstörungen. Der Preis richtet sich vorzugsweise an den wissenschaftlichen Nachwuchs. Höhe des Preises € 5.000,00.

Bewerbungsfrist:

Anträge von Interessenten (≤ 37 Jahre zum Jahresende 2013) mit Lebenslauf und wissenschaftlichem Werdegang bis spätestens 10. November 2013 in fünffacher Ausfertigung an

Prof. Dr. M. Fichter

Schön Klinik Roseneck, 83209 Prien, Am Roseneck 6

MFichter@schoen-kliniken.de

Preiswürdig sind veröffentlichte oder zur Veröffentlichung eingereichte eigene wissenschaftliche Arbeiten (oder Äquivalentes) zum Themenbereich anorektische bzw. bulimische Essstörungen.

Der Vorstand der DGESS e.V.

www.dgess.de

Restriktive Essstörungen im Kindesalter.

von

Anja Hilbert, Zoé van Dyck und Susanne Kurz

Epidemiologische Studien zeigen, dass die Inzidenz von Essstörungen über die letzten Jahren relativ stabil geblieben ist, die Erstmanifestation zunehmend häufiger jedoch in jüngerem Lebensalter erfolgt (Smink, van Hoeken & Hoek, 2012). Kindliche Essprobleme bergen dabei ein erhöhtes Risiko für Essstörungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Darüber hinaus waren sie prädiktiv relevant für ein ungünstiges Outcome (Ammaniti et al., 2012). Trotz dieser Ergebnisse wurden kindliche Essstörungen in der bisherigen Forschung oft vernachlässigt. Nur wenige epidemiologische Studien liegen vor; aktuelle Kenntnisse stammen weitgehend aus klinischen Beobachtungen, mit meist kleinen Stichproben.

Forschungsarbeiten in diesem Bereich wurden dadurch erschwert, dass kein allgemein anerkanntes Klassifikationssystem kindlicher Essstörungen vorlag, diese vielmehr zwischen Fütter- und Essstörungen angesiedelt waren (Nicholls et al., 2001). Wie bei Erwachsenen führte die Anwendung der Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, APA, 2000) zur Diagnose einer unspezifischen, nicht näher bezeichneten Essstörung (EDNOS) für einen Großteil der Kinder, nicht aber zur spezifizierten Diagnose einer Anorexia Nervosa (AN) oder Bulimia Nervosa (BN) (Bravender et al., 2010). In Anbetracht dieser Tatsache wurden altersadaptierte diagnostische Kriterien für restriktive kindliche Essstörungen entwickelt: Hierzu zählen zunächst die von Bryant-Waugh und Lask (1995) vorgeschlagenen Great Ormond Street (GOS) Kriterien und auch die Empfehlungen der Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (Bravender et al., 2010). In die aktuelle 5. Auflage des DSM wurde nun die [Vermeidend/Restriktive Ernährungsstörung \(Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID\)](#) einbezogen (APA, 2013). Zusätzlich indizierte die Eating Disorders Consultation Group ARFID für die Revision der International Classification of Diseases als eine von sechs Hauptkategorien von Fütter- und Essstörungen (Al-Adawi et al., 2013).

All diesen klassifikatorischen Ansätzen ist gemeinsam, dass sie auf Essprobleme durch Nahrungsvermeidung oder eingeschränkte Nahrungsaufnahme fokussieren (Bryant-Waugh & Nicholls, 2011). Die kindliche Ernährung ist dabei eingeschränkt in Bezug auf die Nahrungsmenge (bzw. deren Energie- oder Nährstoffgehalt) oder die Bandbreite der verzehrten Nahrungsmittel (Bryant-Waugh et al., 2010; Watkins & Lask, 2002). Das restriktive Essverhalten kann mit Gewichtsverlust, unzureichender Gewichtszunahme oder Wachstumsstörungen einhergehen (Kreipe & Palomaki, 2012), die „klassischen“ Essstörungen AN und BN sowie die typischerweise assoziierten Gewichts- oder Figursorgen sind dabei jedoch ausgeschlossen (Bryant-Waugh et al., 2010).

Das [DSM-5](#) konzeptualisiert ARFID dementsprechend als

- A. Ess- oder Fütterstörung (z. B. offensichtlich mangelndes Interesse am Essen oder an Nahrung, Vermeidung aufgrund von sensorischen Merkmalen der Nahrung, Sorge um aversive Konsequenzen des Essens), die sich in einem anhaltenden Unterschreiten des Energie- oder Nährstoffbedarfs manifestiert und mit einem oder mehreren der folgenden Merkmale

einhergehen kann: (1) Signifikanter Gewichtsverlust (oder Unterschreiten der erwarteten Gewichtszunahme oder Wachstumsverzögerung bei Kindern), (2) signifikantes Ernährungsdefizit, (3) Abhängigkeit von enteraler Ernährung oder oraler Nährstoffergänzung, (4) ausgeprägte psychosoziale Beeinträchtigung.

- B. Die Störung kann nicht besser durch mangelnde Verfügbarkeit von Nahrung oder kulturell sanktionierte Praktiken erklärt werden.
- C. Sie tritt nicht ausschließlich im Rahmen von AN und BN auf und eine Störung in der Verarbeitung von Figur und Gewicht liegt nicht vor.
- D. Die Störung ist nicht zurückzuführen auf medizinische oder andere psychische Störungen. Wenn sie im Rahmen einer anderen Störung auftritt, erhöht die Essstörung die übliche Schwere und bedarf zusätzlicher klinischer Berücksichtigung (übersetzt nach APA, 2013).

In der Literatur werden diese restriktiv/vermeidenden Essprobleme häufig zusätzlich in drei Subtypen unterteilt (das DSM-5 benennt sie als Hauptbeispiele): Im Rahmen der allgemein unangemessenen Nahrungsaufnahme wird oft die **Nahrungsvermeidung mit emotionaler Störung** aufgeführt (Food Avoidance Emotional Disorder, FAED; Higgs et al., 1989). Higgs und Kollegen beschrieben mit diesem Begriff eine Gruppe von Kindern, die eine emotionale Störung aufweisen, die mit der Nahrungsaufnahme interferiert und zu Gewichtsverlust und Wachstumseinschränkung führt (Higgs et al., 1989). Obwohl FAED und AN gemeinsame Merkmale (z. B. in der Nahrungsvermeidung) aufweisen, fehlen die charakteristischen Merkmale einer Körperbildstörung.

Letzteres gilt auch für das **Selektive Essen** (SE), das durch eine stark eingeschränkte Akzeptanz an Nahrungsmitteln gekennzeichnet ist (Bryant-Waugh, 2000). Das Nahrungsspektrum ist häufig auf Nahrungsmittel von bestimmter Farbe, Textur oder Art limitiert, andere Speisen werden abgelehnt (Jacobi et al., 2008). SE kann von der Nahrungsmittel-Neophobie dahingehend unterschieden werden, dass sich letztere auf eine ausschließliche Zurückweisung neuer Nahrungsmittel bezieht, während SE eine Zurückweisung vieler unterschiedlicher Nahrungsmittel beinhaltet, die dem Kind bekannt sein können oder auch nicht (Timimi et al., 1997). SE tritt häufiger bei Jungen als bei Mädchen auf, geht mit internalisierenden und externalisierenden Verhaltensstörungen einher, scheint sich aber nicht negativ auf Wachstum oder Pubertätsentwicklung niederzuschlagen, gilt jedoch als Vorläufer späterer Essstörungssymptome (u. a. Jacobi et al., 2008).

Nahrungsvermeidung aufgrund spezifischer Ängste zu schlucken, zu erbrechen oder zu würgen, findet sich in der **Funktionellen Dysphagie** beschrieben (Functional Dysphagia, FD; Nicholls & Bryant-Waugh, 2008; Bryant-Waugh, 2000). Diese Störung tritt oft als isoliertes Symptom nach einem aversiven Erlebnis im orofazialen oder gastrointestinalen Bereich auf (z. B. vorangehendes Würgen). Wie in Bezug auf ARFID und die bereits beschriebenen Subtypen bedarf die Validität der funktionellen Dysphagie weiterer Klärung, da sie als Symptom auch bei anderen Störungsbildern auftritt (Nicholls et al., 2000). Auch Kinder mit FD zeigen nicht die für AN oder BN charakteristischen verzerrten Kognitionen zu Figur und Gewicht (Nicholls & Bryant-Waugh, 2008).

Epidemiologie

Während FAED und SE häufige kindliche Essstörungen zu sein scheinen, tritt FD hingegen selten auf. Im Folgenden seien die wenigen verfügbaren epidemiologischen Störungen zu ARFID und den Subtypen zusammenge-

fasst: Cooper und Kollegen (2002) untersuchten 86 8-18 Jahre alte Kinder, die in zwei spezialisierten Behandlungseinrichtungen eine Diagnose einer Essstörung interviewbasiert erhalten hatten. Die Autoren identifizierten 29% der Kinder mit einer FAED, 17% mit SE und 1% mit FD (unter Verwendung der GOS-Kriterien). Pinhas und Kollegen (2011) instruierten 2.453 Pädiater im Rahmen einer Surveillance-Studie in Kanada, jeglichen neuen „Fall“ einer restriktiven Essstörung, die zu Gewichtsverlust oder Wachstumsverzögerung geführt hatte, bei Kindern im Alter von 5-12 Jahre zu dokumentieren. Die Inzidenz kindlicher Essstörungen betrug 2.6 Fälle pro 100.000 Personen-Jahre, mit einem Geschlechterverhältnis von 6:1 Mädchen zu Jungen. Insgesamt 62% der Fälle erfüllten die Kriterien einer AN nach DSM-IV-TR (ohne das Kriterium der Amenorrhoe). Die Autoren vermuteten, dass die übrigen Kinder die für das DSM-5 vorgeschlagenen ARFID-Kriterien erfüllen würden.

In einer weiteren britischen Surveillance-Studie zu kindlichen Essstörungen (< 13 Jahre) beantworteten Pädiater und Kinder- und Jugendpsychiater Fragebögen zu kindlichen Essstörungen (Nicholls et al., 2011). Unter Zugrundelegung modifizierter DSM-IV-TR und ICD-10-Kriterien betrug die Inzidenz 3.01 Fälle pro 100.000. Von diesen Kindern erfüllten 37% die Kriterien einer AN, 1.4% einer BN und 43% einer EDNOS. Weitere 19% zeigten Nahrungsvermeidung und Untergewicht ohne Figur- und Gewichtssorgen. Unsere eigene schulbasierte Untersuchung kindlicher Essstörungen bei Kindern im Alter von 8-13 Jahren befragte im Gegensatz zu den genannten Studien die Kinder selbst zu ihrem Essverhalten (van Dyck et al., 2013; Kurz et al., in Vorb.). Von den 1.444 befragten Kindern erfüllten 6.7% die Kriterien von ARFID nach DSM-5. Hinsichtlich der Subtypen trat SE am häufigsten auf (26.1%), gefolgt von FAED (19.3%) und FD (5.0%). Jüngere Kinder waren häufiger von ARFID, FAED und FD betroffen als ältere Kinder. Jungen zeigten SE häufiger als Mädchen, und ARFID wie auch SE waren deutlich mit Untergewicht assoziiert. Diese Ergebnisse bedürfen der Absicherung durch Experteninterview.

Fazit

Insgesamt ist die Definition von ARFID im DSM-5 sowie die Eingruppierung unter die Fütter- und Essstörungen sicher eine begrüßenswerte Entwicklung, die eine Stimulierung der Forschungstätigkeit in diesem Bereich erwarten lässt. Auf eine Spezifikation des Störungsbegins wurde aufgrund späterer Erstmanifestationen verzichtet, somit ergibt sich auch die Möglichkeit einer Erforschung über eine größere Altersspanne hinweg. Sichere Daten zur diagnostischen Validität fehlen jedoch weitgehend. Die Abgrenzung zum „Normalbereich“ und zu den anderen Essstörungen ist unklar, die prognostische oder ätiologische Relevanz und der innere Zusammenhang der einzelnen Symptome bedürfen umfassender empirischer Überprüfung. Einhergehen sollte diese Forschung darüber hinaus mit einer Entwicklung valider diagnostischer Instrumente (Hilbert et al., 2013), die eine Früherkennung der beschriebenen Symptome erlaubt und gezielte Prävention und frühe Intervention ermöglicht.

Literatur

- Al-Adawi, S., Bax, B., Bryant-Waugh, R., Claudino, A., Hay, P., Herscovici, C. R. et al. (2013). Status update on feeding and eating disorders and the revision of the ICD. *Advances in Eating Disorders*, 1, 1-10.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F. & Chatoor, I. (2012). Feeding disorders of infancy: a longitudinal study to middle childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 272-280.
- Bravender, T., Bryant-Waugh, R., Herzog, D., Katzman, D., Kriepe, R. D. et al. (2010). Classification of eating disturbance in children and adolescents: Proposed changes for the DSM-V. *European Eating Disorders Review*, 18, 79-89.

- Bryant-Waugh, R. (2000). Overview of the eating disorders. In B. Lask B & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescents* (pp. 27-40). Hove, UK: Psychology Press.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E. & Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 98-111.
- Bryant-Waugh, R. & Nicholls, D. (2011). Diagnosis and classification of disordered eating in childhood. In D. le Grange & J. Lock (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents: A clinical handbook* (pp. 107-125). New York: Guilford Press.
- Cooper, P. J., Watkins, B., Bryant-Waugh, R. & Lask, B. (2002). The nosological status of early onset anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 32, 873-880.
- Higgs, J. F., Goodyer, I. M. & Birch, J. (1989). Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 65, 346-351.
- Hilbert, A., Buerger, A., Hartmann, A. S., Spenner, K., Czaja, J. et al. (2013). Eating disorder psychopathology across the eating and weight disorders spectrum in youth: Psychometric properties of the Eating Disorder Examination adapted for Children. *European Eating Disorders Review*, 21, 330-339.
- Jacobi, C., Schmitz, G. & Agras, W. S. (2008). Is picky eating an eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 41, 626-634.
- Kreipe, R. E. & Palomaki, A. (2012). Beyond picky eating: Avoidant/restrictive food intake disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2012 Jun 5 [Epub ahead of print].
- Nicholls, D. & Bryant-Waugh, R. (2008). Eating disorders of infancy and childhood: Definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 17-30.
- Nicholls, D., Chater, R. & Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 317-324.
- Nicholls, D., Christie, D., Randall, L. & Lask, B. (2001). Selective eating: Symptom, disorder or normal variant. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 257-270.
- Nicholls, D. E., Lynn, R. & Viner, R. M. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *British Journal of Psychiatry*, 198, 295-301.
- Pinhas, L., Morris, A., Crosby, R. & Katzman, D. (2011). Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: A Canadian paediatric surveillance program study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165, 895-899.
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414.
- Timimi, S., Douglas, J. & Tsiftopoulou, K. (1997). Selective eaters: a retrospective case note study. *Child: Care, Health and Development*, 23, 265-278.
- van Dyck, Z., Bellwald, L., Kurz, S., Dremmel, D., Munsch, S. & Hilbert, A. (2013). Essprobleme im Kindesalter. Screening in der allgemeinen Bevölkerung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 21, 91-100.
- Watkins, B. & Lask, B. (2002). Eating disorders in school-aged children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11, 185-199.

Essen – Eine Kunst. Ein Vorgeschmack auf das DGESS-Kongressfest.

von

Jörg Dittmer, Museum der bildenden Künste Leipzig

Künstler reflektieren ihre Zeit, sind ihre Darsteller, Seismographen und Deuter. Die Lebensgewohnheiten, der Zeitgeschmack und die herrschende Moral spiegeln sich in der Ästhetik einer Epoche und finden ihren Niederschlag in den Werken der bildenden Kunst. Und seit Jahrhunderten haben Künstler immer wieder Essen, Speisen und Getränke dargestellt, oft gar zum Hauptthema gemacht. Ein kleiner Rundgang durch die Sammlungen des Museums der bildenden Künste Leipzig – das vor über 150 Jahren gegründet wurde und heute in einem wunderschönen Neubau im Herzen der Stadt beheimatet ist – führt beispielhaft zu einigen Stationen der Speise-Kunst vom 15. bis zum 21. Jahrhundert.



Blühender Handel, das damit verbundene Auftauchen neuer Waren und die Vielfalt landwirtschaftlicher Produktion sind charakteristisch für die Niederlande im 17. Jahrhundert und führten zur Darstellung von diesen Konsumgütern in unzähligen Werken. Noch heute sieht man den Gemälden die Freude am Wettstreit mit der Natur und an der illusionistischen Täuschung an. Doch nicht nur die verblüffende Fähigkeit zur Wiedergabe unterschiedlichster Stofflichkeiten wird beim Rundgang erlebt und Thema, sondern auch die Ambivalenz von verführerischer Sinnlichkeit und moralisierender Botschaft. Auf den ersten Blick ganz anders erscheinen Sinnlichkeit, Ästhetik und Thematisierung des Überflusses im „Nudeltisch“, 1996 von dem Leipziger Künstler Sighard Gille gemalt. Doch was hat sich in den dazwischenliegenden 300 Jahren geändert – in der Kunst, beim Essen und der Moral?!?



Basiscurriculum „Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie von Essstörungen“

von
Anja Hilbert
und Almut Zeeck

Die aktuelle Therapieforschung bei Essstörungen dokumentiert die Wirksamkeit bestimmter therapeutischer Ansätze in der Behandlung spezifischer Essstörungen. Ausgehend von systematischen Literatursichtungen und Metaanalysen sind in der aktuellen [S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie von Essstörungen“](#) evidenzbasierte Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Essstörungen abgeleitet, mit dem Ziel, die Diagnostik und Therapie von Essstörungen auf dieser Grundlage im Konsens aller beteiligten Fachdisziplinen zu verbessern (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html>). Um die Umsetzung der S3-Leitlinie in der Praxis zu fördern, hat die DGEISS nun ein Basiscurriculum „Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie von Essstörungen“ entwickelt. Dieses soll erstmals auf dem Leipziger DGEISS-Kongress Wissen zu Leitlinieninhalten und weiterführende Aspekte guter klinischer Praxis vermitteln, unter Berücksichtigung aktueller Ergebnisse der Therapieforschung und von Entwicklungsaspekten (http://www.dgeiss-leipzig2014.de/index.php/Evidenzbasierte_Therapie.html). Das Basiscurriculum richtet sich an approbierte oder in Ausbildung befindliche psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, und es kann die DGEISS-Bescheinigung „Evidenzbasierte Diagnostik und Psychotherapie von Essstörungen – Basis“ erworben werden. Die Erfahrungen auf dem Leipziger Kongress werden zeigen, wie ein solches Curriculum angenommen und bewertet werden wird. Ein Aufbaucurriculum befindet sich in Planung.

Weitere Kongress- Workshops:

- Körperliche Veränderungen bei Anorexia Nervosa
- Psychotherapie der Bulimia Nervosa bei Kindern und Jugendlichen
- Psychotherapie der Binge-Eating-Störung bei Kindern und Jugendlichen
- CBT-E bei Essstörungen
- Körperbild bei Essstörungen
- Der therapeutische Prozess
- Internettherapie bei Essstörungen
- Esssverhaltensstörungen nach Adipositaschirurgie

Vollständiges Workshopprogramm:
<http://www.dgeiss-leipzig2014.de>

XIXth Annual Meeting of the Eating Disorders Research Society.

von
Anja Hilbert

Die am 19. bis 21. September 2013 von Marian Tanofsky-Kraff in Bethesda, MD, USA ausgerichtete Konferenz konzentrierte sich zum einen auf die Neurobiologie von Essstörungen. Angesichts einer relativ geringen Anzahl an Studien in diesem Bereich wurden Anleihen bei anderen Störungen gemacht und beispielsweise neurowissenschaftliche Ergebnisse zu Angststörungen und Adipositas referiert. Auch der vorgestellte Fokus der National Institutes of Health auf dem Research Domain Criteria Framework, das eine Multisystem-Forschungsperspektive zur Erforschung von Diagnosekriterien bieten soll, steht in psychobiologischer einschließlich neurobiologischer Perspektive. Zum anderen lag ein Schwerpunkt der Präsentationen auf Essstörungen im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlung. Das top-rated Abstract wurde von Nadia Micali, einer der Plenarreferentinnen des anstehenden DGESS-Kongresses, gehalten. Im Rahmen der Avon Longitudinal Study of Parents and Children zeigte sie einen Einfluss von Essstörungen während der Schwangerschaft auf psychische Störungen, v. a. emotionale Störungen, bei 7- bis 13-jährigen Kindern.

Qualitätsgesicherte Versorgung von Essstörungen –

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) initiiert Selektivverträge nach §73 zur ambulanten Behandlung von Essstörungen mit interdisziplinärem Konzept.

von
Doris Weipert

Im Mai 2011, unmittelbar nach der Veröffentlichung der S3-Leitlinien zur Behandlung von Essstörungen, hat die KBV in Berlin einen Vertragsentwurf zur Verbesserung der Versorgung für Menschen mit Essstörungen vorgestellt. Darin geht es um folgende Ziele und Kernaufgaben der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung: Störungsspezifische, effektive Behandlung; Aufbau von Team- und Kooperationsstrukturen und Vernetzung mit stationärer Versorgung; Verkürzung der Wartezeit für eine Behandlung; Integration von Beratungs- und Selbsthilfeeangeboten sowie Präventionsarbeit; verstärkter Einsatz von Psychoedukation und Angehörigenarbeit; effizienter Einsatz von Ressourcen; Vermeidung von Doppeluntersuchungen; qualitätsgesicherte Diagnostik und Therapie; Anwendung eines multimodalen Behandlungskonzeptes; Dokumentation und Ergebnismessung; Fortbildung und weitere Qualifizierung für Ärzte und Psychotherapeuten. Dieser Vertragsentwurf soll von den regionalen KVen mit den Vertragsärzten und -psychotherapeuten besprochen werden. Wenn sich die Behandler daran beteiligen wollen, wird es zu weiteren Besprechungen mit den Ausschüssen innerhalb der KV kommen. Bei entsprechender Unterstützung geht es dann darum, entsprechende Krankenkassen dafür zu gewinnen. Dies ist oftmals ein langer Weg. Der Bundesfachverband Essstörungen hat in seinen Veranstaltungen über diesen Vertrag informiert. In der KV Westfalen-Lippe bemüht sich diesbezüglich Angelika Enzian (Paderborn) von der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung seit 2012. In der KV Hessen – Abteilung Neue Vertragsformen – wurden am 21.09.13 alle interessierten Behandler zu einer Veranstaltung eingeladen und informiert. Der weitere Prozess wird von Alexandra von Hippel (Kassel) und Doris Weipert (Wiesbaden) begleitet. Die Bemühungen diesbezüglich sollten bundesweit ausgedehnt werden. Alle niedergelassenen Behandler können sich diesbezüglich an die zuständige KV wenden und sich für dieses Projekt engagieren. Für weitere Informationen diesbezüglich wenden Sie sich an Dr. Doris Weipert, forum.essstoerungen@t-online.de.



Update der S3-Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ der Deutschen Adipositas-Gesellschaft.

von
Martin Teufel

Upcoming:

3rd Biennial Eating Disorders
International Conference
March 13-15, 2014
London, UK

2014 International Con-
ference on Eating Disorders
March 27-29, 2014
New York, USA

6. Wiener Fortbildungstgung
Essstörungen und assoziierte
Krankheitsbilder
28.-29. März 2014
Wien, Österreich

20th Annual Meeting of the
Eating Disorders Research
Society
October 8-12, 2014
San Diego, USA

22. Internationale Wissen-
schaftliche Tagung –
Kongress Essstörungen
23.-25. Oktober 2014
Alpbach, Österreich

Die bestehende Leitlinie zur Therapie der Adipositas stammt aus dem Jahr 2007 und hat ihre offizielle Gültigkeit verloren. Innerhalb der letzten 2 Jahre wurde eine Aktualisierung unter Federführung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft unter Beteiligung von weiteren 10 Fachgesellschaften, darunter die DGEES, durchgeführt. Die neue Leitlinie fasst die aktuelle Evidenz in der Behandlung der Adipositas zusammen und wird voraussichtlich Anfang 2014 gültig. Eine deutliche Weiterentwicklung erfolgte hinsichtlich psychischer Aspekte in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Adipositas. Die Leitlinie betont das individualisierte und zugleich multimodale Herangehen. Neben Ernährungs- und Bewegungstherapie wird die Verhaltenstherapie (Interventionen zur Modifikation des Verhaltens) als „Soll“-Empfehlung in der Leitlinie enthalten sein. Diese starke Empfehlung wird nicht nur Evidenz und Patientenbedürfnissen gerechter, sondern stärkt auch die Rolle der Psychotherapie in der Behandlung der Adipositas. Hinsichtlich des Aufrechterhaltens des Gewichtsverlusts (Weight loss maintenance) zeigt sich zunehmend, dass kognitive und Verhaltens-Ansätze wirksam sind, was sich ebenfalls in einer „Soll“-Empfehlung niederschlägt. Nach unserer Einschätzung stellt die Aktualisierung der S3-Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas eine deutliche Weiterentwicklung dar, die auch psychische Belange Betroffener umfassender adressiert.



Impressum

[Deutsche Gesellschaft
für Essstörungen e.V.
Prof. Dr. Anja Hilbert
Universitätsmedizin Leipzig
Philipp-Rosenthal-Straße 27
04103 Leipzig]

4. DGEES-Kongress
20-22.03.2014
in Leipzig