

## Grußwort des neugewählten Vorstands

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit Juni 2014 ist der neugewählte Vorstand im Amt, der Sie mit dem 5. Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGESS) herzlich begrüßt.

Zunächst aber gilt unser Dank Herrn Prof. Dr. Manfred Fichter, Gründungsmitglied der DGESS, der nach acht Jahren reger Vorstandsarbeit nunmehr ausscheidet (siehe Laudatio von Herrn Prof. U. Cuntz).

Neues Vorstandsmitglied ist Prof. Dr. med. Hans-Christian Friederich, der in Nachfolge von Manfred Fichter das Amt des Schatzmeisters der DGESS weiterführen wird. Hans-Christoph Friederich war viele Jahre leitender Oberarzt an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik der Universität Heidelberg und ist seit August dieses Jahres kommissarischer Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Universitätsklinikum Duisburg-Essen.

Für die neue Amtsperiode hat sich der Vorstand drei Arbeitsschwerpunkte gesetzt:

- Fertigstellung der Praxisleitlinien in Anlehnung an die wissenschaftlichen S3-Leitlinien der AWMF (Prof. A. Zeeck, Prof. S. Herpertz, siehe DGESS-Newsletter No. 4, Mai 2014)

- Überarbeitung der wissenschaftlichen S3-Leitlinien der AWMF, die im Dezember 2015 ihre Gültigkeit verlieren (Prof. S. Herpertz)

- Weiterentwicklung des Weiterbildungscurriculums der DGESS (Prof. A. Hilbert, Prof. A. Zeeck)

- Ausrichtung des 5. DGESS-Kongresses 2016 in Essen (Prof. J. Hebebrand, Prof. S. Herpertz)

Im Namen des Vorstands wünsche ich Ihnen einen schönen Herbst!

Stephan Herpertz

## Inhaltsverzeichnis

- Grußwort des neugewählten Vorstands
- Laudatio auf Prof. M. Fichter
- Symposium Schloß Landsberg
- Bundesweite Erhebung zur Essbegleitung
- Dissemination und Implementierung evidenzbasierter Psychotherapie für Bulimia Nervosa und Binge Eating-Störung
- Aus Kindern werden Leute!

## Der neue Vorstand



Präsident  
Prof. Dr.  
S. Herpertz



Vizepräsidentin  
Prof. Dr.  
A. Hilbert



Schriftführerin  
Prof. Dr.  
A. Zeeck



Beisitzer  
Prof. Dr.  
J. Hebebrand



Schatzmeister  
Prof. Dr. med.  
H.-C. Friederich

## Laudatio auf Herrn Prof. Manfred Fichter

Mit der Wahl des neuen Vorstandes der DGESS im Mai diesen Jahres scheidet ein Mann aus dem Vorstand aus, dessen Arbeit und Werk in vielerlei Hinsicht bemerkenswert war und ist. Manfred Fichter ist eines der Gründungsmitglieder der DGESS, ihr erster Präsident und auch derjenige, der ihren ersten Kongress organisiert hat. Die Gründung der DGESS und ihr erfolgreicher Start war dabei so etwas wie die Krönung einer über viele Jahrzehnte dauernden Beschäftigung mit dem Thema Essstörungen.

Manfred Fichter hatte bereits vor fast vierzig Jahren begonnen, die Essstörungen zu einem seiner wichtigsten wissenschaftlichen Themen zu machen. Angefangen hatte diese Arbeit in der Psychiatrischen Universitätsklinik der LMU in München. Der Rahmen war dort sehr begrenzt; es wurden nur wenige Betten zur Verfügung gestellt. Zudem wirkte das notwendige psychotherapeutische Setting im Umfeld dieser psychiatrischen Universitätsklinik wie ein Fremdkörper. In dieser Zeit erwies sich als Glück, was zunächst nur wie eine lästige, eher zum Scheitern verurteilte Aufgabe erschien. Die Familie Schön, Unternehmer aus dem Chiemgau, bat die Universität, ihnen bei der Gründung einer Psychosomatischen Klinik in Prien am Chiemsee behilflich zu sein. Außerhalb von Universitäten und manchen Rehabilitationskliniken gab es zu dieser Zeit noch keinen festen Platz der Psychosomatik in der Krankenhauslandschaft. Zu dem war das Verständnis der Psychosomatik noch sehr von ihrer Herkunft aus der Inneren Medizin geprägt.

Mit der Gründung der Schön-Klinik Roseneck und der Übernahme der Leitung durch Manfred Fichter sollte sich das ändern. Es gelang - was damals noch sehr selten war - in Bayern einen Versorgungsauftrag für die Psychosomatik und damit

Krankenhausbetten zu bekommen. Fichter nutzte diese Chance. Sein Verständnis der Psychosomatik war von seiner Herkunft aus der Psychiatrie geprägt und so wurden dort weniger die klassischen psychosomatischen Erkrankungen behandelt, als vielmehr alle Erkrankungen, bei denen der Einsatz



intensiver Psychotherapie, wie sie nur die stationäre Behandlung bieten kann, notwendig war. Und ganz besondere Bedeutung wurde dabei den Essstörungen zugemessen. Schnell wurde diese Klinik eine der größten, am Ende die größte Klinik für die Behandlung von Essstörungen in Deutschland und damit auch in der Welt.

Fichter hielt es von Anfang an für seine Aufgabe, nicht nur eigenständige Konzepte für die Essstörungenbehandlung zu entwickeln, sondern deren

Wirksamkeit über kontinuierliche Ergebnismessung und Qualitätssicherung ständig zu prüfen und zu verbessern. Die hohe Zahl von Patienten, die zunehmend Hilfe in dieser Klinik suchten, schufen damit auch die Möglichkeit, hochwertige wissenschaftliche Studien mit einer großen Zahl von beteiligten Patienten durchzuführen. Dies begründete auch den Ruf von Manfred Fichter in der Welt der Essstörungenforschung.

Dabei ist Fichter weniger ein Mann des Podiums und der geschmeidigen Formulierung, als vielmehr einer, der auch seine eigenen Zahlen immer wieder kritisch prüft und die Richtigkeit einer wissenschaftlichen Erkenntnis über die Möglichkeit einer plakativen Botschaft stellt. Er ist mit dieser Strategie einer der ernsthaftesten und ernstzunehmendsten Essstörungenforscher überhaupt geworden.

Nicht zuletzt durch seine Arbeit hat sich die Essstörungenforschung in Deutschland erheblich weiterentwickelt, sind aber auch Versorgungsstrukturen gewachsen, die sich im internationalen Vergleich sehen lassen können, nicht zuletzt durch sein Mitwirken wurde schließlich die DGESS gegründet, viel Grund, ihm für diese Arbeit zu danken.

U. Cuntz, Prien/Chiemsee

# Symposium Schloß Landsberg, Essen

## Wohin geht die Forschung der Essstörungen in den nächsten zehn Jahren?

Stephan Herpertz

Am 22. und 23. Mai 2014 luden Herr Prof. S. Herpertz, Bochum und Herr Prof. J. Hebebrand, Essen, zum vierten wissenschaftlichen Symposium für Essstörungen auf Schloß Landsberg der Thyssen-Krupp-Stiftung nach Essen-Kettwig ein. Wie auch in der Vergangenheit wurde das Symposium ermöglicht durch die großzügige Unterstützung von Seiten der Christina Barz-Stiftung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft. Gäste des Symposiums waren neben dem Stiftungsgründer, Herrn M. Barz auch Herr Prof. M. Gastpar, der Vorsitzende des Stiftungskuratoriums.

Unter dem Leitthema „Wohin geht die Forschung der Essstörungen in den nächsten zehn Jahren“ diskutierten 26 Forscherinnen und Forscher aus ganz Deutschland diese Frage, wobei neben der biologischen und genetischen Forschung auch die Versorgungsforschung einen Themenschwerpunkt darstellte. Insgesamt 12 Impulsreferate leiteten jeweils spannende, aber auch durchaus kontrovers geführte Diskussionen ein.

Das Symposium wurde eröffnet durch den Beitrag von **Herrn Prof. U. Cuntz, Prien am Chiemsee** zu der Frage: "Wohin entwickelt sich das Gesundheitssystem im Hinblick auf die Versorgung von Essstörungen?", wobei er insbesondere mögliche Konsequenzen der stationären psychiatrischen wie psychosomatischen Versorgung essgestörter, vornehmlich anorektischer Patientinnen und Patienten nach Einführung des neuen Abrechnungssystems (Pauschalierendes Entgeltssystem für Psychiatrie und Psychosomatik, PEPP) beleuchtete und gravierende Versorgungslücken im Hinblick auf die Langzeittherapie dieses Patientenkontexts illustrierte. Dabei sind die Vorgaben aus der Gesundheitsgesetzgebung und die Koalitionsvereinbarungen zur Neu-strukturierung der sektorenübergreifenden Versorgung eine Chance, mit den Versorgungsstrukturen die Nachhaltigkeit der Therapieerfolge bei Essstörungen zu verbessern.

**Herr Prof. M. Fichter, Prien am Chiemsee** stellte die ersten Daten seiner von der Christina Barz-Stiftung geförderten Langzeitkatamnesestudie mit mehr als 7000 essgestörten Patienten vor, die in der Roseneck Klinik, Prien am Chiemsee zwischen 1985 und 2005 stationär behandelt wurden. Anhand dieser Langzeitverlaufsuntersuchung wurden Möglichkeiten und Schwierigkeiten von Verlaufsuntersuchungen aufgezeigt. Es existieren bereits zahlreiche Verlaufsuntersuchungen zu Essstörungen, die oft aber Mängel aufweisen wie zu kurzer Verlaufszeitraum, unklare diagnostische Zuordnung, unscharf formulierte Ergebnisse (wie z. B. 35 % chronischer Verlauf), hohe Ausfallquoten und oft zu



geringe Fallzahlen, die reliable und valide Ergebnisse nicht zulassen. In der Christina Barz-Studie wurden 7.305 stationär in der Klinik Roseneck in Prien behandelte essgestörte Patientinnen und Patienten im Verlauf nachuntersucht. Die Gesamtgruppe wurde unterteilt nach der Dauer des Follow up-Intervalls (1 bis 6 Jahre, 7 bis 12 Jahre, > 13 Jahre). Erste Studienergebnisse wurden vorgestellt für Anorexia (AN) und Bulimia nervosa (BN). Über alle Variablen hinweg bestand die Tendenz, dass das Outcome umso günstiger war, je länger der Beobachtungszeitraum war. Andererseits nahm mit zunehmender Beobachtungszeit insbesondere bei Magersucht auch die Mortalität zu (Standard Mortality Ratio normiert an der Bevölkerung 5.13 bei AN, 1.39 bei BN und 1.45 bei Binge-Eating-Störung (BES) (Bevölkerung in der Altersgruppe = 1.0).

Das besonders Interessante für weitere Auswertungen dieser Studie wird in der Prädiktion (log-lineare Analysen/multiple Regressionsanalysen) auf der Basis der umfangreich vorliegenden Daten bei Aufnahme und Entlassung hinsichtlich des Outcomes sein. Damit können Risikofaktoren auch für kleinere diagnostische Untergruppen, z. B. Purging Disorder, identifiziert und bei der Behandlung künftiger essgestörter Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden.

Nach dem Mittagessen gab **Frau Prof. Dr. A. Hinney, Essen** einen Überblick über die Perspektiven der genetischen Forschung bei Essstörungen. Genetische Mechanismen sind für die Körpergewichtsregulation und für Essstörungen (z.B. AN), relevant. Obwohl genomweite Assoziationsstudien (GWAS) bislang ca. 100 chromosomale Regionen identifiziert haben, die das Körpergewicht beeinflussen, konnte bislang nur ein kleiner Teil der Varianz durch genetische Faktoren aufgeklärt werden. Für AN zeigten GWAS bislang keine genomweit signifikanten Genloci auf. Es gibt erste Hinweise auf epigenetische Mechanismen für die beschriebenen Phänotypen. Epigenomik kann unser Verständnis der Regulation des Körpergewichts einschließlich Hunger (AN) und Überernährung (Adipositas) verbessern. Da die pränatale Phase durch dramatische epigenetische Veränderungen gekennzeichnet ist, kann sie als vulnerable Phase für den Epigenotypen angenommen werden. Gesundheit und Krankheit Erwachsener hängt teilweise von Entscheidungen während der prä- und frühen postnatalen Entwicklung ab. Genexpressionsmarker, die während der Entwicklung festgelegt werden, können auf zellulärer Ebene vererbbar gemacht werden. Diese Marker können durch Umweltfaktoren verändert werden. Veränderte epigenetische Profile wurden bereits für adipöse Personen beschrieben. Bei Mäusen wurde gezeigt, dass eine epigenetische Modifikation an einem Adipositas Genlocus auf die nächste Generation übertragen werden kann. Ob die gemeinsame Analyse epigenomischer

Daten in Kombination mit GWAS Daten unser Verständnis der zugrunde liegenden Mechanismen vertieft wird, wird sich in den nächsten Jahren herauskristallisieren.

**Herr PD H.-C. Friederich, Heidelberg** nahm zu der Zukunft der psychobiologischen Forschung der Essstörungen Stellung. Die Identifizierung und Isolierung von neuronalen Netzwerken, die einer komplexen psychischen Erkrankung zugrunde liegen, wird erschwert durch die ätiologische Heterogenität der klinisch und psychopathologisch definierten Krankheitsphänotypen. Für die psychobiologische Forschung von Essstörungen und anderen psychischen Erkrankungen erscheint es daher in der Zukunft erfolgversprechend, den Fokus stärker auf Hirnfunktionszustände zu legen, die mit einem bestimmten Verhalten korrelieren, als primär von einer komplexen Diagnose auszugehen. Neurowissenschaftler propagieren, dass die Aktivität in neuronalen Netzwerken den Ausgangspunkt für die „aufwärts“ Untersuchung von assoziierten Verhaltensweisen als auch für die „abwärts“ Untersuchung von konstituierenden genetischen und molekular-biologischen Faktoren darstellen sollte. Somit wird die psychobiologische Forschung im Bereich der Essstörungen zukünftig stärker von Veränderungen in gut charakterisierten neuronalen Netzwerken ausgehen, trans-diagnostisch ausgerichtet sein und einen dimensionalen Ansatz verfolgen. Ferner wird es durch die neuen Erkenntnisse der Hirnforschung zukünftig sehr viel direkter möglich sein, die Wechselwirkung zwischen der Aktivierung in neuronalen Netzwerken und dem Energiemetabolismus bzw. der Hunger- und Sättigungsregulation bei Patienten mit gestörtem Essverhalten zu untersuchen. Das typische Auftreten der AN und BN in der Pubertät legt nahe, dass die alterstypischen biologischen und psychosozialen Veränderungen in dieser Lebensphase als Trigger für den Ausbruch der Erkrankung bedeutsam sind. Somit ist auch die Erforschung der entwicklungsabhängigen, epigenetischen Kodierung von Essstörungen von großem wissenschaftlichem Interesse in der Zukunft.

Einen vorläufigen Abschluss der psychobiologischen Grundlagenforschung bildete das Referat von **Frau Prof. K. Konrad, Aachen** mit der Frage nach der Relevanz der Bildgebung für die Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Es wurden die weitläufigen strukturellen Veränderun-

en der grauen und weißen Substanz bei der akuten AN, wie sie mittlerweile in mehreren Bildgebungsstudien repliziert wurden, dargestellt. In einer aktuellen Meta-Analyse (Seitz et al., 2014) zeigten sich ferner stärkere Veränderungen der grauen Substanz bei jüngeren Patienten im Vergleich zu Patienten mit höherem Erkrankungsbeginn. Dies lässt vermuten, dass Starvationseffekte möglicherweise in einem "unreifen" sich noch entwickelnden Gehirn besonders ausgeprägt sind. Insbesondere wurde die Frage diskutiert, ob die Rehabilitation solcher strukturellen Veränderungen durch die Art und Geschwindigkeit der Gewichtsrehabilitation und die Restitution hormoneller Faktoren beeinflusst werden kann. Erste Ergebnisse sprechen dafür, dass insbesondere gonadale Hormone eine wichtige Rolle bei der Normalisierung limbischer Hirnareale spielen, was für den weiteren Verlauf der Essstörung und für die spätere Entwicklung von affektiven Symptomen von hoher Bedeutung sein könnte. Dies spricht dafür, langfristig in Interventionsstudien Variablen der strukturellen und funktionellen Integrität des Gehirns als zusätzliche "Outcome-Maße" zu berücksichtigen. Einschränkend muss allerdings erwähnt werden, dass erst wenige Studien zeigen konnten, dass hirnstrukturelle und -funktionelle Veränderungen einen prädiktiven Wert für den Verlauf der Essstörung haben.

Im Rahmen der Versorgungsforschung diskutierte **Frau Prof. B. Herpertz-Dahlmann, Aachen** perspektivisch neue Behandlungsstrategien von adolescenten anorektischen Patientinnen, gefolgt von Herrn Prof. S. Zipfel, Tübingen mit der Frage nach der Spezifität von Psychotherapie bei der Magersucht. Beide Referenten nahmen insbesondere Bezug auf die ersten Ergebnisse der im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Studien ANTOP (psychodynamische Fokaltherapie, kognitiv-behaviorale Therapie und „Treatment as usual“ bei ambulanten Patienten mit Anorexia nervosa: eine randomisierte kontrollierte Studie) und ANDI (Studie zur Behandlung von Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter – teilstationäre vs. stationäre Behandlung).

**Frau Prof. B. Herpertz-Dahlmann, Aachen** sprach grundsätzliche Fragen zur Behandlung der AN an, u.a. zum Nahrungsaufbau und adäquaten Fortsetzung der Ernährung, insbesondere der notwendigen Kalorienzahl, wo deutliche Unterschiede zwischen Auffassungen in Europa und den USA

bestehen und keine ausreichenden Studienergebnisse vorliegen. Bei der adolescenten AN wurde auf die Bedeutung für die Hirnentwicklung hingewiesen. Weiterhin wurde diskutiert, ob eine Indikation für eine Hormonsubstitution zur Prävention der Osteoporose vorliegt. Obwohl sich der Heilungserfolg der tagesklinischen Behandlung bei der adolescenten AN auch nach 2,5 Jahren als stabil erwies, zeigte sich sowohl in der ANTOP- wie auch in der ANDI-Studie eine bedeutsame Rückfallrate, sodass die intensive Erforschung von wirksamen Behandlungsstrategien bei der AN unbedingt fortgesetzt werden muss.

**Herr Prof. S. Zipfel, Tübingen**, beschäftigte sich in seinem Impulsreferat mit der Frage, ob es spezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie der Essstörungen gibt. Er stellte zunächst beispielhaft verschiedene Wirkfaktoren der Psychotherapie vor und grenzte dabei spezifische von allgemeinen Faktoren ab. Danach stellte er mögliche Wirkfaktoren des „Specialist Supportive Clinical Management“ vor, für das bei AN eine gewisse Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte. Am Beispiel der ANTOP-Studie diskutierte Herr Zipfel gemeinsame Wirkfaktoren, die sowohl in den aktiven Therapiearmen als auch in der Kontrollbedingung ausschlaggebend gewesen sein könnten. Herr Zipfel leitete dann zu aktuellen Befunden der Psychotherapieforschung bei Essstörungen über und zeigte die Möglichkeiten und Grenzen vorhandener Behandlungsansätze auf. Nach der Erörterung der Frage, inwiefern Therapieangebote noch spezifischer auf die Situation und Bedürfnisse essgestörter Patienten (z.B. Komorbidität, Chronizität) zugeschnitten werden könnten, wies Herr Zipfel abschließend auf die Herausforderungen der weltweiten seelischen Gesundheit hin und zeigte anhand eines aktuellen Kommentars von Chris Fairburn (Am J Psychiatry, 2014) Möglichkeiten einer verbesserten Dissemination psychologischer Behandlungen auf.

Der Freitag Morgen des Symposiums war insbesondere der Diagnostik und Behandlung der Essstörungen gewidmet. **Frau Prof. Dr. Silja Vocks, Osnabrück**, stellte zunächst die unterschiedlichen Facetten einer Körperbildstörung dar, die eine perzeptive, kognitiv-emotionale und eine behaviorale Komponente umfassen. Im Anschluss daran beschrieb sie exemplarisch verschiedene



methodische und inhaltliche Zugänge zur weiteren Erforschung der Körperbildstörung bei AN und BN. Hierbei ging sie beispielsweise auf die Methode des Eye-Tracking zur Erfassung körperbezogener Aufmerksamkeitsprozesse, auf den Einsatz des Bio Motion Lab zur Messung der Wahrnehmung der eigenen Bewegungsmuster sowie auf die Bildgebung zur Registrierung der neuronalen Korrelate einer Körperbildstörung ein. Anschließend stellte sie kurz exemplarische Befunde zur Outcome- und Prozessforschung im Kontext von Interventionen zur Verbesserung des Körperbildes dar. Am Ende des Vortrages wurden aus den oben dargestellten Befunden die folgenden, in Zukunft zu untersuchenden Forschungsfragen aufgeworfen: Welche der Facetten eines gestörten Körperbildes trägt in welchem Ausmaße zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörungssymptomatik bei und sollte in der Behandlung besondere Beachtung finden? Welche der bekannten Behandlungskomponenten zur Verbesserung des Körperbildes sind zentral und welche zu vernachlässigen? Wie können die einzelnen Behandlungskomponenten in ihrer Durchführung optimiert werden? Welche neuen Behandlungsmethoden lassen sich aus der grundlagen-orientierten Forschung ableiten?

**Frau Prof. A. Hilbert, Leipzig**, ging in ihrem Impulsreferat der Frage nach, ob neue Therapiemethoden in der Behandlung der Essstörungen notwendig sind. Fazit ihrer Literatursichtung zur BES und zur BN war, dass vor allem die Dissemination evidenzbasierter Therapiemethoden in die Praxis eine wichtige Aufgabe der Post-EDNET-Forschung darstellt, wobei Hindernisse in der Inanspruchnahme der Betroffenen zu berücksichtigen sind. In dieser Disseminationsforschung könnten auch Stepped-Care-Modelle auf Effektivität und Machbarkeit getestet werden, um umfassende empiriegestützte Behandlungsmodelle ableiten zu können. Zusätzlich machen neues Störungswissen und auch neue diagnostische Kategorien die Entwicklung und Evaluation neuer Therapien oder Interventionen weiterhin dringend erforderlich. Ein wesentlicher Erkenntnisgewinn wird zudem von einer systematischen Analyse des therapeutischen Prozesses erwartet; viele Prozessaspekte wurden bislang allenfalls in Teilaspekten und nicht integriert erforscht.

Den Einsatz von neuen Medien in der Behandlung der Essstörungen diskutierte

**Frau Prof. M. de Zwaan, Hannover**. Als E-Mental Health bezeichnet man die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Problemen und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Internetbasierte Selbsthilfeprogramme gelten mittlerweile als gut untersuchte und wissenschaftlich nachweislich wirksame Therapieprogramme bei BN und BES. Die Übertragbarkeit in den klinischen Alltag ist jedoch noch zu überprüfen. Ebenso fehlen noch ausreichende Vergleiche zwischen Internetbasierter Selbsthilfe und „face-to-face“ Therapien. In der vom BMBF geförderten und noch laufenden INTERBED-Studie wird daher die Wirksamkeit einer internet-basierten angeleiteten Selbsthilfe für über-gewichtige und adipöse Patienten mit BES gegenüber einer kognitiven Verhaltenstherapie untersucht. Weitere Anwendungsbereiche sind Internet-basierte Nachsorgeprogramme nach stationärer Behandlung und die Nutzung des Internets zur Prävention.

**Frau Dr. V. Haas, Berlin** nahm aus ernährungswissenschaftlicher Sicht insbesondere zur angemessenen Ernährung während der Behandlung der Magersucht Stellung. Für die AN existieren bislang keine evidenzbasierten Empfehlungen bezüglich der optimalen Nahrungszusammensetzung oder auch Nahrungsmenge. Die gängigen Realimentationspraktiken sind variabel und subjektiv. In der Fachliteratur finden sich vermehrt Hinweise auf einen möglichen „Hypermetabolismus“ einiger Patientinnen sowohl während als auch nach Beendigung der Therapie. Zu den möglichen biologischen Ursachen für diesen überproportional hohen Energiebedarf zählen neben endokrinen Regulationsmechanismen wie z.B. die Hyperleptinämie und der körperlichen Hyperaktivität auch energetisch ineffiziente Stoffwechselwege (gesteigerte postprandiale Thermogenese) und Aspekte der Thermoregulation (gesteigerte Kälte-induzierte Thermogenese). Frau Haas schloss Ihren Vortrag mit dem Fazit, dass verstärkte metabolische Forschung die bestehenden Wissenslücken schließen, und einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der Therapie, vor allem im Sinne einer Rückfallprophylaxe leisten könnte.

Zum Ende des Symposiums bildete die Adipositas den Abschluß der Diskussionsrunde. Der Beitrag von **Frau PD Dr. Dr. Astrid Müller, Hannover** beschäftigte sich mit der Frage, warum

Menschen mit Adipositas häufiger psychisch krank sind. Es wird angenommen, dass es sich um ein komplexes multikausales Geschehen handelt, das von biologischen, psychosozialen und Umweltfaktoren bedingt wird und sicher auch vom Schweregrad der Adipositas abhängt. Eine von Luppino et al. (2010) veröffentlichte Metaanalyse von 15 longitudinalen Studien verdeutlichte beispielsweise den wechselseitigen Zusammenhang zwischen Adipositas und Depression. Die Ergebnisse zeigten, dass Adipositas das relative Risiko für eine depressive Erkrankung erhöht und vice versa. Hinsichtlich psychosozialer Aspekte rückt auch die Rolle einer erhöhten Impulsivität, die v. a. bei adipösen Personen mit einer BES relevant ist, zunehmend in den Fokus der Adipositasforschung.

Entsprechend den Ausführungen von **Herrn Prof. J. Hebebrand, Essen** wurde im Rahmen eines interdisziplinär zusammengesetzten Autorenteam, das sich aus Mitgliedern des EU-Projektes NeuroFAST zusammensetzte, der Begriff "Food Addiction" als Fehlbezeichnung gewertet. Der Begriff suggeriere, dass Nahrungsmittel bzw. Nahrungsmittelbestandteile selbst eine Sucht auslösen könnten. Hierfür gebe es jedoch beim Menschen keinerlei Hinweise; im Rattenmodell zeigt sich suchartiges Essverhalten bei zeitlich eingeschränkter Zugänglichkeit zu Saccharose. Dieser Befund rechtfertige jedoch nicht die Übertragbarkeit auf den Menschen. Die Diskussion zu Food Addiction hat auch insofern Auftrieb erhalten, weil im DSM-5 zum ersten Mal Verhaltenssuchten klassifiziert werden können. Hierzu wurde die Überschrift des entsprechenden Kapitels im DSM-5 neu mit "Substance related and addictive disorders" bezeichnet. Somit besteht in Zukunft prinzipiell die Möglichkeit, eine "Esssucht" zu definieren und sie als Diagnose einzuführen. Während die DSM-5-Arbeitsgruppe zu den Suchterkrankungen diskutierte, ob Adipositas in dieser Kategorie zu klassifizieren sei, wurde letztlich aus gutem Grund bei fehlender empirischer Evidenz hiervon Abstand genommen. Die NeuroFAST-Mitarbeiter schlagen vor, dass auf die Bezeichnung Food Addiction verzichtet wird und stattdessen der Begriff Esssucht (Eating Addiction) herangezogen werden könnte, der suchartiges Essverhalten im Sinne einer Verhaltenssucht umfassen würde.

Zum Schluß ging **Herr Prof. S. Herpertz, Bochum** der sicherlich provokativen Frage nach, ob die Behandlung der Adipositas in Zukunft ausschließlich den

Chirurgen zu überlassen sei. Bei der Gegenüberstellung der größten Adipositas-Chirurgie Studie (Swedish Obese Subjects Studie, SOS) mit fast 4000 chirurgischen und konservativ behandelten Patienten und ihrem konservativen Pendant, der Look Ahead Studie mit mehr als 5000 übergewichtigen Patienten mit Typ 2 Diabetes wurde deutlich, dass zwar beide Studien eine Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren erbrachten, einzig aber die SOS-Studie eine signifikante Senkung der Mortalität nachweisen konnte, was letztendlich auch zum vorzeitigen Abbruch der Look Ahead Studie im letzten Jahr führte. Trotz einer durch zahlreiche Studien belegten hohen psychischen Komorbidität von Adipositas-Chirurgie-Patienten verweisen fast alle Studien auch mit Katamnesen von über fünf Jahren auf eine Verbesserung des psychischen Funktionsniveaus und der Lebensqualität. Demgegenüber stehen Studien, die ein erhöhtes Suizidrisiko ca. 3 bis 4 Jahre nach chirurgischer Intervention zeigen. Prädiktive Faktoren für den postoperativen Verlauf psychischer Störungen sind noch weitgehend unbekannt, allerdings verweisen die ersten Ergebnisse der 9-Jahres-Katamnese der von Seiten der DFG und des BMBF geförderten Essen-Bochum-Obesity-Treatment-Study (EBOTS) auf eine Verschlechterung depressiver und Angstsymptome derjenigen Patienten, die auch schon vor der Operation eine klinisch relevante Symptomatik aufwiesen. Diese Patientengruppe dürfte von daher eine potentielle Risikogruppe darstellen, verbunden mit der Notwendigkeit eines prä-, wie postoperativen psycho-therapeutischen Angebots. Insgesamt gab das Symposium auf Schloß Landsberg einen guten Überblick über den derzeitigen Forschungsstand der Essstörungen, insbesondere im Hinblick auf abgeschlossene und laufende Forschungsprojekte in Deutschland. Dabei wurde auch die Frage diskutiert, wie die Forschungsförderung der Zukunft aussehen könnte, zumal eine immer kompetitiver Ressourcenverteilung der Drittmittelgelder in den letzten Jahren in Deutschland zu beobachten war und die Essstörungsforschung Gefahr läuft, in diesen Wettbewerb zunehmend weniger Beachtung zu finden. (Die Impulsreferate werden in einem Sonderheft der Zeitschrift Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, PPMp veröffentlicht).

## Bundesweite Erhebung zur Essbegleitung

Hans-Christoph Friederich, Timo Brockmeyer, Martina de Zwaan

Die Normalisierung des Essverhaltens ist ein zentrales Ziel in der Behandlung von Patienten mit Essstörungen. Während AN-Patientinnen ein restriktives Essverhalten sowie eine massive Furcht vor der Nahrungsaufnahme bzw. der damit assoziierten Gewichtszunahme zeigen, sind Patientinnen mit Essanfällen (BN, BES) durch ein Überessen begleitet von einem Kontrollverlust über die Nahrungsaufnahme gekennzeichnet. Essbegleitung stellt in den meisten Zentren für Essstörungen einen festen Bestandteil des (teil-) stationären Behandlungsprogramms dar. Obwohl die Bedeutung der Essbegleitung in der Behandlung von Essstörungen unbestritten ist, wurde dieser Bereich in der Forschung bisher sehr stiefmütterlich behandelt. Ferner existieren bisher keine allgemeinen Empfehlungen bzw. Richtlinien zur Durchführung der Essbegleitung in der Praxis.

Vor diesem Hintergrund wurde eine bundeweite Erhebung durchgeführt, die zunächst zum Ziel hatte die derzeitige Versorgungspraxis an deutschen Essstörungenszentren möglichst repräsentativ zu erheben. Insgesamt gelang es 52 Essstörungenzentren für die Studienteilnahme zu gewinnen. In 8 Zentren wurde keine Essbegleitung angeboten, so dass die finale Auswertung auf Daten aus 44 Zentren beruhte. Die Umfrage erfolgte durch einen speziell für diesen Zweck entwickelten Fragebogen, mit Fragen zu vier Themenbereichen: „Setting“, „allgemeine Rahmenbedingungen“, „spezifische Interventionen“ und „Perspektive der Mitarbeiter“.

Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bedanken bei allen Essstörungenszentren, die das Vorhaben durch ihre Teilnahme unterstützt haben.

Die Umfrage ergab, dass die Essbegleitung in der Mehrzahl der Zentren für das gesamte Spektrum der Essstörungen von der Anorexie, über die Bulimie bis hin zur Binge-Eating Störung und vereinzelt auch für adipöse Patientinnen ohne manifeste Essstörung angeboten wird. Die Essbegleitung wird in erster Linie vom Pflegepersonal und sehr viel seltener von Ärzten, Psychologen oder Fachtherapeuten durchgeführt. An den meisten Zentren werden mindestens zwei Mahlzeiten pro Tag begleitet. Eine spezifische Aus- und Fortbildung für die Durchführung der Essbegleitung wird in den Zentren nicht

angeboten. Neue Mitarbeiter werden in erster Linie durch erfahrene Kollegen eingearbeitet. In der Mehrzahl der Zentren schließt die Essbegleitung auch eine Kochgruppe für die Zubereitung von Mahlzeiten durch die Patientinnen ein. Die Essbegleitung unterliegt in den meisten Zentren strikten Regeln und definierten Rahmenbedingungen, die von den Behandlern als unverzichtbar angesehen werden und eine hohe Übereinstimmung zwischen den Zentren aufweisen. Deutliche Unterschiede zwischen den Zentren zeigten sich hinsichtlich spezifischer Interventionsangebote (z.B. essensbezogene Achtsamkeitsübungen), die vor, während und nach der Essbegleitung angeboten werden.

Zusammenfassend wurde an der Umfrage deutlich, dass die Essbegleitung von den Behandlern als wichtiger Therapiebaustein angesehen wird, wobei übereinstimmend von den Behandlern der dringende Bedarf für eine spezifische Weiterbildung zur Essbegleitung angegeben wurde. Ferner zeigte sich an den verschiedenen Zentren eine große Heterogenität für spezifischen Interventionen im Rahmen der Essbegleitung. Für die Festlegung verbindlicher und evidenz-basierter Empfehlungen sind jedoch zunächst weitere klinische Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit der verschiedenen spezifischen Interventionen notwendig. Ferner ist mit Blick auf das neue pauschalisierende Entgeltsystem zu diskutieren, in welcher Form das personal- und zeitintensive therapeutische Angebot der mehrmaligen Essbegleitung pro Tag in der Kalkulation der Behandlungskosten berücksichtigt werden kann. Weitere Einzelheiten zu der Erhebung und den Ergebnissen finden Sie in der nachfolgend genannten Veröffentlichung.

Brockmeyer T, Friederich HC, Jäger B, Schwab M, Herzog W, de Zwaan M:

Essbegleitung für Patienten mit Essstörung: Eine Umfrage zur Versorgungspraxis an deutschen Essstörungenszentren.

Psychother Psychosom Med Psycho (angenommen).

# Dissemination und Implementierung evidenzbasierter Psychotherapie für Bulimia Nervosa und Binge Eating-Störung

Anja Hilbert

Aktuelle Metaanalysen und systematische Übersichten über randomisiert-kontrollierte Behandlungsstudien für die Bulimia Nervosa (BN) und die Binge Eating-Störung (BED) dokumentieren zwar deutliche Verbesserungen durch Psychotherapie in Bezug auf die Kernsymptome Essanfälle und/oder Erbrechen. Jedoch erreichen durchschnittlich weniger als 50% der Patienten mit BN und etwa 50% eine vollständige Remission, und eine langfristige Erhaltung der Effekte wurde bislang nur in wenigen Studien gesichert (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2010; Hay, 2013; Wilson, 2011; Brown & Keel, 2012). Insgesamt hat sich die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als empirisch am Besten belegte Therapieform herausgestellt. Weiterer Entwicklungsbedarf besteht, um die Wirksamkeit anderer Therapieformen (z. B. Psychodynamische Therapie) und Modalitäten (z. B. angeleitete manualisierte Selbsthilfe) sowie den Einsatz neuer Medien (z. B. Internet) abzusichern (Dray & Wade, 2012; Hay, 2013). Die Wirksamkeit bestehender Therapieformen sollte weiter erhöht werden, z. B. durch neue oder optimierte Interventionen, und neue Behandlungsansätze sollten konzipiert werden (Kass et al., 2013). Letzteres ist beispielsweise angezeigt für Kinder und Jugendliche mit BN oder BED, für die bislang kaum evidenzbasierte Ansätze vorliegen, sowie für die in der 5. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen erstmals definierten Essstörungen (American Psychiatric Association, 2014).

Zugleich weisen die erreichten Remissionsraten um die 50% darauf hin, dass sich zukünftige Forschungsarbeit ebenfalls darauf konzentrieren sollte, die als langfristig wirksam erwiesenen Behandlungen in klinische Settings zu disseminieren (über die Behandlung zu informieren) und/oder zu implementieren (im klinischen Setting umzusetzen). Während in der Vergangenheit oftmals davon

ausgegangen wurde, dass dem Wirksamkeitsnachweis eine Umsetzung in der Praxis nahezu automatisch folgen würde, zeigt sich heute, dass die im Forschungskontext evaluierten Therapien nicht oder nur verzögert in der Behandlungswirklichkeit ankommen. Trotz überzeugender Evidenz zur Wirksamkeit der KVT in der Behandlung der BN und BED entscheiden sich viele Therapeuten beispielsweise für alternative, nicht-evidenzbasierte oder eklektische Behandlungen. So gaben in angloamerikanischen Surveys die meisten Therapeuten, die Patienten mit Essstörungen behandelten, an, eklektisch zu arbeiten, d. h. sie handelten nach verschiedenen therapeutischen Orientierungen bei einem Patienten (Mussel et al., 2000; von Ranson et al., 2013; Wallace & von Ranson, 2012). Nur etwa bis zu einem Drittel gaben an, mit KVT zu arbeiten. Selbst die Therapeuten, die angegeben hatten, KVT zu nutzen, setzten spezifische KVT-Interventionen jedoch nur selten ein. Studien zur Nutzung therapeutischer Manuale zeigten darüber hinaus, dass nur eine Minderheit der Therapeuten evidenzbasierte Manuale zur Essstörungenbehandlung umsetzten (Simmons et al., 2008; Tobin et al., 2007; Wallace & von Ranson, 2011), unter anderem weil sie als zu rigide und eingeschränkt erlebt wurden. Die Manualnutzung war größer bei jüngeren/unerfahrenen Therapeuten, bei Therapeuten, die viele Essstörungspatienten behandelten, bei forschungsbezogen arbeitenden Klinikern und bei jenen mit einer KVT-Ausrichtung. Eine eklektische Ausrichtung scheint damit einer effektiven Dissemination evidenzbasierter Psychotherapie entgegenzustehen.

Shafraan et al. (2009) arbeiteten als Barrieren für die Dissemination von KVT Vorurteile und Unkenntnis seitens der Therapeuten heraus: So glaubten viele Therapeuten, dass Ergebnisse der Therapieforschung insofern nicht auf die Praxis zu generalisieren seien, als Patienten in klinischen Studien aufgrund von selektiven Ausschlusskriterien gesünder seien und weniger von Komorbidität betroffen seien als Patienten im Behandlungsalltag, was jedoch aufgrund neuerer Forschungsergebnisse nicht haltbar ist. Viele Therapeuten gingen auch davon aus, dass der Therapeut für ein positives Behandlungsergebnis wichtiger sei als eine Behandlungsmethode, was wiederum durch eine geringe Aufklärung der Varianz des Therapieerfolgs durch Therapeuteneffekte widerlegt wird. Auch

mangelndes Wissen, wenig praktische Anleitung und Persönlichkeitsmerkmale der Therapeuten können eine Umsetzung behindern. Eine aktuelle Studie von Turner et al. (2014) zeigte, dass Therapeuten einerseits Befürchtungen hinsichtlich der Durchführung spezifischer KVT-Interventionen hatten (z. B. Körperbildinterventionen), dass andererseits jedoch auch eine erhöhte Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal Therapeuten daran hinderte, die KVT umzusetzen. Diese Ergebnisse sprechen dafür, solche therapie- und persönlichkeitsbezogenen Aspekte in Workshops, praktischen Trainingseinheiten und Supervision zu berücksichtigen. Eine reduzierte Ausbildung in KVT, die beispielsweise nur punktuelle Workshops mit geringer praktischer Anleitung und Supervision umfasst (Shafraan et al., 2009), dürfte kaum genügend Hilfestellung für eine kompetente und selbstwirksame Umsetzung von KVT bieten.

Für eine effektive Dissemination und Implementierung von Psychotherapie eignen sich primär evidenzbasierte Therapien mit weitem Indikationsbereich, möglichst guter Erlernbarkeit und nachgewiesener Kosteneffektivität (Fairburn & Wilson, 2013; Fairburn & Patel, 2014). Als Beispiel für einen weiten Indikationsbereich wurde genannt, dass KVT ihre Wirksamkeit nicht nur für die BN und BED unter Beweis gestellt hat, sondern auch zumindest initiale Belege für die Anorexia Nervosa und andere spezifizierte und nicht-spezifizierte Essstörungen vorliegen. Als Voraussetzungen für eine gute Erlernbarkeit gelten allgemein Therapiemanuale, Materialien zur Vermittlung des therapeutischen Vorgehens in Workshops sowie eine Anleitung durch kompetente Trainer und Supervisoren. Dabei kann Dissemination und Implementierung verschiedenen Strategien folgen: Gängig ist das "Train-the-trainer"-Modell, bei dem eine Person in einer Organisation trainiert wird, um anschließend weitere Personen innerhalb der Organisation zu trainieren. Aufgrund von eingeschränkter Breitenwirksamkeit wird von Fairburn und Kollegen aktuell ein "Internet-enhanced training" empfohlen, das leichter zu verbreiten sei und auch die Möglichkeit kostengünstiger Web-basierter „Supervision“ biete, bei dem sich ein Supervisor als Coach auf Hilfestellungen im Rahmen eines Webprogramms spezialisieren könnte, jedoch nicht mehr in einem Therapieverfahren besonders ausgewiesen sein müsse. Die

Website könne langfristig Hilfestellung anbieten und immer wieder von Therapeuten konsultiert werden. Sie sollte klinische Materialien, realistische Rollenspiele und Informationen zum aktuellen Forschungsstand enthalten (Helgadottir & Fairburn, 2014). Inwiefern ein solches „Internet-enhanced training“ zu einer verbesserten Dissemination von qualitativ hochstehender Psychotherapie beitragen kann, bleibt empirisch zu zeigen. Letztlich ist zu erwähnen, dass hinsichtlich der Kosteneffektivität evidenzbasierter Essstörungspsychotherapie ein deutlicher Forschungsbedarf besteht (Stuhldreher et al., 2012). Neuere Formate von Psychotherapie und/oder Selbsthilfe wie die Internetbasierte Selbsthilfe oder Internettherapie könnten die Kosteneffektivität und auch die Verbreitung evidenzbasierter Ansätze erhöhen.

Barrieren für Dissemination und Implementierung können sich auch in einer geringen Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Patienten mit BN oder BED widerspiegeln. So zeigten sich in den aktuellen World Mental Health Surveys, dass nur 47,4% der Befragten mit BN und 38,3% der Befragten mit BED in ihrem Leben eine Behandlung für Essstörungen erhielten (Kessler et al., 2013). Von einer verringerten Inanspruchnahme waren Männer mehr betroffen als Frauen, Personen mit einer längeren Störungsdauer, einem geringeren Ersterkrankungsalter, geringerer Bildung und externalisierendem Verhalten. Verschiedene Studien identifizierten Annahmen der Patienten als Barrieren der Inanspruchnahme, darunter Scham, die Befürchtung, stigmatisiert zu werden, eine erwartete Unkenntnis seitens der behandelnden Person, eine geringe Verfügbarkeit von Psychotherapie und erwartete hohe Behandlungskosten (Becker et al., 2010; Escobar-Koch et al., 2010). Ansätze, um die Inanspruchnahme und somit die Dissemination evidenzbasierter Psychotherapie zu erhöhen, stellen Screenings für Essstörungen beispielsweise durch Allgemeinärzte oder Zahnärzte dar (Hague, 2010). Ob Essstörungsinterventionen in der allgemeinärztlichen Versorgung zielführend und umsetzbar sind, ist jedoch weitgehend unklar (Allen & Dalton, 2011). Außerdem könnten Public-Health-Interventionen wie Informationskampagnen über Essstörungen und deren Behandelbarkeit den Kenntnisstand in der Bevölkerung erhöhen und die Schwelle der Inanspruchnahme senken. Internetbasierte Behandlungen könnten genutzt werden, um die Inanspruchnahme von Personen mit Essstörungen

niederschwellig zu fördern (Bauer & Moessner, 2013), und haben sich bereits als geeignet gezeigt, um im Behandlungsalltag eingesetzt zu werden (z. B. Minarik et al., 2013).

Diese selektive Übersicht zur Dissemination und Implementierung evidenzbasierter Psychotherapie bei BN und BED zeigt den Bedarf und Richtungen zukünftiger Forschung auf, um eine Verankerung evidenzbasierter Essstörungspsychotherapie in der Praxis weiter voranzutreiben. Der neue DGESS-Vorstand hat sich das Thema Dissemination und Implementierung auf die Fahnen geschrieben: Aktuell arbeitet er an einem Weiterbildungscurriculum Diagnostik und Therapie der Essstörungen, um die in der S3 Leitlinie zusammengetragene Evidenz an Therapeuten weiterzugeben. Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Erstellung einer Patientenleitlinie, die darauf abzielt, Wissen um Essstörungen und ihre Behandlung für Betroffene und Angehörige zusammenzustellen.

#### Literatur

Allen S & Dalton WT. Treatment of eating disorders in primary care: a systematic review. *J Health Psychol* 2011;16:1165-1176.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 1. Auflage 2010. Verfügbar: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> (Zugriff am 28.08.14)

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

Bauer S & Moessner M. Harnessing the power of technology for the treatment and prevention of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2013;46:508-515.

Becker AE, Hadley Arrindell A, Perloe A et al. A qualitative study of perceived social barriers to care for eating disorders: perspectives from ethnically diverse health care consumers. *Int J Eat Disord* 2010;43:633-647.

Brown TA & Keel PK. Current and emerging directions in the treatment of eating disorders. *Subst Abuse* 2012;6:33-61.

Dray J & Wade TD. Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. *Clin Psychol Rev* 2012;32:558-565.

Escobar-Koch T, Banker JD, Crow S, Cullis J et al. Service users' views of eating disorder services: an international comparison. *Int J Eat Disord* 2010;43:549-559.

Fairburn CG & Patel V. The global dissemination of psychological treatments: a road map for research and practice. *Am J Psychiatry* 2014;171:495-498.

Fairburn CG & Wilson GT. The dissemination and implementation of psychological treatments: problems and solutions. *Int J Eat Disord* 2013;46:516-521.

Hay P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *Int J Eat Disord* 2013;46:462-469.

Hague AL. Eating disorders: screening in the dental office. *J Am Dent Assoc* 2010;141:675-678.

Helgadottir FD & Fairburn CG. Web-centred training in psychological treatments: a study of therapist preferences. *Behav Res Ther* 2014;52:61-63.

Kass AE, Kolko RP, Wilfley DE. Psychological treatments for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26:549-555.

Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013;73:904-914.

Minarik C, Moessner M, Ozer F, Bauer S. [Implementation and dissemination of an internet-based program for prevention and early intervention in eating disorders]. *Psychiatr Prax* 2013;40:332-338. German.

Mussel MP, Crosby RD, Crow SJ et al. Utilization of empirically supported psychotherapy treatments for individuals with eating disorders: A survey of psychologists. *Int J Eat Disord* 2000;27:230-237.

Shafran R, Clark DM, Fairburn CG et al. Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behav Res and Ther* 2009;47:902-909.

Simmons AM, Milnes SM, Anderson DA. Factors influencing the utilization of empirically supported treatments for eating disorders. *Eat Disord* 2008;16:342-354.

Stuhldreher N, Konnopka A, Wild B, Herzog W et al. Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in eating disorders: a systematic review. *Int J Eat Disord* 2012;45:476-491.

Tobin DL, Banker JD, Weisberg L, Bowers W. I know what you did last summer (and it was not CBT): a factor analytic model of international psychotherapeutic practice in the eating disorders. *Int J Eat Disord* 2007;40:754-757.

von Ranson KM, Wallace LM, Stevenson A. Psychotherapies provided for eating disorders by community clinicians: infrequent use of evidence-based treatment. *Psychotherap Res* 2013;23:333-343.

Wallace LM & von Ranson KM. Perceptions and use of empirically-supported psychotherapies among eating disorder professionals. *Behav Res Ther* 2012;50:215-222.

Wallace LM & von Ranson KM. Treatment manuals: use in the treatment of bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 2011;49:815-820.

Wilson GT. Treatment of binge eating disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2011;34:773-783.



# Upcoming:

Academy for Eating Disorders  
ICED 2015  
April 23-25, 2015  
Boston Marriott Copley Place  
Boston, Massachusetts, USA

12th London International  
Eating Disorders Conference  
March 18-20, 2015

Eating Disorder Research Society  
21. Annual Meeting  
September 17-19, 2015  
San Domenico Palace Hotel.  
Taormina, Italy

23. Internat. Wissenschaftliche  
Tagung –  
Kongress Essstörungen  
15.10.2015 - 17.10.2015  
Alpbach, Österreich

31. Jahrestagung der  
Deutschen Adipositas-  
Gesellschaft e.V.  
15.-17. Oktober 2015  
Potsdam

Kongress Essstörungen 2014  
22. Internationale  
Wissenschaftliche Tagung  
16.-18. Oktober 2015  
Alpbach, Tirol, Österreich

## Aus Kindern werden Leute!

Presstext zur 20 Jahre Bundes-  
fachverband Essstörungen e.V. (BFE)

Nach 20 Jahren engagierter Arbeit für stationäre und ambulante Einrichtungen im Essstörungenbereich ist der Bundesfachverband Essstörungen e.V. (BFE) aus den Kinderschuhen gewachsen, und hat »physisch« als auch »psychisch« eine enorm Entwicklung durchlaufen und erheblich an »Gewicht« gewonnen.

Würde man heute die GründungsmitgliederInnen (Cornelia Götz-Kühne, Karin Reupert, Bettina Koch, Margit Küllmer, Ingrid Mieck, Michaela Thein, Barbara Krebs, Edda Westphalen, Manfred Burmeister und Barbara Sturm) fragen, so hätten die »Mütter« des Vereins, wohl nicht mit dieser dauerhaften und positiven Entwicklung gerechnet.

Zwischenzeitlich vereint der BFE über 160 Einrichtungen aus den Bereichen Klinik, Wohngruppe, Beratungsstelle, niedergelassene Therapeuten, und als neuesten Zuwachs Ernährungsfachkräfte, unter seinem Dach. Damit deckt der Verband das komplette Behandlungsspektrum im Bereich Essstörung ab. Fachlicher Austausch, qualifizierte Fortbildungen, Vernetzung unter den Mitgliedern, mit anderen Berufsverbänden und Fachgremien wie z. B. mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGESS) ist die inhaltliche Aufgabe des Verbandes. Diese wird mit großem Engagement von den Vorständen Sigrid Borse, Monika Haase, Karin Reupert, Andreas Schnebel, Dr. Elisabeth Rauh, Dr. Doris Weipert, und Dr. Wally Wünsch-Leiteritz geleistet. Die nötige Motivation für ihre Arbeit, erhalten die Vorstände durch die Mitglieder des BFE, sowie durch die an einer Essstörung erkrankten PatientInnen, die dringend ein »Sprachrohr« in der Gesellschaft benötigen.

Unter dem Motto »20-Jahre BFE – Was hat sich verändert?«, lädt der BFE-Vorstand am 13. November 2014 um 14.30 zum Festakt in das Schloss Fürstenried bei München ein. Geboten wird ein buntes Programm aus Information, Kultur und Kulinarischem. In zwei Symposien berichten namhafte Fachleute aus ihrer Zusammenarbeit mit dem Bundesfachverband Essstörungen e.V. und aus ihrer Arbeit mit essgestörten

Menschen.

Falls Sie nun denken wir werden alt und lehnen uns zurück, weit gefehlt! Begleiten Sie uns doch einfach in die nächsten 20 Jahre – wir bleiben engagiert, beharrlich, neugierig und beweglich!

Wir freuen uns über Ihre  
Anmeldung zum Festakt unter:

[bfe-essstoerungen@gmx.de](mailto:bfe-essstoerungen@gmx.de)  
Betreff: 20-Jahre BFE

Programm und Infos zum  
Veranstaltungsort Schloss Fürstenried-  
München folgen nach der Anmeldung.

Bundesfachverband Essstörungen e.V.  
Sabine Dohme  
Pilotystraße 6 / Rgb.  
80538 München  
Telefon 01 51/58 85 07 64  
[bfe-essstoerungen@gmx.de](mailto:bfe-essstoerungen@gmx.de)

## CARUS Master Classes 2015

March 25th – 28th, 2015, Berlin



---

CARUS participants of previous classes (2009/2010, 2011/2012 and 2013/2014) as well as research oriented, international colleagues from Europe, Asia and the US are invited to apply for participation in a CARUS Master Class that will be held during the annual DKPM meeting in Berlin in March 2015. Applicants must be registered members of DKPM / registered DKPM-Members will be given priority of admission. The course fee will be 100 €.

For being considered and selected for one of the three classes (see below), please provide a formal application that should include

- name, academic degree, university or hospital affiliation
- a short letter of motivation that includes your current research area/project
- a short scientific CV (no longer than 2 pages)
- a priority list of the three master class topics (listed below)

Selection will be made on the basis of applications, in case of equal qualifications and equally convincing letters of motivation, decision will be made on a first come first serve basis.

Applications should be sent by email (PDF documents attached) to:

[paul.enck@uni-tuebingen.de](mailto:paul.enck@uni-tuebingen.de)

no later than **December 31, 2014**. A decision will be mailed soon thereafter.

The following master classes will be offered during DKPM 2015:

**1. Gut-directed hypnosis in the clinical setting (Prof. Gabriele Moser, Vienna, Austria).**

Hypnosis has gained wider acceptance with the development of techniques directed towards specific patient populations, e.g. patients with functional bowel disorders (irritable bowel syndrome, functional dyspepsia); this has been named "gut-directed hypnosis" (GDH). GDH has been successfully applied to children and adults, and as individual or as group therapy. Strengths and limitations of GDH will be discussed.

**2. Biosignal recording and analysis (Prof. Julian Thayer, Columbus, Ohio, USA)**

Autonomic regulation is a major contributor to symptom development and severity in somatoform disorders and other psychosomatic diseases, and among the most sensitive biosignals reflecting autonomic control is heart rate and its variability (HRV). HRV is easy to measure but difficult to interpret; it depends (among others) on age and gender, weight and body mass, current medication and other factors.

**3. Eating disorders: Novel approaches to treatment and management (Prof. Ulrike Schmidt, London, UK)**

Whilst there is solid evidence supporting the efficacy of certain first-line eating disorder treatments (e.g. CBT for bulimia nervosa; family therapy for adolescents with anorexia nervosa), there remain many questions (e.g. how to improve outcomes, what works for whom, what to do with non-responders and treatment resistance). Novel approaches to the treatment and management challenges will be presented and critically discussed.

Classes will run in parallel on Saturday, March 28, 2015 in the morning. Each class will last for 2 x 1.5 hours and will include an oral presentation as well as group discussions and exercises, upon discretion of the chair. Class language will be English.

Successful participation will receive a certificate from DKPM and the CARUS program.