

Burkard Jäger • Stephan Herpertz

S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen

Neue Sicherheit in der Behandlung?



Sollte ich die Patientin, die sich mit einem BMI von 15,2 kg/m² vorstellt, ambulant behandeln? Kann ich die Gewichtszunahme durch Medikamente fördern? Kann die Absicht einer Patientin mit Bulimie, sich in einer angeleiteten Selbsthilfegruppe behandeln zu lassen, unterstützt werden? Kann bei einer Therapie der Binge-Eating-Störung auch erwartet werden, dass sich das Übergewicht reduziert? Bei Essstörungen sind häufig komplexe Indikationsentscheidungen zu treffen. Der Beitrag geht der Frage nach, ob die 2011 erschienenen und bis 2015 gültigen deutschen S3-Leitlinien hier hilfreich sein können.

Von der Evidenz zur Empfehlung

Zur Jahreswende 2010/11 wurde die Langfassung der neuen wissenschaftlichen Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen über die Homepage der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) der Öffentlichkeit zugänglich gemacht (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html>). Etwas später erschien die Leitlinie auch in Buchform (Herpertz et

al. 2011a). Der Text ist das Ergebnis eines über 5 Jahre währenden Diskussions- und Arbeitsprozesses von über 20 Klinikern und Forschern auf dem Gebiet der Essstörungen, die durch die relevanten Fachgesellschaften entsandt worden waren (siehe „Leitlinien-Gruppe“ am Ende des Beitrags). Die letzte Wegstrecke bildete ein aufwendiger Konsensprozess, im Rahmen dessen nicht nur die Fachgesellschaften, sondern zusätzlich weitere Vertreter von Berufsverbänden zur Konsensdiskussion aufgefordert waren.

Was sind Leitlinien?

Leitlinien sollen alle an Diagnostik und Therapie beteiligten Berufsgruppen sowie Patienten und deren Angehörige

- ▶ bei der Entscheidung über angemessene Maßnahmen der Versorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unterstützen,
- ▶ die Versorgungsergebnisse verbessern,
- ▶ Risiken minimieren,
- ▶ Therapiesicherheit und Wirtschaftlichkeit erhöhen
- ▶ sowie nicht indizierte Diagnose- und Behandlungsmethoden vermeiden (vgl. Kopp 2008).

Dies geschieht in Form von Empfehlungen, die sich von den wissenschaftlichen Evidenzgraden herleiten und gesichertes Wissen aus der Grundlagen- und Versorgungsforschung, aber auch systematisch gesammeltes Wissen aus der klinischen Anwendung explizit einbeziehen sollen.

Nach den Vorgaben der AWMF werden S1-, S2- oder S3-Leitlinien unterschieden, wobei S3-Leitlinien der höchsten Qualitätsstufe und Evidenzbasierung entsprechen. Als Gold-Standard für Empfehlungen gilt das Vorliegen von mehreren, randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs, **Abb. 1**). Sind Metaanalysen, systematische Reviews und kontrollierte Studien nicht verfügbar, kann auf die klinische Expertise zurückgegriffen werden, die aber im formalen Konsens bestätigt werden muss.

Graduierung und Konsensprozess Die Formulierung von Empfehlungen leitet sich nicht zwingend von einem festgestellten Evidenzgrad ab. So können die Empfehlungen durchaus zurückhaltender ausfallen, obwohl eine hohe Evidenz der Studienlage vorliegt. Vielmehr gehen in eine Behand-

lungsempfehlung versorgungsrelevante Aspekte ein. Hierzu gehört z. B. die Güte der Studien, das Nutzen-Risiko-Verhältnis oder die Präferenzen von Patienten. **Abb. 1** verdeutlicht die Beziehung zwischen festgestellter Evidenz und Grad der Empfehlung.

Aufbau und Methodik der Leitlinie zur Behandlung der Essstörungen

Ergebnis der Leitlinienformulierung

Als Ergebnis der Leitlinienarbeitsgruppe wurden in 8 Unterkapiteln 120 konkrete Empfehlungen formuliert, wobei sich der größte Anteil mit 83 Empfehlungen auf die Anorexia nervosa (AN) bezieht.

Die Empfehlungen beziehen sich auf alle Stufen der Diagnostik und Therapie, ein eindeutiger Schwerpunkt liegt auf der Begründung des zu wählenden Therapieverfahrens.

Gliederung und Aufbau

Auf die ausführliche Darstellung des Krankheitsbildes und dessen Pathogenese und Ätiologie folgen Empfehlungen zur Behandlung. Eigene Kapitel bilden

- ▶ der aktuelle Kenntnisstand zur Prävalenz der Essstörungen,
- ▶ der Umgang mit subsyndromalen und atypischen Essstörungen,
- ▶ der Überblick über die Möglichkeiten der diagnostischen Absicherung,
- ▶ Empfehlungen zur therapeutischen Beziehung
- ▶ und das Vorgehen bei medizinischen Komplikationen.

Synopsis der Leitlinien zur Anorexia nervosa (AN)

Methodik und Studienlage Zur Therapie der AN liegen weltweit nicht hinreichend viele randomisiert-kontrollierte Studien vor, um die Empfehlungen konsequent metaanalytisch abzusichern. Dieses

Ergebnis erstaunt umso mehr, als die AN als „älteste“ der Essstörungen schon seit dem Mittelalter bekannt ist. Neben RCTs wurden auch Studien niedrigerer Studiengüte berücksichtigt, z. B. kontrollierte, aber nicht randomisierte Studien. Insgesamt wurden 1492 Studien aus den Jahren 1966–2008 gesichtet, aber trotz erweiterter Einschlusskriterien konnten nur 57 Studien mit 84 Behandlungsarmen und insgesamt 2273 Patienten ausgewertet werden. Viele Empfehlungen mussten als „Klinischer Konsenspunkt“ (KKP) durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe festgelegt werden.

Therapieziele Vorrangige Ziele der Behandlung der AN sind

- ▶ die Wiederherstellung eines für Alter und Größe angemessenen Körpergewichts,
- ▶ die Normalisierung des Essverhaltens,
- ▶ die Behandlung körperlicher Folgen von Essverhalten und Untergewicht,
- ▶ die Behandlung der dem Störungsbild zugrunde liegenden emotionalen, kognitiven und zwischenmenschlichen Probleme,
- ▶ die Förderung der sozialen Integration und ggf. ein „Nachholen“ verpasster Entwicklungsschritte.

Bei Kindern und Jugendlichen erhält die Verhinderung der Chronifizierung einen besonderen Stellenwert.

Wahl des Settings Folgende evidenzbasierte Empfehlungen zu Wahl des Settings bei AN sind in der Leitlinie festgehalten:

- ▶ Die Behandlung sollte störungsorientiert sein und die körperlichen Aspekte der Erkrankung berücksichtigen (Empfehlungsgrad: KKP).
- ▶ Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen sollten in Einrichtungen oder bei Therapeuten erfolgen, die Expertise in der Therapie von Essstörungen haben und störungsspezifische Therapieelemente bereithalten (KKP).
- ▶ Folgende Kriterien sprechen für eine stationäre Behandlung:
 - ▷ gravierendes Untergewicht (BMI < 15 kg/m² bzw. bei Kindern und Jugendlichen unterhalb der 3. Altersperzentile) oder rapider Gewichtsverlust,
 - ▷ fehlender Erfolg einer ambulanten Behandlung,
 - ▷ soziale Isolation, problematische familiäre Situation oder unzureichende soziale Unterstützung,
 - ▷ schwere Begleitsymptomatik (schwere bulimische Symptomatik, Laxanzien-/Diuretikaabusus, exzessiver Bewegungsdrang),
 - ▷ körperliche Gefährdung oder Komplikationen,
 - ▷ Notwendigkeit einer multiprofessionellen Behandlung im Krankenhaus (KKP).
- ▶ eine tagesklinische Behandlung bietet sich an ...

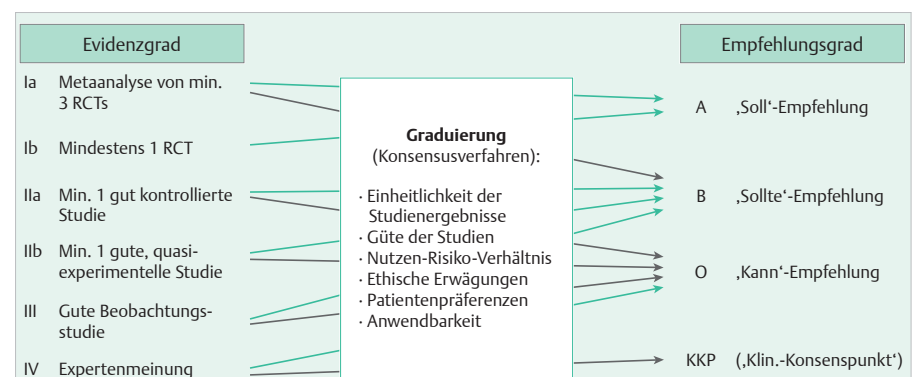


Abb. 1 Die Beziehung zwischen Evidenzgrad und Empfehlungsgrad und deren Moderation durch Kontextfaktoren der in Frage stehenden Intervention (RCT = randomisiert-kontrollierte Studie).

- ▷ im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung,
- ▷ primär bei gut motivierten Patienten
- ▷ bei chronischen Verläufen zur Verbesserung der sozialen Einbindung und der Tagesstruktur (KKP).
- ▶ Bei jungen Patienten (Kindern, Adoleszenten), die noch in der Herkunftsfamilie wohnen, sollten die Sorgeberechtigten bzw. nahe Angehörige in die Behandlung einbezogen werden (B).
- ▶ Eine unter Zwang durchgeführte Behandlung der AN sollte nur nach Ausschöpfung aller anderen Maßnahmen inklusive der Kontaktaufnahme mit anderen Einrichtungen erfolgen (KKP).

Die Empfehlungen in diesem Beitrag stellen keine vollständige Auflistung der Empfehlungen der Leitlinien dar, einzelne Empfehlungen wurden zudem gekürzt oder mit anderen Empfehlungen zusammengefasst (vgl. auch Herpertz et al. 2011b).

Beratungsstellen, Wohngruppen und Ernährungsberatung haben ebenfalls eine Bedeutung in der Therapie der AN, sollten aber immer nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans in die Therapie einbezogen werden. Die enge Kooperation und Absprache, insbesondere auch mit dem Hausarzt, nimmt eine besondere Stellung ein.

Inhalte und Methoden in der Therapie der AN Grundsätzlich besteht Einigkeit darüber, dass die Psychotherapie die Therapie der Wahl bei Magersucht darstellt. Dabei werden zumeist sowohl Verhaltensprobleme (fehlende Mahlzeitenstruktur, Essrituale, selektive Nahrungsauswahl etc.) wie auch kognitive Fehlannahmen, psychodynamische Aspekte (z. B. Selbstwert- und Körpererleben, Geschlechtsrollenidentität, Umgang mit Affekten, Nähe und Distanz in Beziehungen) und die Familiendynamik fokussiert. Die Analyse von 23 RCTs ließ keinen Schluss auf die Überlegenheit eines bestimmten Psychotherapieverfahrens bei AN zu.

Inhaltliche Therapiegestaltung

- ▶ Im stationären Rahmen sollte eine Gewichtszunahme von 500 g bis maximal 1000 g pro Woche angestrebt werden (B), im ambulanten Rahmen sollte das Ziel eine Zunahme von 200–500 g pro Woche sein (KKP).
- ▶ Wenn eine ausreichende Ernährung nicht möglich ist, kann zusätzlich hochkalorische Nahrung angeboten werden (B).
- ▶ Bei stationärer Behandlung ist eine weitgehende Gewichtsrestitution anzustreben (18–20 kg/m² bzw. 10. BMI-Altersperzentile bei Erwachsenen, bei Kindern und Jugendlichen mind. 10., besser 25. BMI-Altersperzentile) (B).
- ▶ Das Wiegen im ambulanten Rahmen kann entweder durch den Psychotherapeuten selbst oder in enger Absprache durch einen mitbehandelnden Arzt bzw. das Ambulanz- oder Praxispersonal übernommen werden (KKP).
- ▶ Patientinnen und Patienten mit AN stehen einer Veränderung ihres Gewichtes und Essverhaltens i. d. R. hochambivalent gegenüber. Das Arbeiten an der Motivation und Ambivalenz ist daher eine zentrale Aufgabe der Behandler und sollte über den gesamten Behandlungsprozess im Auge behalten werden (B).
- ▶ Neuroleptika sind zur Erreichung einer Gewichtszunahme bei AN nicht geeignet (B), allerdings wurde für das atypische Neuroleptikum Olanzapin eine Minderung der gewichtspobischen Kognitionen und Affekte nachgewiesen. Eine offizielle Zulassung für die Behandlung der AN besteht nicht, eine Anwendung kann nur im Rahmen eines Off-Label-Use erfolgen (B). Antidepressiva sind zur Erreichung einer Gewichtszunahme nicht zu empfehlen (A).

Synopsis der Leitlinien zur Bulimia nervosa (BN)

Methodik und Studienlage Für die Bulimia nervosa (BN) stellte sich die Studienlage erheblich günstiger dar als für die AN.

Für die Empfehlungen zur Therapie konnte sich die Arbeitsgruppe auf insgesamt 65 RCT-Studien mit 162 Behandlungsrmen stützen, von denen 110 aktive (vs. Placebo oder ohne) Behandlungen abbildeten. Für die wichtigsten Therapieansätze konnten Metaanalysen und Effektstärken berechnet werden.

Diagnostische Abklärung Folgende Punkte sollten bei der diagnostischen Abklärung von BN berücksichtigt werden:

- ▶ familiäre Vorgeschichte von Essstörungen und essensbezogene Verhaltensweisen in der Familie (KKP),
- ▶ biografische Vorgeschichte von emotionaler Vernachlässigung, körperlicher oder sexueller Gewalterfahrung, Selbstwertprobleme und Probleme der Impulskontrolle, Diätverhalten und exzessive Beschäftigung mit dem eigenen Körper (KKP),
- ▶ komorbide psychische Störungen, insbesondere Angststörungen (v. a. soziale Phobie), Depressionen, Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen der Cluster B oder C (KKP).

Wahl des Settings Die Therapie der BN wird in Deutschland wie im Ausland vor dem Hintergrund vielfältiger Therapieansätze durchgeführt. Grundsätzlich kann die Therapie der BN ohne ausgeprägte Komorbidität eher als die der AN ambulant erfolgen, was auch der Praxis im europäischen Ausland entspricht. Eine spezifische Expertise ist aber unbedingt zu empfehlen. Schwere Fälle bulimischer Erkrankungen sollten initial stationär behandelt werden.

Empfehlungen zur Behandlung der BN

- ▶ Die Psychotherapie ist Therapie der Wahl bei der BN, die Therapie sollte störungsorientiert erfolgen (KKP).
- ▶ Patienten mit BN sollten vorwiegend ambulant behandelt werden (B), es gibt Hinweise auf die Wirksamkeit von ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung (KKP).

- ▶ Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) gilt bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als Therapie der Wahl.
- ▶ Andere Psychotherapieverfahren (Interpersonale Psychotherapie/IPT [B]) oder psychodynamische Therapie [O]) kommen in Frage, wenn KVT nicht zur Verfügung steht, sich nicht als wirksam erweist oder nicht gewünscht wird.
- ▶ Die Therapiedauer sollte mindestens 25 Sitzungen mit einer Frequenz von mindestens einer Therapiestunde pro Woche (KKP) umfassen.
- ▶ Bei bulimischen Patientinnen mit Komorbiditäten, z. B. einer Borderline-Symptomatik, sollte die Therapie um störungsorientierte therapeutische Elemente ergänzt werden (KKP).
- ▶ Bei Kindern und Jugendlichen mit BN sollten die Familienmitglieder in die Therapie einbezogen werden (KKP).
- ▶ Für einige Patienten mit BN kann ein angeleitetes Selbsthilfeprogramm (angeleitete Selbsthilfe), welches auf Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie beruht, eine ausreichende Therapieoption darstellen (B).
- ▶ Die Gabe von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) ist die medikamentöse Therapie der Wahl. Nur Fluoxetin ist in Deutschland in Kombination mit einer Psychotherapie bei Erwachsenen mit BN zugelassen (B).

Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

Sie ist das Verfahren mit der zweitbesten Evidenz im ambulanten Bereich. Die IPT ist allerdings in Deutschland im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie kein anerkanntes Psychotherapieverfahren und deutsche Therapiemanuale existieren nicht. U. a. wegen der Ähnlichkeit zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wurde das Verfahren dennoch aufgenommen. Die Dauer der Studienbehandlungen war in den rezipierten Studien sehr unterschiedlich, mit Blick auf die Erfahrung und das deutsche Versicherungssystem wurde 25 Sitzungen empfohlen.

Methodik und Synopsis der Leitlinie zur Binge-Eating-Störung (BES)

Methodik und Studienlage Die BES ist eine noch junge diagnostische Kategorie, die erst 1994 als Forschungsdiagnose in das DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000) aufgenommen wurde. Sie stellt jedoch seit Mai dieses Jahres eine eigenständige Essstörungsentität im DSM-5 (APA 2013) dar. Für die BES liegen vergleichsweise viele und methodisch gute Studien vor. Neben RCTs wurden auch andere Studiendesigns einbezogen, sodass schließlich 38 Studien mit 78 Studienarmen (davon 62 aktive Studienarme) in die Analysen eingingen.

Therapieziele Die BES geht i. d. R. mit Übergewicht bzw. Adipositas einher, sodass das Behandlungsanliegen der meisten Patienten mit BES primär auf eine Gewichtsreduktion abzielt. Dies ist bei der Behandlungsplanung zu bedenken und mit den Patienten zu thematisieren. Daneben sollten die Kernsymptome (Essanfälle, essstörungsspezifische Psychopathologie), psychische und somatische Komorbiditäten (z. B. Depression, soziale Angst) und die Rückfallprophylaxe im Fokus der Behandlung stehen.

Empfehlungen zur Behandlung der BES

- ▶ Als Therapie der ersten Wahl der BES gilt die Psychotherapie (A).
- ▶ Die KVT verfügt über die sichersten Wirksamkeitsbelege bei erwachsenen Patienten mit BES, daher sollte sie diesen Patienten als Psychotherapieverfahren der Wahl angeboten werden (A).
- ▶ Auch besteht Evidenz, dass die IPT ebenfalls wirksam ist (B) und begrenzte Evidenz, dass die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wirksam ist (O); daher können diese Verfahren alternativ empfohlen werden.
- ▶ Für angeleitete, manualisierte Selbsthilfe mit Behandlungselementen der KVT liegen Wirksamkeitsbelege vor; daher kann diese empfohlen werden (B).

- ▶ SSRI und selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) sind bei BES wirksam, aber bislang nicht zur Behandlung der BES zugelassen. Sie können im Rahmen eines Therapieversuchs (Off-Label-Use) eingesetzt werden, wenn eine Psychotherapie nicht möglich ist oder als zusätzlich Maßnahme indiziert erscheinen (B). Eine langfristige Verordnung von Psychopharmaka zur Behandlung der BES kann nicht empfohlen werden (O).

Während die Studien zur BES gute Effekte hinsichtlich der Reduktion der Essanfälle zeigen, sind Effekte im Hinblick auf die Gewichtsreduktion nur gering ausgeprägt oder statistisch nicht abzusichern. Eine ergänzende medikamentöse Therapie neben der Psychotherapie (KVT) zeigt keine zusätzlichen Effekte.

Stationäre Therapie der BN und der BES

Folgende Kriterien sprechen für eine stationäre Therapie von BN und BES:

- ▶ unzureichende Veränderung in ambulanter Behandlung,
- ▶ Scheitern einer ambulanten oder tagesklinischen Behandlung,
- ▶ Fehlen ausreichender ambulanter Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort der Patientin,
- ▶ ausgeprägte psychische und somatische Komorbidität (z. B. Selbstverletzungen, Diabetes mellitus Typ I), die eine engmaschige ärztliche Kontrolle notwendig macht,
- ▶ Krankheitsschwere (z. B. geringe Motivation, ausgeprägte Habituation der Symptomatik, chaotisches Essverhalten),
- ▶ erhebliche Konflikte im sozialen und familiären Umfeld,
- ▶ Suizidalität,
- ▶ Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie);

Therapeutische Beziehung und Therapiemotivation

Wichtige Aspekte Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung richtet sich insbesondere bei Patienten mit AN und BN auf die häufig ambivalente Therapiemotivation, und auf die nicht selten zu beobachtenden Scham- und Schuldgefühle. Mittels spezifischer Gesprächstechniken wie der Entpathologisierung von Verhaltensweisen und einem Vorgehen ähnlich dem „Motivational Interviewing“ soll eine selbstständige Entscheidung für die Behandlung und der damit bezweckten Verhaltensänderung ermöglicht werden. Von Seiten der tiefenpsychologischen Therapieverfahren wird u.a. eine besondere Beachtung der häufig defizitären Selbstwertregulation betont, der v.a. über korrigierende Erfahrungen und eine Betonung und Stärkung der Ressourcen des Patienten zu begegnen ist. Im Falle der BES sind zudem stigmatisierende Ursachenzuschreibungen zu beachten, die die Therapie sowohl von Seiten des Therapeuten wie auch der Patienten erschweren können.

Einbeziehung von Angehörigen Eine Essstörung birgt immer auch interpersonelle Probleme (Auswirkungen auf Familienangehörige, Partner und Freunde). Häufig ist von dysfunktionalen Interaktionsmustern zwischen der essgestörten Patientin und den anderen Mitgliedern der (Herkunfts-) Familie auszugehen. Angehörige fühlen sich zudem oft hilflos gegenüber der Erkrankung, was zu Schuldgefühlen und/oder einer vorwurfsvollen Kommunikation führen kann.

Die Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie sollte daher ungeachtet der therapeutischen Ausrichtung frühzeitig erwogen werden. Bei Kindern und Jugendlichen gehört die Integration der Eltern in den therapeutischen Prozess zu den wesentlichen Pfeilern der Behandlung.

Schon im Vorfeld der Therapie sollte Angehörigen (möglichst im Beisein der Betroffenen) Informationen über die Ursachen und aufrechterhaltenden Bedingungen von Essstörungen, die Prognose und den zu erwartenden Verlauf, die körperlichen Risiken der Erkrankung, die Therapieziele und die behandlungsfördernde Rolle der Eltern und Geschwister gegeben werden.

Leitlinien als Mittel zur Überwindung der Distanz zwischen Forschung und Praxis?

Research-Practice-Gap Während einerseits die Ansprüche an aussagekräftige und gut kontrollierte Forschung immer größer werden und sich die Güte der Untersuchungen über die Jahrzehnte merklich verbesserte, scheint das Interesse an aktuellen Forschungsergebnissen unter den in der psychotherapeutischen Versorgung tätigen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten eher gering zu sein. Diese Entwicklung wird in der wissenschaftlichen Literatur bereits unter den Stichworten des „Research-Practice-Gap“ bzw. der „Unter-Inanspruchnahme“ empirisch belegter Therapieansätze (Wallace & VonRanson 2012) diskutiert. Das Misstrauen der Praktiker scheint dabei v.a. manualisierten Therapieansätzen zu gelten. Sehr häufig werden die Ansätze stark verändert oder bilden nur noch einen Baustein eines persönlich-eklektischen Therapiemodells des individuellen Kliniklers (VonRanson & Robinson 2006). Begründet wird dies oft mit Überzeugungen zur mangelnden externen Validität der durchgeführten Studien (Shafran et al. 2009).

Leitlinien als Brücke? Leitlinien bieten sich als Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis an. Sie sind auf der einen Seite den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen verpflichtet, andererseits nehmen sie dem Klinikler die aufwendige Arbeit des Rezipierens und Bewertens von empirischen Untersuchungen ab.

Wissenschaftliche, evidenzbasierte Ergebnisse müssen auch in den psychotherapeutischen Versorgungsalltag einfließen, wobei der in der Versorgung arbeitende Psychotherapeut die Möglichkeit hat, die im Rahmen der Leitlinien ausgesprochenen Empfehlungen mit den eigenen Erfahrungen und der eigenen beruflichen Praxis zu vergleichen.

Worauf ist zu achten? Leitlinien sind keine Richtlinien, haben von daher Empfehlungscharakter. Leitlinien als Patentlösung für therapeutische Unsicherheit zu sehen, wäre ohne Zweifel unangebracht. Die berufsrechtliche Sicherheit des Arztes bzw. ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten, der sich an den Leitlinien orientiert, wird ohne Zweifel verbessert, desjenigen, der in der Behandlung davon abweicht und dies zur Klage führt, wahrscheinlich verschlechtert. Zudem ist das Verhältnis von Leitlinien zu therapeutischen Innovationen schwierig: Die hier präsentierten Leitlinien haben Defizite deutlich gemacht und bereits in verschiedenen Zentren, die an der Entwicklung beteiligt waren, Forschung initiiert. Der unmittelbaren Dissemination neuer Forschungsergebnisse wird über die Empfehlungen einer bestehenden Leitlinie aber automatisch eine gewisse Hürde entgegengestellt werden.

Ausblick

Integration der Schulen Liest man die Empfehlungen der Leitlinien mit einem Fokus auf die Folgerungen für die Aus- und Weiterbildung für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, drängt sich folgender Schluss auf: Die im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie historisch gewachsene dichotome Ausbildungs- und Versorgungssituation entsprechend den psychotherapeutischen Verfahren Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und Tiefenpsychologische Psychotherapie bzw. Analytische Psychotherapie (TP/AP) entspricht nicht den in der ambulanten wie stationä-

ren Versorgung praktizierten Erfordernissen sowohl eines transnosologischen wie auch störungsorientierten Verständnisses psychischer Störungen (Herpertz & Herpertz 2013). Die Störungsbilder der Essstörungen scheinen dies besonders deutlich zu machen. Es scheint denkbar, dass Leitlinienformulierungen letztlich zu einem Katalysator eines Integrationsprozesses von Psychotherapieschulen werden und sich diese Rolle in Zukunft noch ausprägt.

Information ohne Bevormundung Wo immer die Autoren im Kreis von psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen über die Leitlinien berichtet haben, zeigte sich das Muster, dass ausschließlich in der Praxis tätige Kollegen nicht unbedingt ablehnend, aber vorsichtig reserviert reagierten, dass jedoch sehr erfahrene und forschungsinteressierte Kollegen die Leitlinien und deren Inhalte sehr begrüßten. Beim gegenwärtigen Stand vieler Unsicherheiten in der Evidenz der Essstörungenbehandlung mit entsprechend vorsichtigen Empfehlungen kann kein vernünftiger Zweifel daran bestehen, dass die Leitlinien sinnvolle Information bereit- und größere Handlungssicherheit herstellen, ohne bevormundend zu sein. Die Sorge vor zu viel Gängelei erscheint (noch) als hypothetisches Problem.

Literatur

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR*. 4th Ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Ed. (DSM-5). Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013
- Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Fichter M, Tuschen-Caffier B, Zeeck A, Hrsg. *S-3 Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*. Berlin/New York: Springer; 2011
- Herpertz S, Hagenah U, Vocks S et al. *Clinical Practice Guideline: The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders*. Dtsch Arztebl 2011; 108: 678–685
- Herpertz S, Herpertz S. *Richtlinienpsychotherapie – Quo Vadis? Psychother Psych Med* 2013; 63: 32–38
- Kopp I. *Grundsätze der Erstellung und Handhabung von Leitlinien*. Ein Update. *Radiologie* 2008; 48: 1015–1021
- Shafraan R, Clark DM, Fairburn CG et al. *Mind the Gap: Improving the Dissemination of CBT*. *Behav Res Ther* 2009; 47: 902–909
- VonRanson K, Robinson KE. *Who is Providing What Type of Psychotherapy to Eating Disorder Clients? A Survey*. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 27–34
- Wallace LM, VonRanson KM. *Perceptions and Use of Empirically-Supported Psychotherapies among Eating Disorder Professionals*. *Behav Res Ther* 2012; 50: 215–222

Fazit

Ogleich für viele Therapieentscheidungen evidenzbasiertes Wissen fehlt, geben die seit 2011 verfügbaren Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen Hilfen und Empfehlungen für alle wesentlichen Fragen zur Diagnostik, Therapie und somatisch-medizinischen Versorgung von Patienten mit Essstörungen. Eine wesentliche Stärke kann auch darin liegen, Defizite zu identifizieren und eine entsprechende Forschung anzuregen. Leitlinien sollten aber auch weiterhin daran gemessen werden, ob sie für die individuelle Behandlung nützlich sind. Leitlinien stellen Empfehlungen, keine Richtlinien dar. Von daher propagieren sie keine konformistische Einheits-therapie und schränken die individuelle psychotherapeutische Lern- und Innovationsbereitschaft nicht ein. Die Implementierung der Leitlinien muss gesondert gefördert und evaluiert werden.

Interessenkonflikt

Dr. Burkhard Jäger gibt an, dass er in den vergangenen 3 Jahren Vortragshonorare der Firmen Sanofi-Aventis und Grünenthal erhalten hat. Prof. Stephan Herpertz gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1363005>



PD Dr. rer. nat. Burkard Jäger, Dipl.-Psych.

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
jaeger.burkard@mh-hannover.de

leitender Psychologe und Leiter der Ambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, approbiert für Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Gruppenpsychotherapie, Mitglied der Leitlinienarbeitsgruppe der Fachgesellschaften, Co-Autor der hier vorgestellten Leitlinie, Forschungsschwerpunkte: Essstörungen, Tinnitus, Krankheitsbewältigung, Fragebogenentwicklung.

Die Leitliniengruppe

Verantwortlich für die S3-Leitlinie:

- ▶ Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- ▶ (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Koordination und Sprecher:

Prof. Dr. med. Stephan Herpertz (Bochum)

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

PD Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz (Prien am Chiemsee), Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred M. Fichter (Prien am Chiemsee), PD Dr. med. Hans-Christoph Friedrich (Heidelberg), Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Gaby Groß (Tübingen), Dr. med. Ulrich Hagenah (Aachen), Dr. phil. Dipl.-Psych. Armin Hartmann (Freiburg), Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann (Aachen), Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog (Heidelberg), PD Dr. med. Kristian Holtkamp (Bad Neuenahr), PD Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Burkard Jäger (Hannover), Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Corinna Jacobi (Dresden), Prof. Dr. med. Annette Kersting (Leipzig), Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Reinhard Pietrowsky (Düsseldorf), Dr. phil. Dipl.-Psych. Stephan Jeff Rustenbach (Hamburg), PD Dr. Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Harriet Salbach-Andrae (Berlin), Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger (Lübeck), Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Brunna Tuschen-Caffier (Freiburg), PD Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Silja Vocks (Bochum), Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Jörn von Wietersheim (Ulm), Prof. Dr. med. Almut Zeeck (Freiburg), Prof. Dr. med. Stephan Zipfel (Tübingen), Prof. Dr. med. Martina de Zwaan (Hannover)



Prof. Dr. med. Stephan Herpertz

Studium der Humanmedizin an der RWTH Aachen und an der Universität Bonn, 1999–2003 leitender Oberarzt in Duisburg-Essen, 2003 Chefarzt der Abteilung für Psychosomatische Medizin

und Psychotherapie der Universitätsklinik Dortmund, seit 2010 Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum, Sprecher der Leitlinien-AG, Forschungsschwerpunkte: Essstörungen, psychobiologische Aspekte der Gewichtsregulation, Komorbidität von Diabetes mellitus und psychischen Störungen.