



Gemeinsame S3-Leitlinie
der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM),
des Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM),
der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT),
der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP),
der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und
der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)

AWMF-Register Nr.	051/026	Klasse:	S3
-------------------	---------	---------	----

Diagnostik und Therapie der Essstörungen - Leitlinien-Report -

1. Geltungsbereich und Zweck

Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Wenngleich die Essstörungen AN und BN nicht ganz so häufig sind wie affektive Störungen, haben sie eine große klinische und gesellschaftliche Relevanz: Es erkranken fast ausschließlich junge Menschen mit schwerwiegenden Auswirkungen für die körperliche und seelische Gesundheit an diesen Essstörungen. Durch den Erkrankungsgipfel in der späten Adoleszenz bzw. im jungen Erwachsenenalter bleiben beide Erkrankungen auch nicht ohne Folgen für den schulischen bzw. beruflichen Werdegang. Die AN stellt eine schwer zu behandelnde psychische Störung dar, die häufig chronifiziert und auch einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen kann. Die 12-Jahres-Letalität liegt bei ca. 10 % und ist damit weit höher als die bei Depression oder Schizophrenie. Die Häufigkeit der BN in dieser Risikogruppe ist deutlich höher als die der AN, wobei zusätzlich mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen ist. Die BES betrifft vornehmlich übergewichtige bzw. adipöse Menschen, daher ist bei diesen Patientinnen infolge des Übergewichtes bzw. der Adipositas mit schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen (z. B. Gelenkprobleme, Herz-Kreislaufprobleme, Diabetes) zu rechnen.

Insgesamt verursachen Essstörungen sehr hohe direkte und Folgekosten. Für die AN wird ein jährlicher Kostenaufwand in Höhe von 195 Millionen Euro, für die BN von 124 Millionen Euro (Behandlungskosten und Produktivitätsausfallkosten) veranschlagt.

Die Essstörungen stellen somit insbesondere unter Berücksichtigung der hohen Produktivitätsausfallkosten sehr kostenintensive Krankheitsbilder dar¹.

Bei der Genese der Essstörungen handelt es sich um zumeist multifaktoriell bedingte psychische Störungen, bei denen intrapsychische, psychosoziale, soziokulturelle und biologische Faktoren ineinander greifen und sich gegenseitig beeinflussen bzw. verstärken. Ambulant werden im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie die Essstörungen in Deutschland derzeit vornehmlich kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch behandelt. In der stationären Behandlung haben sich multimodale Behandlungsstrategien durchgesetzt. Bei jungen Patientinnen ist auch die Einbeziehung der Familie in die Therapie sinnvoll. Psychopharmaka können bei der BN unter Umständen indiziert sein.

In Anbetracht der Schwere der Störung, der zum Teil ungünstigen Langzeitprognose sowie mit Blick auf das für die Betroffenen verbundene Leiden und die hohen Kosten für das Gesundheitssystem ist die Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien auch in Deutschland schon seit vielen Jahren überfällig.

Zielorientierung der Leitlinie

Patientenzielgruppe

Patientinnen und Patienten mit den Essstörungen:

F50.0 Anorexia nervosa

F50.1 atypische Anorexia nervosa

F50.2 Bulimia nervosa

F50.2 atypische Bulimia nervosa

Neben der Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) wurden in der 4. Ausgabe des amerikanischen psychiatrischen Klassifikationsschemas DSM-IV (APA 1994) die "Nicht Näher Bezeichnete Essstörung" (Eating Disorder Not Otherwise Specified, EDNOS) eingeführt. Als eine Extremvariante gestörten Essverhaltens wurde die Binge Eating-Störung (BES) zunächst vorläufig unter Forschungsgesichtspunkten unter EDNOS subsumiert. Die BES hat sich in den letzten Jahren in Deutschland als eigenständige Essstörungsentität etabliert, wird aber bislang unter F50.2 verschlüsselt. Im DSM-V wird sie eine eigenständige Essstörung darstellen.

Versorgungsbereich

Ambulante und stationäre Versorgung essgestörter Frauen und Männer einschließlich geleiteter Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen

Anwenderzielgruppe/Adressaten

Erwachsene essgestörte Patientinnen werden entsprechend der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland von Ärzten und Psychologen im ambulanten wie stationären Bereich behandelt. Die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen obliegt Kindern – und Jugendlichenpsychotherapeuten auf der Basis des Psychotherapeutengesetzes. Die Leitlinien richten sich an Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, klinischen Psychologen und Kinder- und Jugendlichenpsycho-

¹ Krauth, C.; Buser, K.; Vogel, H. (2002). How high are the costs of eating disorders- anorexia nervosa and bulimia nervosa – for German society. Eur J Health Econom, 3, 244-250.

therapeuten in der ambulanten (niedergelassen in eigener Praxis, Beratungsstellen und Kliniken bzw. Krankenhäusern). Gerade im Hinblick auf die frühzeitige Diagnostik wie aber auch psychosomatische Grundversorgung richten sich die Leitlinien auch an Hausärzte, Ärzten für Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Kinder- und Jugendmedizin.

Letztendlich seien aber auch Pädagogen und Lehrer genannt, die insbesondere unter Berücksichtigung der Altersgruppe (Adoleszenz und frühes Erwachsenenalter) als erste Hinweisen auf eine mögliche Essstörung nachgehen können und professionelle Hilfe (Schulpsychologe) einschalten können.

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen

Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen

Im Herbst 2003 beschloss die Konferenz der Hochschullehrer des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, evidenzbasierte Leitlinien für Ess-Störungen in Deutschland zu entwickeln. Auf Initiative von Herrn Prof. Dr. S. Herpertz, Bochum fand sich im Frühjahr 2004 erstmals ein Kreis von interessierten Ärzten und Psychologen in Berlin zusammen, um eine Arbeitsgemeinschaft für die Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien für die Diagnostik und Behandlung von Ess-Störungen in Deutschland zu gründen. Die Arbeitsgemeinschaft wird repräsentiert durch folgende Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, DGKJP, Deutsche Gesellschaft für Psychologie DPGs, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie,
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, DGPM, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, DGPPN,
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin,
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin (DGVM).

Diesen Fachgesellschaften obliegt entsprechend den Vorgaben der Richtlinienpsychotherapie die Behandlung von Patienten mit Ess-Störungen in Deutschland. Einzelne Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft wurden von ihren jeweiligen Fachgesellschaften als Mandatsträger für die Erarbeitung der wissenschaftlichen Leitlinien bei der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) autorisiert. Weiterhin wurde die Erstellung der Leitlinien bei der AWMF angemeldet, eine entsprechende Verlautbarung ist auf der website der AWMF nachzulesen.

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind:

Dr. med. Dipl.-Psych. U. Cuntz, Prien	DGPM, DGVM, DÄVT, DGIM
Frau Prof. Dr. med. M. de Zwaan, Erlangen	DGPM, DGVM, DKPM, EDRS
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. M.M. Fichter München/Prien	DGVM, DGPPN, DKPM EDRS
PD Dr. med. H.-C. Friedrich, Heidelberg	DGPM, DKPM
Frau Dr. rer. nat. Dipl. Psych G. Groß, Tübingen	DGPs
Dr. med. U. Hagenah, Aachen	DGKJP
Frau Prof. Dr. biol. hum. Dipl. Psych. C. Jacobi, Dresden	DGPs; EDRS
PD. Dr. rer. nat. Dipl. Psych. B. Jäger, Hannover	DKPM
Frau Prof. Dr. med. A. Kersting, Leipzig	DGPM, DKPM, DGPPN,
Prof. Dr. med. S. Herpertz, Bochum	DAG, DGPM, DKPM, EDRS

Frau Prof. Dr. med. B. Herpertz-Dahlmann, Aachen	DGKJP, EDRS
Dr. phil. Dipl. Psych. A. Hartmann, Freiburg	SPR
Prof. Dr. med. W. Herzog, Heidelberg	DGPM, DKPM, EDRS
PD. Dr. med. K. Holtkamp, Bad Neuenahr	DGKJP
Prof. Dr. Dipl.-Psych. R. Pietrowsky, Düsseldorf,	DGPs
Dr. Dipl. Psych. S. J. Rustenbach, Hamburg	DGPs
Frau PD. Dr. Dipl. Psych H. Salbach-Andrae, Berlin	DGPs
Prof. Dr. med. U. Schweiger, Lübeck	DGPPN, DGVM, EDRS
Frau Prof. Dr. rer. nat. Dipl. Psych. B. Tuschen-Caffier, Freiburg	DGPs, EDRS
Frau Dr. rer. nat., Dipl. Psych S. Vocks, Bochum	DGPs
Prof. Dr. phil. Dipl. Psych. J. von Wietersheim, Ulm	DKPM
Prof. Dr. med. A. Zeeck, Freiburg	DKPM, DGPM, SPR
Prof. Dr. med. S. Zipfel, Tübingen	DGPM, DKPM, EDRS

DAG: Deutsche Adipositas Gesellschaft

DÄVT: Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

DGIM: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

DGPs: Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie

DGPM: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

DGKP: Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

DKPM: Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie

DGVM: Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin

EDRS: Eating Disorder Research Society

Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung von Patienten

Patienten wurden in die Entwicklung der Leitlinien nicht einbezogen, allerdings ist die Einbeziehung von Betroffenen im Rahmen der Entwicklung der Praxisleitlinien für die Diagnostik und Therapie der Essstörungen in Deutschland geplant (s.u.).

3. Methodologische Exaktheit

Literaturrecherche und Auswahl

Anorexia nervosa

Es erfolgte zunächst eine systematische Literatursuche nach allen verfügbaren randomisiert-kontrollierten Studien zur Behandlung der AN (bis einschließlich Juni 2006, danach nur noch Aufnahme einzelner ausgewählter Publikationen; für die Psychotherapiestudien nochmals aktualisiert im Juli 2008).

62 RCTs konnten identifiziert werden. Sie wurden thematisch den Leitlinienkapiteln zugeordnet. 23 RCTs befassen sich mit der psychotherapeutischen Behandlung der Anorexie, zwölf mit psychopharmakologischer Therapie.

Zwei Cochrane-Reviews zur Behandlung der AN („antidepressants for anorexia nervosa“: Claudino et al., 2006; „individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa“: Hay et al., 2004b) liegen vor und wurden mit einbezogen. Ein Cochrane-Review ist aktuell noch in Arbeit („family therapy for anorexia nervosa“) und

ein weiteres Review, das sich zwar auf Essstörungen allgemein bezieht („self help and guided self help for eating disorders“: Perkins et al., 2008), wurde für die Anorexie-Leitlinie berücksichtigt.

Berücksichtigt und gesichtet wurden neben systematischen Reviews ferner folgende schon vorliegende Leitlinien zu Essstörungen:

- die Leitlinie des National Institute of Clinical Excellence NICE, England (National Institute of Clinical Excellence, 2004)
- die Leitlinie der American Psychiatric Association APA, USA (American Psychiatric Association, 2006)
- die S1-Leitlinie der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, 2000)
- die Leitlinie des Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (Beumont et al., 2003).

Bulimia nervosa

Als Grundlage der Ermittlung der Interventionsstudien dienten zunächst die Literaturverzeichnisse der publizierten NICE-Guidelines und der Cochrane-Reviews zur BN (Bacaltchuk et al., 2001; Bacaltchuk & Hay, 2003; Hay et al., 2004; NICE 2004). Es wurden die Quellen der dort inkludierten als auch der dort exkludierten Studien auf drei Raterpaare gleichmäßig verteilt und auf Inklusion in die Metaanalysen geprüft. Einziges Kriterium der Prüfung war „relevante Interventionsstudie für die deutsche Versorgung“.

Des Weiteren wurden im Juni 2005 folgende Datenbanken auf Publikationen nach Ende der NICE- und Cochrane-Literaturrecherchen durchsucht: MedLine, Embase, PsycInfo. In der deutschen Datenbank Psyndex wurde der gesamte Erfassungszeitraum (seit 1970) durchsucht. Es wurden standardisierte Suchalgorithmen aus den Recherchealgorithmen der NICE- und Cochrane-Algorithmen plus weiteren einschlägigen Schlüsselworten entwickelt (siehe Leitlinienkapitel VI „Bulimia nervosa“, Tabellen 3a–l). Die Recherchen wurden sowohl als Schlagwortsuche als auch als Freitextsuche durchgeführt. Ohne Eliminierung der Duplikate ergaben die Literaturrecherchen folgende Treffermengen:

- Medline: 42 Treffer bei Schlagwortsuche und 300 Treffer bei Freitextsuche
- Embase: 103 Treffer bei Schlagwortsuche und 974 Treffer bei Freitextsuche
- PsycInfo: 69 Treffer bei Schlagwortsuche und 229 Treffer bei Freitextsuche
- Psyndex: 9 Treffer bei Schlagwortsuche und 31 Treffer bei Freitextsuche.

Nach Eliminierung der Duplikate ergab sich ein Pool von 188 Treffern bei Schlagwortsuche und 1320 Treffern bei Freitextsuche. Die Rechercheergebnisse wurden auf drei Raterpaare (Autoren dieser Leitlinien und deren erfahrenes Personal) gleichmäßig verteilt und auf Inklusion in die Metaanalysen geprüft. Einziges Kriterium der Prüfung war: „relevante Interventionsstudie für die deutsche Versorgung“.

Das Ergebnis war ein Pool relevanter Publikationen zu 64 Interventionsstudien mit insgesamt 162 Studienarmen, von denen wiederum 110 Arme aktive Interventionen darstellten.

Binge Eating Störung

Die Identifikation der potenziell in die Metaanalyse zur Behandlung der BES integrierbaren Primärstudien erfolgte mittels der elektronischen Datenbanken „Medline“ und „Psychinfo“. Darüber hinaus wurden sämtliche Literaturverzeichnisse der auf diese Weise identifizierten Studien nach weiteren möglicherweise passenden Studien durchsucht. So konnten insgesamt 234 potenziell integrierbare Studien ermittelt werden. Diese 234 Studien wurden beschafft und jeweils zur Hälfte auf zwei Raterpaare verteilt.

Jede Publikation wurde von einem der beiden Raterpaare hinsichtlich der zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien geprüft, wobei beide Personen innerhalb eines Raterpaares diese Bewertung unabhängig voneinander vornahmen. Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert:

- 1.) Es konnten sowohl randomisiert-kontrollierte Studien als auch unkontrollierte Studien in die Metaanalyse eingehen.
- 2.) Die Diagnose einer BED bei den in die jeweilige Publikation eingegangenen Patientinnen und Patientinnen musste anhand der Forschungskriterien des DSM-IV gestellt worden sein.
- 3.) Die Kernsymptomatik der BED, das heißt die Essanfallssymptomatik, musste mit (mindestens) einem Outcome-Wert erfasst worden sein.
- 4.) Es mussten genügend Daten zur Berechnung von Effektstärken vorliegen.
- 5.) Sofern in einer Studie unterschiedliche Patientinnengruppen untersucht wurden, konnte diese Studie nur dann in der Metaanalyse Berücksichtigung finden, wenn die relevanten Daten für die Subgruppe der Patientinnen mit BED separat dargestellt wurden.
- 6.) Bei doppelten Publikationen derselben Untersuchung wurde nur eine der Publikationen berücksichtigt.
- 7.) Einzelfallberichte bzw. Studien mit einer Stichprobengröße von unter $N = 3$ wurden ausgeschlossen.

Von den 234 identifizierten Studien erfüllten 38 diese Ein- und Ausschlusskriterien und konnten so in die Metaanalyse zur Behandlung der BES eingeschlossen werden. Diese 38 Studien beinhalteten insgesamt 78 Studienarme. Hiervon waren 21 aktive Behandlungsbedingungen und 16 Kontrollbedingungen aus randomisiert-kontrollierten Studien. Zusätzliche 41 Behandlungsbedingungen entstammten Untersuchungen ohne unbehandelte Kontrollbedingung. Entsprechend gingen 62 aktive Behandlungsbedingungen in die Metaanalyse ein (vgl. Vocks et al. 2009).

Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

Anorexia nervosa

Die Arbeitsgruppe AN bestand aus erfahrenen Klinikern und Forschern im Bereich Essstörungen. Alle randomisiert-kontrollierten Psychotherapiestudien wurden von jeweils zwei Ratern (Mitgliedern der Gruppe) nach dem für die Gesamtgruppe entwickelten Schema beurteilt und nochmals in der Anorexiegruppe im Hinblick auf die methodische Qualität und Bewertung durchgesprochen. Die Feststellung des Evidenzgrades erfolgte nach den Klassen I bis V. Je nach Qualität und Relevanz der jeweiligen Studien für eine klinische Fragestellung wurde ein „Up-“, und „Downgrading“ vorgenommen (GRADE working group, 2004). Ein „Downgrading“ erfolgte zum Beispiel, wenn zwar ein RCT vorlag, dieses aber von schlechter methodischer Qualität war, eine nicht repräsentative Stichprobe untersuchte oder die Anwendbarkeit der Methode fraglich erschien. Es wurde dann gegebenenfalls auch ein Evidenzgrad von II oder III vergeben. In den Evidenztabelle wird aufgrund der wenigen vorliegenden Psychotherapiestudien eine Übersicht über alle vorliegenden RCTs gegeben, sodass die Studienlage nachvollziehbar wird.

Da die Datenlage zur Behandlung der AN fast durchgehend schlecht ist, wurde im Hinblick auf die klinischen Empfehlungen jeweils mittels Diskussion in der Expertengruppe ein Konsens gesucht.

Die Gewichtung der Interventionsempfehlungen (A, B und O, KKP siehe die Tabellen 1 bis 3 der Leitlinien) wurde zunächst innerhalb der Gruppe vorgenommen und orientiert sich an der klinischen Relevanz, der Umsetzbarkeit in der Versorgungsrealität, dem

Abwägen von Nutzen und Risiko sowie der zugrunde liegenden Evidenz. Alle Empfehlungen, vor allem aber Fragen von herausragender Bedeutung, für die keine ausreichende empirische Evidenz vorliegt, wurden über die Arbeitsgruppe Anorexie hinaus in der Gesamtgruppe diskutiert und konsentiert.

Bulimia nervosa

Zunächst wurden 41 Studien wiederum auf die drei Raterpaare verteilt, um die relevanten Angaben in Doppeleingabe nach einem ausführlichen Kodierhandbuch (im Anhang der Leitlinien) zu extrahieren und in eine standardisierte Kodiermaske zu übertragen. Die doppelt kodierten Studien wurden einer Interrater-Reliabilitätsanalyse unterzogen. Für kontinuierliche Variablen wurde hierzu die Intraklassenkorrelation in einem zweifaktoriellen Mixed-Model für Einzelitems (single measure) bei absoluter Übereinstimmung (absolute agreement) bestimmt. Für kategoriale Items wurde Cohens Kappa bestimmt. Die Interrater-Reliabilitätskoeffizienten variierten zwischen ICC/Kappa = -0.28 und ICC/Kappa = 1.00 mit einem Mittelwert von ICC/Kappa = 0.66 (sd = 0.31) und einem Median von ICC/Kappa = 0.71. Bei Inspektion der abweichenden Kodierungen wurde entdeckt, dass die Rater teilweise mit unterschiedlichen Versionen des Kodierhandbuchs gearbeitet hatten, das die relativ geringen Koeffizienten in einigen Variablen erklärte. Anschließend wurde den Raterpaaren jeweils eine Liste sämtlicher abweichender Kodierungen zur vollständigen Bereinigung nach Konsensusverfahren übergeben.

Die 23 restlichen Studien wurden anschließend ebenfalls gleichmäßig auf die Raterpaare verteilt, jedoch nur einfach kodiert. Die vollständig bereinigten Daten der 41 Studien und die Kodierungen der restlichen 23 Studien wurden der weiteren Analyse zugeführt.

Binge Eating Störung

Die für die Metaanalyse relevanten Informationen aus den 38 ermittelten Studien wurden in einem nächsten Schritt von zwei Diplom-Psychologinnen mit Erfahrung im Bereich der Essstörungsforschung extrahiert. Hierbei kam das standardisierte Kodierschema mit entsprechendem Kodierhandbuch zum Einsatz, das auch für die Extraktion der Daten für die Metaanalyse zur BN verwendet wurde (siehe Kodierhandbuch im Anhang der Leitlinien). Dem Kodiervorgang ging ein intensives Training der beiden Raterinnen bezüglich der Handhabung dieses Kodierschemas voraus. Zu Trainingszwecken wurde so in einem ersten Schritt eine per Zufall ausgewählte Publikation von beiden Raterinnen gemeinsam kodiert. In einem zweiten Schritt wurden aus den verbleibenden Studien zehn per Zufall identifiziert. Jede dieser Studien wurde von beiden unabhängig voneinander kodiert, um die Interrater-Reliabilität bestimmen zu können. Zur Berechnung der Interrater-Reliabilität wurde für die kategorialen Items Cohens Kappa (κ) gewählt und für kontinuierliche Daten die Intra-Klassen-Korrektion (ICC). Die auf diese Weise ermittelten Koeffizienten beliefen sich auf einen Mittelwert von $\kappa/ICC = 0.93$ und einen Median von $\kappa/ICC = 1.00$ (Range: $\kappa/ICC = 0.00-1.00$) und waren damit als hoch einzustufen (Vocks et al., in press). Divergierende Kodierungen wurden geprüft und im Rahmen eines Konsensusverfahrens korrigiert. Aufgrund der guten Interrater-Reliabilität konnten die verbleibenden 27 Studien in einem dritten Schritt von nur jeweils einer der beiden Raterinnen kodiert werden.

Formulierung von Schlüsselfragen

Siehe Methodenteil in der Langfassung der Leitlinie, Kapitel IX

Bewertung der Evidenz

Siehe Methodenteil in der Langfassung der Leitlinie, Kapitel IX

Erstellung von Evidenztabellen

Siehe Methodenteil in der Langfassung der Leitlinie, Kapitel IX

Verwendung existierender Leitlinien zum Thema

Leitlinien der DGPPN für die Ess-Störungen AN und BN

Im Jahr 2000 erstellte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, DGPPN Leitlinien für die Behandlung der Ess-Störungen AN und BN unter der Federführung von Prof. Dr. M. Fichter, München/Prien und Prof. Dr. U. Schweiger, Lübeck. Als Leitlinien der *Entwicklungsstufe 1* wurden sie durch eine repräsentativ zusammengesetzte Expertengruppe der DGPPN im informellen Konsens erstellt und vom Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet. Leitlinien der Entwicklungsstufe 3, die die vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse (u. a. die Kriterien der „Evidence-based medicine“) in ihre Empfehlungen explizit einbeziehen, liegen bis heute nicht vor. Die damals federführenden Autoren sind auch Mitglieder dieser Leitlinienarbeitsgruppe und stellen gemeinsam mit Frau Prof. Dr. med. A. Kersting, Leipzig die Repräsentanten der DGPPN innerhalb der Arbeitsgruppe dar.

Ebenfalls auf der *Entwicklungsstufe 1* sind die Leitlinien für die Behandlung von Ess-Störungen im Kindes- und Jugendalter der DGKJP, die 2003 unter der Federführung von Frau Prof. B. Herpertz-Dahlmann und Herrn Prof. J. Hebebrand von der AWMF aufgenommen wurden. Zusammen mit Herrn Dr. K. Holtkamp ist Frau Prof. Herpertz-Dahlmann Mitglied der Arbeitsgemeinschaft.

International anerkannte Leitlinien für die Ess-Störungen

Leitlinien für die Diagnostik und Behandlung von Essstörungen wurden in verschiedenen Ländern bereits entwickelt. Hervorzuheben sind die 2004 publizierten englischen Leitlinien für Essstörungen des National Institute of Clinical Excellence (NICE 2004), deren Schwerpunkt vornehmlich auf Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien liegt – also vornehmlich randomisierten und kontrollierten Studien – und die von namhaften Vertretern der British Psychological Society und des Royal College of Psychiatrists entwickelt wurden sowie die 2006 ebenfalls evidenz-basierten Leitlinien der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA). Die britischen und amerikanischen Leitlinien wurden ansatzweise in die vorliegenden Leitlinien implementiert.

Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung

Die Verabschiedung der Kernaussagen und Empfehlungen sowie der Empfehlungsgrade durch die Leitliniengruppe erfolgte im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens (Nominaler Gruppenprozess) mit mehreren Sitzungen, moderiert durch eine Vertreterin der AWMF (Prof. Dr. I. Kopp, Marburg).

Der Ablauf der Konsensusverfahren erfolgte in 7 Schritten:

- Einführung durch
- Stille Durchsicht des Leitlinienmanuskripts (Gesamtentwurf) und
- Gelegenheit zu Notizen zu den Kernaussagen, Schlüsselempfehlungen und der vorgeschlagenen Graduierung;
- Registrierung der Stellungnahmen und Alternativvorschläge aller Teilnehmer zu allen Aussagen und Empfehlungen im Einzelumlaufverfahren durch die Moderatorin, dabei Rednerbeiträge nur zur Klarstellung; Projektion per Beamer
- Vorherabstimmung aller Empfehlungen und Empfehlungsgrade sowie der genannten Alternativen;

- Diskussion der Punkte, für die im ersten Durchgang kein Konsens erzielt werden konnte;
- Endgültige Abstimmung.

Die Empfehlungen wurden im "starken Konsens" (Zustimmung von > 95% der Teilnehmer) oder im Konsens (Zustimmung von > 75% der Teilnehmer) verabschiedet. Die Sitzungen fanden statt am: 10., 11.09.2009; 04.03.2010; 20.05.2010; 26.10.2010

Abschließend wurde die Leitlinie formal durch die Vorstände der mitherausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen verabschiedet und autorisiert.

4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

Die Leitlinie wurde von den Vorständen der Fachgesellschaften im Dezember 2010 verabschiedet

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP) (Dr. med. I. Spitzcok von Brisinski)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG) (Dr. med. I. Spitzcok von Brisinski)

Bundesfachverband Essstörungen e.V. (BFE) (A. Schnebel)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (Prof. Dr. Rainer Richter)

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DÄVT) (Georg Wiedemann)

Deutsche Gesellschaft für Essstörungen (DGESS) (Prof. M de. Zwaan)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) (Prof. Dr. S. Wirth)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (Prof. Dr. F. Häßler)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) (Prof. Dr. F. Schneider)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) (Dr. D. Munz)

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGP) (Prof. T. Fydrich)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) (Prof. Dr. W. Senf)

Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM) (Prof. Dr. B. Lelow)

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) (Prof. Dr. A. Zeeck)

Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP) (P. Lehndorfer)

Redaktionelle Unabhängigkeit

Finanzierung der Leitlinie

Die Leitlinien wurden von Seiten der Christina Barz-Stiftung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft mit insgesamt 35.000 EUR gefördert. Von Seiten des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) erhielt die Leitlinien-AG insgesamt 5000 EUR, von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP) und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGP) jeweils 1000 EUR.

Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten

Wie gesondert dargelegt bestehen bei keinem der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bedeutsame Interessenkonflikte in der Hinsicht, dass eine Verzerrung der Inhalte durch ihre Mitarbeit an der Leitlinie zu befürchten gewesen wäre (siehe Anhang: Erklärungen über Interessenkonflikte: tabellarische Zusammenfassung). Zusätzlich ist auf die systematische Evidenzaufbereitung und die für die Verabschiedung der Empfehlungen eingesetzten, formalen Konsensustechniken zu verweisen.

6. Verbreitung und Implementierung

Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Leitlinien sollen praxisorientiert via Internet und in Buchform verbreitet werden, um ein breites Publikum aus Betroffenen, in der Versorgung arbeitenden Ärzten, Psychologen, Pädagogen und Wissenschaftler zu erreichen. Auch sollen die nationalen Leitlinien Eingang in die internationale Datenbank für Leitlinien finden (Guideline Library of Guideline International Network). Die Ergebnisse sollen Eingang finden in wissenschaftliche nationale wie internationale Publikationen. Darüber hinaus sollen die Behandlungsvorschläge in die medizinische Versorgung essgestörter Patienten integriert werden und konkrete Behandlungsmaßnahmen abgeleitet werden. Dies dient letztendlich dazu, bestehende Therapieprogramme zu optimieren.

Praxisleitlinien

Mit Datum vom 09.02.2011 nimmt die Arbeitsgemeinschaft für die Entwicklung der Praxisleitlinien für die Diagnostik und Therapie der Essstörungen in Deutschland ihre Arbeit auf. Die AG setzt sich aus den Sprechern der einzelnen Arbeitsgruppen der wissenschaftlichen Leitlinien zusammen. Die Praxisleitlinien stellen einen Beitrag zur Umsetzung der wissenschaftlichen Leitlinien in die klinische Versorgungspraxis dar. Im Vordergrund steht Herausarbeitung praxisrelevanter Behandlungsleitlinien für Patienten mit Essstörungen und deren Verbreitung. Die Erarbeitung der Praxisleitlinien wird von Seiten des Bundesministeriums für Bildung und Forschung mit 35.000 EUR gefördert.

7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung: 12.12.2010

Aktualisierungsverfahren:

Die wissenschaftlichen S3-Leitlinien werden in vier Jahren, Anfang 2015 einer kritischen Prüfung unterzogen und neu überarbeitet, so dass von einer revidierten Fassung 2016 auszugehen ist.

Anhang:
Erklärungen über Interessenkonflikte: Tabellarische Zusammenfassung

		Leitlinienkoordinator: Prof. Dr. med. S. Herpertz Leitlinie: Essstörungen Registernr: 051 - 026							
		B. Herpertz-Dahlmann	Dr. Hagenah	Prof. Dr. Corinna Jacobi	Hans-Christoph Friedrich	Prof. Dr. W. Herzog	Cuntz	Rustenbach	Prof. Dr. v. Wietersheim
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Advisory Board für Atomoxetin (Lilly),							
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Honorar für einen Vortrag in einem ADHS-Seminar (Lilly)							
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Fa. Vifor, Schweiz für Forschungsvorhaben mit Omega-3-Fetts.	Astra Zeneca (2007) Seroqual b. Schizophrenie, Medice (2007-2009), Vergleichsstudie MPH (Medikinet, Equasym, Concerta						

			Concerte) Institut DANONE Ernährung e.V. 2009						
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)								
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft								
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft								
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	DGKJP	Mitglied: DGKJP (Mandatsträger), DGEss, BKJPP	DGPS	DGEss, DKPM, kein Mandatsträger	DKPM, DGPM, DGIM	DGPM, DGUM, DKPM, DÄVT, Bay Ärztekam mer	DGPS	Mitglied im DKPM und DGEss
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten								
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	RWTH, Universitätsklinikum Aachen	Universitätsklinikum Aachen (seit 1998)	TU Dresden	Abteilung für Allgemeine Innere und Psychosomatisch e Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg (seit 1999)	Universitä t Heidelber g	Prien	UKE Hamburg	Land Baden- Württemberg, Universität Ulm

		Leitlinienkoordinator: Prof. Dr. med. S. Herpertz							
		Leitlinie: Essstörungen							
		Registernr: 051 - 026							
		Ulrich Schweiger	Prof. Dr. Martina de Zwaan	PD Dr. med. Kristian Holtkamp	Silja Vocks	Prof. Dr. Almut Zeeck	Prof. Dr. med. S. Zipfel	Dr. Gaby Gross	PD Dr. Burkard Jäger
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung								
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Vortragshonorare Astra Zeneca							2 mal Honorar für Vorträge: Fa. Lilly, Vortrag auf Schmerzsymposium, Fa. Novo Nordisk, Diabetes und Essstörungen
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung								
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)								

5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft								Wschl. Ja, im Rahmen von aktienbasierten Rentenfonds (keine Steuermöglichkeit!)
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft								
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	DVT, DGPPN	DKPM, DGVM	DGES, DGKJP		DKPM (Mandatsträgerin, bzw. Vertreterin des DKPM), DGPM, SPR	DGEss, DKPM	DGEss	DKPM, DGEss
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten		Verhaltenstherapie						nein (da ausgeglichen, PPT für VT und TFP)
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Universität Lübeck	Freistaat Bayern, Universitätsklinikum Erlangen	DRK Fachklinik Bad Neuenahr	Ruhr-Universität Bochum	Universitätsklinikum Freiburg	Universität Tübingen	Universitätsklinikum Tübingen	Klinik für Psychosomatik, MHH

		Leitlinienkoordinator: Prof. Dr. med. S. Herpertz						
		Leitlinie: Essstörungen						
		Registernr: 051 - 026						
		PD Dr. Harriet Salbach-Andrae	Prof. Dr. Manfred Fichter	Prof. Dr. med. Anette Kersting	Prof. dr. Reinhard Pietrowsky	Armin Hartmann	Prof. Dr. med. S. Herpertz	B. Tuschen-Caffier
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung		Seit 1.10.10 wissenschaftlicher Beirat der Schön-Kliniken, Prien					
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung						Lundbeck, Lilly, Sanofi-Aventis, Abbot	Honorare, insb. Für die Ausbildung in Verhaltenstherapie (z.B. FAVT GmbH; FAK; P GmbH; Universität Zürich)
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung							
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht,							

	Verkaufslizenz)							
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft							FAVT GmbH – Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie, FAK; P GmbH – Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft							
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	DGKJP	DGPPN (in d. Leitlinien benannt)			SPR	DGPM, DKPM, DAG	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten							
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Charite	Bis 31.12.2010 ärztl. Leiter d. Med. Psychosomat. Klinik Roseneck	Universitätsklinikum Leipzig Universitätsklinikum Münster	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	Universitätsklinikum Freiburg	LWL-Universitätsklinikum, Ruhr-Universität Bochum	Universität Freiburg

Erstellungsdatum: **12/2010**

Gültig bis: **12.12.2015**

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Insbesondere für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!