



Jörn von Wietersheim
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie

Empfehlungen der S3-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von Essstörungen“

Gliederung

- Grundsätzliches zu Leitlinien und Empfehlungen
- Ausgewählte Empfehlungen zu
Anorexia nervosa
Bulimia nervosa
Binge Eating-Störung
- Diskussion und Ausblick

Was sind Behandlungsleitlinien?

... systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben und den behandelnden Ärzten und ihren Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Versorgung in spezifischen klinischen Situationen erleichtern.

Wenn Sie wissen wollen ...

- wie häufig Essstörungen vorkommen
- welche Behandlungen durchgeführt werden und erfolgreich sind
- wann eine stationäre Behandlung angezeigt ist
- wie die Krankheiten verlaufen
- was bei Kindern und Jugendlichen besonders zu beachten ist -

... dann schauen Sie in die
Leitlinie!

Prinzipien der Leitlinienerstellung

Leitlinien sollen folgende Fragen beantworten:

(Bsp.)

- Was ist notwendig ?
- Was ist in Einzelfällen nützlich ?
- Was ist überflüssig / obsolet ?
- Was muss stationär behandelt werden ?
- Was kann ambulant behandelt werden ?

Prinzipien der Leitlinienerstellung 2

- ‚Narrative‘ Leitlinien vs. ‚evidenzbasierte Leitlinien‘

3 Stufen Prozess der Leitlinienentwicklung

1. Stufe: Expertengruppen [S1]
2. Stufe: Formale Konsensfindung [S2]
via ‚nominalen Gruppenprozess‘
via ‚Konsensuskonferenz‘
via ‚Delphikonferenz‘
(d.h., auch gegensätzliche Standpunkte klären !)
3. Stufe: LL mit allen Elementen systematischer Entwicklung [S3]
 - + Entwicklung von Algorithmen (‚Logikanalyse‘)
 - + Konsensusüberprüfung
 - + Berücksichtigung der Evidenzbasierung
 - + systematische Entscheidungsanalyse (z.B: erwarteter Nutzen)
 - + Outcome-Analyse

In Deutschland: Förderung durch die AWMF

Prinzipien der Leitlinienerstellung 3

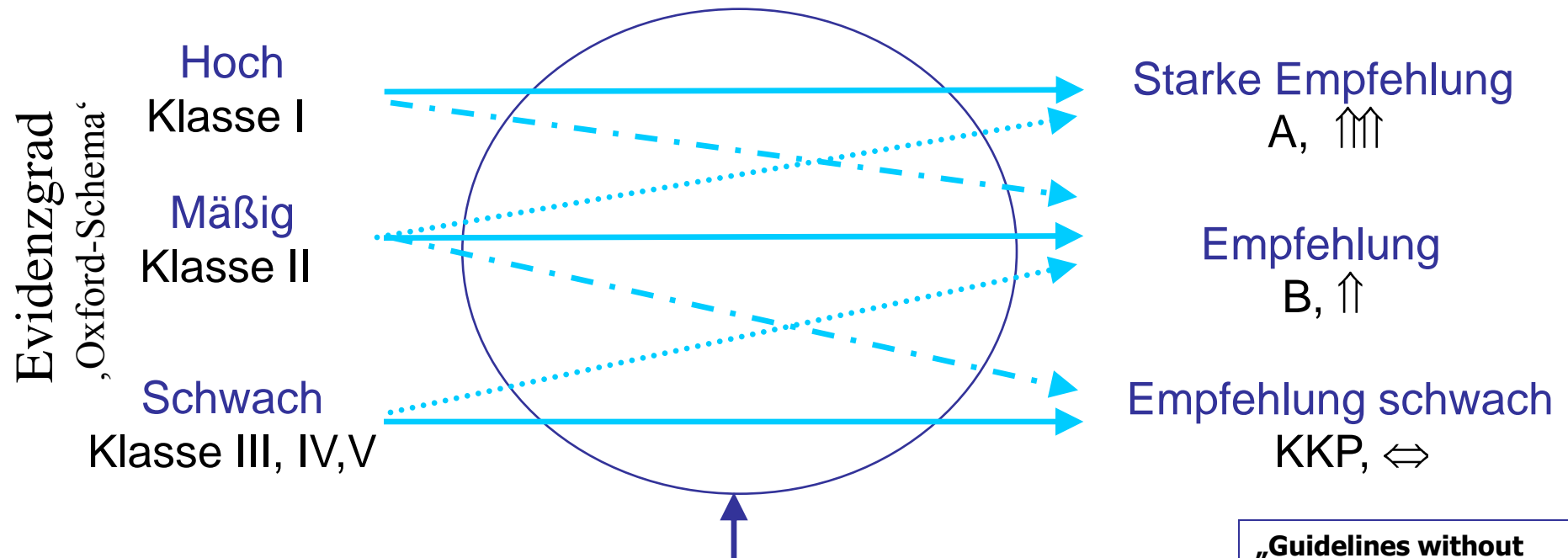
S3 Leitlinien sollten folgende Qualitätskriterien erfüllen:

- Validität (Gültigkeit)
- Reliabilität (Zuverlässigkeit)
- Reproduzierbarkeit
- Repräsentative Entwicklung (alle relevanten Schlüsseldisziplinen)
- Klinische Anwendbarkeit
- Klinische Flexibilität
- Klarheit
- Genaue Dokumentation (über die Entwicklung)
- Planmäßige Überprüfung
- Planmäßige Überprüfung der Anwendung
- Kosten-Nutzen-Analyse

Konsensusverfahren: Von der Evidenz zur Empfehlung

Evidenzstärke

Empfehlungsgrad



Evidenzgrad
, Oxford-Schema'

Hoch
Klasse I

Mäßig
Klasse II

Schwach
Klasse III, IV, V

Starke Empfehlung
A, ↑↑↑

Empfehlung
B, ↑

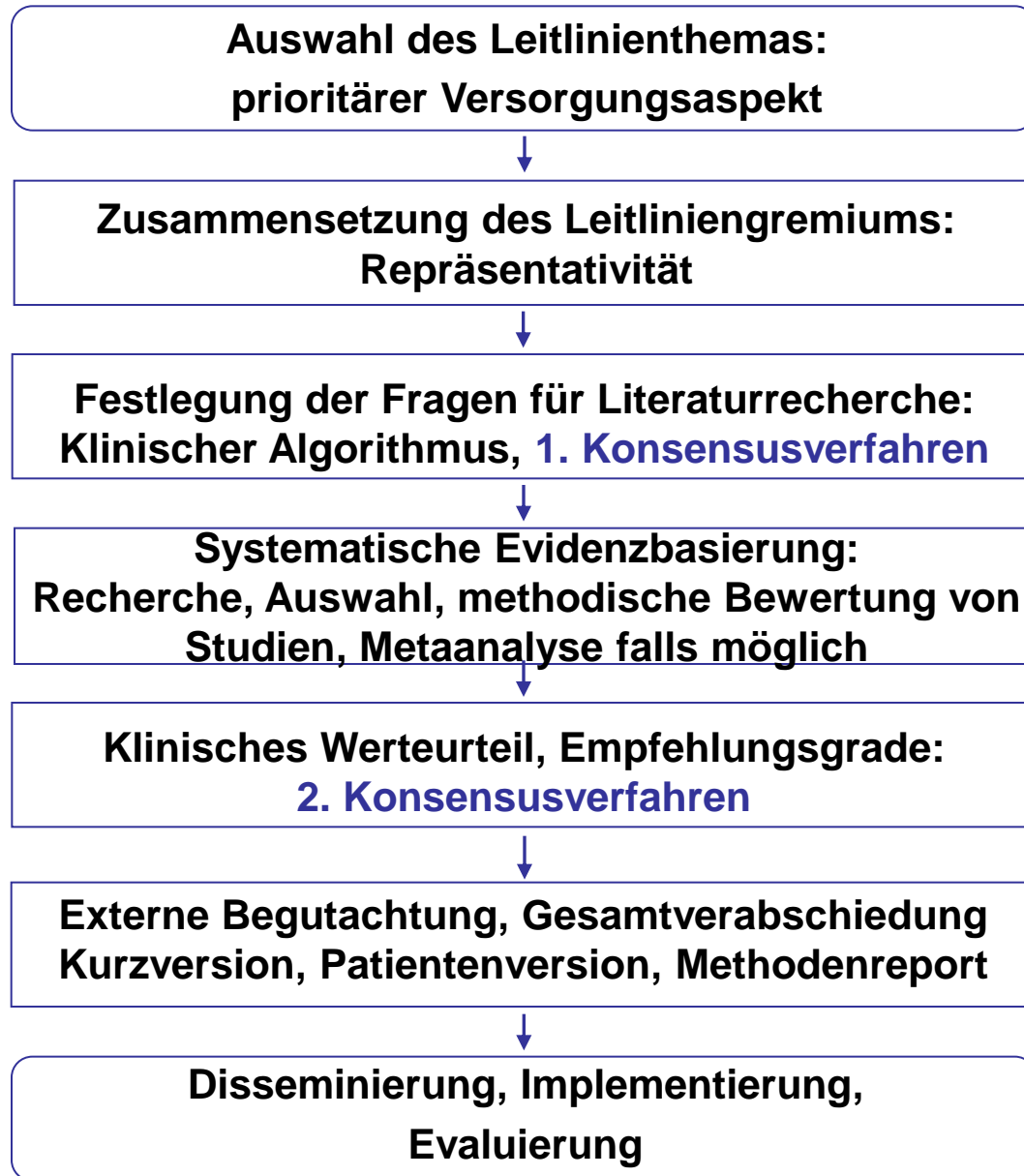
Empfehlung schwach
KKP, ⇔

Kriterien für die Graduierung (Konsensusaspekte):

- Konsistenz der Studienergebnisse
- Klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken
- Nutzen-Risiko-Verhältnis
- Ethische Verpflichtungen
- Patientenpräferenzen
- Anwendbarkeit, Umsetzbarkeit

„Guidelines without Evidence-based Medicine are a problem, but guidelines with evidence-based medicine only are a catastrophe“
[Schoenbaum 1999]

Praxis: Entwicklung von S3-Leitlinien



Förderung der Essstörungsleitlinie



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Stifterverband
für die Deutsche Wissenschaft

Christina Barz-Stiftung

EDNET

Forschungsverbund
zu Essstörungen

AG für die Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien für die Diagnostik und Behandlung von Ess-Störungen in Deutschland (DGKJP, DGPM, DGPPN, DGPs, DKPM)

PD Dr. U. Cuntz, Prien	DGPM, DGVM, DÄVT, DGIM
Prof. M. de Zwaan, Erlangen,	DGPM, DGVM, DKPM, EDRS
Prof. M.M. Fichter, München/Prien	DGVM, DGPPN, DKPM, EDRS
PD. Dr. HC. Friederich, Heidelberg	DGPM, DKPM
Dr. G. Groß, Tübingen	DGPs
Prof. C. Jacobi	DGPs; EDRS
Dr. U. Hagenah, Aachen	DGKJP
PD. Dr. B. Jäger, Hannover	DKPM
Prof. A. Kersting, Münster	DGPM, DKPM, DGPPN,
Prof. S. Herpertz, Bochum/Dortmund	DAG, DGPM, DKPM, EDRS
Prof. Dr. B. Herpertz-Dahlmann, Aachen	DGKJP, EDRS
Dr. A. Hartmann, Freiburg	DGPs
Prof. W. Herzog, Heidelberg	DGPM, DKPM
Prof. R. Pietrowsky, Düsseldorf	DGPs
PD. Dr. H. Salbach, Berlin	DGPs
Prof. U. Schweiger, Lübeck	DGPPN, DGVM, EDRS
Prof. B. Tuschen-Caffier, Freiburg	DGPs
PD. Dr. S. Vocks, Bochum	DGPs
Prof. J. von Wietersheim, Ulm	DKPM
Prof. A. Zeeck, Freiburg	DKPM
Prof. S. Zipfel, Tübingen	DGPM, DKPM

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. Spitzok von Brisinski)

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

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

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

Zugang unter www.leitlinien.net

→ [Home](#) → [Leitlinien](#) → [Detail](#)

[Leitlinien-Suche](#)

[Aktuelle Leitlinien](#)

[Angemeldete Leitlinien](#)

[Patienteninformation](#)

[Leitlinienprogramme](#)

[AWMF-IMWi](#)

[Leitlinien-Kommission](#)

[LL-Glossar](#)

[AWMF-Regelwerk](#)

[LL- Partner & Links](#)

[LL- Veranstaltungen](#)

[Dokumentenarchiv](#)

[Leitlinien-Statistik](#)

[Leitlinien-News](#)

Leitlinien



Leitlinien-Detailansicht

Diagnostik und Therapie von Ess-Störungen

Registernummer 051 - 026

Klassifikation **S3**

Stand: 12.12.2010, gültig bis 12.12.2015

Adressaten: Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Ärzte für Allgemeinmedizin

Patientenzielgruppe: Frauen und Männer mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating-Störung

Basisdaten

[Herausgeber & Autoren](#)

[Inhalte](#)

Verfügbare Dokumente

Kurzfassung der Leitlinie "Diagnostik und Therapie von Ess-Störungen"

→ [Download](#) | PDF | 0,34 MB

Langfassung der Leitlinie "Diagnostik und Therapie von Ess-Störungen"

→ [Download](#) | PDF | 1,66 MB

Leitlinienreport

→ [Download](#) | PDF | 0,18 MB

Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) → [Visitenkarte](#)

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) → [Visitenkarte](#)

→ [kommentieren](#)

Bisherige Kommentare (1)

Herr Böttiger schrieb am 25 März 2011 um 11:44 Uhr:
möchte darauf aufmerksam machen, dass in der Langfassung S.48 der BMI fehlerhaft definiert ist, was in einer Arbeit über Essstörungen doch ein ziemlich unglaublicher Fehler ist. Also bitte schnell korrigieren, auch wenn natürlich "faded" weiß, wie der BMI wirklich berechnet wird, also Gewicht/Größe

Herpertz
Herpertz-Dahlmann
Fichter
Tuschen-Caffier
Zeeck



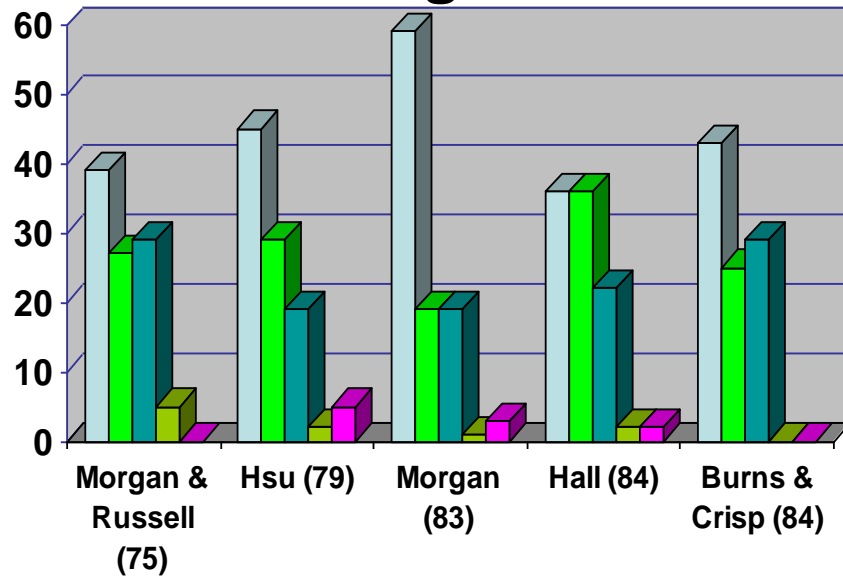
S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen

Anorexia nervosa

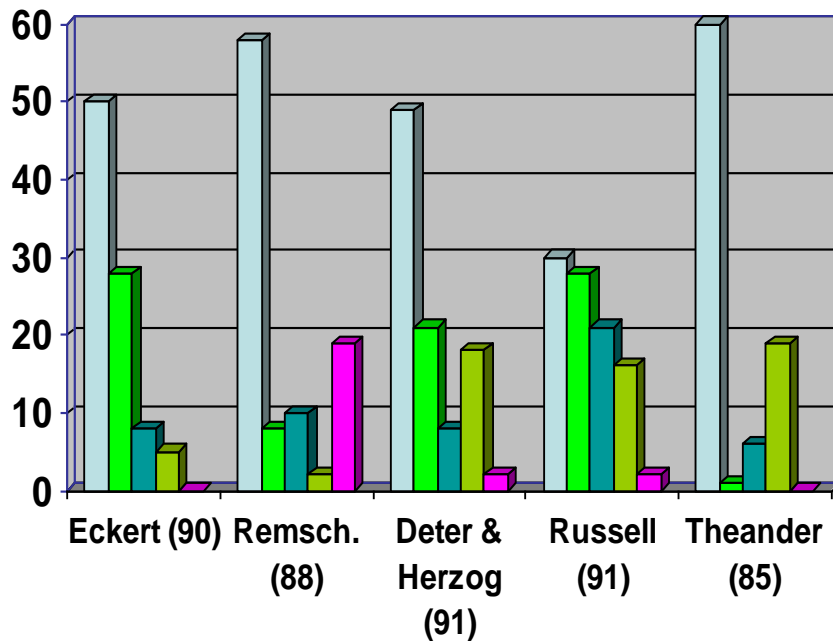
Anorexia nervosa (ICD 10: F50.0)

- Gewichtsverlust oder fehlende Gewichtszunahme.
 - BMI von 17,5 kg/m² oder weniger.
 - 10. BMI Altersperzentile (DGKJP).
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von “fettmachenden” Speisen.
- Selbstwahrnehmung als “zu fett” verbunden mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden. Die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.
- Amenorrhoe bei Frauen, Interesseverlust an Sexualität und Potenzverlust bei Männern.
- Wachstumshemmung bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät.

Prognose der Anorexia nervosa



Beobachtungsintervall
mindestens 4 Jahre



Beobachtungsintervall
mindestens 10 Jahre

Ausgewählte Empfehlungen für die Behandlung der Anorexia nervosa

- Patientinnen mit AN sollten an Zentren behandelt werden, die **spezifische Kompetenzen** in der Behandlung von Essstörungen haben (KKP).
- Patientinnen mit AN sollten möglichst **frühzeitig** behandelt werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden (A).
- Da der Heilungsprozess in der Regel einen Zeitraum von vielen Monaten, wenn nicht Jahren umfasst, macht er einen „**Gesamtbehandlungsplan**“ erforderlich (KKP).
- Wegen eines erhöhten Risikos für Rückfälle erfordern Übergänge zwischen Settings (vor allem in weniger intensive Settings: **stationär** → **ambulant**) besondere Aufmerksamkeit – vor allem, wenn die therapeutische Kontinuität nicht erhalten bleiben kann (B).

Ambulante Psychotherapie der AN

- Patientinnen mit AN sollte eine spezialisierte Therapie bei mit Essstörungen **erfahrenen Behandlern** angeboten werden. Bei der Wahl des Verfahrens sollte die Präferenz der Patientin und ihr Alter berücksichtigt werden (KKP).
- Bei jungen Patientinnen (Kindern, Adoleszenten), die noch in der Herkunftsfamilie wohnen, sollten die **Eltern** in die Behandlung einbezogen werden (A).
- **Psychopharmakologische** Behandlung oder Ernährungsberatung sollten nicht als alleinige Behandlung angeboten werden; Bisher konnte für **kein Psychopharmakon** eine eindeutige Wirkung für die Behandlung der AN sicher nachgewiesen werden.
- Im ambulanten Setting sollte eine Gewichtszunahme von **200–500 g/Woche** angestrebt werden.
- Das **Wiegen** kann entweder durch den Psychotherapeuten selber oder einen mitbehandelnden Arzt bzw. das Ambulanzpersonal übernommen werden.

- **Vor einer ambulanten Therapie** sollten die **Rahmenbedingungen** mit der Patientin klar besprochen werden (Umgang mit Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt, Umgang mit der Familie (KKP)).
- Das ambulante Verfahren sollte eine **evidenzbasierte Psychotherapie** sein (B).
- Wesentliches Ziel der ambulanten Therapie ist die **Normalisierung von Essverhalten und Gewicht (KKP)**.
- Bei einer **Verschlechterung oder stagnierender** Entwicklung im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie sollten **intensivere Behandlungsangebote** gemacht werden (Kombination mehrerer Verfahren, tagesklinischer oder stationärer Behandlungsabschnitt) (0).
- **Nach** einer ambulanten Behandlung sollten in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr **Folgetermine** angeboten werden, die die **Rezidivprophylaxe** und die Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses zum Ziel haben (KKP).

Kriterien für stationäre und tagesklinische Behandlungen

- Patientinnen mit AN sollten nur in Kliniken und Tageskliniken behandelt werden, die **spezifische Konzepte** für anorektische Patientinnen anbieten (B).
- Kriterien für stationäre oder tagesklinische Aufnahme (KKP):
 - rapider oder anhaltender **Gewichtsverlust** ($> 20\%$ über sechs Monate)
 - **gravierendes Untergewicht** ($\text{BMI} < 15 \text{ kg/m}^2$ bzw. bei Kindern und Jugendlichen unterhalb der 3. Altersperzentile)
 - **fehlender Erfolg einer ambulanten Behandlung**
 - **anhaltender Gewichtsverlust** oder unzureichende Gewichtszunahme über drei Monate (bei Kindern und Jugendlichen früher) trotz ambulanter oder tagesklinischer Behandlung
 - **soziale oder familiäre Einflussfaktoren**, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z. B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung)
 - ausgeprägte psychische **Komorbidität**
 - schwere **bulimische Symptomatik** (z. B. Laxanzien-/Diuretikaabusus, schwere Essanfälle mit Erbrechen) oder exzessiver Bewegungsdrang, die ambulant nicht beherrscht werden können

Stationäre Behandlungen

- Bei stationärer Behandlung ist eine **weitgehende Gewichtsrestitution** anzustreben (bei Erwachsenen: BMI zwischen 18 und 20 kg/m² bzw. 10. Altersperzentile, bei Kindern und Jugendlichen: die 25. BMI-Altersperzentile, mindestens aber die 10. BMI-Altersperzentile) (B).
- Bei sehr langen Behandlungsdauern sollte bedacht werden, dass eine zu lange Herausnahme aus der Alltagssituation zu nachteiligen Effekten führen kann. **Intervallaufnahmen** sind bei der Behandlungsplanung eine mögliche Alternative (KKP).
- Im stationären Rahmen sollte eine **Gewichtszunahme von 500g bis maximal 1000g/Woche** angestrebt werden (B).
- Es sollten klare Vereinbarungen („**Verträge**“) zwischen der Patientin und dem Behandlungsteam (hinsichtlich Zielgewicht und wöchentlicher Gewichtszunahme) getroffen werden (B).
- Patientinnen sollten regelmäßig (in der Regel 1-3 x/Woche) morgens ungefähr um die gleiche Zeit in leichter Bekleidung (Unterwäsche) gewogen werden (KKP).
- Die Behandlung soll vor allem zu Beginn einen starken **Focus auf der Besserung der Symptome** des gestörten Essverhaltens haben (z. B. strukturierter Essplan, Reduktion restriktiven Essverhaltens und selektiver Nahrungsauswahl, Veränderung von Essritualen, regelmäßiges Wiegen mit Diskussion der Gewichtskurve) (KKP).
- Wenn eine ausreichende Ernährung einer Patientin nicht möglich ist, kann zusätzlich hochkalorische angeboten werden (B).

Bulimia nervosa

Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa nach ICD 10

- Andauernde Beschäftigung mit Essen und Heißhungerattacken, bei denen große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden.
- Versuche, dem dick machenden Effekt des Essens durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern, z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Laxanzienabusus, restriktive Diät etc.
- Krankhafte Furcht, zu dick zu werden
- Häufig Anorexia nervosa in der Vorgeschichte

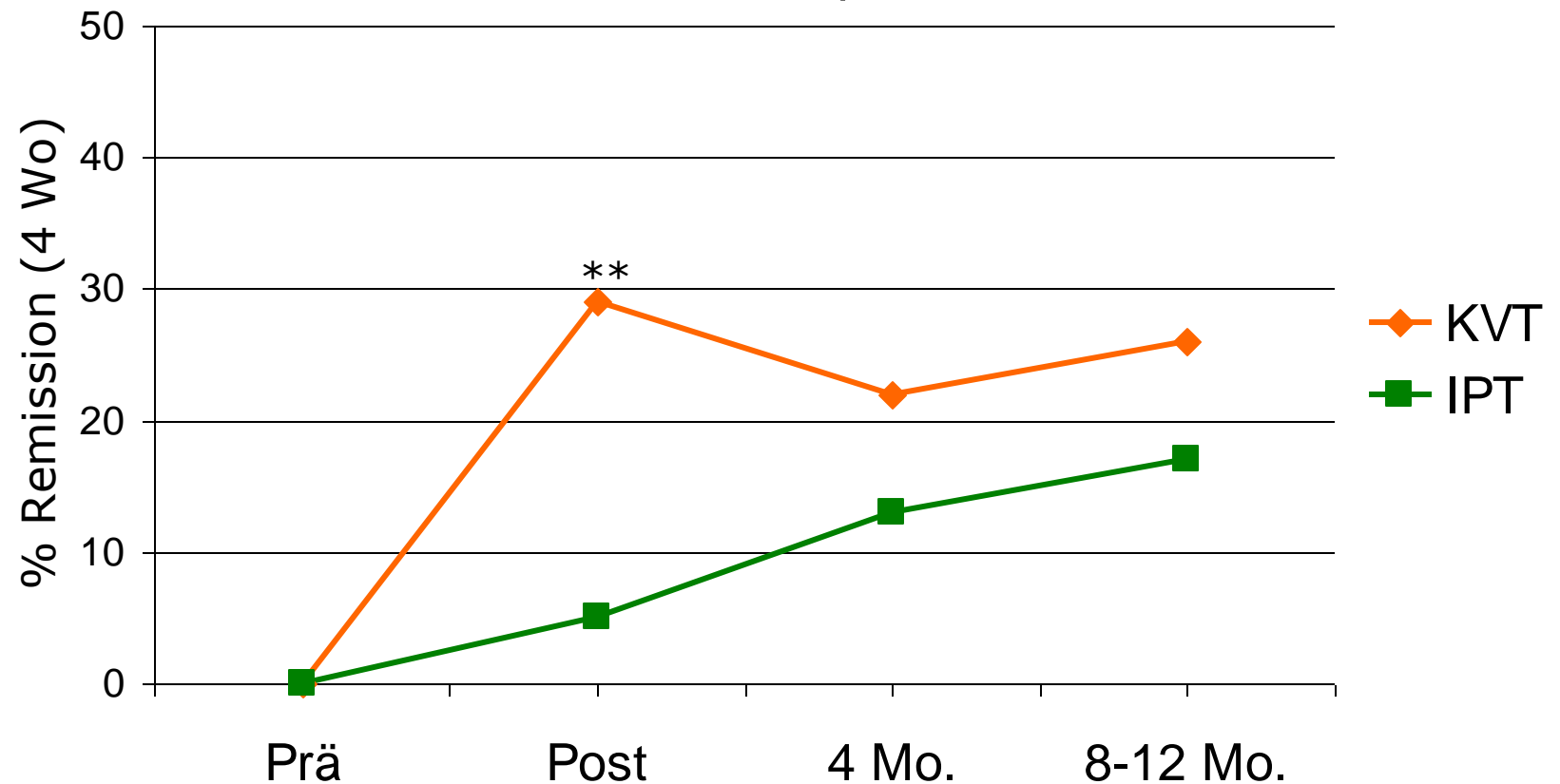
Outcome bei Bulimia nervosa (BN)

- Ungefähr die Hälfte der Patienten ist symptomfrei zwei bis zehn Jahre nach Psychotherapie, wobei sich die Studienlage in erster Linie auf die kognitive Verhaltenstherapie bezieht.
- Etwa 20% aller Patienten erfüllten weiterhin die Kriterien der BM.
- Der Krankheitsverlauf von ungefähr 30% zeichnet sich entweder durch Episoden von Rückfällen und Remissionen aus oder durch eine atypische BN, also eine bulimische Essstörung, die nicht mehr alle Kriterien der BN erfüllt.

BN: KVT vs. IPT

N = 220 randomisiert

N = 129 Therapieabschluss (60%)



Empfehlungen für die Behandlung der Bulimia nervosa

- Bei der **Diagnostik** sollten Daten aus folgenden Lebensbereichen erhoben werden (KKP):
 - Familiäre Vorgeschichte von Essstörungen und essensbezogene Verhaltensweisen in der Familie,
 - biografische Vorgeschichte von emotionaler Vernachlässigung, körperlicher oder sexueller Gewalterfahrung,
 - Selbstwertprobleme** und Probleme der **Impulskontrolle**,
 - Diätverhalten und exzessive Beschäftigung mit dem eigenen Körper
- Patientinnen mit BN sollten vorwiegend **ambulant** behandelt werden (B).
- Als Kriterien für eine **stationäre oder teilstationäre** Behandlung gelten:

eine psychische bzw. physische Komorbidität, die eine Indikation für eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung darstellt (z.B. Suizidalität, schwere Selbstverletzung, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, erheblich entgleistes Essverhalten, Versagen oder fehlende Möglichkeit für eine ambulante Therapie, therapieverhindernde Umstände im Umfeld der Patientin.

Das Behandlungsverfahren **erster Wahl** für Erwachsene und Jugendliche ist die **Psychotherapie**.

- Psychotherapeutische Behandlungen sind wirksamer als alleinige **Pharmakotherapie (A)**.
- Von den psychotherapeutischen Verfahren ist die **KVT die Methode der Wahl** bei Erwachsenen und Jugendlichen mit BN.
- **KVT** stellt das meist beforschte Psychotherapieverfahren mit der **höchsten Evidenz** dar (B).
- **Andere Psychotherapieverfahren** sind verfügbar und kommen beispielsweise in Frage, wenn KVT nicht zur Verfügung steht, sich im Einzelfall als nicht wirksam erweist oder nicht gewollt wird. Als Alternative zu KVT können psychodynamische Therapie und Methoden der Interpersonellen Therapie (**IPT**), modifiziert für BN, empfohlen werden (B).
- Für einige Patientinnen mit BN kann die Teilnahme an einem **Selbsthilfeprogramm**, das mit Anleitung erfolgt („**angeleitete Selbsthilfe**“) und auf Elementen der KVT beruht, eine ausreichende Therapie darstellen (B).

Pharmakologie

- Nur **Fluoxetin** ist in Deutschland in Kombination mit Psychotherapie für die Indikation der BN zugelassen. SSRIs stellen bezogen auf Symptomreduktion, Nebenwirkungsprofil und Akzeptanz die medikamentöse Therapie der ersten Wahl in der Behandlung der BN dar (B).
- Die wirksame Dosis von Fluoxetin bei der BN ist höher als die bei der Depression (z. B. 60 mg Fluoxetin) (B).
- Ein Behandlungsversuch sollte mit einer Mindestdauer von vier Wochen unternommen werden. Bei Therapieerfolg ist von einer längeren Behandlungsdauer auszugehen (KKP).

Binge-Eating Störung (BES)

Diagnostische Kriterien (DSM-IV)

- Wiederkehrende Episoden von Essanfällen. Eine Episode von Essanfällen ist durch beide folgenden Merkmale charakterisiert:
- Es wird in einer umschriebenen Zeitspanne (z.B. innerhalb von 2 Stunden) eine Nahrungsmenge aufgenommen, die wesentlich größer ist, als die meisten Leute innerhalb einer vergleichbaren Zeitspanne und unter ähnlichen Umständen essen würden;
- Kontrollverlust über das Essverhalten (z.B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder nicht kontrollieren zu können, was oder wie viel gegessen wird).

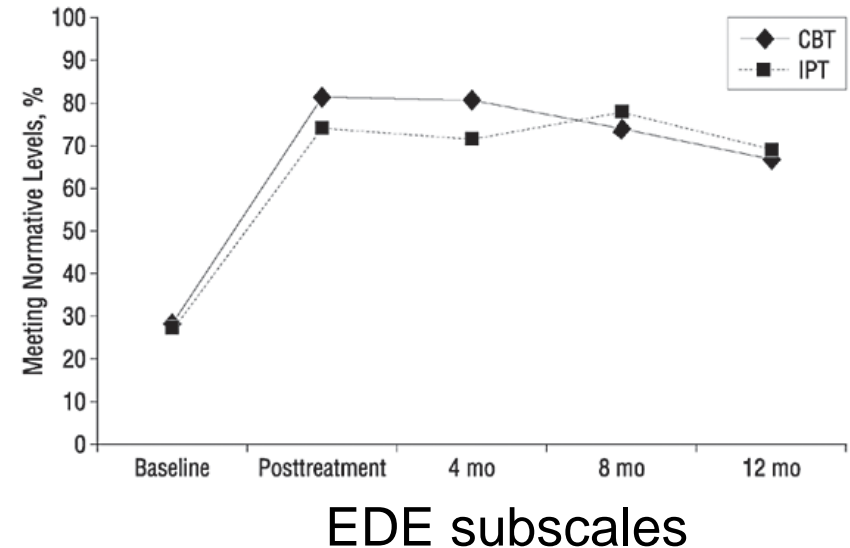
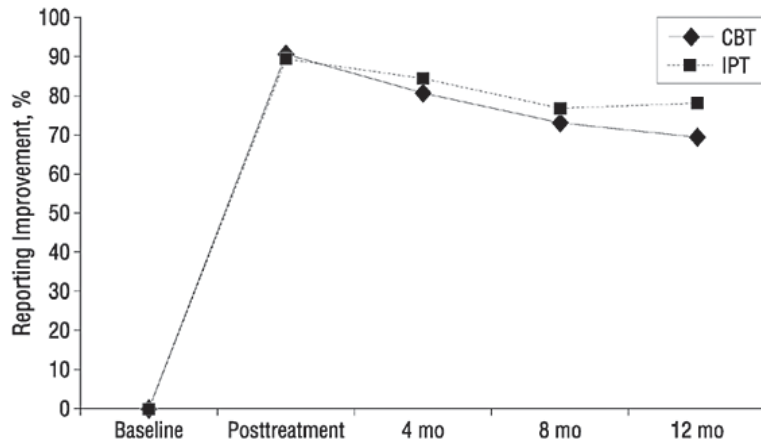
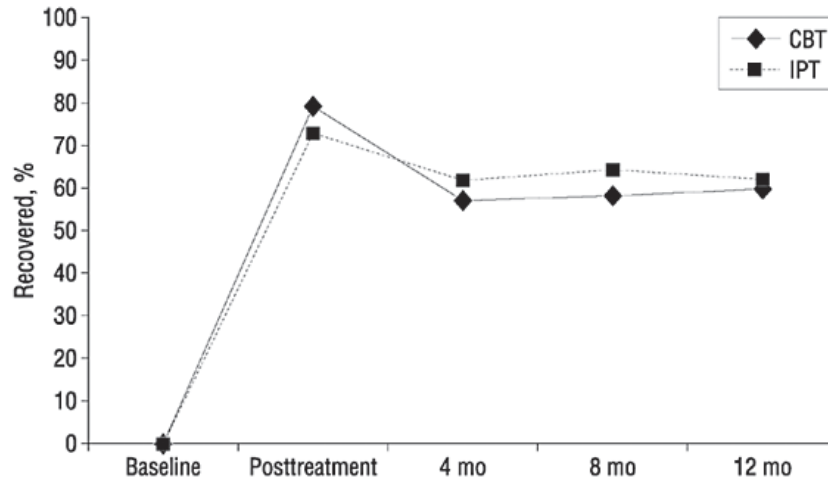
Epidemiologie der Binge Eating Störung

- **Prävalenzraten:**
1 – 3% in der Allgemeinbevölkerung bzw. 25% bei Teilnehmern von Gewichtsreduktionsprogrammen
- **Geschlechterverhältnis:**
relativ ausgeglichen
- **Erstmanifestationsalter:**
ca. 20 – 30 Jahre
- **Unbehandelter Verlauf nach 6-12 Monaten:**
ca. 40 – 50 % unverändert

Komorbidität und assoziierte Merkmale der Binge Eating Störung

- **Adipositas:**
va. 60% der Frauen mit BES sind adipös (z. B. *Striegel-Moore, 2000*)
- **Depression:**
Hohe Komorbidität zwischen der BES und affektiven Störungen (z. B. *Angst et al., 2002*)
- **Überbewertung von Figur und Gewicht:**
Übergewichtige Personen mit BES zeigen ein höheres Ausmaß an Figur- und Gewichtsorgen als übergewichtige Personen ohne BES (z. B. *Eldredge & Agras, 1996; Nauta et al., 2000; Wilfley et al., 2000*)

CBT vs. IPT (Gruppentherapie) bei BES (n= 162)



CBT und IPT zeigten gleiche Effekte im Hinblick auf Kern- und assoziierte Symptome der BES, der Gewichtsverlust war signifikant, aber aus klinischer Sicht gering. Nach einem Jahr hatten Pat. ohne BED mehr Gewicht verloren als Pat. mit BED

Behandlungsleitlinien der BES

- Im Rahmen der **Diagnostik von Übergewicht und Adipositas** sollten Essanfälle als wichtiges Symptom einer BES erfragt werden (KKP).
- Als **Therapie der ersten Wahl** zur Behandlung der Essstörung soll Patientinnen mit BES eine **Psychotherapie** angeboten werden (A).
- Die **KVT** verfügt über die sichersten Wirksamkeitsbelege bei erwachsenen Patientinnen mit BES, daher sollte sie diesen Patientinnen als Therapie angeboten werden (A).
- Auch besteht Evidenz, dass die **IPT** ebenfalls wirksam ist (B). Die IPT ist allerdings entsprechend der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland keine für die Indikation „Essstörungen“ anerkannte Psychotherapiemethode.
- Es besteht auch begrenzte Evidenz, dass die **tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** ebenfalls wirksam ist, daher kann sie Patientinnen mit BES ebenfalls empfohlen werden (O).
- Für angeleitete, **manualisierte Selbsthilfe** mit Behandlungselementen der KVT liegen Wirksamkeitsbelege vor, daher kann diese Patientinnen mit BES empfohlen werden (B).
- **SSRI und SSNI sind bei BES wirksam**; allerdings ist derzeit kein Medikament zur Behandlung der BES zugelassen. Sie können jedoch im Rahmen eines Therapieversuchs eingesetzt werden, wenn eine Psychotherapie nicht möglich ist (B). Dabei muss der Patient über den Umstand des **Off-Label-Uses** aufgeklärt werden.

Wissen Sie, was ein ...

Fauxami („Falscher Freund“) ... ist ?

**... ein Übersetzungsfehler, der zu einer Sinnentstellung führt !
(Beispiele: Handy vs. Mobile phone)**

Die deutsche Bedeutung von ‚evidenzbasiert‘ ist ein solcher falscher Freund, da es im Deutschen mit ‚empirisch bewiesen‘ (z.B. durch RCT-Studien) assoziiert wird.

Im englischen Original ist aber gemeint, dass das Faktum ‚offensichtlich‘ (‚evident‘) sein muss, was gerade auch ohne speziellen empirischen Beleg gelten kann!

Was ist empirisch evidenzbasiert? (Gliederung Leitlinie Bulimia nervosa)

Allgemeine Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung / Arzt-Patient-Beziehung

1 Klinik des Störungsbildes, Komorbidität, Epidemiologie, Verlauf - Diagnostische Aspekte

1.2 Komorbidität

1.3 Krankheitsverlauf

1.4 Epidemiologie und relevante Umgebungsbedingungen, Risikogruppen, Bulimie in Kindheit und Adoleszenz

2 Diagnostik

2.1 Psychologische Diagnostik

2.2 Somatischer Befund

2.3 diagnostischer Ablauf

3 Behandlung

3.1 Behandlungsziele

3.2 Voraussetzungen für die Behandlung

3.3 Behandlungsrahmen und Settings im deutschen Versorgungssystem

3.4 Therapieverfahren

3.4.1 Psychotherapie

3.4.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie

3.4.1.2 Interpersonelle Therapie

3.4.1.3 Psychodynamische/tiefenpsychologische Therapie

3.4.3. Pharmakotherapie

3.4.4. andere physische und ergänzende Behandlungsverfahren

3.5 Medizinische Behandlung (Begleit- und Folgekrankheiten)

3.6. Behandlung psychischer Begleitsymptome und Komorbidität

3.7 Behandlungsindikation

4 Behandlungsplanung

Evidenzbasiert



Leitlinien-Kritik:

- sehr abhängig vom Forschungsstand
- dieser ist sehr abhängig von der „Beforschbarkeit“ und Drittmittelförderung
- Dominanz der ‚randomized controlled trials‘ (RCTs)
- Problem der Übertragbarkeit (= ‚externe Validität‘)
- 90% der Leitlinien kann nicht empirisch durch Studien überprüft werden
- Verbindlichkeit der Leitlinie, juristische und politische Auswirkungen

Zusammenfassung

- Die Leitlinien stammen aus den Erfahrungen und Konsensprozessen von vielen Experten aus unterschiedlichen Fachgesellschaften.
- Sie berücksichtigen die aktuellen Forschungsergebnisse.
- Ihre Erstellung und weitere Revidierungen sind sehr zeitaufwändig und kostenintensiv.
- Wichtig ist, die Limitierungen der zugrunde liegenden Studien zu kennen.
- Sie sind eine wichtige Informationsquelle für Behandler, Patienten, Angehörige und Politik.
- Sie können Grundlage für viele klinische Entscheidungen sein.

Ausblick

- Weitere Pflege der Leitlinien
- Öffentliche Finanzierung
- Forschungen zur Akzeptanz und Umsetzung der Leitlinie
- Versorgungsnahe Studien
- Ermöglichung der Umsetzung durch Kostenträger (z.B. Spezialisierte Zentren, längerfristige stationäre Aufenthalte, schnelle Übergänge zwischen den Settings bei kurzen Wartezeiten)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit