

# Newsletter No.4

[Mai 2014]



## DGESS

Deutsche Gesellschaft für  
Essstörungen e.V.

3

Der DGESS-Kongress 2014 in  
Leipzig: Eine Nachlese.

4

Mitgliederjournal European  
Eating Disorders Review.

5

Adipositas-Therapie bei  
Kindern und Jugendlichen.

8

Patientenleitlinie  
Essstörungen.

## Liebe Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen!

Unser 4. Newsletter enthält zunächst eine Nachlese zum Leipziger DGESS-Kongress im März 2014 von Stephan Herpertz. Alle abgebildeten Photos stammen von Ricarda Schmidt aus Leipzig. Im inhaltlichen Teil berichten vor dem Hintergrund weiterhin hoher Prävalenzraten der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen Yvonne Mühlig und Johannes Hebebrand in einer Forschungsübersicht über die geringe Effektivität multimodaler Gewichtsreduktionsprogramme in Bezug auf das Körpergewicht und diskutieren mögliche Nebenwirkungen einschließlich von Essstörungspsychopathologie. Um das allgemeine Wissen zur evidenzbasierten Psychotherapie bei Essstörungen bei Patienten und deren Angehörigen zu fördern, befindet sich eine auf der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen aufbauende, laienverständliche Patientenleitlinie in Vorbereitung. Almut Zeeck berichtet über den Stand der Dinge.



“Last but not least” erhalten Sie in diesem Newsletter Informationen über die Möglichkeit einer preisreduzierten Subskription des European Eating Disorders Review speziell für DGESS-Mitglieder!

Außerdem: Im Juni 2014 wird nach erfolgter Wahl der neue Vorstand der DGESS seine Tätigkeit aufnehmen. Die Wahlleiterin, Astrid Müller, wird in Kürze das Wahlergebnis bekannt geben.

Mit den besten Wünschen für die vielleicht schönste Zeit des Jahres verbleibe ich im Namen des jetzigen Vorstands

Ihre Anja Hilbert



# Der 4. Wissenschaftliche Kongress der DGEES in Leipzig

von  
Stephan Herpertz

In der Zeit vom 20. bis 22. März fand in diesem Jahr der 4. Wissenschaftliche Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGEES) unter dem Leitthema **Essstörungen über die Lebensspanne** in Leipzig statt. Die DGEES wurde 2006 als eine wissenschaftliche Gesellschaft gegründet zu dem Zweck, sowohl Wissenschaft und Forschung als auch ihre Anwendung in Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie von Essstörungen zu fördern und zu vernetzen. Die Gesellschaft hat 68 Mitglieder aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Der Kongress fand bei strahlendem Sonnenschein auf dem jüngst fertiggestellten und durch seine Architektur bestechenden Campus der Universität Leipzig statt. Unter der Kongresspräsidentschaft von Frau Prof. Anja Hilbert, Arbeitsgruppe Verhaltensmedizin des Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrums AdipositasErkrankungen der Universität Leipzig bot der Kongress vier Plenarveranstaltungen, vier State-of-the-Art-Vorträge und 16 Symposien, die von namhaften international anerkannten Forscherinnen und Forschern auf dem Gebiet der Essstörungen abgehalten wurden. Besonders gewürdigt wurde das in den letzten Jahren vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Eating Disorder Network (EDNET), aus denen erfolgreiche Forschungsprojekte hervorgingen, die im In- und Ausland große Beachtung fanden.

Auf den an beiden Kongresstagen stattfindenden Postersitzungen wurden insgesamt 30 Poster vorgestellt und diskutiert. Den Hilde Bruch-Preis, benannt nach einer amerikanischen Pionierin auf dem Gebiet der

Den von der Schweizerischen Anorexia Nervosa Stiftung gestifteten **Hilde Bruch Forschungspreis** erhielt in diesem Jahr Frau PD Dr. Dipl. Psych. Jennifer Svaldi von der Universität Freiburg.

Nochmals herzlichen Glückwunsch!

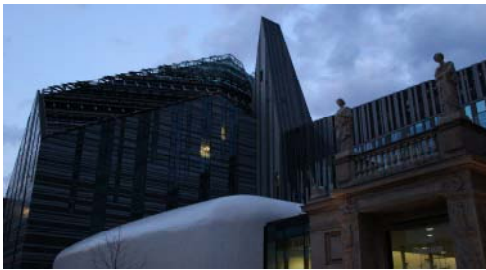




Esstörungen und gestiftet von der Schweizerischen Anorexia Nervosa Stiftung, erhielt in diesem Jahr Frau PD Dr. Dipl. Psych. Jennifer Svaldi, Institut für Psychologie der Universität Freiburg für ihre Arbeiten zur Körperbildstörung bei Frauen mit Binge-Eating-Störung.



Das Leitthema „Essstörungen über die Lebensspanne“ bildete einen eindrucksvollen Bogen von gestörtem Essverhalten in der frühen Kindheit über die Adoleszenz, das junge Erwachsenenalter bis hin zum Senium. Neue Forschungsergebnisse aus der psychobiologischen Grundlagenforschung wie auch der Versorgungsforschung, die drei Essstörungen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung betreffend wurden diskutiert. Gerade mit letzterer Essstörung war die Brücke zur Adipositas geschlagen, sind doch die Mehrzahl der Betroffenen mit Binge-Eating-Störung übergewichtig bzw. adipös. In diesem Zusammenhang fanden rege Diskussionen zu psychoätiologischen Aspekten in der multifaktoriellen Genese der Adipositas statt, wobei insbesondere Fragen zur Impulsivität, Affektsteuerung oder auch kognitiven Veränderungen im Vordergrund standen.



Der Kongress der DGEES findet alle zwei Jahre statt.

2016 wird Essen der Kongressort sein.

## Das European Eating Disorders Review: Neue Mitgliederzeitschrift der DGEES

Neben der deutschen Zeitschrift Verhaltenstherapie fungiert nunmehr zusätzlich das europäische Essstörungsjournal European Eating Disorders Review (EEDR) als offizielles Mitteilungsorgan der DGEES. Alle Mitglieder können eine preisreduzierte Subskription für Online only: € 131 oder Print + Online: € 146 erhalten. Die Subskription kann über die Website des EEDR vorgenommen werden: <http://ordering.onlinelibrary.wiley.com/subs.asp?ref=1099-0968&doi=10.1002/%28ISSN%291099-0968>

# Effektivität der Adipositas-Therapie im Kindes- und Jugendalter

von

Yvonne Mühlig und Johannes Hebebrand

Die Rate von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas in Deutschland hält sich auf konstant hohem Niveau (Blüher et al., 2011). Aus diesem Grund sind neben Präventionsmaßnahmen auch effektive Behandlungsmethoden zur Gewichtsreduktion bereits betroffener Kinder und Jugendlicher weiterhin gefragt.

Bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas kommen derzeit überwiegend konservative Behandlungsverfahren zur Anwendung. Diese beruhen auf ernährungs-, bewegungs- und verhaltenstherapeutischen Elementen, welche meist kombiniert als multimodale Lebensstil-Intervention von einem interdisziplinären Behandlungsteam unter Einbezug der Eltern angeboten werden (Wabitsch et al., 2009). Die Behandlungsziele liegen je nach Entwicklungsstand in einer Gewichtsreduktion bzw. Gewichtsstabilisierung, einer Minderung kardiovaskulärer Risikofaktoren und körperlicher Begleiterkrankungen sowie einer Verbesserung der Lebensqualität. Genannte Ziele sollen über eine nachhaltige Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens erreicht werden.

Im Jahr 2009 wurde eine Übersichtsarbeit der Cochrane Collaboration herausgegeben, die sich intensiv mit der Effektivität solcher Gewichtsreduktionsbehandlungen im Kindes- und Jugendalter beschäftigte (Oude Luttikhuis et al., 2009). Im Rahmen dieser Übersichtsarbeit wurde auch eine statistische Meta-Analyse durchgeführt, in die ausschließlich randomisierte kontrollierte Therapiestudien mit definierten methodischen Qualitätsmerkmalen einfließen. Die Autoren kamen übergeordnet zu der Schlussfolgerung, dass genannte Interventionen statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Effekte auf den Gewichtsstatus der Teilnehmer erzielen können, die Effektstärke jedoch als gering einzustufen ist. Auch nach Veröffentlichung dieser Meta-Analyse wurde die Forschung zur Effektivität konservativer Gewichtsreduktionsprogramme im Kindes- und Jugendalter intensiv fortgesetzt. Seitdem wurden weitere randomisierte kontrollierte Studien von ebenfalls hoher methodischer Qualität durchgeführt, die einen Vergleich mit den Ergebnissen von Oude Luttikhuis et al. (2009) erlauben und sich für eine Aktualisierung des Forschungsstandes eignen.

Einige Studien setzten überwiegend auf den Baustein Ernährungstherapie. Mirza et al. (2013) verglichen die Ergebnisse einer niedrig-glykämischen und fettreduzierten Diät, wobei die jeweiligen Effekte auf den Gewichtsstatus nach 12 und 24 Monaten  $-0.15$  und  $-0.08$  BMI-SDS (*standard deviation score des Body-Mass-Index*) betragen. Ford et al. (2010) zeigten, dass Jugendliche stärker von einer Ernährungstherapie profitierten, wenn sie zusätzlich mit einem Feedbackgerät zur Rückmeldung von Essgeschwindigkeit und Nahrungsmenge trainierten (BMI-SDS:  $-0.36$  bzw.  $-0.41$  nach 12 bzw. 24 Monaten).

Zwei methodisch gut umgesetzte Studien verglichen eine Gewichtsreduktionsbehandlung mit einer Kontrollgruppe ohne spezifische Intervention. Wake et al. (2013) verglichen eine multimodale Lebensstilintervention in der Hausarztpraxis mit der Routineversorgung durch den Hausarzt. In der erstgenannten Bedingung lag die BMI-SDS-Veränderung nach 12 Monaten bei  $-0.2$  und unterschied sich damit statistisch nicht signifikant von der Kontrollgruppe. Auch Croker et al. (2012) konnten nach 6 Monaten keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen einer multimodalen Intervention (BMI-SDS  $-0.11$ ) und der Wartelistenkontrollgruppe feststellen.

In drei weiteren Studien wurden mehrere Interventionsbedingungen verglichen, wobei keine Überlegenheit einzelner Behandlungsansätze gefunden werden konnte. In einer Studie mit drei Interventionsbedingungen (Collins et al., 2011;



Okely et al., 2010) sahen die BMI-SDS-Veränderungen nach 12 bzw. 24 Monaten wie folgt aus: bei elternzentrierter Ernährungsberatung -0.39 bzw. -0.35, bei kindzentrierter Sportintervention -0.17 bzw. -0.19 und bei kombinierter Behandlung -0.32 bzw. -0.24. Nguyen et al. (2013; 2012) zeigten, dass Erhaltungssitzungen nach einer multimodalen Intervention (BMI SDS: -0.09 bzw. -0.13 nach 12 bzw. 24 Monaten) keinen zusätzlichen Nutzen brachten. Schließlich führten Magarey et al. (2011) eine familienbasierte Lebensstilintervention mit einem Effekt von -0.22 bzw. -0.4 BMI-SDS nach 12 bzw. 24 Monaten durch.

Trotz einzelner relativ hoher Effekte (Ford et al., 2010; Margarey et al., 2011) liegt der durchschnittliche Effekt der verfügbaren Interventionsprogramme in einer orientierenden Zusammenfassung bei einer BMI-SDS-Veränderung um etwa -0.2 bis -0.3. Die Einheit BMI-SDS ist zwar wissenschaftlich und klinisch zur Veränderungsmessung an Aussagekraft nicht zu übertreffen, jedoch lässt sich im Einzelfall die Gewichtsveränderung damit nicht nachvollziehbar abbilden. Zur Veranschaulichung anhand populationsbezogener Referenzwerte (Kromeyer-Hauschild et al., 2001) würde eine Veränderung um -0.3 BMI-SDS bei einem 8-jährigen Jungen von 130 cm und einem Gewicht von 40.0 kg eine Zunahme von 3.7 kg bei konstanter Größenentwicklung (50. Perzentil) innerhalb von 12 Monaten bedeuten. Somit läge eine Reduktion vom 99. zum 98. BMI-Perzentil und weiterhin eine Adipositas vor. Bei einem 15-jährigen Mädchen von 170 cm und 102 kg entspräche eine BMI-SDS-Reduktion um 0.3 nach einem Jahr einer Gewichtsabnahme von 10.4 kg, wobei damit weiterhin der Status der „extremen Adipositas“ bestünde.

Zusammenfassend lässt sich in Anbetracht der konsistenten Datenlage festhalten, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas mithilfe multimodaler Gewichtsreduktionsbehandlungen nur geringe Effekte auf den Gewichtsstatus erzielt werden können. Eine Gewichtsnormalisierung ist in aller Regel nicht möglich, Kinder und Jugendliche mit Adipositas erreichen allenfalls eine leichte Minderung des Schweregrades. Aus klinischer Sicht ist eine Verhaltensmodifikation hin zu einem von gesunder Ernährung und aktivem Bewegungsverhalten des Kindes und der Familie geprägten Lebensstil ganz unabhängig von einer Gewichtsreduktion uneingeschränkt empfehlenswert. Letztgenannte Ziele sowie die Verbesserung von Lebensqualität und psychosozialen Funktionen sollten daher in den verfügbaren Interventionen vordergründig vermittelt werden.

In den meisten untersuchten Interventionen wird jedoch der Gewichtsverlust als primäres Zielkriterium definiert. Natürlich ist es auch von Interesse, ob sich die Teilnahme an einer Lebensstilintervention – womöglich sogar unabhängig von der Gewichtsveränderung – positiv auf die Lebensqualität und somatische Risikofaktoren und Begleiterkrankungen auswirken könnte. Hierzu ist zum aktuellen Zeitpunkt jedoch kein ausreichend gesichertes Wissen vorhanden, da diese Faktoren in bisherigen Studien nicht stringent erhoben wurden. Bei der Anwendung der verfügbaren konservativen Gewichtsreduktionsprogramme müssen daher sowohl der mögliche gesundheitsförderliche Aspekt durch das Erlernen eines günstigen Lebensstils mit potentiell langfristiger Verbesserung von Gewichtsstatus, Begleiterkrankungen und Lebensqualität als auch mögliche Gefahren wie die psychische Destabilisierung durch den erlebten Misserfolg bei der Gewichtsreduktion, eine Zunahme von (Selbst-)Stigmatisierung sowie die Entwicklung von ungesunden Gewichtskontrollmechanismen bis hin zur Manifestation von Essstörungen kritisch bedacht werden. In diesem Zusammenhang müssen auch die hohen Abbruchraten von bis zu 50 Prozent in den genannten Interventionsprogrammen erwähnt werden, die Hinweise auf eine geringe Akzeptanz der Behandlungsangebote geben.

Schlussfolgernd sollten betroffene Familien möglichst transparent über die begrenzte Effektivität konservativer Gewichtsreduktionsbehandlungen auf die kurz- bis mittelfristige Gewichtsentwicklung sowie das derzeit fehlende Wissen über langfristige Folgen einer Teilnahme aufgeklärt werden, um negative Folgen unrealistischer Erwartungen zu vermeiden.

## Literatur

- Blüher S, Meigen C, Gausche R, et al.: Age-specific stabilization in obesity prevalence in German children: a cross-sectional study from 1999 to 2008. *Int J Pediatr Obes* 2011; 6(2-2): e199-206.
- Collins CE, Okely AD, Morgan PJ, et al.: Parent diet modification, child activity, or both in obese children: an RCT. *Pediatrics* 2011; 127(4): 619-27.
- Crocker H, Viner RM, Nicholls D, et al.: Family-based behavioural treatment of childhood obesity in a UK National Health Service setting: randomized controlled trial. *Int J Obes (Lond)* 2012; 36(1): 16-26.
- Ford AL, Bergh C, Södersten P, et al.: Treatment of childhood obesity by retraining eating behaviour: randomized controlled trial. *BMJ* 2009; 340: b5388.
- Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Geller F, et al.: Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd* 2001; 149: 807-18.
- Magarey AM, Perry RA, Baur LA, et al.: A parent-led family-focused treatment program for overweight children aged 5 to 9 years: the PEACH RCT. *Pediatrics* 2011; 127(2): 214-22.
- Mirza NM, Palmer MG, Sinclair KB, et al.: Effects of a low glycemic load or a low-fat dietary intervention on body weight in obese Hispanic American children and adolescents: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2013; 97(2): 276-85.
- Nguyen B, Shrewsbury VA, O'Connor J, et al.: Two-year outcome of an adjunctive telephone coaching and electronic contact intervention for adolescent weight-loss maintenance: the Loozit randomized controlled trial. *Int J Obes* 2013; 37(3): 468-72.
- Nguyen B, Shrewsbury VA, O'Connor J, et al.: Twelve-month outcomes of the loozit randomized controlled trial: a community-based healthy lifestyle program for overweight and obese adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012; 166(2): 170-77.
- Okely AD, Collins CE, Morgan PJ, et al.: Multi-site randomized controlled trial of a child-centered physical activity program, a parent-centered dietary-modification program, or both in overweight children: the HIKCUPS study. *J Pediatr* 2010; 157(3): 388-94.
- Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, et al.: Interventions for treating obesity in children (review). *Cochrane Database of Syst Rev* 2009; 3: 1-57.
- Wabitsch M, Moss A (federführend für die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter): Evidenzbasierte Leitlinie zur Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. S3-Leitlinie, Version 2009. Online-Publikation (Zugriff vom 05.05.2014): [www.aga.de/adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/Leitlinie-AGA-S3-2009.pdf](http://www.aga.de/adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/Leitlinie-AGA-S3-2009.pdf)
- Wake M, Lycett K, Clifford SA, et al.: Shared care obesity management in 3-10 year old children: 12 month outcomes of HopSCOTCH randomised trial. *BMJ* 2013; 346: f3092.

Der **Forschungspreis der Christina Barz-Stiftung** wurde im November 2013 an Prof. Anja Hilbert von der Universität Leipzig für ihre Forschungsarbeiten zur Früherkennung und zum Verlauf von essgestörtem Verhalten verliehen. Das **Auslandsstipendium** 2013 ging an Dipl.-Psych. Eva Naumann von der Universität Freiburg im Breisgau.

Der Forschungspreis wird zweijährlich von der Christina Barz-Stiftung ausgeschrieben, das Auslandsstipendium jährlich (Einreichungsdatum 31. Mai 2014).

Informationen unter  
[http://stiftungen.stifterverband.info/t155\\_barz/](http://stiftungen.stifterverband.info/t155_barz/) und  
<http://www.christina-barz-stiftung.de/>

# Patientenleitlinie Essstörungen.

von  
Almut Zeeck

Zu den methodischen Anforderungen an die Entwicklung von Leitlinien gehört nicht nur die Erstellung evidenzbasierter Leitlinien in einer Lang- und Kurzfassung, sondern auch die Beteiligung von Patienten und Angehörigen bei der Ausarbeitung einer Patientenleitlinie (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin ÄZQ & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF, Z. Ärztl. Fortbild. Qualitätssich., 2005).

Eine Patientenleitlinie ist eine laienverständliche Version einer ärztlichen Leitlinie. Sie hat neben der Darstellung der evidenzbasierten Empfehlungen aus der Leitlinie das Ziel, die Erfahrungen, Sichtweisen und Erwartungen Betroffener zu berücksichtigen und sie auch an der Formulierung zentraler Fragen und des Textes insgesamt zu beteiligen, denn für Patienten und Angehörige stehen möglicherweise ganz andere Fragen und Themen im Vordergrund als für Behandler.

Eine Patientenleitlinie enthält die folgenden Elemente (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin ÄZQ (Hrsg.). 2007. Methodenreport Patientenbeteiligung. [http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/pdf/nv\\_pat\\_methode.pdf](http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/pdf/nv_pat_methode.pdf)):

- Evidenzbasierte Empfehlungen der ärztlichen Leitlinie
- Erklärungen zu den erforderlichen Versorgungsstrukturen
- Informationen zum Selbstmanagement
- Anregungen und Hilfen zur Unterstützung der Arzt-Patienten-Kommunikation
- Weiterführende Adressen und Hinweise auf qualitätsprüfte Informationen.

Die DGESS hat beschlossen, nachdem die wissenschaftliche S3-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von Essstörungen“, publiziert worden ist (Lang- und Kurzversion siehe AWMF-homepage), die Entwicklung einer Patientenleitlinie finanziell zu unterstützen und auf den Weg zu bringen. Sie tut dies auch vor dem Hintergrund des ausdrücklichen Ziels des derzeitigen DGESS Vorstands, die Implementierung der S3-Leitlinie voranzubringen.

Mit der Ausarbeitung des Textes beauftragt wurde Frau Dr. Sylvia Säger, welche als Pressesprecherin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und für „psychenet- (Hamburger Netz psychische Gesundheit arbeitet. Frau Säger hat nicht nur als Projektverantwortliche schon acht Patientenleitlinien erstellt (z.B. zum Thema Typ-2-Diabetes, Brustkrebs oder Asthma), sondern auch

methodische Entwicklungsarbeit in diesem Bereich geleistet (siehe z.B. ÄZQ, Methodenreport Patientenbeteiligung 2007, Hrsg., Redaktion: S. Säger).

Das Vorgehen bei der Ausarbeitung der Patientenleitlinie soll im Folgenden kurz skizziert werden. Zunächst wurde das Vorhaben beim AWMF-Leitlinienregister angemeldet. Es wurden Patientenvertreter rekrutiert, wobei darauf geachtet wurde, möglichst alle drei Störungsbilder (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung) und verschiedene Altersgruppen zu berücksichtigen (Jugendliche, Erwachsene). Auch eine Angehörigenvertreterin konnte mit Hilfe des Bundesfachverbands Essstörungen (BFE, Herr Schnebel) für die Mitarbeit gewonnen werden. Ferner wurde die Vertreterin einer Beratungsstelle einbezogen.

Für Anfang Mai 2014 wurde ein Workshop durchgeführt, bei dem mit Hilfe aller Beteiligten (Frau Säger, Patientenvertreter, Angehörigenvertreterin, Vertreterin einer Beratungsstelle, Prof. A. Zeeck) erarbeitet wurde, auf welche Bedürfnisse, Anforderungen und Fragen aus Patientensicht die Patientenleitlinie eingehen soll. Die Patienten- und Angehörigenvertreter wurden gebeten, die wissenschaftliche Leitlinie zu lesen und sich u.a. mit folgenden Fragen zu beschäftigen:





### Upcoming:

12<sup>th</sup> Annual Conference of  
the Australia & New  
Zealand Academy for  
Eating Disorders  
August 22-23, 2014  
Freemantle, Australia

4<sup>th</sup> Biennial Conference of  
the Eating Disorders  
Association of Canada  
October 6-7, 2014  
Vancouver, Canada

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

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

30. Jahrestagung der  
Deutschen Adipositas-  
Gesellschaft  
21.-22. November 2014  
Leipzig



Wie habe ich ins Hilfesystem hineingefunden, was hat mir gefehlt? Wie wurde ich über Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt? Wer hat die Behandlungsentscheidung getroffen und (wie) war ich an der Entscheidung beteiligt? Was hätte ich mir gewünscht? Wie bin ich mit der Behandlung zurechtgekommen, welche Tipps habe ich? Wie war es mit der Weiterbetreuung – ist sie notwendig und was hat sich bewährt? Welchen Umgang mit der Erkrankung habe ich langfristig gefunden – welche Erfahrungen kann ich weiter geben?

Frau Sänger wird in einem nächsten Schritt eine erste Textversion der Patientenleitlinie erstellen, deren Quelle die eingebrachten Fragen von Patienten und Angehörigen sind, die S3-Leitlinie sowie Patienteninformationen, Entscheidungshilfen und Selbsttests, die schon im Rahmen von „psychenet“ erstellt wurden. Nach Erstellung des Textes erhalten die Patienten- und Angehörigenvertreter sowie die Mitarbeiterin der Beratungsstelle diesen und werden um eine strukturierte Rückmeldung gebeten. Die Rückmeldung erfolgt über Telefonkonferenzen und E-mail-Kontakte. Auf der Grundlage der Rückmeldungen erfolgt die Überarbeitung des Textes durch die Redaktion (Frau Sänger). Anschließend erhalten zunächst die an der Erstellung beteiligten Experten und Koordinatoren (Almut Zeeck, Stephan Herpertz) den Text, sie geben Kommentare und machen Überarbeitungsvorschläge. Danach wird er an die weiteren Mitglieder des DGESS-Vorstands sowie des DGESS-Beirats geschickt, ebenfalls mit Bitte um Kommentierung. Es erfolgt eine neue Überarbeitung des Textes durch die Redaktion (Frau Sänger). Das Ergebnis ist eine Konsultationsfassung, die Verbänden, die intensiv in die Behandlung von Essstörungen eingebunden sind (z.B. der BFE) zur Prüfung und Kommentierung vorgelegt wird.

Abschließend werden die Vorschläge unter Mitarbeit von Almut Zeeck und Stephan Herpertz als Vertretern der S3 Leitliniengruppe von Frau Sänger eingearbeitet und die endgültige Version erstellt. Die Patientenleitlinie wird auf der Homepage der AWMF publiziert werden.

### Impressum

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