

Psychologische Interventionen bei ARFID / Fütterstörung im frühen Kindesalter

Evidenzbericht zur S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie
der Essstörungen

A decorative horizontal bar consisting of 18 squares of varying shades of blue and grey. The word 'EVIDENZBERICHT' is written in white capital letters on a dark blue background that spans the width of the bar.

EVIDENZBERICHT

Projekt: V25-05A

Version: 1.0

Stand: 05.02.2026

IQWiG-Berichte – Nr. 2187

DOI: 10.60584/V25-05A

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Psychologische Interventionen bei ARFID / Fütterstörung im frühen Kindesalter –
Evidenzbericht zur S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen

Auftraggeber

Bundesministerium für Gesundheit

Datum des Auftrags

09.07.2025

Interne Projektnummer

V25-05A

DOI-URL

<https://doi.org/10.60584/V25-05A>

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Siegburger Str. 237
50679 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: info@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Zitiervorschlag

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Psychologische Interventionen bei ARFID / Fütterstörung im frühen Kindesalter; Evidenzbericht zur S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen [online]. 2026 [Zugriff: TT.MM.JJJJ]. URL: <https://doi.org/10.60584/V25-05A>.

Schlagwörter

Vermeidende restriktive Essstörung, Ernährungs- und Essstörungen im Kindesalter, Psychosoziale Intervention, Systematische Übersicht

Keywords

Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, Feeding and Eating Disorders of Childhood, Psychosocial Intervention, Systematic Review

Dieser Bericht wurde ohne die Beteiligung externer Sachverständiger erstellt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQWiG

- Kevin Rudolf
- Simone Heß
- Marc Krause
- Corinna Schaefer
- Wiebke Sieben
- Sarah Thys

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	v
Abbildungsverzeichnis	vi
Abkürzungsverzeichnis.....	vii
1 Hintergrund.....	1
2 Zielstellung.....	2
3 Beauftragung.....	3
4 Methoden	4
4.1 Kriterien für den Studieneinschluss.....	4
4.2 Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf	6
5 Ergebnisse	7
5.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung	7
5.2 Charakteristika der für die Evidenzdarstellung berücksichtigten Studien	9
5.3 Übersicht der Endpunkte	14
5.4 Ergebnisse zu Endpunkten	16
5.4.1 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt BMI- oder Körpergewichtsperzentile.....	16
5.4.2 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Mangelernährung	18
5.4.3 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Essverhalten	20
5.4.4 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Nebenwirkungen.....	22
6 Zusammenfassung und Anmerkungen zu den Ergebnissen	23
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	23
6.2 Anmerkungen zu den Ergebnissen	24
7 Literatur	25
8 Studienlisten	27
8.1 Liste der gesichteten systematischen Übersichten	27
8.2 Liste der ausgeschlossenen Publikationen.....	27
8.3 Liste der zur Evidenzdarstellung nicht berücksichtigten Publikationen.....	30
Anhang A Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials.....	32
Anhang B Autorenanfrage.....	34
Anhang C Suchstrategien	35
C.1 Bibliografische Datenbanken	35
C.2 Studienregister.....	37
C.3 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken	38

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Übersicht über die Kriterien für den Studieneinschluss.....	5
Tabelle 2: Studienpool der für die Evidenzdarstellung berücksichtigten Studien	9
Tabelle 3: In der Informationsbeschaffung identifizierte relevante Studien ohne berichtete Ergebnisse	9
Tabelle 4: Charakteristika der für die Evidenzdarstellung berücksichtigten Studien	10
Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den berücksichtigten Studien.....	11
Tabelle 6: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den berücksichtigten Studien	13
Tabelle 7: Charakterisierung der Studienpopulationen in den berücksichtigten Studien.....	14
Tabelle 8: Matrix der einbezogenen Endpunkte.....	15
Tabelle 9: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt BMI- oder Körpergewichtsperzentile (stetige Daten)	16
Tabelle 10: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt Mangelernährung (binäre Daten)	18
Tabelle 11: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt Mangelernährung (stetige Daten).....	19
Tabelle 12: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt Essverhalten (stetige Daten)	20
Tabelle 13: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt Nebenwirkungen (binäre Daten).....	22
Tabelle 14: Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials zum kritischen Endpunkt BMI- oder Körpergewichtsperzentile	32
Tabelle 15: Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials zum kritischen Endpunkt Mangelernährung	32
Tabelle 16: Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials zum kritischen Endpunkt Essverhalten.....	33
Tabelle 17: Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials zum kritischen Endpunkt Nebenwirkungen	33
Tabelle 18: Übersicht zur Autorenanfrage	34

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Ergebnis der Informationsbeschaffung	8

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ARFID	Avoidant / Restrictive Food Intake Disorder (vermeidend-restriktive Ernährungsstörung)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
iEAT	integrierte Behandlung von Aversion gegen Essen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
PICO	Population, Intervention, Comparison, Outcome
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
SGB	Sozialgesetzbuch
SÜ	systematische Übersicht

1 Hintergrund

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) kann dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Themen zur Entwicklung oder Weiterentwicklung von Leitlinien vorschlagen, die das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) V (§§ 139a Abs. 3 Nr. 3, 139b Abs. 6) mit Evidenzrecherchen unterstützen soll [1].

Der vorliegende Auftrag umfasst die Beantwortung von Fragestellungen zur Weiterentwicklung der interdisziplinären S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ (Registernummer der AWMF: 051-026) [2].

2 Zielstellung

Ziel des Evidenzberichts ist die Darstellung der Evidenz bezüglich der Effekte von psychologischen Interventionen im Vergleich zu jeglichen anderen Interventionen bei Patientinnen und Patienten mit vermeidend-restriktiver Ernährungsstörung (ARFID) bzw. Fütterstörung im frühen Kindesalter nach DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) oder ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme).

3 Beauftragung

Das IQWiG wurde am 09.07.2025 vom BMG beauftragt, die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM) und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) bei der Weiterentwicklung der interdisziplinären S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ (Registernummer der AWMF 051-026) [2] zu unterstützen.

Insgesamt wurden 4 Population-Intervention-Comparison-Outcome(PICO)-Fragestellungen von der Leitliniengruppe in Abstimmung mit Patientenvertreterinnen und -vertretern und mit Beratung durch das IQWiG und die AWMF formuliert. Nach der Auftragserteilung für eine Evidenzrecherche zur Unterstützung der Leitliniengruppe fand ein Auftakttreffen zwischen den Leitlinienkoordinierenden, der AWMF, dem BMG und dem IQWiG statt. In einem Kick-off-Treffen am 05.08.2025, an dem die Leitlinienkoordinierenden und Ansprechpersonen des IQWiG teilnahmen, wurden die Fragestellungen finalisiert. Die Inhalte des Ergebnisprotokolls zum Kick-off-Treffen wurden mit der Leitliniengruppe abgestimmt und waren verbindlich für die Auftragsbearbeitung. Zu jeder Fragestellung erstellte das IQWiG 1 Evidenzbericht, der nach Fertigstellung an die Leitlinienkoordinierenden, an die zuständige Ansprechperson für die Leitlinie bei der AWMF sowie an das BMG übermittelt wurde.

Nach Abschluss aller Evidenzberichte für diesen Auftrag wurden diese zusammen an die Gremien des IQWiG und das BMG übermittelt sowie 4 Wochen später auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

4 Methoden

4.1 Kriterien für den Studieneinschluss

Die für den vorliegenden Bericht angewandten Methoden werden ausführlich in der generischen Projektskizze für Evidenzberichte mit Fragestellungen zu Interventionen Version 2.0 beschrieben [3]. Über diese Methodik hinausgehende Spezifizierungen oder Änderungen der Methoden im Projektverlauf werden in Abschnitt 4.2 erläutert.

In Absprache mit der Leitliniengruppe wurden zum vorliegenden Ziel des Evidenzberichts folgende Kriterien für den Studieneinschluss festgelegt:

Tabelle 1: Übersicht über die Kriterien für den Studieneinschluss

Einschlusskriterien	
E1	Population: Patientinnen und Patienten mit einer vermeidend-restriktiven Ernährungsstörung (ARFID) oder einer Fütterstörung im frühen Kindesalter nach DSM oder ICD
E2	Prüfintervention: psychologische Interventionen
E3	Vergleichsintervention: jegliche Intervention ^a
E4	kritische Endpunkte: ▪ Remission ▪ BMI (Erwachsene) / BMI- oder Körpergewichtsperzentile (Kinder und Jugendliche) ▪ Mortalität ▪ Mangelernährung ▪ Essverhalten ▪ gesundheitsbezogene Lebensqualität ▪ Nebenwirkungen
E5	Studientyp: RCT, ggf. non-RCT Für den zu erstellenden Evidenzbericht werden in erster Linie RCTs als relevante wissenschaftliche Informationsquelle einfließen. Sind Ergebnisse aus RCTs nicht in ausreichender Zahl und mit ausreichender Vertrauenswürdigkeit der Evidenz vorhanden, werden neben RCTs ggf. nicht randomisierte vergleichende Studien eingeschlossen (quasirandomisierte kontrollierte Studie, prospektive vergleichende Kohortenstudie, retrospektive vergleichende Kohortenstudie mit zeitlich paralleler Kontrollgruppe, retrospektive vergleichende Kohortenstudie mit nicht zeitlich paralleler Kontrollgruppe). (Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt 4.2)
E6	Publikationssprache: Deutsch oder Englisch
E7	Vollpublikation verfügbar ^b
a. Grundlage für die Evidenzdarstellung von Arzneimitteln ist in der Regel die in Deutschland bestehende Arzneimittelzulassung. Es wird daher geprüft, ob die Anwendung der in den Studien eingesetzten Prüf- und Vergleichsinterventionen im Rahmen des für Deutschland gültigen Zulassungsstatus erfolgte. Eine weitere Voraussetzung ist die Marktverfügbarkeit in Deutschland. b. Abhängig von den einzuschließenden Studientypen gilt als Vollpublikation in diesem Zusammenhang auch ein Studienbericht gemäß ICH E3 [4] oder ein Bericht über die Studie, der den Kriterien des CONSORT- [5], TREND- [6] oder STROBE-Statements [7] genügt und eine Bewertung der Studie ermöglicht, sofern die in diesen Dokumenten enthaltenen Informationen zur Studienmethodik und zu den Studienergebnissen nicht vertraulich sind. ARFID: vermeidend-restriktive Ernährungsstörung; BMI: Body-Mass-Index; CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials; ICH: International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use; non-RCT: nicht randomisierte vergleichende Studie; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; STROBE: Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology; TREND: Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs	

Konkretisierung der Kriterien für den Studieneinschluss

Zu E1

- Ein Einschluss kann ebenfalls erfolgen, wenn keine Diagnose vorliegt, die Kriterien für eine Diagnose jedoch klar und nachvollziehbar beschrieben sind.

Zu E2

- Studien, die psychologische Interventionen mit anderen Interventionen (z. B. psychologische Intervention + Sport) kombinieren, werden ebenfalls eingeschlossen.

4.2 Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf

Es ergab sich folgende Spezifizierung im Evidenzbericht:

- Spezifizierung zum Ergebnisprotokoll des Kick-off-Treffens zu den Kriterien für den Studieneinschluss (siehe Abschnitt 4.1 des vorliegenden Berichts): Unter E5 (Studientyp) wurde die Formulierung zum Einschluss von nicht randomisierten vergleichenden Studien an das in der generischen Projektskizze für Evidenzberichte mit Fragestellungen zu Interventionen Version 2.0 beschriebene Vorgehen [3] angepasst. Nicht randomisierte vergleichende Studien sollten ggf. eingeschlossen werden, sofern randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) nicht in ausreichender Zahl und mit ausreichender Vertrauenswürdigkeit der Evidenz vorhanden sind. Sie werden nun ggf. eingeschlossen, sofern Ergebnisse aus RCTs nicht in ausreichender Zahl und mit ausreichender Vertrauenswürdigkeit der Evidenz vorhanden sind.

5 Ergebnisse

5.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der Informationsbeschaffung inklusive Studienselektion gemäß den Kriterien für den Studieneinschluss.

Fokussierte Informationsbeschaffung von systematischen Übersichten

Die Suchstrategien für die Suche nach systematischen Übersichten (SÜs), letzte Suche am 27.08.2025, sind in Anhang C dargestellt.

Bei den Suchen nach SÜs gab es hinsichtlich des Publikationszeitraums keine Einschränkung.

Von den 5 identifizierten SÜs (siehe Abschnitt 8.1) wurde keine als Basis-SÜ herangezogen.

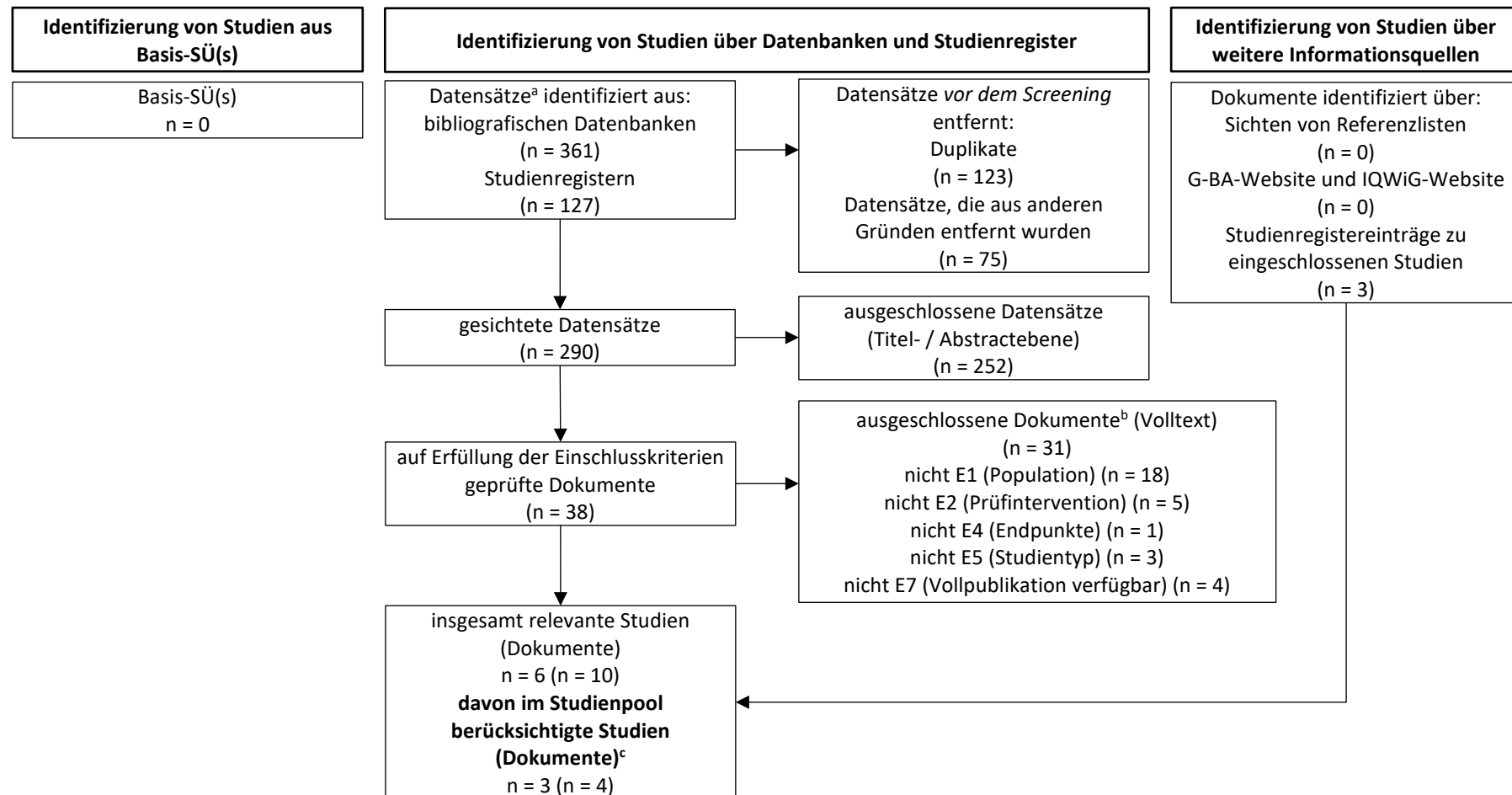
Fokussierte Informationsbeschaffung von Studien

Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken (letzte Suche am 07.10.2025) und die Suche in Studienregistern (letzte Suche am 21.10.2025) sind in Anhang C dargestellt.

Bei den Suchen nach Primärstudien gab es hinsichtlich des Publikationszeitraums keine Einschränkung.

Die Referenzen der als Volltexte geprüften, jedoch ausgeschlossenen Treffer finden sich mit Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes in Abschnitt 8.2.

Details zu der gestellten Autorenanfrage finden sich in Anhang B.



a. Datensatz: Titel oder Abstract (oder beides) einer Studie, der in einer Datenbank (z. B. MEDLINE) oder auf einer Website indiziert ist.

b. nicht gelistete Ein- und Ausschlusskriterien (n = 0)

c. 3 Studien (6 Dokumente) der 6 eingeschlossenen Studien erfüllen zwar die Einschlusskriterien, jedoch wurden die Daten für den Evidenzbericht nicht herangezogen.

Abbildung 1: Ergebnis der Informationsbeschaffung

Resultierender Studienpool

3 Studien (6 Dokumente) der 6 eingeschlossenen Studien erfüllen zwar die Einschlusskriterien, jedoch wurden die Daten für den Evidenzbericht nicht herangezogen. Die Referenzen der für die Evidenzdarstellung nicht berücksichtigten Studien finden sich mit Angabe des jeweiligen Grundes in Abschnitt 8.3.

Der resultierende Studienpool der für die Evidenzdarstellung berücksichtigten Studien findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Studienpool der für die Evidenzdarstellung berücksichtigten Studien

Studie	Verfügbare Dokumente	
	Vollpublikation (in Fachzeitschriften)	Registereintrag / Ergebnisbericht aus Studienregistern
Benoit 2000	ja [8]	nein
Kim 2021	ja [9]	nein
Sharp 2016	ja [10]	ja [11] ^a / nein
a. retrospektiver Registereintrag		

Studien ohne berichtete Ergebnisse

In Tabelle 3 sind alle durch die Informationsbeschaffung identifizierten relevanten Studien ohne bisher berichtete Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 3: In der Informationsbeschaffung identifizierte relevante Studien ohne berichtete Ergebnisse

Studie	Studienregister-ID [Zitat]	Studientyp, Fallzahl	Geplante relevante Endpunkte	Status (Studienende)
Emory University 2017	NCT02721901 [12]	RCT, 17	- Mangelernährung - Essverhalten	abgeschlossen (08/2017)
University of Michigan 2019	NCT03739047 [13]	RCT, 7	- Essverhalten - BMI- oder Körpergewichtspersentile	abgeschlossen (05/2019)
BMI: Body-Mass-Index; RCT: randomisierte kontrollierte Studie				

5.2 Charakteristika der für die Evidenzdarstellung berücksichtigten Studien

In Tabelle 4 werden die Charakteristika der für die Evidenzdarstellung berücksichtigten Studien dargestellt. Die in den jeweiligen Studien untersuchten Interventionen werden in Tabelle 5 charakterisiert. Die wesentlichen Ein- und Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den berücksichtigten Studien sowie die Charakteristika der jeweiligen Studienpopulationen sind in Tabelle 6 und in Tabelle 7 aufgeführt.

Alle Studien wurden mit Kindern durchgeführt.

Während in der Studie Benoit 2000 [8] ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Sondenernährung eingeschlossen wurden, wurden solche Patientinnen und Patienten in der Studie Kim 2021 [9] ausgeschlossen.

In der Studie Benoit 2000 erhielten 15 (47 %) der 32 Patientinnen und Patienten der Vergleichsinterventionsgruppe außerhalb der Studie weiterhin eine Ergotherapie mit dem Schwerpunkt Ernährung. In der Prüfinterventionsgruppe erhielt hingegen niemand eine begleitende Ergotherapie.

Die Prüfinerventionen, die in den 3 dargestellten Studien zum Einsatz kamen, unterscheiden sich sowohl im Inhalt als auch in der Dauer. Die Interventionsdauer reicht von 5 Tagen in Sharp 2016 [10] bis hin zu 12 Wochen in Kim 2021.

Tabelle 4: Charakteristika der für die Evidenzdarstellung berücksichtigten Studien

Studie	Studien- design	Patienten- zahl N	Prüfintervention	Vergleichs- intervention	Ort; Zeitraum der Durchführung	Interventions dauer
Benoit 2000	RCT	I: 32 C: 32	Verhaltenstherapie + Ernährungsberatung	Ernährungsberatung	Kanada; 1994 bis 1997	7 Wochen
Kim 2021	RCT	I: 16 C: 16	sensorisch basierte Ernährungsintervention + Ernährungsberatung	Ernährungsberatung	Südkorea; k. A.	12 Wochen
Sharp 2016	RCT	I: 10 C: 10	iEAT	Wartekontrollgruppe	USA; 2014	5 Tage
C: Vergleichsinterventionsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; iEAT: integrierte Behandlung von Aversion gegen Essen; k. A.: keine Angabe; N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten; RCT: randomisierte kontrollierte Studie						

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den berücksichtigten Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Prüfintervention	Vergleichsintervention
Benoit 2000	Verhaltenstherapie + Ernährungsberatung ▪ Verhaltensschulung der Erziehungsberechtigten: ▫ primäre Technik: Extinktion (auch als „Flooding“ bezeichnet), definiert als Entfernen des Negativ-Verstärkers für eine Reaktion - Platzierung von Essen auf den Lippen oder im Mund des Kindes alle 5–10 Sekunden unabhängig von dessen Reaktion - befindet sich noch Essen im Mund des Kindes, wird ein leerer Löffel genutzt, um die Fütterungssituation fortzuführen - beruhigender Umgang mit dem Kind ▫ in jeder Sitzung Fokus auf 3–5 problematische Verhaltensweisen des Kindes ▫ Nutzung eines Behandlungsmanuals, zur Beseitigung aller 30 in der IFB-Checkliste [14] aufgeführten problematischen Fütterungsverhaltensweisen ▪ Ernährungsberatung ▫ analog zur Vergleichsintervention erlaubte Begleittherapie: ▪ Ergotherapie Beide Gruppen: ▪ bei Gewichtszunahme ≥ 0 kg im Vergleich zur Vorwoche: ▫ Reduktion der Sondenernährung um 25 % ▪ bei Gewichtsabnahme > 0 kg im Vergleich zur Vorwoche: ▫ Erhöhung der Sondenernährung um 25 %	Ernährungsberatung ▪ 7 wöchentliche Sitzungen ▪ Feedback und Beratung zum Umfang und Konzentration der Sondenernährung ▪ Empfehlung zu regelmäßigen, strukturierten Essensroutinen
Kim 2021	sensorisch basierte Ernährungsintervention + Ernährungsberatung ▪ basierend auf dem Sequential Oral Sensory Approach [15]: ▫ multidisziplinäre Evaluation (Organe, Muskeln, Entwicklung der sensorischen Fähigkeiten, der Mundmotorik, des Lernens / Verhaltens, der kognitiven Fähigkeiten, Ernährung, Umfeld) mit anschließender Intervention ▫ Intervention erfolgt durch eine Ergotherapeutin / einen Ergotherapeuten ▫ 4 Wochen lang 1 Stunde pro Tag an 5 Tagen pro Woche, danach 8 Wochen lang 1 Stunde pro Woche ▫ Hilfe, sich mit dem Essen vertraut zu machen, indem die Kinder es nach und nach anfassen, probieren und essen durften ▪ Ernährungsberatung ▫ analog zur Vergleichsintervention	Ernährungsberatung ▪ Ernährungsberatung alle 4 Wochen für insgesamt 12 Wochen ▫ normale Ernährungsgewohnheiten von Kleinkindern ▫ Essensumfeld einschließlich der Grundhaltung der Eltern ▫ Häufigkeit der Mahlzeiten und empfohlene Tageszufuhr

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den berücksichtigten Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Prüfintervention	Vergleichsintervention
Sharp 2016	<i>iEAT</i> ▪ manualisiert (keine Referenz angegeben) ▪ 14 Sitzungen über 5 Tage, 40 Minuten pro Sitzung ▪ 1 Standard-Mahlzeit pro Sitzung ▫ 8 Nahrungsmittel (je 2 aus den Gruppen Eiweiß, Stärke, Obst, Gemüse) ▫ Fütterung durch Therapierende oder Elternteil ▪ Verhaltenstherapie: ▫ Extinktion ▫ Verstärkungsverfahren ▫ formalisierte Mahlzeitenstruktur (z. B. schriftliche Anweisungen, reduzierte Bissmenge, pürierte Lebensmittelkonsistenz) ▫ Elternschulung in Sitzung 12 und 13 ▪ technologische Unterstützung ▫ Datenerhebung zum Essverhalten (z. B. Akzeptanz des angebotenen Essens, Verweigerung, Weinen) während jeder Sitzung ▫ Datenaggregation und Datenauswertung ▪ Überwachung der Mahlzeiten hinsichtlich der Schluck-Sicherheit durch Ergo- und Sprachtherapeutinnen bzw. Ergo- und Sprachtherapeuten	<i>Wartekontrollgruppe</i>
iEAT: integrierte Behandlung von Aversion gegen Essen; IFB: Infant Feeding Behaviors		

Tabelle 6: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den berücksichtigten Studien

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Benoit 2000	▪ Alter: 4–36 Monate ▪ Ernährung über Gastrostomie- oder Gastrojejunostomie-Sonde ≥ 1 Monat ▪ Fütterstörung (elternberichtet): ▫ Nahrungsverweigerung ≥ 25 % der Zeit während jeder Mahlzeit über einen Zeitraum von ≥ 1 Monat und ≥ 1 Problemverhalten zu den Mahlzeiten oder ▫ keine Versuche der oralen Ernährung über einen Zeitraum von ≥ 1 Monat, da sich das Kind solchen Versuchen widersetzt	▪ Aspirationsrisiko
Kim 2021	▪ Alter: 12–36 Monate ▪ Vorgeschichte mit anhaltender Nahrungsverweigerung ≥ 1 Monat ▪ abnormale Fütterstörung	▪ umfassende Entwicklungsstörung ▪ Sondenernährung ▪ medizinischen Erkrankungen wie Milchallergie, Darmerkrankungen oder eosinophiler Ösophagitis
Sharp 2016	▪ Alter: 1–6 Jahre ▪ Erfüllung diagnostischer Kriterien für ARFID (nachgewiesen durch ≥ 50 % Kalorienzufuhr über enteraler Ernährung oder oraler Supplementation von Formelnahrung) ▪ geeignet für eine verhaltensorientierte Ernährungsintervention aufgrund aktiver und anhaltender Nahrungsverweigerung (z. B. schwere Wutanfälle, Störverhalten)	▪ Ernährungsprobleme hinsichtlich der Ernährungsvielfalt (Selektivität bei der Nahrungsaufnahme) im Gegensatz zur Nahrungsmenge ▪ instabile, aktive akute oder chronische Erkrankungen des Verdauungstrakts ▪ anatomische oder aktive medizinische Probleme, die eine sichere orale Nahrungsaufnahme verhindern (z. B. Aspiration bei oraler Ernährung, Obstruktion der oberen Atemwege) ▪ aktuelle oder frühere Teilnahme an einer verhaltensbezogenen Ernährungstherapie ▪ schwerwiegende Verhaltensprobleme (z. B. Selbstverletzung, Aggression, Weglaufen), die eine andere Behandlung erfordern würden
ARFID: vermeidend-restriktive Ernährungsstörung		

Tabelle 7: Charakterisierung der Studienpopulationen in den berücksichtigten Studien

Studie Gruppe	N ^a	Alter [Monate] MW (SD)	Geschlecht [w / m] %	Ernährungssonde [ja] n (%)
Benoit 2000				
VT + Ernährungsberatung	32	17,4 (8,9)	48 / 52	32 (100)
Ernährungsberatung	32	17,0 (8,8)	52 / 48	32 (100)
Kim 2021				
SBE + Ernährungsberatung	14 ^b	25,2 (9,5)	64 / 36	0 (0)
Ernährungsberatung	12 ^b	20,6 (7,1)	67 / 33	0 (0)
Sharp 2016				
iEAT	10	44,9 (19,2)	50 / 50	5 (50)
Wartekontrollgruppe	10	39,5 (16,7)	30 / 70	4 (40)
a. Werte, die auf anderen Personenzahlen basieren, werden in der entsprechenden Zeile gekennzeichnet, wenn Abweichungen relevant (> 10 %). b. Ursprünglich wurden jeder Gruppe 16 Patientinnen und Patienten randomisiert zugeteilt. iEAT: integrierte Behandlung von Aversion gegen Essen; m: männlich; MW: Mittelwert; N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten; n: Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Merkmal; SBE: sensorisch basierte Ernährungsintervention; SD: Standardabweichung; VT: Verhaltenstherapie; w: weiblich				

5.3 Übersicht der Endpunkte

Aus 3 Studien wurden Daten zu kritischen Endpunkten extrahiert. Die Tabelle 8 zeigt die Übersicht der dargestellten Daten zu den von der Leitliniengruppe definierten Endpunkten aus den berücksichtigten Studien. Zu den Endpunkten Remission, Mortalität und gesundheitsbezogene Lebensqualität wurden keine verwertbaren Daten in den Studien berichtet.

Tabelle 8: Matrix der einbezogenen Endpunkte

Studie	Kritische Endpunkte						
	Remission	BMI- oder Körpergewichtsperzentile	Mortalität	Mangelernährung	Essverhalten	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Nebenwirkungen
Benoit 2000	–	–	–	●	–	–	–
Kim 2021	–	●	–	–	●	–	–
Sharp 2016	–	●	–	●	●	–	●
●: Daten werden im Evidenzbericht dargestellt. –: Daten wurden für den Evidenzbericht nicht herangezogen oder in der Studie nicht berichtet. BMI: Body-Mass-Index							

5.4 Ergebnisse zu Endpunkten

5.4.1 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt BMI- oder Körpergewichtsperzentile

Tabelle 9: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt BMI- oder Körpergewichtsperzentile (stetige Daten) (mehrsseitige Tabelle)

Studien- design; N	Faktoren der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz					Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Wert Studien- ende / Änderung verglichen zu Studien- beginn ^a MW (von C)	Effekt		Vertrauens- würdigkeit der Evidenz ^b
	Studien- limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Reporting Bias	Fehlende Genauigkeit			MWD [95 %-KI]	Hedges' g [95 %-KI]	
iEAT vs. Wartekontrollgruppe										
Mediane Veränderung der BMI-Perzentile im Verhältnis zum Alter – Interventionsende (5 Tage)										
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der Prüfintervention.										
RCT; 1 [10]	schwer- wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^e	9; 8	– / –1,6 ^f	8,3 [k. A.] ^g	k. A.	sehr niedrig
sensorisch basierte Ernährungsintervention + Ernährungsberatung vs. Ernährungsberatung										
Körpergewicht im Verhältnis zum Alter – WHO anthropometrischer Z-Score ^h – Interventionsende (12 Wochen)										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Effekt zuungunsten der Prüfintervention.										
RCT; 1 [9]	schwer- wiegend ⁱ	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	sehr schwer- wiegend ^j	14; 12	–1,69 / –	–0,02 [–0,82; 0,78]	–0,02 [–0,79; 0,75]	sehr niedrig

Tabelle 9: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt BMI- oder Körpergewichtspersentile (stetige Daten) (mehrseitige Tabelle)

Studien- design; N	Faktoren der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz					Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Wert Studien- ende / Änderung verglichen zu Studien- beginn ^a MW (von C)	Effekt		Vertrauens- würdigkeit der Evidenz ^b
	Studien- limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Reporting Bias	Fehlende Genauigkeit			MWD [95 %-KI]	Hedges' g [95 %-KI]	
a. Wird berichtet, sofern die MWD dargestellt wird und es als hilfreich für eine Einordnung der dargestellten MWD angesehen wird. Bei mehreren Studien wird der Median der MWs der berücksichtigten Studien berichtet. b. Unter Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Vertrauenswürdigkeit der Evidenz verstanden. c. Die Kriterien des Verzerrungspotenzials pro Studie pro Endpunkt sind Anhang A zu entnehmen. d. Die adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz und die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar. Die Studie war nicht verblindet, das ITT-Prinzip war nicht adäquat umgesetzt und die Berichterstattung war nicht ergebnisunabhängig. e. sehr geringe Studiengröße f. Median g. Differenz der medianen Veränderung [95 %-KI]; keine Angabe zum KI; p-Wert im Mann-Whitney-U-Test oder Kolmogorov-Smirnov-Test laut Publikation: 0,112 h. Ein z-Score ≤ -2 deutet auf eine Mangelernährung hin. i. Die adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz und die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar. Die Studie war nicht verblindet und das ITT-Prinzip war nicht adäquat umgesetzt. j. Das 95 %-KI des Hedges' g überdeckt -0,5 und 0,5. Somit können weder mittelgroße Effekte zuungunsten der Prüfintervention noch mittelgroße Effekte zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. BMI: Body-Mass-Index; C: Vergleichsinterventionsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; iEAT: integrierte Behandlung von Aversion gegen Essen; ITT: Intention to treat; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; MWD: Mittelwertdifferenz; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; WHO: Weltgesundheitsorganisation										

5.4.2 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Mangelernährung

Tabelle 10: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt Mangelernährung (binäre Daten)

Studien- design; N	Faktoren der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz					Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basis- risiko in % ^a	Effekt		Vertrauens- würdigkeit der Evidenz ^b
	Studien- limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Reporting Bias	Fehlende Genauigkeit				OR [95 %-KI]	RD in %- Punkten [95 %-KI]	
						[I]	[C]				
Verhaltenstherapie + Ernährungsberatung vs. Ernährungsberatung											
Interpretation der Effektrichtung: Ein OR größer als 1 bzw. eine positive Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der Prüfintervention.											
Anzahl Personen, die nicht mehr auf eine Ernährungssonde angewiesen sind – 2 Wochen nach Interventionsende											
RCT; 1 [8]	sehr schwer- wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^e	4 / 32	0 / 32	0	10,26 [0,53; 199,00]	13 [1; 24] ^f	sehr niedrig
Anzahl Personen, die nicht mehr auf eine Ernährungssonde angewiesen sind – 14 Wochen nach Interventionsende											
RCT; 1 [8]	sehr schwer- wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	nicht schwer- wiegend	15 / 32	2 / 32	6	13,24 [2,70; 64,96]	41 [19; 58] ^g	sehr niedrig
a. Basisrisiko geschätzt durch (medianes) Risiko der Vergleichsinterventionsgruppe der berücksichtigten Studie (der Begriff „Risiko“ bezieht sich hier sowohl auf Endpunkte, deren Ereignisse sich für die Patientinnen und Patienten negativ als auch auf solche, deren Ereignisse sich positiv auswirken) b. Unter Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Vertrauenswürdigkeit der Evidenz verstanden. c. Die Kriterien des Verzerrungspotenzials pro Studie pro Endpunkt sind Anhang A zu entnehmen. d. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar. Die Studie war nicht verblindet und die Berichterstattung war nicht ergebnisunabhängig. e. Das 95 %-KI des OR überdeckt 1 und 2. Somit können weder Effekte zuungunsten noch mittelgroße Effekte zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. f. eigene Berechnung von Effekt und KI nach der Wald-Methode (asymptotisch) g. eigene Berechnung von Effekt und KI nach der Wilson-Score-Methode C: Vergleichsinterventionsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der Studien; OR: Odds Ratio; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz											

Tabelle 11: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt Mangelernährung (stetige Daten)

Studien- design; N	Faktoren der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz					Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Änderung verglichen zu Studien- beginn Median (von C)	Effekt	Vertrauens- würdigkeit der Evidenz ^b
	Studien- limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Reporting Bias	Fehlende Genauigkeit			Differenz der Veränderung der Mediane [95 %-KI]	
iEAT vs. Wartekontrollgruppe									
Veränderung der Menge während einer Mahlzeit konsumierter Lebensmittel [g] – Interventionsende (5 Tage)									
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der Prüfintervention.									
RCT; 1 [10]	schwer- wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^d	9; 8	-1,0	32 [k. A.] ^e	sehr niedrig
a. Unter Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Vertrauenswürdigkeit der Evidenz verstanden. b. Die Kriterien des Verzerrungspotenzials pro Studie pro Endpunkt sind Anhang A zu entnehmen. c. Die adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz und die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar. Die Studie war nicht verblindet und das ITT-Prinzip war nicht adäquat umgesetzt. d. sehr geringe Studiengröße e. keine Angabe zum KI; p-Wert im Mann-Whitney-U-Test oder Kolmogorov-Smirnov-Test laut Publikation: 0,022 C: Vergleichsinterventionsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; iEAT: integrierte Behandlung von Aversion gegen Essen; ITT: Intention to treat; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie									

5.4.3 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Essverhalten

Tabelle 12: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt Essverhalten (stetige Daten) (mehrsseitige Tabelle)

Studien- design; N	Faktoren der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz					Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Wert Studien- ende / Änderung verglichen zu Studien- beginn ^a MW (von C)	Effekt		Vertrauens- würdigkeit der Evidenz ^b
	Studien- limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Reporting Bias	Fehlende Genauigkeit			MWD [95 %-KI]	Hedges' g [95 %-KI]	
sensorisch basierte Ernährungsintervention + Ernährungsberatung vs. Ernährungsberatung										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der Prüfintervention.										
BPFAS – Häufigkeit bestimmter Essverhaltensweisen [Spannweite: 25–125] ^d – Interventionsende (12 Wochen)										
RCT; 1 [9]	schwer- wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	sehr schwer- wiegend ^f	14; 12	66,3 / –	–4,42 [–17,38; 8,54]	–0,27 [–1,04; 0,51]	sehr niedrig
BPFAS – Häufigkeit, dass bestimmte Essverhaltensweisen von den Sorgeberechtigten als Problem angesehen werden [Spannweite: 0–25] ^d – Interventionsende (12 Wochen)										
RCT; 1 [9]	schwer- wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	sehr schwer- wiegend ^f	14; 12	8,5 / –	–0,76 [–5,89; 4,37]	–0,12 [–0,89; 0,66]	sehr niedrig
iEAT vs. Wartekontrollgruppe										
Anteil der akzeptierten Bissen ^g während einer Mahlzeit in Prozent – Interventionsende (5 Tage)										
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der Prüfintervention.										
RCT; 1 [10]	schwer- wiegend ^h	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ⁱ	9; 8	– / 5,6 ^j	83,3 [k. A.] ^k	k. A.	sehr niedrig
Anteil der Störungen ^l während einer Mahlzeit in Prozent – Interventionsende (5 Tage)										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der Prüfintervention.										
RCT; 1 [10]	schwer- wiegend ^h	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ⁱ	9; 8	– / 9,2 ^j	46,4 [k. A.] ^m	k. A.	sehr niedrig

Tabelle 12: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt Essverhalten (stetige Daten) (mehrsseitige Tabelle)

Studien- design; N	Faktoren der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz					Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Wert Studien- ende / Änderung verglichen zu Studien- beginn ^a MW (von C)	Effekt		Vertrauens- würdigkeit der Evidenz ^b
	Studien- limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Reporting Bias	Fehlende Genauigkeit			MWD [95 %-KI]	Hedges' g [95 %-KI]	
a. Wird berichtet, sofern die MWD dargestellt wird und es als hilfreich für eine Einordnung der dargestellten MWD angesehen wird. Bei mehreren Studien wird der Median der MWs der berücksichtigten Studien berichtet. b. Unter Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Vertrauenswürdigkeit der Evidenz verstanden. c. Die Kriterien des Verzerrungspotenzials pro Studie pro Endpunkt sind Anhang A zu entnehmen. d. Je höher der Punktwert der Skala, desto häufiger die Problematik. e. Die adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz und die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar. Die Studie war nicht verblindet und das ITT-Prinzip war nicht adäquat umgesetzt. f. Das 95 %-KI des Hedges' g überdeckt -0,5 und 0,5. Somit können weder mittelgroße Effekte zugunsten der Prüfintervention noch mittelgroße Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. g. Als akzeptiert gilt, wenn ein Kind alle 30 Sekunden selbstständig einen oder mehrere Bissen nimmt oder innerhalb von 5 Sekunden nach dem ersten Anbieten die gesamte Portion in den Mund nimmt. h. Die adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz und die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar. Die Studie war nicht verblindet und das ITT-Prinzip war nicht adäquat umgesetzt. i. sehr geringe Studiengröße j. Median k. Differenz der Veränderung der Mediane [95 %-KI]; keine Angabe zum KI; p-Wert im Mann-Whitney-U-Test oder Kolmogorov-Smirnov-Test laut Publikation: 0,008 l. Unter Störungen wurde das Abwenden des Kopfes vom Löffel und / oder das Wegschieben des Löffels oder der Hand des / der Fütternden während der Essensgabe verstanden. m. Differenz der Veränderung der Mediane [95 %-KI]; keine Angabe zum KI; p-Wert im Mann-Whitney-U-Test oder Kolmogorov-Smirnov-Test laut Publikation: 0,038 BPFAS: Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale; C: Vergleichsinterventionsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; iEAT: integrierte Behandlung von Aversion gegen Essen; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; MWD: Mittelwertdifferenz; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

5.4.4 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Nebenwirkungen

Tabelle 13: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt Nebenwirkungen (binäre Daten)

Studien- design; N	Faktoren der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz					Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basis- risiko in % ^a	Effekt		Vertrauens- würdigkeit der Evidenz ^b
	Studien- limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Reporting Bias	Fehlende Genauigkeit				OR [95 %-KI]	RD in %- Punkten [95 %-KI]	
						[I]	[C]				
iEAT vs. Wartekontrollgruppe											
Abbruch wegen unerwünschter Ereignisse im Interventionszeitraum (5 Tage)											
Interpretation der Effektrichtung: Ein OR größer als 1 bzw. eine positive Effektschätzung bedeutet einen Effekt zuungunsten der Prüfintervention.											
RCT; 1 [10]	schwer- wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	sehr schwer- wiegend ^e	1 / 10	0 / 10	0	3,32 [0,12; 91,60]	10 [-19; 40]	sehr niedrig
a. Basisrisiko geschätzt durch (medianes) Risiko der Vergleichsinterventionsgruppe der berücksichtigten Studie (der Begriff „Risiko“ bezieht sich hier sowohl auf Endpunkte, deren Ereignisse sich für die Patientinnen und Patienten negativ als auch auf solche, deren Ereignisse sich positiv auswirken) b. Unter Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Vertrauenswürdigkeit der Evidenz verstanden. c. Die Kriterien des Verzerrungspotenzials pro Studie pro Endpunkt sind Anhang A zu entnehmen. d. Die adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz und die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Studie war nicht verblindet. e. Sehr geringe Studiengröße und das 95 %-KI des OR überdeckt 0,5 und 2. Somit können weder mittelgroße Effekte zugunsten noch mittelgroße Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. C: Vergleichsinterventionsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; iEAT: integrierte Behandlung von Aversion gegen Essen; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der Studien; OR: Odds Ratio; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz											

6 Zusammenfassung und Anmerkungen zu den Ergebnissen

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Für die untersuchte Fragestellung bezüglich der Effekte von psychologischen Interventionen im Vergleich zu jeglichen anderen Interventionen bei Patientinnen und Patienten mit ARFID bzw. Fütterstörung im frühen Kindesalter nach DSM oder ICD wurden insgesamt 6 relevante RCTs identifiziert. 3 dieser RCTs wurden im vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt (siehe Abschnitt 8.3). In der Folge wurden für den vorliegenden Bericht verwertbare Daten zu 4 der 7 Endpunkte aus 3 RCTs herangezogen. Zu den Endpunkten Remission, Mortalität und gesundheitsbezogene Lebensqualität lagen in keiner Studie Daten vor.

Für die Verhaltenstherapie mit Ernährungsberatung zeigte sich bei sehr niedriger Vertrauenswürdigkeit der Evidenz 1 statistisch signifikanter Effekt zugunsten der Prüfintervention im kritischen Endpunkt Mangelernährung. 14 Wochen nach Interventionsende war die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die keine Ernährungssonde mehr brauchten, in der Gruppe mit Verhaltenstherapie höher als in der Vergleichsinterventionsgruppe, die nur eine Ernährungsberatung erhielt (Odds Ratio: 13,24; 95 %-Konfidenzintervall: [2,70; 64,96]). Für den Messzeitpunkt 2 Wochen nach Interventionsende zeigte sich hingegen kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Prüf- und Vergleichsinterventionsgruppe (siehe Tabelle 10).

Für die integrierte Behandlung von Aversion gegen Essen (iEAT) zeigten sich bei jeweils sehr niedriger Vertrauenswürdigkeit der Evidenz statistisch signifikante Effekte zugunsten der Prüfintervention in den kritischen Endpunkten Mangelernährung und Essverhalten. Am Ende der 5-tägigen Intervention konsumierten die Patientinnen und Patienten eine größere Menge Lebensmittel (Differenz der Veränderung der Mediane: 32 Gramm, p-Wert = 0,022; siehe Tabelle 11), akzeptierten einen höheren Anteil der angebotenen Bissen pro Mahlzeit in Prozent (Differenz der Veränderung der Mediane : 83,3, p-Wert = 0,008; siehe Tabelle 12) und zeigten einen geringeren Anteil an Störungen während einer Mahlzeit in Prozent (Differenz der Veränderung der Mediane: 46,4, p-Wert = 0,038; siehe Tabelle 12) als die Patientinnen und Patienten der Wartekontrollgruppe. Allerdings waren die Streuungsmaße für diese Ergebnisse nicht verfügbar. Für die kritischen Endpunkte BMI- oder Körpergewichtssperzentile (siehe Tabelle 9) sowie Nebenwirkungen (siehe Tabelle 13) zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Prüf- und Vergleichsinterventionsgruppe.

Für die sensorisch basierte Ernährungsintervention mit Ernährungsberatung zeigte sich bei jeweils sehr niedriger Vertrauenswürdigkeit der Evidenz weder im kritischen Endpunkt BMI- oder Körpergewichtssperzentile (siehe Tabelle 9) noch im kritischen Endpunkt Essverhalten (siehe Tabelle 12) ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten oder zuungunsten der Prüfintervention im Vergleich zur Ernährungsberatung allein.

6.2 Anmerkungen zu den Ergebnissen

In der Studie Benoit 2000 liegen keine Mittelwerte und Streuungsmaße zu statistisch nicht signifikanten Ergebnissen vor, daher waren diese nicht für den vorliegenden Bericht verwertbar und eine ergebnisabhängige Berichterstattung wurde angenommen. Daher wurden die Studienlimitationen als sehr schwerwiegend eingestuft.

In der Studie Sharp 2016 lagen keine Streuungsmaße vor. Die Bewertung der statistischen Signifikanz der Gruppenunterschiede erfolgte daher anhand der in der Publikation angegebenen p-Werte.

Es ist unklar, ob die signifikanten Effekte zugunsten der Prüfintervention in Sharp 2016 langfristig fortbestehen. Zu einer weiteren Studie derselben Arbeitsgruppe [12], in der die Prüfintervention (iEAT) über mehrere Wochen eingesetzt wird, liegen keine Ergebnisse vor (siehe Tabelle 3).

Des Weiteren fehlen auch für die Studie Kim 2021 Daten aus einer Nachbeobachtung nach Ende der Intervention.

In den Studien Benoit 2000 und Kim 2021 wurde jeweils in beiden Gruppen eine Ernährungsberatung durchgeführt. Auf diese Weise könnten die Effekte der Prüfinerventionen reduziert worden sein.

7 Literatur

1. Bundestag. Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG). Bundesgesetzblatt Teil 1 2019; (49): 2562-2584.
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörung; angemeldet [online]. 2023 [Zugriff: 06.10.2025]. URL: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-026>.
3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Evidenzberichte mit Fragestellungen zu Interventionen; generische Projektskizze [online]. 2025 [Zugriff: 28.07.2025]. URL: https://www.iqwig.de/printprodukte/generische-projektskizze-fuer-evidenzberichte-mit-fragestellungen-zu-interventionen_v2-0.pdf.
4. ICH Expert Working Group. ICH harmonised tripartite guideline: structure and content of clinical study reports; E3 [online]. 1995 [Zugriff: 02.09.2024]. URL: https://database.ich.org/sites/default/files/E3_Guideline.pdf.
5. Moher D, Hopewell S, Schulz KF et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ 2010; 340: c869. <https://doi.org/10.1136/bmj.c869>.
6. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N et al. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. Am J Public Health 2004; 94(3): 361-366. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.3.361>.
7. Von Elm E, Altman DG, Egger M et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Ann Intern Med 2007; 147(8): 573-577. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>.
8. Benoit D, Wang EE, Zlotkin SH. Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral treatment in early childhood; a randomized controlled trial. J Pediatr 2000; 137(4): 498–503. <https://doi.org/10.1067/mpd.2000.108397>.
9. Kim AR, Kwon JY, Yi SH et al. Sensory Based Feeding Intervention for Toddlers With Food Refusal; A Randomized Controlled Trial. Annals of Rehabilitation Medicine 2021; 45(5): 393–400. <https://doi.org/10.5535/arm.21076>.
10. Sharp WG, Stubbs KH, Adams H et al. Intensive, Manual-based Intervention for Pediatric Feeding Disorders; Results From a Randomized Pilot Trial. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2016; 62(4): 658–663. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000001043>.
11. Emory University. Technology-supported Behavioral Feeding Intervention [online]. 2015 [Zugriff: 04.11.2025]. URL: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02119910>.

12. Emory University. Integrated Eating Aversion Treatment Manual-Parent Version (iEAT) [online]. 2017 [Zugriff: 04.11.2025]. URL: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02721901>.
13. University of Michigan. Desensitization to Reduce Oral Hypersensitivity and Improve Intake for Children With Feeding Disorders [online]. 2019 [Zugriff: 04.11.2025]. URL: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT03739047>.
14. Arts-Rodas D, Benoit D. Feeding problems in infancy and early childhood: Identification and management. *Paediatr Child Health* 1998; 3(1): 21-27.
<https://doi.org/10.1093/pch/3.1.21>.
15. SOS Approach to Feeding. When Children Won't Eat; Picky Eaters vs. Problems Feeders [online]. 2021 [Zugriff: 01.10.2025]. URL: <https://sosapproachtofeeding.com/>.
16. Wong SS, Wilczynski NL, Haynes RB. Comparison of top-performing search strategies for detecting clinically sound treatment studies and systematic reviews in MEDLINE and EMBASE. *J Med Libr Assoc* 2006; 94(4): 451-455.
17. Lefebvre C, Glanville J, Briscoe S et al. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions; Version 6.4; Technical Supplement to Chapter 4: Searching for and selecting studies [online]. 2024 [Zugriff: 02.09.2024]. URL: <https://training.cochrane.org/chapter04-tech-supplonlinepdfv64-final-200224>.

8 Studienlisten

8.1 Liste der gesichteten systematischen Übersichten

1. Davey E, Bennett SD, Bryant-Waugh R et al. Low intensity psychological interventions for the treatment of feeding and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders* 2023; 11(1): 56. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00775-2>.
2. Gosa MM, Carden HT, Jacks CC et al. Evidence to support treatment options for children with swallowing and feeding disorders: A systematic review. *J Pediatr Rehabil Med* 2017; 10(2): 107-136. <https://doi.org/10.3233/prm-170436>.
3. Ladron-Arana S, Orzanco-Garralda R, Escalada-Hernandez P et al. Efficacy of educational interventions in adolescent population with feeding and eating disorders: a systematic review. *Eating & Weight Disorders: EWD* 2023; 28(1): 69. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01594-9>.
4. Lukens CT, Silverman AH. Systematic review of psychological interventions for pediatric feeding problems. *J Pediatr Psychol* 2014; 39(8): 903-917. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu040>.
5. Sharp WG, Volkert VM, Scahill L et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? *J Pediatr* 2017; 181: 116-124.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>.

8.2 Liste der ausgeschlossenen Publikationen

Nicht E1 (Population)

1. Adamson M, Morawska A, Sanders MR. Childhood feeding difficulties; a randomized controlled trial of a group-based parenting intervention. *J Dev Behav Pediatr* 2013; 34(5): 293–302. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182961a38>.
2. Augustin M, Licata-Dandel M, Breeman LD et al. Effects of a Mobile-Based Intervention for Parents of Children With Crying, Sleeping, and Feeding Problems; Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 2023; 11: e41804. <https://doi.org/10.2196/41804>.
3. Barnett CP, Omari T, Davidson GP et al. Effect of cisapride on gastric emptying in premature infants with feed intolerance. *J Paediatr Child Health* 2001; 37(6): 559–563. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2001.00705.x>.
4. Gray HL, Pang T, Agazzi H et al. A nutrition education intervention to improve eating behaviors of children with autism spectrum disorder; Study protocol for a pilot randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials* 2022; 119: 106814. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2022.106814>.

5. Johnson CR, Brown K, Hyman SL et al. Parent Training for Feeding Problems in Children With Autism Spectrum Disorder; Initial Randomized Trial. *J Pediatr Psychol* 2019; 44(2): 164–175. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/isy063>.
6. Koca RB, Akyurek G. Online occupational therapy group training for mothers of children with feeding problems; A randomized controlled trial. *Child Care Health Dev* 2024; 50(5): e13315. <https://doi.org/10.1111/cch.13315>.
7. Ma J, He J, Deng SN et al. Identification of target behavior in process of intervention for children with feeding difficulty and relevant factors in randomized controlled trial. *Journal of shanghai jiaotong university* 2015; 35(9): 1290–1298. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1674-8115.2015.09.010>.
8. Marshall J, Hill RJ, Wallace M et al. Intervention for Feeding Difficulties in Children With a Complex Medical History; A Randomized Clinical Trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2018; 66(1): 152–158. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000001683>.
9. Marshall J, Hill RJ, Ware RS et al. Multidisciplinary intervention for childhood feeding difficulties. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015; 60(5): 680–687. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000000669>.
10. Peterson KM, Piazza CC, Ibanez VF et al. Randomized controlled trial of an applied behavior analytic intervention for food selectivity in children with autism spectrum disorder. *J Appl Behav Anal* 2019; 52(4): 895–917. <https://doi.org/10.1002/jaba.650>.
11. Peterson KM, Piazza CC, Volkert VM. A comparison of a modified sequential oral sensory approach to an applied behavior-analytic approach in the treatment of food selectivity in children with autism spectrum disorder. *J Appl Behav Anal* 2016; 49(3): 485–511. <https://doi.org/10.1002/jaba.332>.
12. Saneian H, Nasri P, Heydari A et al. Does Gabapentin Have A Role in the Improvement of Feeding Resistance in Infants? *Advanced Biomedical Research* 2024; 13(1): 61. https://doi.org/10.4103/abr.abr_346_22.
13. Sharp WG, Burrell TL, Berry RC et al. The Autism Managing Eating Aversions and Limited Variety Plan vs Parent Education; A Randomized Clinical Trial. *J Pediatr* 2019; 211: 185–192.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.03.046>.
14. Sharp WG, Burrell TL, Jaquess DL. The Autism MEAL Plan; a parent-training curriculum to manage eating aversions and low intake among children with autism. *Autism* 2014; 18(6): 712–722. <https://doi.org/10.1177/1362361313489190>.
15. Tanner K, Dempster R, Castillo A et al. Randomized trial of a self-administered parenting intervention for selective eating in young children. *Eat Behav* 2022; 46: 101646. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101646>.

16. Turner KMT, Sanders MR, Wall CR. Behavioural parent training versus dietary education in the treatment of children with persistent feeding difficulties. *Behav Change* 1994; 11(4): 242–258.

17. Volkert VM, Berry R, Farling H et al. Acceptability and Feasibility of Rapid Tube Weaning During Intensive Multidisciplinary Feeding Intervention. *J Dev Behav Pediatr* 2025; 46(5): e536-e540. <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000001392>.

18. Zengin Yazici G, Akyurek G. The effect of occupational therapy home programs on sensory processing and feeding problems in children with Down syndrome; a randomized controlled trial. *International journal of developmental disabilities* 2025: 1-9. <https://doi.org/10.1080/20473869.2025.2493242>.

Nicht E2 (Prüfintervention)

1. Davis AM, Dean K, Mousa H et al. A Randomized Controlled Trial of an Outpatient Protocol for Transitioning Children from Tube to Oral Feeding; No Need for Amitriptyline. *J Pediatr* 2016; 172: 136–141.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.02.013>.

2. Edwards S, Hyman PE, Mousa H et al. iKanEat; protocol for a randomized controlled trial of megestrol as a component of a pediatric tube weaning protocol. *Trials* 2021; 22: 169. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05131-w>.

3. Hartdorff CM, Kneepkens CM, Stok-Akerboom AM et al. Clinical tube weaning supported by hunger provocation in fully-tube-fed children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015; 60(4): 538–543. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000000647>.

4. Kim K, Lee J, Paik HY et al. Effects of multiple herb formula SEC-22 supplementation on dietary intake, picky eating behaviors, and growth indices in thin preschool children. *Nutr Res Pract* 2015; 9(4): 393–399. <https://doi.org/10.4162/nrp.2015.9.4.393>.

5. Sharp WG, Allen AG, Stubbs KH et al. Successful pharmacotherapy for the treatment of severe feeding aversion with mechanistic insights from cross-species neuronal remodeling. *Translational Psychiatry* 2017; 7(6): e1157. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.126>.

Nicht E4 (Endpunkte)

1. Knight RM, Albright JJ, Huth-Bocks A et al. Impact of Behavioral Feeding Intervention on Child Emotional and Behavioral Functioning, Parenting Stress, and Parent-Child Attachment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2019; 69(3): 383–387. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000002382>.

Nicht E5 (Studientyp)

1. Ahearn WH, Kerwin ME, Eicher PS et al. An ABAC comparison of two intensive interventions for food refusal. *Behav Modif* 2001; 25(3): 385–405. <https://doi.org/10.1177/0145445501253002>.

2. Chen D, Peng WT, Liu XM et al. The effects of shared medical appointment multidisciplinary interventions for non-organic feeding disorders in infants and young children during the self-feeding transition period. *Frontiers in pediatrics* 2025; 13: 1595641. <https://doi.org/10.3389/fped.2025.1595641>.

3. Serban N, Harati PM, Munoz Elizondo JM et al. An Economic Analysis of Intensive Multidisciplinary Interventions for Treating Medicaid-Insured Children with Pediatric Feeding Disorders. *Med Decis Making* 2020; 40(5): 596–605. <https://doi.org/10.1177/0272989x20932158>.

Nicht E7 (Vollpublikation verfügbar)

1. Burton Murray H, Ljotsson B, Healy B et al. Brief cognitive-behavioral treatment for avoidant/restrictive food intake disorder in the context of functional dyspepsia; Study protocol for a feasibility randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials* 2023; 134: 107336. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2023.107336>.

2. Guangzhou Women and Children Medical Center. Study on the effect and mechanism of feeding promotion techniques on feeding disorders in children [online]. 2020 [Zugriff: 04.11.2025]. URL: <https://trialsearch.who.int/Trial2.aspx?TrialID=ChiCTR2000037701>.

3. Hellner M, Steinberg D, Baker JH et al. Digitally Delivered Dietary Interventions for Patients with Eating Disorders Undergoing Family-Based Treatment; Protocol for a Randomized Feasibility Trial. *JMIR Research Protocols* 2023; 12: e41837. <https://doi.org/10.2196/41837>.

4. Van Wye E, Matheson B, Citron K et al. Protocol for a randomized clinical trial for Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in low-weight youth. *Contemp Clin Trials* 2023; 124: 107036. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2022.107036>.

8.3 Liste der zur Evidenzdarstellung nicht berücksichtigten Publikationen

Stichprobegröße N = 6 und keine Effektschätzungen zu ausgewählten Operationalisierungen verfügbar

Babik 2021

1. Babik K, Ostaszewski P, Horvath A. Nutritional versus behavioural intervention in children with avoidant/restrictive food intake disorder. *Psychiatria i psychologia kliniczna* 2021; 21(1): 3–14. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2021.0001>.

Keine Angabe zur Aufteilung der ausgewerteten Daten auf die Prüf- und Vergleichsinterventionsgruppe

Breiner 2024

1. Breiner CE, Miller ML, Hormes JM. ARFID Parent Training Protocol; A randomized pilot trial evaluating a brief, parent-training program for avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord* 2021; 54(12): 2229–2235. <https://doi.org/10.1002/eat.23643>.

2. Breiner CE, Miller ML, Hormes JM. ARFID Parent Training Protocol ("ARFID-PTP"); Results of a Randomized Pilot Trial Evaluating a Brief, Parent-Training Program for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Int J Eat Disord* 2024; 57(11): 2306–2317.

<https://doi.org/10.1002/eat.24269>.

3. University at Albany. A Two-Session Exposure Treatment and Parent Training for ARFID (ARFID-PTP) [online]. 2022 [Zugriff: 23.10.2025]. URL:

<https://clinicaltrials.gov/study/NCT04913194>.

Unterschied der Anteile nicht berücksichtigter Personen zwischen den Gruppen von mehr als 15 Prozentpunkten

Lock 2019

1. Lock J, Sadeh-Sharvit S, L'Insalata A. Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord* 2019; 52(6): 746–751. <https://doi.org/10.1002/eat.23077>.

2. Stanford University. Treating Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) Using Family-Based Treatment [online]. 2021 [Zugriff: 04.11.2025]. URL:

<https://clinicaltrials.gov/study/NCT03778216>.

Anhang A Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials

Tabelle 14: Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials zum kritischen Endpunkt BMI- oder Körpergewichtsperzentile

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte
Kim 2021	unklar	unklar	nein	nein	unklar	ja
Sharp 2016	unklar	unklar	nein	nein	nein	ja
ITT: Intention to treat						

Tabelle 15: Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials zum kritischen Endpunkt Mangelernährung

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte
Benoit 2000 ^a	ja	unklar	nein	ja	nein	ja
Sharp 2016	unklar	unklar	nein	nein	ja	ja
a. identische Bewertung für alle berücksichtigten Beobachtungszeitpunkte						
ITT: Intention to treat						

Tabelle 16: Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials zum kritischen Endpunkt Essverhalten

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte
Kim 2021 ^a	unklar	unklar	nein	nein	unklar	ja
Sharp 2016 ^a	unklar	unklar	nein	nein	ja	ja
a. identische Bewertung für alle berücksichtigten Operationalisierungen ITT: Intention to treat						

Tabelle 17: Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials zum kritischen Endpunkt Nebenwirkungen

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte
Sharp 2016	unklar	unklar	nein	ja	ja	ja
ITT: Intention to treat						

Anhang B Autorenanfrage

Tabelle 18: Übersicht zur Autorenanfrage

Studie	Inhalt der Anfrage	Antwort eingegangen ja / nein
Breiner 2024	▪ Bitte um Klärung der Aufteilung der ausgewerteten Daten auf die Prüf- und Vergleichsinterventionsgruppe ▪ Bitte um Nennung der Mittelwerte und Standardabweichungen zu vorliegenden Effektgrößen	nein

Anhang C Suchstrategien

C.1 Bibliografische Datenbanken

Suche nach systematischen Übersichten

1. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to August 26, 2025

Es wurde folgender Filter übernommen:

- Systematische Übersicht: Wong [16] – High specificity strategy (adaptiert)

#	Searches
1	Feeding and Eating Disorders of Childhood/
2	Avoidant Restrictive Food Intake Disorder/
3	(restrictive adj3 disorder*).ti,ab.
4	(feeding adj1 disorder*).ti,ab.
5	or/1-4
6	Cochrane database of systematic reviews.jn.
7	(search or MEDLINE or systematic review).tw.
8	(meta analysis or network meta analysis or systematic review).pt.
9	or/6-8
10	9 not (exp animals/ not humans.sh.)
11	and/5,10
12	11 and (english or german or multilingual or undetermined).lg.

2. International HTA Database

Suchoberfläche: INAHTA

#	Searches
1	"Feeding and Eating Disorders"[mh]
2	"Feeding and Eating Disorders of Childhood"[mh]
3	"Avoidant Restrictive Food Intake Disorder"[mh]
4	(restrictive AND disorder*)[Title] OR (restrictive AND disorder*)[abs]
5	(feeding AND disorder*)[Title] OR (feeding AND disorder*)[abs]
6	#5 OR #4 OR #3 OR #2 OR #1

Suche nach Primärstudien

1. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to October 06, 2025

Es wurde folgender Filter übernommen:

- RCT: Lefebvre [17] – Cochrane Highly Sensitive Search Strategy for identifying randomized trials in MEDLINE: sensitivity- and precision-maximizing version (2023 revision)

#	Searches
1	Feeding and Eating Disorders of Childhood/
2	Avoidant Restrictive Food Intake Disorder/
3	(restrictiv* adj3 (food* or eat*) adj3 disorder*).ti,ab.
4	or/1-3
5	((feeding* or mealtime*) adj3 (disorder* or difficult* or problem* or resistance*)).ti,ab.
6	(food* adj1 (selectiv* or refusal*)).ab,ti.
7	(tube adj3 (discontinuation or weaning)).ab,ti.
8	or/5-7
9	(child* or preschool* or pediatric*).ti,ab.
10	and/8-9
11	or/4,10
12	exp Randomized controlled Trial/
13	controlled clinical trial.pt.
14	(randomized or placebo or randomly).ab.
15	clinical trials as topic.sh.
16	trial.ti.
17	or/12-16
18	exp animals/ not humans.sh.
19	17 not 18
20	and/11,19
21	(animals/ not humans/) or comment/ or editorial/ or exp review/ or meta analysis/ or consensus/ or exp guideline/
22	hi.fs. or case report.mp.
23	or/21-22
24	(20 not 23) and (english or german or multilingual or undetermined).lg.

2. The Cochrane Library

Suchoberfläche: Wiley

- Cochrane Central Register of Controlled Trials: Issue 9 of 12, September 2025

#	Searches
1	[mh ^"Feeding and Eating Disorders of Childhood"]
2	[mh ^"Avoidant Restrictive Food Intake Disorder"]
3	(restrictiv*:ti,ab NEAR/3 (food*:ti,ab OR eat*:ti,ab) NEAR/3 disorder*:ti,ab)
4	#1 OR #2 OR #3
5	((feeding*:ti,ab OR mealtime*:ti,ab) NEAR/3 (disorder*:ti,ab OR difficult*:ti,ab OR problem*:ti,ab OR resistance*:ti,ab))
6	(food*:ti,ab NEAR/1 (selectiv*:ti,ab OR refusal*:ti,ab))
7	(tube:ti,ab NEAR/3 (discontinuation:ti,ab OR weaning:ti,ab))
8	#5 OR #6 OR #7
9	(child*:ti,ab OR preschool*:ti,ab OR pediatric*:ti,ab)
10	#8 AND #9
11	#4 OR #10
12	#11 not (*clinicaltrial*gov* or *trialsearch*who* or *clinicaltrialsregister*eu* or *anzctr*org*au* or *trialregister*nl* or *irct*ir* or *isrctn* or *controlled*trials*com* or *drks*de*):so
13	#12 not ((language next (afr or ara or aze or bos or bul or car or cat or chi or cze or dan or dut or es or est or fin or fre or gre or heb or hrv or hun or ice or ira or ita or jpn or ko or kor or lit or nor or peo or per or pol or por or pt or rom or rum or rus or slo or slv or spa or srp or swe or tha or tur or ukr or urd or uzb)) not (language near/2 (en or eng or english or ger or german or mul or unknown))) in Trials
14	#13 in Trials

C.2 Studienregister

1. ClinicalTrials.gov

Anbieter: U.S. National Institutes of Health

- URL: <http://www.clinicaltrials.gov>
- Eingabeoberfläche: Expert Search

Suchstrategie
(AREA[ConditionSearch](Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) OR ((AREA[BriefTitle](((feeding OR mealtime OR eating) AND (disorder OR difficulties OR problems OR resistance OR aversions)) OR (food AND (selectivity OR refusal)))) OR (AREA[OfficialTitle](((feeding OR mealtime OR eating) AND (disorder OR difficulties OR problems OR resistance OR aversions)) OR (food AND (selectivity OR refusal)))) AND (AREA[BasicSearch](child OR preschool OR pediatric))) AND AREA[HasResults] true

2. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal

Anbieter: World Health Organization

- URL: <https://trialsearch.who.int>
- Eingabeoberfläche: Basic Search

Suchstrategie
(Avoidant Restrictive Food Intake Disorder OR ARFID) OR ((feeding OR mealtime OR eating) AND (disorder* OR difficult* OR problem* OR resistance OR aversion*)) OR (food AND (selectiv* OR refusal*)) I clinical trials in children I With results only

C.3 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

G-BA-Website und IQWiG-Website

G-BA

URL: <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/>

Suchbegriffe
Essstörung

IQWiG

URL: <https://www.iqwig.de/projekte/projekte-und-ergebnisse/>

Suchbegriffe
Essstörung