

Psychologische Interventionen nach Adipositaschirurgie

Evidenzbericht zur S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie
der Essstörungen

A horizontal bar composed of 18 squares of varying shades of blue and grey, spanning the width of the page below the title.

EVIDENZBERICHT

Projekt: V25-05C

Version: 1.0

Stand: 24.11.2025

IQWiG-Berichte – Nr. 2136

DOI: 10.60584/V25-05C

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Psychologische Interventionen nach Adipositaschirurgie – Evidenzbericht zur S3-Leitlinie
Diagnostik und Therapie der Essstörungen

Auftraggeber

Bundesministerium für Gesundheit

Datum des Auftrags

09.07.2025

Interne Projektnummer

V25-05C

DOI-URL

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

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: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Zitiervorschlag

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Psychologische Interventionen nach Adipositaschirurgie; Evidenzbericht zur S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen [online]. 2025 [Zugriff: TT.MM.JJJJ]. URL: <https://doi.org/10.60584/V25-05C>.

Schlagwörter

Bariatrische Chirurgie, Ernährungs- und Essstörungen, Psychosoziale Intervention, Systematische Übersicht

Keywords

Bariatric Surgery, Feeding and Eating Disorders, Psychosocial Intervention, Systematic Review

Dieser Bericht wurde ohne die Beteiligung externer Sachverständiger erstellt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQWiG

- Kevin Rudolf
- Annalena Dunkel
- Thomas Jakubeit
- Marc Krause
- Fabian Lotz
- Corinna Schaefer
- 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 berücksichtigte Studie	9
5.3 Übersicht der Endpunkte	12
5.4 Ergebnisse zu Endpunkten	13
5.4.1 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Remission der Essstörungssymptome	13
5.4.2 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt BMI oder Körpergewicht.....	15
5.4.3 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität	17
5.4.4 Ergebnisse zum wichtigen Endpunkt depressive Symptomatik.....	19
6 Zusammenfassung und Anmerkungen zu den Ergebnissen	21
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	21
6.2 Anmerkungen zu den Ergebnissen	21
7 Literatur	23
8 Studienlisten	25
8.1 Liste der gesichteten systematischen Übersichten	25
8.2 Liste der ausgeschlossenen Publikationen.....	25
8.3 Liste der zur Evidenzdarstellung nicht berücksichtigten Publikationen.....	29
Anhang A Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials.....	30
Anhang B Suchstrategien	31
B.1 Bibliografische Datenbanken	31
B.2 Studienregister.....	34
B.3 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken	34

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Übersicht über die Kriterien für den Studieneinschluss.....	5
Tabelle 2: Studienpool der für die Evidenzdarstellung berücksichtigten Studien	9
Tabelle 3: Charakteristika der für die Evidenzdarstellung berücksichtigte Studie	9
Tabelle 4: Charakterisierung der Interventionen in der berücksichtigten Studie	10
Tabelle 5: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in der berücksichtigten Studie	11
Tabelle 6: Charakterisierung der Studienpopulation in der berücksichtigten Studie.....	12
Tabelle 7: Matrix der einbezogenen Endpunkte.....	12
Tabelle 8: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt Remission der Essstörungssymptome (binäre Daten)	13
Tabelle 9: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt BMI oder Körpergewicht (stetige Daten)	15
Tabelle 10: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität (stetige Daten)	17
Tabelle 11: Evidenzprofil für den wichtigen Endpunkt depressive Symptomatik (stetige Daten)	19
Tabelle 12: Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials der Studie Grilo 2021	30

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Ergebnis der Informationsbeschaffung	8

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
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.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
gshBWL	angeleitete Selbsthilfe zur Körpergewichtsreduktion durch Verhaltensänderung
gshKVT	angeleitete Selbsthilfe zur kognitiven Verhaltenstherapie
HTA	Health Technology Assessment
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 Essstörung oder einem nicht normativen Essverhalten nach Adipositaschirurgie.

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 sind 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: Erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung nach DSM oder ICD oder einem nicht normativen Essverhalten nach Adipositaschirurgie
E2	Prüfintervention: psychologische Interventionen
E3	Vergleichsintervention: jegliche Intervention ^a
E4	kritische Endpunkte: ▪ Remission der Essstörungssymptome ▪ BMI oder Körpergewicht ▪ gesundheitsbezogene Lebensqualität wichtige Endpunkte: ▪ depressive Symptomatik ▪ Angstsymptomatik ▪ 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. BMI: Body-Mass-Index; CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ICH: International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; STROBE: Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology; TREND: Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs	

Berücksichtigung von nicht randomisierten vergleichenden Studien

Ein zentraler Aspekt der Ergebnissicherheit bei nicht randomisierten vergleichenden Studien ist die Kontrolle für wesentliche Confounder, z. B. durch multifaktorielle statistische Methoden.

Konkretisierung der Kriterien für den Studieneinschluss

Zu E2:

- Interventionen, die mit psychologischen Interventionen kombiniert werden (z. B. Sport + psychologische Intervention), 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 15.07.2025, sind in Anhang B dargestellt.

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

Von den 2 identifizierten SÜs (siehe Abschnitt 8.1) wurde keine als Basis-SÜ herangezogen.

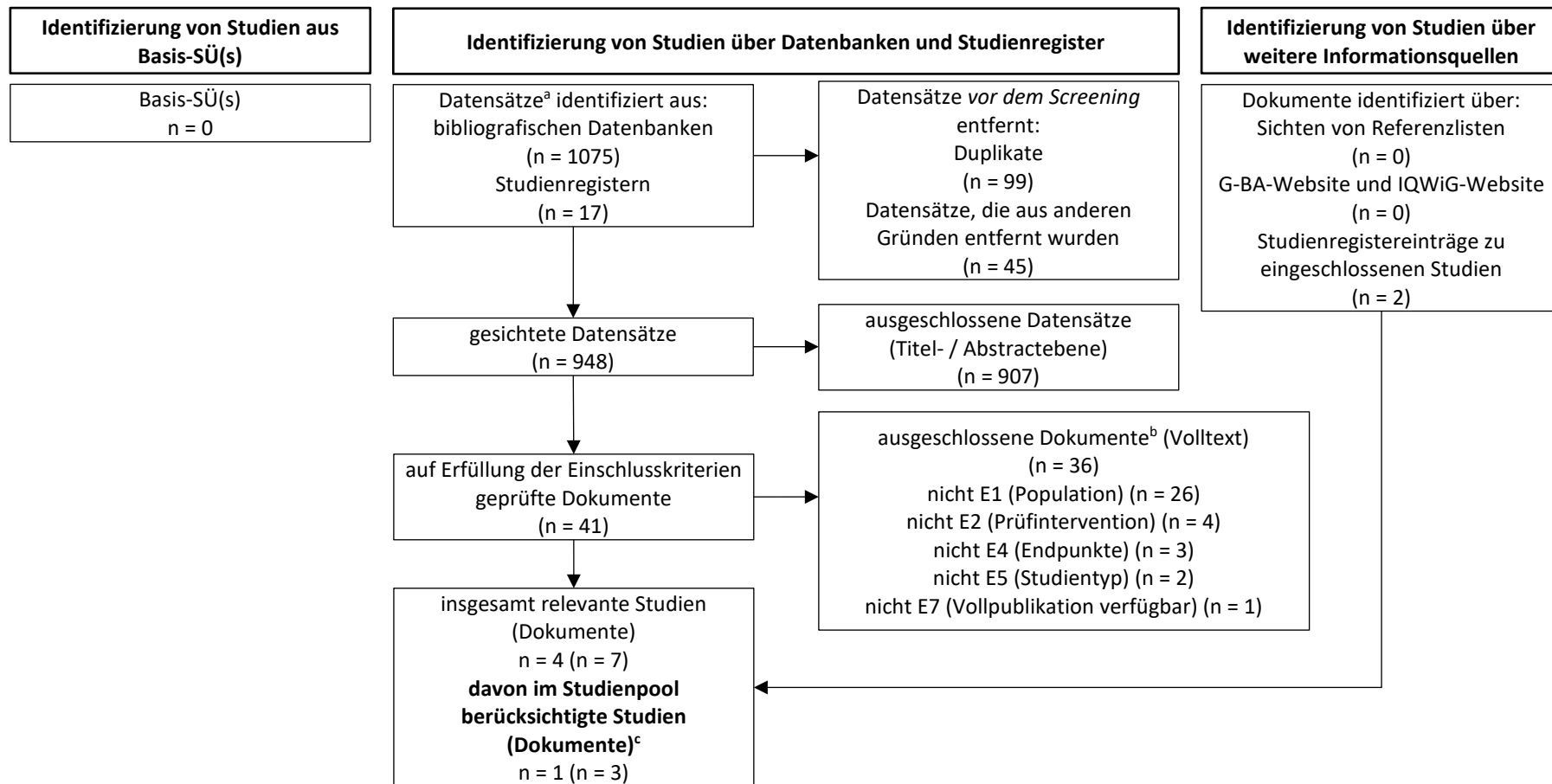
Fokussierte Informationsbeschaffung von Studien

Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken (letzte Suche am 04.09.2025) und die Suche in Studienregistern (letzte Suche am 18.09.2025) sind in Anhang B 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 8.3.

Autorenanfragen wurden nicht gestellt.



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 (4 Dokumente) der 4 eingeschlossenen Studien erfüllen zwar die Einschlusskriterien, jedoch wurden die Daten für den Evidenzbericht nicht herangezogen.

Abbildung 1: Ergebnis der Informationsbeschaffung

Resultierender Studienpool

3 Studien (4 Dokumente) der 4 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
Grilo 2021	ja [8,9]	ja [10] ^a / nein
a. retrospektiver Registereintrag		

Studien ohne berichtete Ergebnisse

Es wurden keine relevanten Studien ohne berichtete Ergebnisse identifiziert.

5.2 Charakteristika der für die Evidenzdarstellung berücksichtigte Studie

In Tabelle 3 werden die Charakteristika der für die Evidenzdarstellung berücksichtigten Studie dargestellt. Die in der Studie untersuchten Interventionen werden in Tabelle 4 charakterisiert. Die wesentlichen Ein- und Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in der berücksichtigten Studie sowie die Charakteristika der Studienpopulation sind in Tabelle 5 und in Tabelle 6 aufgeführt.

Tabelle 3: Charakteristika der für die Evidenzdarstellung berücksichtigte Studie

Studie	Studien- design	Patientenzahl N	Interventionen	Ort; Zeitraum der Durchführung	Interventions- dauer	Dauer der Nachbeobachtung
Grilo 2021	RCT	I ₁ : 56 I ₂ : 60 C: 24	I ₁ : gshKVT I ₂ : gshBWL C: TAU	USA; 2014 bis 2017	12 Wochen	24 Monate
C: Vergleichsinterventionsgruppe; gshBWL: angeleitete Selbsthilfe zur Körpergewichtsreduktion durch Verhaltensänderung; gshKVT: angeleitete Selbsthilfe zur kognitiven Verhaltenstherapie; I: Prüfinterventionsgruppe; N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TAU: Standardtherapie						

Tabelle 4: Charakterisierung der Interventionen in der berücksichtigten Studie (mehrsseitige Tabelle)

Studie	Prüfintervention	Vergleichsintervention
Grilo 2021	gshKVT <u>Therapiefokus:</u> ▪ Beurteilung und Änderung von maladaptiven Essgewohnheiten und Kognitionen (z. B. Bedenken hinsichtlich Figur / Körpergewicht) <u>Therapiemanual:</u> ▪ ja [11] <u>Therapieformat:</u> ▪ Einzelsitzungen kombiniert mit angeleiteter Selbsthilfe ▪ Therapierende „leiten an“, indem sie Fragen zum KVT-Ansatz beantworten, bei Schwierigkeiten mit der Umsetzung der Verhaltensschritte und kognitiven Umstrukturierungsübungen helfen und die Bedeutung der Selbstbeobachtung, der Protokollierung und der Zielsetzung betonen <u>Frequenz und Dauer:</u> ▪ 6 Sitzungen über 12 Wochen ▪ 25–30 Minuten pro Sitzung <u>Qualifikation der Therapierenden:</u> ▪ supervidierte Doktorandinnen und Doktoranden der klinischen Psychologie oder Public Health ▪ supervidierte Krankenschwestern und Krankenpfleger mit Master-Abschluss in verschiedenen Fachgebieten, darunter psychische / verhaltensbezogene Gesundheit und Ernährung ▪ supervidierte Advanced Practice Nurses	TAU ▪ Ermutigung zur Teilnahme an den Angeboten der Klinik (siehe unten „Alle Gruppen“) durch Studienpersonal, das die Baseline- und monatlichen Erhebungen durchführte

Tabelle 4: Charakterisierung der Interventionen in der berücksichtigten Studie (mehrsseitige Tabelle)

Studie	Prüfintervention	Vergleichsintervention
Grilo 2021	gshBWL <u>Therapiefokus:</u> ▪ allmähliche und moderate Änderungen des Lebensstils <u>Therapiemanual:</u> ▪ ja [12] <u>Therapieformat:</u> ▪ Einzelsitzungen kombiniert mit angeleiteter Selbsthilfe ▪ Therapierende „leiten an“, indem sie Unterstützung bieten bezüglich der Wiederherstellung akzeptabler Ess- und Ernährungsgewohnheiten unter Berücksichtigung der Einschränkungen durch die Operation, der schrittweisen Steigerung der körperlichen Aktivität und der Lösung sozialer / zwischenmenschlicher Probleme <u>Frequenz und Dauer:</u> ▪ 6 Sitzungen über 12 Wochen ▪ 25–30 Minuten pro Sitzung <u>Qualifikation der Therapierenden:</u> ▪ supervidierte Doktorandinnen und Doktoranden der klinischen Psychologie oder Public Health ▪ supervidierte Krankenschwestern und Krankenpfleger mit Master-Abschluss in verschiedenen Fachgebieten, darunter psychische / verhaltensbezogene Gesundheit und Ernährung ▪ supervidierte Advanced Practice Nurses Alle Gruppen ▪ Möglichkeit zur Teilnahme an: ▫ Selbsthilfegruppen ▫ Ernährungsberatung	TAU ▪ siehe oben
gshBWL: angeleitete Selbsthilfe zur Körpergewichtsreduktion durch Verhaltensänderung; gshKVT: angeleitete Selbsthilfe zur kognitiven Verhaltenstherapie; TAU: Standardtherapie		

Tabelle 5: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in der berücksichtigten Studie

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Grilo 2021	▪ Alter: 18 bis 65 Jahre ▪ regelmäßiges ($\geq 1x$ pro Woche) LOC-eating (Gefühl, eine Essattacke nicht stoppen / kontrollieren zu können, unabhängig von der Menge) in den letzten 28 Tagen	▪ Einnahme von Medikamenten, die das Essverhalten / Körpergewicht beeinflussen ▪ Substanzabhängigkeit ▪ schwere psychiatrische Erkrankungen, die eine akute Behandlung erfordern (z. B. Psychosen, bipolare Störungen, Suizidalität)
LOC-eating: unkontrolliertes Essverhalten		

Tabelle 6: Charakterisierung der Studienpopulation in der berücksichtigten Studie

Studie Gruppe	N	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] %	Zeit seit OP [Monate] MW (SD)	OP-Verfahren [Schlauch- gastrektomie] ^a n (%)
Grilo 2021					
gshKVT	56	49 (12)	89 / 11	6,3 (1,4)	50 (89)
gshBWL	60	43 (11)	80 / 20	6,4 (1,5)	52 (87)
TAU	24	45 (7)	88 / 12	6,5 (1,7)	21 (88)
a. Alle anderen Patientinnen und Patienten erhielten eine Magenbypass-Operation. gshBWL: angeleitete Selbsthilfe zur Körpergewichtsreduktion durch Verhaltensänderung; gshKVT: angeleitete Selbsthilfe zur kognitiven Verhaltenstherapie; m: männlich; MW: Mittelwert; N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten; n: Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Merkmal; OP: Operation; SD: Standardabweichung; TAU: Standardtherapie; w: weiblich					

5.3 Übersicht der Endpunkte

Aus 1 Studie wurden Daten zu kritischen und wichtigen Endpunkten extrahiert. Die Tabelle 7 zeigt die Übersicht der dargestellten Daten zu den von der Leitliniengruppe definierten Endpunkten aus der berücksichtigten Studie. Zu den Endpunkten Angstsymptomatik und Nebenwirkungen wurden keine verwertbaren Daten in der Studie berichtet.

Tabelle 7: Matrix der einbezogenen Endpunkte

Studie	Kritische Endpunkte			Wichtige Endpunkte		
	Remission der Essstörungssymptome	BMI oder Körpergewicht	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Depressive Symptomatik	Angstsymptomatik	Nebenwirkungen
Grilo 2021	●	●	●	●	–	–
●: Daten werden im Evidenzbericht dargestellt. –: Daten wurden in der Studie nicht berichtet. BMI: Body-Mass-Index						

5.4 Ergebnisse zu Endpunkten

5.4.1 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt Remission der Essstörungssymptome

Tabelle 8: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt Remission der Essstörungssymptome (binäre Daten) (mehrsseitige Tabelle)

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]				
gshKVT vs. TAU											
Personen ohne LOC-eating Episode in den letzten 28 Tagen – Interventionsende (12 Wochen)											
Interpretation der Effektrichtung: Ein OR größer als 1 bzw. eine positive Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshKVT.											
RCT; 1 [8]	schwer- wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^e	17 / 56	9 / 24	38	0,73 [0,27; 1,98]	-7 [-30; 14]	sehr niedrig
Personen ohne LOC-eating Episode in den letzten 28 Tagen – Nachbeobachtung (24 Monate nach Interventionsende)											
Interpretation der Effektrichtung: Ein OR größer als 1 bzw. eine positive Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshKVT.											
RCT; 1 [9]	schwer- wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	sehr schwer- wiegend ^f	24 / 56	9 / 24	38	1,25 [0,47; 3,34]	5 [-18; 26]	sehr niedrig
gshBWL vs. TAU											
Personen ohne LOC-eating Episode in den letzten 28 Tagen – Interventionsende (12 Wochen)											
Interpretation der Effektrichtung: Ein OR größer als 1 bzw. eine positive Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshBWL.											
RCT; 1 [8]	schwer- wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^e	16 / 60	9 / 24	38	0,61 [0,22; 1,66]	-11 [-33; 10]	sehr niedrig
Personen ohne LOC-eating Episode in den letzten 28 Tagen – Nachbeobachtung (24 Monate nach Interventionsende)											
Interpretation der Effektrichtung: Ein OR größer als 1 bzw. eine positive Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshBWL.											
RCT; 1 [9]	schwer- wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	sehr schwer- wiegend ^f	26 / 60	9 / 24	38	1,28 [0,48; 3,37]	6 [-17; 26]	sehr niedrig

Tabelle 8: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt Remission der Essstörungssymptome (binäre Daten) (mehrseitige Tabelle)

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]				
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 Studie war nicht verblindet und die Berichterstattung war nicht ergebnisunabhängig. e. Das 95 %-KI des OR überdeckt 0,5 und 1. Somit können weder mittelgroße Effekte zuungunsten noch Effekte zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. f. Das 95 %-KI des OR überdeckt 0,5 und 2. Somit können weder mittelgroße Effekte zuungunsten noch mittelgroße Effekte zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. C: Vergleichsinterventionsgruppe; gshBWL: angeleitete Selbsthilfe zur Körpergewichtsreduktion durch Verhaltensänderung; gshKVT: angeleitete Selbsthilfe zur kognitiven Verhaltenstherapie; I: Prüfinterventionsgruppe; KI: Konfidenzintervall; LOC-eating: unkontrolliertes Essverhalten; N: Anzahl der Studien; OR: Odds Ratio; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TAU: Standardtherapie											

5.4.2 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt BMI oder Körpergewicht

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

Studien design; N	Faktoren der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz					Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Wert Studien- ende ^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]	
gshKVT vs. TAU										
BMI [kg/m²] – Interventionsende (12 Wochen)										
Interpretation der Effektrichtung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshKVT.										
RCT; 1 [8]	schwer- wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^e	48; 20	35,8	1,00 [−3,16; 5,16]	0,13 [−0,40; 0,65]	sehr niedrig
BMI [kg/m²] – Nachbeobachtung (24 Monate nach Interventionsende)										
Interpretation der Effektrichtung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshKVT.										
RCT; 1 [9]	schwer- wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	sehr schwer- wiegend ^f	45; 17	38,7	−0,10 [−5,04; 4,84]	−0,01 [−0,57; 0,55]	sehr niedrig
gshBWL vs. TAU										
BMI [kg/m²] – Interventionsende (12 Wochen)										
Interpretation der Effektrichtung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshBWL.										
RCT; 1 [8]	schwer- wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^g	52; 20	35,8	−0,30 [−4,05; 3,45]	−0,04 [−0,56; 0,47]	sehr niedrig
BMI [kg/m²] – Nachbeobachtung (24 Monate nach Interventionsende)										
Interpretation der Effektrichtung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshBWL.										
RCT; 1 [9]	schwer- wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^g	47; 17	38,7	−1,00 [−5,57; 3,57]	−0,12 [−0,68; 0,43]	sehr niedrig

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

Studien design; N	Faktoren der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz					Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Wert Studien- ende ^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. 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 Studie war nicht verblindet, das ITT-Prinzip war nicht adäquat umgesetzt und die Berichterstattung war nicht ergebnisunabhängig. e. Das 95 %-KI des Hedges' g überdeckt 0 und 0,5. Somit können weder Effekte zugunsten der Prüfintervention noch mittelgroße Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. 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. Das 95 %-KI des Hedges' g überdeckt -0,5 und 0. Somit können weder mittelgroße Effekte zugunsten der Prüfintervention noch Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. BMI: Body-Mass-Index; C: Vergleichsinterventionsgruppe; gshBWL: angeleitete Selbsthilfe zur Körpergewichtsreduktion durch Verhaltensänderung; gshKVT: angeleitete Selbsthilfe zur kognitiven Verhaltenstherapie; I: Prüfinterventionsgruppe; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; MWD: Mittelwertdifferenz; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TAU: Standardtherapie										

5.4.3 Ergebnisse zum kritischen Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Tabelle 10: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität (stetige Daten) (mehrsseitige Tabelle)

Studien- design; N	Faktoren der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz					Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	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]	
gshKVT vs. TAU										
Veränderung im psychischen Summenscore des SF-36 [Spannweite: 0–100] ^d – Interventionsende (12 Wochen)										
Interpretation der Effektrichtung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshKVT.										
RCT; 1 [8]	schwer- wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^f	49; 21	7,2	–6,30 [–14,93; 2,33]	–0,38 [–0,89; 0,14]	sehr niedrig
Veränderung im körperlichen Summenscore des SF-36 [Spannweite: 0–100] ^d – Interventionsende (12 Wochen)										
Interpretation der Effektrichtung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshKVT.										
RCT; 1 [8]	schwer- wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^f	49; 21	4,8	–5,20 [–15,23; 4,83]	–0,27 [–0,78; 0,25]	sehr niedrig
gshBWL vs. TAU										
Veränderung im psychischen Summenscore des SF-36 [Spannweite: 0–100] ^d – Interventionsende (12 Wochen)										
Interpretation der Effektrichtung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshBWL.										
RCT; 1 [8]	schwer- wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	nicht schwer- wiegend	53; 21	7,2	–8,30 [–16,38; –0,22]	— ^g	niedrig
Veränderung im körperlichen Summenscore des SF-36 [Spannweite: 0–100] ^d – Interventionsende (12 Wochen)										
Interpretation der Effektrichtung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshBWL.										
RCT; 1 [8]	schwer- wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^f	53; 21	4,8	–2,30 [–10,34; 5,74]	–0,15 [–0,65; 0,36]	sehr niedrig

Tabelle 10: Evidenzprofil für den kritischen Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität (stetige Daten) (mehrsseitige Tabelle)

Studien- design; N	Faktoren der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz					Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Änderung verglichen zu Studien- beginn ^a MW (von C)	Effekt		Vertrauens- würdigkeit der Evidenz
	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. 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 besser die psychische oder körperliche Gesundheit. e. Die Studie war nicht verblindet, das ITT-Prinzip war nicht adäquat umgesetzt und die Berichterstattung war nicht ergebnisunabhängig. f. Das 95 %-KI des Hedges' g überdeckt -0,5 und 0. Somit können weder mittelgroße Effekte zuungunsten der Prüfintervention noch Effekte zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. g. für die Bewertung der fehlenden Genauigkeit nicht erforderlich, da Mittelwertdifferenz signifikant C: Vergleichsinterventionsgruppe; gshBWL: angeleitete Selbsthilfe zur Körpergewichtsreduktion durch Verhaltensänderung; gshKVT: angeleitete Selbsthilfe zur kognitiven Verhaltenstherapie; I: Prüfinterventionsgruppe; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; MWD: Mittelwertdifferenz; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SF-36: Short Form-36 Health Survey; TAU: Standardtherapie										

5.4.4 Ergebnisse zum wichtigen Endpunkt depressive Symptomatik

Tabelle 11: Evidenzprofil für den wichtigen Endpunkt depressive Symptomatik (stetige Daten) (mehrsseitige Tabelle)

Studien- design; N	Faktoren der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz					Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Wert Studien- ende ^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]	
gshKVT vs. TAU										
BDI-II – Gesamtscore [Skalenbereich 0–63] ^d – Interventionsende (12 Wochen)										
Interpretation der Effektrichtung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshKVT.										
RCT; 1 [8]	schwer- wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^f	50; 21	7,4	2,50 [–2,91; 7,91]	0,24 [–0,27; 0,75]	sehr niedrig
BDI-II – Gesamtscore [Skalenbereich 0–63] ^d – Nachbeobachtung (24 Monate nach Interventionsende)										
Interpretation der Effektrichtung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshKVT.										
RCT; 1 [9]	schwer- wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^g	44; 18	10,6	–0,70 [–7,56; 6,16]	–0,06 [–0,60; 0,49]	sehr niedrig
gshBWL vs. TAU										
BDI-II – Gesamtscore [Skalenbereich 0–63] ^d – Interventionsende (12 Wochen)										
Interpretation der Effektrichtung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshBWL.										
RCT; 1 [8]	schwer- wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	schwer- wiegend ^f	53; 21	7,4	0,20 [–4,16; 4,56]	0,02 [–0,48; 0,53]	sehr niedrig
BDI-II – Gesamtscore [Skalenbereich 0–63] ^d – Nachbeobachtung (24 Monate nach Interventionsende)										
Interpretation der Effektrichtung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Effekt zugunsten der gshBWL.										
RCT; 1 [9]	schwer- wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer- wiegend	keiner entdeckt	sehr schwer- wiegend ^h	49; 18	10,6	0,50 [–5,98; 6,98]	0,04 [–0,50; 0,58]	sehr niedrig

Tabelle 11: Evidenzprofil für den wichtigen Endpunkt depressive Symptomatik (stetige Daten) (mehrsseitige Tabelle)

Studien- design; N	Faktoren der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz					Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Wert Studien- ende ^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. 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 schwerwiegender die Symptome. e. Die Studie war nicht verblindet, das ITT-Prinzip war nicht adäquat umgesetzt und die Berichterstattung war nicht ergebnisunabhängig. f. Das 95 %-KI des Hedges' g überdeckt 0 und 0,5. Somit können weder Effekte zugunsten der Prüfintervention noch mittelgroße Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. g. Das 95 %-KI des Hedges' g überdeckt -0,5 und 0. Somit können weder mittelgroße Effekte zugunsten der Prüfintervention noch Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. h. 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. BDI-II: Beck-Depressions-Inventar 2; C: Vergleichsinterventionsgruppe; gshBWL: angeleitete Selbsthilfe zur Körpergewichtsreduktion durch Verhaltensänderung; gshKVT: angeleitete Selbsthilfe zur kognitiven Verhaltenstherapie; I: Prüfinterventionsgruppe; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; MWD: Mittelwertdifferenz; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TAU: Standardtherapie										

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 Essstörung oder einem nicht normativen Essverhalten nach Adipositaschirurgie wurden 1 relevante randomisierte kontrollierte Studie (RCT) und 3 nicht randomisierte vergleichende Studien identifiziert. Letztere wurden aufgrund nicht verwertbarer Daten bzw. fehlender Berücksichtigung prognostisch relevanter Faktoren nicht im vorliegenden Bericht berücksichtigt (siehe Abschnitt 8.3). In der Folge wurden für den vorliegenden Bericht verwertbare Daten zu 4 der 6 Endpunkte aus 1 RCT herangezogen. Zu den Endpunkten Angstsymptomatik und Nebenwirkungen lagen in der Studie keine Daten vor. Die RCT berichtete Ergebnisse für 2 Prüfinterventionen: angeleitete Selbsthilfe zur kognitiven Verhaltenstherapie (gshKVT) und angeleiteten Selbsthilfe zur Körpergewichtsreduktion durch Verhaltensänderung (gshBWL).

Für den kritischen Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigte sich bei niedriger Vertrauenswürdigkeit der Evidenz 1 statistisch signifikanter Effekt zuungunsten der gshBWL zum Interventionsende im psychischen Summenscore des Fragebogens zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität: Patientinnen und Patienten, die die gshBWL erhielten, hatten zum Interventionsende einen niedrigeren Wert im psychischen Summenscore als Patientinnen und Patienten, die die Standardtherapie erhielten (Mittelwertdifferenz: -8,30 Punkte [Skalenbereich: 0 bis 100]; 95 %-Konfidenzintervall: [-16,38; -0,22]). Für den körperlichen Summenscore zeigte sich hingegen kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Prüf- und Vergleichsinterventionsgruppe (siehe Tabelle 10).

Für alle weiteren Endpunkte (Remission der Essstörungssymptome, Body-Mass-Index [BMI] oder Körpergewicht, depressive Symptomatik) und Beobachtungszeitpunkte (Interventionsende, 24 Monate nach Interventionsende) zeigten sich bei sehr niedriger Vertrauenswürdigkeit der Evidenz keine statistisch signifikanten Effekte zugunsten oder zuungunsten der jeweiligen Prüfintervention.

6.2 Anmerkungen zu den Ergebnissen

Die Bewertung der klinischen Relevanz aller Ergebnisse obliegt der Leitliniengruppe.

Folgende Aspekte können für die Entwicklung der Empfehlungen zusätzlich relevant sein:

Hinweise zur Population

Es liegen nur Ergebnisse für Patientinnen und Patienten mit unkontrolliertem Essverhalten nach Adipositaschirurgie vor. Ob die Ergebnisse auf Patientinnen und Patienten mit anderen Essstörungen nach Adipositaschirurgie übertragbar sind, ist unklar. Zudem wurden in der

vorliegenden Studie überwiegend Frauen eingeschlossen, wodurch die Generalisierbarkeit der Ergebnisse weiter eingeschränkt ist.

Hinweise zur Intervention und zum Forschungsbedarf

Die Ergebnisse sind beschränkt auf die Anwendung von gshKVT und gshBWL, in der die Prüfinerventionen mithilfe von Manualen zur Selbsthilfe und 25- bis 30-minütigen Therapiesitzungen vermittelt wurden. Für andere psychologische Interventionen, wie z. B. Motivational Interviewing oder kognitive Verhaltenstherapie mit häufigeren und / oder längeren Sitzungen lagen keine verwertbaren Daten vor. Dies und die Tatsache, dass für die vorliegende Fragestellung nur 1 RCT mit verwertbaren Daten identifiziert wurde, zeigt weiteren Forschungsbedarf auf.

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. Grilo CM, Ivezaj V, Duffy AJ et al. Randomized Controlled Trial of Treatments for Loss-of-Control Eating Following Bariatric Surgery. Obesity 2021; 29(4): 689-697. <https://doi.org/10.1002/oby.23124>.
9. Grilo CM, Ivezaj V, Duffy AJ et al. 24-Month follow-up of randomized controlled trial of guided-self-help for loss-of-control eating after bariatric surgery. Int J Eat Disord 2022; 55(11): 1521-1531. <https://doi.org/10.1002/eat.23804>.
10. Yale University. Loss of Control Eating Following Weight Loss Surgery [online]. 2022 [Zugriff: 28.10.2025]. URL: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02259322>.
11. Fairburn CG. Overcoming binge eating. New York: Guilford Press; 1995.
12. Brownell KD. The LEARN program for weight management 2000. Dallas: American Health Publishing; 2000.

13. 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.
14. 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>.
15. Waffenschmidt S, Navarro-Ruan T, Hobson N et al. Development and validation of study filters for identifying controlled non-randomized studies in PubMed and Ovid MEDLINE. Res Synth Methods 2020; 11(5): 617-626. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1425>.

8 Studienlisten

8.1 Liste der gesichteten systematischen Übersichten

1. Almuhtadi Y, Alageel S. Systematic Review of Mindfulness-Based Interventions for Weight Management Among Pre- and Post-bariatric Surgery Patients. *Adv Mind Body Med* 2023; 37(3): 15-22.
2. David LA, Sijercic I, Cassin SE. Preoperative and post-operative psychosocial interventions for bariatric surgery patients: A systematic review. *Obes Rev* 2020; 21(4): e12926. <https://doi.org/10.1111/obr.12926>.

8.2 Liste der ausgeschlossenen Publikationen

Nicht E1 (Population)

1. Carlos LO, Ramos MRZ, Wagner NRF et al. Probiotic Supplementation Attenuates Binge Eating and Food Addiction 1 Year after Roux-En-Y Gastric Bypass: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Arq Bras Cir Dig* 2022; 35: e1659. <https://doi.org/10.1590/0102-672020210002e1659>.
2. Cassin SE, Park KE, Leung SE et al. A Randomized-Controlled Trial Examining Telephone-Based Cognitive Behavioral Therapy for Patients After Metabolic and Bariatric Surgery: 18 Month Follow-up Results. *Obes Surg* 2025. <https://doi.org/10.1007/s11695-025-08163-2>.
3. Chacko SA, Yeh GY, Davis RB et al. A mindfulness-based intervention to control weight after bariatric surgery: Preliminary results from a randomized controlled pilot trial. *Complement Ther Med* 2016; 28: 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.07.001>.
4. David LA, Sockalingam S, Wnuk S et al. A pilot randomized controlled trial examining the feasibility, acceptability, and efficacy of Adapted Motivational Interviewing for post-operative bariatric surgery patients. *Eat Behav* 2016; 22: 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.030>.
5. Galle F, Cirella A, Salzano AM et al. Analyzing the Effects of Psychotherapy on Weight Loss after Laparoscopic Gastric Bypass or Laparoscopic Adjustable Gastric Banding in Patients with Borderline Personality Disorder: A Prospective Study. *Scandinavian Journal of Surgery: SJS* 2017; 106(4): 299-304. <https://doi.org/10.1177/1457496917701670>.
6. Galle F, Maida P, Cirella A et al. Does Post-operative Psychotherapy Contribute to Improved Comorbidities in Bariatric Patients with Borderline Personality Disorder Traits and Bulimia Tendencies? A Prospective Study. *Obes Surg* 2017; 27(7): 1872-1878. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2581-1>.
7. Gradaschi R, Molinari V, Sukkar SG et al. Effects of the Postoperative Dietetic/Behavioral Counseling on the Weight Loss After Bariatric Surgery. *Obes Surg* 2020; 30(1): 244-248. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04146-2>.

8. Gradaschi R, Molinari V, Sukkar SG et al. Disordered eating and weight loss after bariatric surgery. *Eating & Weight Disorders: EWD* 2020; 25(5): 1191-1196.
<https://doi.org/10.1007/s40519-019-00749-x>.
9. Lent MR, Campbell LK, Kelly MC et al. The feasibility of a behavioral group intervention after weight-loss surgery: A randomized pilot trial. *PLoS One* 2019; 14(10): e0223885.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223885>.
10. Livhits M, Mercado C, Yermilov I et al. Behavioral factors associated with successful weight loss after gastric bypass. *Am Surg* 2010; 76(10): 1139-1142.
11. Papalazarou A, Yannakoulia M, Kavouras SA et al. Lifestyle intervention favorably affects weight loss and maintenance following obesity surgery. *Obesity* 2010; 18(7): 1348-1353.
<https://doi.org/10.1038/oby.2009.346>.
12. Ponstinnicoff de Almeida V, Kortchmar E, Severo Duarte Guerra L et al. Feasibility of Online Cognitive-behavioral Group Therapy Following Metabolic Bariatric Surgery: A Randomized Pilot Study. *Obes Surg* 2025. <https://doi.org/10.1007/s11695-025-08066-2>.
13. Porto EBS, Montero-Marin J, Quadros LG et al. Mindfulness and compassion-based programs on eating behavior of post-bariatric surgery patients: A two phased clinical trial protocol. *MethodsX* 2024; 13: 102885. <https://doi.org/10.1016/j.mex.2024.102885>.
14. Sarwer DB, Moore RH, Spitzer JC et al. A pilot study investigating the efficacy of postoperative dietary counseling to improve outcomes after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2012; 8(5): 561-568. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2012.02.010>.
15. Shinan-Altman S, Sandbank GK, Natarevich-Katzav H et al. Self-management After Bariatric Surgery: a Comparison Between Support Group Participants and Patients Receiving Individual Dietary Follow-Up. *Obes Surg* 2023; 33(3): 826-835.
<https://doi.org/10.1007/s11695-022-06302-7>.
16. Sobhani Z, Hosseini SV, Honarparvaran N et al. The effectiveness of an online video-based group schema therapy in improvement of the cognitive emotion regulation strategies in women who have undergone bariatric surgery. *BMC Surg* 2023; 23(1): 98.
<https://doi.org/10.1186/s12893-023-02010-w>.
17. Sockalingam S, Leung SE, Ma C et al. The Impact of Telephone-Based Cognitive Behavioral Therapy on Mental Health Distress and Disordered Eating Among Bariatric Surgery Patients During COVID-19: Preliminary Results from a Multisite Randomized Controlled Trial. *Obes Surg* 2022; 32(6): 1884-1894. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-05981-6>.

18. Sockalingam S, Leung SE, Ma C et al. Correction to: The Impact of Telephone-Based Cognitive Behavioral Therapy on Mental Health Distress and Disordered Eating Among Bariatric Surgery Patients During COVID-19: Preliminary Results from a Multisite Randomized Controlled Trial. *Obes Surg* 2022; 32(6): 1895. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06015-x>.
19. Sockalingam S, Leung SE, Ma C et al. Efficacy of Telephone-Based Cognitive Behavioral Therapy for Weight Loss, Disordered Eating, and Psychological Distress After Bariatric Surgery: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open* 2023; 6(8): e2327099. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.27099>.
20. Stapleton P, Clark A, Sabot D et al. Portion perfection and Emotional Freedom Techniques to assist bariatric patients post surgery: A randomised control trial. *Heliyon* 2020; 6(6): e04058. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04058>.
21. Tucker JA, Samo JA, Rand CSW et al. Behavioral interventions to promote adaptive eating behavior and lifestyle changes following surgery for obesity: results of a Two-year outcome evaluation. *Int J Eat Disord* 1991; 10(6): 689-698.
22. Wadden TA, Faulconbridge LF, Jones Corneille LR et al. Binge eating disorder and the outcome of bariatric surgery at one year: a prospective, observational study. *Obesity (Silver Spring)* 2011; 19(6): 1220-1228. <https://doi.org/10.1038/oby.2010.336>.
23. Weineland S, Arvidsson D, Kakoulidis TP et al. Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obes Res Clin Pract* 2012; 6(1): e1-e90. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2011.04.004>.
24. Weineland S, Hayes SC, Dahl J. Psychological flexibility and the gains of acceptance-based treatment for post-bariatric surgery: six-month follow-up and a test of the underlying model. *Clinical Obesity* 2012; 2(1-2): 15-24. <https://doi.org/10.1111/j.1758-8111.2012.00041.x>.
25. Wild B, Hunnemeyer K, Sauer H et al. A 1-year videoconferencing-based psychoeducational group intervention following bariatric surgery: results of a randomized controlled study. *Surg Obes Relat Dis* 2015; 11(6): 1349-1360. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2015.05.018>.
26. Yildiz E, Karagozoglu S. The Effects of a Web-Based Interactive Nurse Support Program Based on the Health Promotion Model on Healthy Living Behaviors and Self-Efficacy in Patients Who Regained Weight after Bariatric Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Obes Surg* 2023; 33(10): 3212-3222. <https://doi.org/10.1007/s11695-023-06795-w>.

Nicht E2 (Prüfintervention)

1. Genco A, Maselli R, Frangella F et al. Effect of consecutive intragastric balloon (BIB R) plus diet versus single BIB R plus diet on eating disorders not otherwise specified (EDNOS) in obese patients. *Obes Surg* 2013; 23(12): 2075-2079. <https://doi.org/10.1007/s11695-013-1028-6>.

2. Ghafouri-Taleghani F, Abiri B, Zamanian A et al. Effects of probiotic supplementation with weight reducing intervention on anthropometric measures, body composition, eating behavior, and related hormone levels in patients with food addiction and weight regain after bariatric surgery: a study protocol for a randomized clinical trial. BMC Nutrition 2023; 9(1): 63. <https://doi.org/10.1186/s40795-023-00717-w>.
3. Ghafouri-Taleghani F, Tafreshi AS, Doost AH et al. Effects of Probiotic Supplementation Added to a Weight Loss Program on Anthropometric Measures, Body Composition, Eating Behavior, and Related Hormone Levels in Patients with Food Addiction and Weight Regain After Bariatric Surgery: A Randomized Clinical Trial. Obes Surg 2024; 34(9): 3181-3194. <https://doi.org/10.1007/s11695-024-07437-5>.
4. Nasirzadeh Y, Kantarovich K, Wnuk S et al. Binge Eating, Loss of Control over Eating, Emotional Eating, and Night Eating After Bariatric Surgery: Results from the Toronto Bari-PSYCH Cohort Study. Obes Surg 2018; 28(7): 2032-2039. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3137-8>.

Nicht E4 (Endpunkte)

1. Ivezaj V, Dilip A, Duffy AJ et al. Racial differences after bariatric surgery: 24-month follow-up of a randomized, controlled trial for postoperative loss-of-control eating. Surg Obes Relat Dis 2024; 20(3): 261-266. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2023.09.017>.
2. Ivezaj V, Dilip A, Grilo CM. Psychiatric comorbidity as a prospective predictor of long-term weight and psychosocial outcomes after bariatric surgery. Gen Hosp Psychiatry 2023; 83: 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.03.005>.
3. Smith CE, Dilip A, Ivezaj V et al. Predictors of early weight loss in post-bariatric surgery patients receiving adjunctive behavioural treatments for loss-of-control eating. Clinical Obesity 2023; 13(4): e12603. <https://doi.org/10.1111/cob.12603>.

Nicht E5 (Studientyp)

1. Zhang MW, Ho RC, Cassin SE et al. Online and smartphone based cognitive behavioral therapy for bariatric surgery patients: Initial pilot study. Technol Health Care 2015; 23(6): 737-744. <https://doi.org/10.3233/thc-151026>.
2. Zilberstein B, Pajecski D, Garcia de Brito AC et al. Topiramate after adjustable gastric banding in patients with binge eating and difficulty losing weight. Obes Surg 2004; 14(6): 802-805. <https://doi.org/10.1381/0960892041590926>.

Nicht E7 (Vollpublikation verfügbar)

1. Sockalingam S, Leung SE, Agic B et al. Telephone-based cognitive behavioural therapy for patients with postoperative bariatric surgery to manage COVID-19 pandemic-related mental health issues and distress (TELE-BARICARE): a protocol for a randomised controlled trial. BMJ Open 2022; 12(9): e067393. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067393>.

8.3 Liste der zur Evidenzdarstellung nicht berücksichtigten Publikationen

Aufteilung der relevanten Subgruppe (n = 13) auf Prüf- und Vergleichsinterventionsgruppe fehlt

Cassin 2020

1. Cassin S, Leung S, Hawa R et al. Food Addiction Is Associated with Binge Eating and Psychiatric Distress among Post-Operative Bariatric Surgery Patients and May Improve in Response to Cognitive Behavioural Therapy. *Nutrients* 2020; 12(10).
<https://doi.org/10.3390/nu12102905>.

Nicht randomisierte vergleichende Studie: keine Vergleichbarkeit der Interventionsgruppen bzw. keine Berücksichtigung prognostisch relevanter Faktoren

Galle 2020

1. Galle F, Marte G, Cirella A et al. An exercise-based educational and motivational intervention after surgery can improve behaviors, physical fitness and quality of life in bariatric patients. *PLoS One* 2020; 15(10): e0241336.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241336>.
2. University of Naples Parthenope. Investigating the effect of combining motivational, nutritional and exercise programs on weight loss following surgery to treat obesity [online]. 2022 [Zugriff: 27.10.2025]. URL:
<https://www.isrctn.com/ISRCTN95430070?q=ISRCTN95430070&filters=&sort=&offset=1&totalResults=1&page=1&pageSize=10>.

Hany 2022

1. Hany M, Elfiky S, Mansour N et al. Dialectical Behavior Therapy for Emotional and Mindless Eating After Bariatric Surgery: a Prospective Exploratory Cohort Study. *Obes Surg* 2022; 32(5): 1570-1577. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-05983-4>.

Anhang A Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials

Tabelle 12: Bewertung der Kriterien des Verzerrungspotenzials der Studie Grilo 2021

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte
Grilo 2021 ^a	ja	ja	nein	ja ^b / nein ^b	nein	ja
a. identische Bewertung für alle berücksichtigten Endpunkte, Vergleiche und Beobachtungszeitpunkte, Ausnahmen sind kenntlich gemacht b. Bewertung für den Endpunkt Remission der Essstörungssymptome: „ja“; alle weiteren berücksichtigten Endpunkte: „nein“ ITT: Intention to treat						

Anhang B Suchstrategien

B.1 Bibliografische Datenbanken

Suche nach systematischen Übersichten

1. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 11, 2025>

Es wurde folgender Filter übernommen:

- Systematische Übersicht: Wong [13] – High specificity strategy (adaptiert)

#	Searches
1	exp Bariatric Surgery/
2	((bariatric* or weight loss) adj3 (surger* or patient*)).ti,ab.
3	or/1-2
4	exp "Feeding and Eating Disorders"/
5	((binge* or behavio?r* or emotional* or dysfunctional* or feed* or disorder*) adj3 eat*).ti,ab.
6	or/4-5
7	Cochrane database of systematic reviews.jn.
8	(search or MEDLINE or systematic review).tw.
9	(meta analysis or network meta analysis or systematic review).pt.
10	or/7-9
11	10 not (exp animals/ not humans.sh.)
12	and/3,6,11
13	12 and (english or german or multilingual or undetermined).lg.

2. International HTA Database

Suchoberfläche: INAHTA

#	Searches
1	"Bariatric Surgery"[mhe]
2	((bariatric* or weight loss) AND (surger* or patient*))
3	#1 OR #2
4	"Feeding and Eating Disorders"[mhe]
5	((binge* or behavior* or behaviour* or emotional* or dysfunctional* or feed* or disorder*) AND eat*)
6	#4 OR #5
7	#3 AND #6

Suche nach Primärstudien

1. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to September 03, 2025>

Es wurden folgende Filter übernommen:

- RCT: Lefebvre [14] – Cochrane Highly Sensitive Search Strategy for identifying randomized trials in MEDLINE: sensitivity- and precision-maximizing version (2023 revision)
- Non-RCT: Waffenschmidt [15] – Search filter with best sensitivity for controlled NRS (Ovid MEDLINE, adapted from PubMed)

#	Searches
1	exp Bariatric Surgery/
2	(bariatric adj3 (procedure* or surgery)).ab,ti.
3	((gastric* or gastrectom* or duoden* or gastroplast*) adj2 (bypass or band*)).ab,ti.
4	(sleeve adj1 gastrectomy).ab,ti.
5	(biliopancreatic* adj1 diversion).ab,ti.
6	((gastric* or curvature*) adj2 plication).ab,ti.
7	(intra gastric* adj1 balloon*).ab,ti.
8	or/1-7
9	exp "Feeding and Eating Disorders"/
10	Bulimia/
11	((binge* or behavio?r* or emotional* or dysfunctional* or feed* or disorder* or control* or regulat*) adj3 eat*).ti,ab.
12	(anorexia or bulimi*).ti,ab.
13	((non-normative* or nonnormative*) adj3 (eating* or behavio?r*)).ti,ab.
14	or/9-13
15	exp Randomized controlled Trial/
16	controlled clinical trial.pt.
17	(randomized or placebo or randomly).ab.
18	clinical trials as topic.sh.
19	trial.ti.
20	or/15-19
21	exp animals/ not humans.sh.
22	20 not 21
23	and/8,14,22
24	exp cohort studies/ or exp epidemiologic studies/ or exp clinical trial/ or exp evaluation studies as topic/ or exp statistics as topic/

#	Searches
25	((control and (group* or study)) or (time and factors) or program or survey* or ci or cohort or comparative stud* or evaluation studies or follow-up*).mp.
26	or/24-25
27	and/8,14,26
28	(animals/ not humans/) or comment/ or editorial/ or exp review/ or meta analysis/ or consensus/ or exp guideline/
29	hi.fs. or case report.mp.
30	or/28-29
31	(23 not 30) and (english or german or multilingual or undetermined).lg.
32	(27 not 30) and (english or german or multilingual or undetermined).lg.
33	or/31-32

2. The Cochrane Library

Suchoberfläche: Wiley

- Cochrane Central Register of Controlled Trials: Issue 8 of 12, August 2025

#	Searches
1	[mh "Bariatric Surgery"]
2	(bariatric:ti,ab NEAR/3 (procedure*:ti,ab OR surgery:ti,ab))
3	((gastric*:ti,ab OR gastrectom*:ti,ab OR duoden*:ti,ab OR gastroplast*:ti,ab) NEAR/2 (bypass:ti,ab OR band*:ti,ab))
4	(sleeve:ti,ab NEAR/1 gastrectomy:ti,ab)
5	(biliopancreatic*:ti,ab NEAR/1 diversion:ti,ab)
6	((gastric*:ti,ab OR curvature*:ti,ab) NEAR/2 plication:ti,ab)
7	(intra gastric*:ti,ab NEAR/1 balloon*:ti,ab)
8	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7
9	[mh "Feeding and Eating Disorders"]
10	[mh ^Bulimia]
11	((binge*:ti,ab OR behavior*:ti,ab OR behaviour*:ti,ab OR emotional*:ti,ab OR dysfunctional*:ti,ab OR feed*:ti,ab OR disorder*:ti,ab OR control*:ti,ab OR regulat*:ti,ab) NEAR/3 eat*:ti,ab)
12	((non-normative*:ti,ab OR nonnormative*:ti,ab) NEAR/3 (eating*:ti,ab OR behavio?r*:ti,ab))
13	(anorexia:ti,ab OR bulimi*:ti,ab)
14	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13
15	#8 AND #14
16	#15 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
17	#16 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)))

#	Searches
18	#17 in Trials

B.2 Studienregister

1. ClinicalTrials.gov

Anbieter: *U.S. National Institutes of Health*

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

Suchstrategie
(eating OR anorexia OR bulimia) [Condition/disease] AND Bariatric Surgery [Other Terms] with Results

2. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal

Anbieter: *World Health Organization*

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

Suchstrategie
(eating OR anorexia OR bulimia) AND (Bariatric Surgery OR Sleeve OR Gastric Bypass OR weight loss surgery) With results only

B.3 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

G-BA-Website und IQWiG-Website

G-BA

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

Suchbegriffe
eating disorders

IQWiG

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

Suchbegriffe
eating disorders