



Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene

Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan

Auftrag: V21-05
Version: 1.0
Stand: 07.04.2022

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags

19.08.2021

Interne Auftragsnummer

V21-05

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis.....	iii
1 Dokumentation der Anhörung	1
Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen	2

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

1 Dokumentation der Anhörung

Am 11.10.2021 wurde der Berichtsplan in der Version 1.0 vom 01.10.2021 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 09.11.2021 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 7 Stellungnahmen form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahmen sind im Anhang A abgebildet.

Da sich aus den schriftlichen Stellungnahmen keine Unklarheiten ergaben, war die Durchführung einer wissenschaftlichen Erörterung der Stellungnahmen nicht erforderlich.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des Berichtsplans überprüft. Durch die Anhörung ergaben sich keine Änderungen in der Berichtsmethodik. Der Vorbericht wird daher auf Grundlage des Berichtsplans in der Version 1.0 erstellt und auf der Website des IQWiG unter www.iqwig.de veröffentlicht. Etwaige Spezifizierungen der Methodik werden im Vorbericht dargestellt. In Abschnitt A4.3 des Vorberichts wird gegebenenfalls auf wesentliche Argumente aus der Anhörung eingegangen.

Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen	A 2
A.1.1 – Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG)	A 2
A.1.2 – Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) e. V. und Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) e. V.....	A 5
A.1.3 – Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE).....	A 13
A.1.4 – Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS).....	A 19
A.1.5 – Novo Nordisk Pharma GmbH.....	A 23
A.1.6 – Pfizer Pharma GmbH	A 31
A.1.7 – Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.(VDD).....	A 34

A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 – Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG)

Autorinnen und Autoren

- de Zwaan, Martina

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V21-05

Titel: Leitliniensynopse Adipositas - Erwachsene

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum [Berichtsplan / Vorbericht]“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Prof. Dr. Martina de Zwaan
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.
<input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.
Die aktuelle Deutsche S3 Leitlinie „Adipositas – Prävention und Therapie“ wird unter Federführung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) aktuell überarbeitet.
(https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/050-001.html). Die standardisierte Literatursuche ist abgeschlossen (CS Clinical Guideline Services GmbH), die Empfehlungen werden in Arbeitsgruppen geprüft, überarbeitet bzw. ergänzt. Es handelt sich um einen von der AWMF begleiteten Prozess. Eine Konsultationsfassung wird Anfang/Mitte 2022 zur Verfügung stehen.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
z. B. 3.4 (S.16)	<u>Anmerkung:</u> <u>Vorgeschlagene Änderung:</u>
	<u>Anmerkung:</u> <u>Vorgeschlagene Änderung:</u>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/050-001.html>

**A.1.2 – Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) e. V. und Deutsche Diabetes
Gesellschaft (DDG) e. V.**

Autorinnen und Autoren

- Aberle, Jens

gemeinsamen Stellungnahme von DAG und DDG zum Berichtsplan

Berichtnr: V21-05

Titel: Leitliniensynopse Adipositas - Erwachsene

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum [Berichtsplan / Vorbericht]“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Prof. Dr. med. Aberle, Jens Präsident der DAG und Vorstandsmitglied der DDG
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Adipositas-Gesellschaft e. V. (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG)
<input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat am 11.10.2021 einen Berichtsplan zur Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene veröffentlicht. Im Folgenden darf ich für den Vorstand der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) eine fachliche Stellungnahme abgeben.

Im Namen beider Fachgesellschaften begrüßen wir grundsätzlich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine umfassende systematische Literaturrecherche mit Evidenzbewertung im Kontext der Erstellung eines Disease-Management-Programms (DMP) Adipositas in Auftrag gegeben hat. Dies wird der heutigen Bedeutung der Adipositas als eigenständige Erkrankung mit steigender Prävalenz gerecht, zumal aktuell ein erhebliches Verbesserungspotential in der Versorgung der Patienten und Patientinnen mit einer hohen Krankheitslast im deutschen Gesundheitssystem besteht. Die Entwicklung eines eigenständigen DMP Adipositas, das eine leitliniengerechte und der aktuellen Evidenz entsprechende Versorgung von Patienten und Patientinnen gewährleistet, kann diesbezüglich einen großen Beitrag leisten.

Es wäre wünschenswert, wenn eine solche Analyse auch unter Einbeziehung ausgewiesener und unabhängiger Experten vorbereitet würde, und auch in die Interpretation der Ergebnisse mehr klinische Fachexpertise einfließen würde. Im Namen beider Fachgesellschaften bieten wir hierfür gerne unsere Expertise an.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
1 (S.1)	<p><u>Anmerkung:</u> Das IQWiG geht in dem Abschnitt „Betreffendes Krankheitsbild“ auch auf den Body Mass Index (BMI) als guter Indikator für Adipositas ein und schildert dabei auch die Limitationen dieses Markers.</p> <p>Der BMI ist im Therapiealltag ein bereits etablierter Marker, und damit ein bedeutsames und wertvolles Instrument für Diagnosestellung, Verlaufskontrolle und Beurteilung des Therapieerfolgs. Die Grundlage für die Klassifikation der Adipositas ist der BMI. So beruht die Klassifikation der Adipositas bei Erwachsenen nach der World Health Organization (WHO) auf dem BMI (1).</p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p>Darüber hinaus wird in diesem Abschnitt nicht erwähnt, dass der BMI auch direkt mit Mortalität und Morbidität korreliert (1, 7, 8). Aufgrund dieses Zusammenhangs stellt die Gewichtsreduktion gemessen am BMI bei Patienten und Patientinnen mit Adipositas ein wichtiges Therapieziel dar mit positiven Auswirkungen auf Mortalität und Morbidität.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Wir bitten daher um Ergänzung des folgenden Satzes im Abschnitt „Betreffendes Krankheitsbild“ hinter Absatz 2:</p> <p>Trotz Limitationen ist der BMI ein etablierter, leicht zu bestimmender Marker im täglichen Therapiealltag. Der BMI korreliert darüber hinaus direkt mit Mortalität und Morbidität (1, 7, 8), weshalb eine Reduktion des Körpergewichts gemessen am BMI ein wichtiges Therapieziel für Patienten und Patientinnen mit Adipositas darstellt.</p>
1 (S.1)	<p><u>Anmerkung:</u> Die Definition der Adipositas seitens des IQWiG im Zuge der Beschreibung des betreffenden Krankheitsbildes fällt mit dem Hinweis auf ein über die Norm hinausgehende Vermehrung der Körperfette sehr knapp aus und wird unserer Meinung der Komplexität der Erkrankung nicht gerecht.</p> <p>Die übermäßige Vermehrung von Depotfett (subkutan und viszeral) sowie von ektopem Fett (u.a. Leber, Muskulatur und Pankreas) ist durch die endokrine Aktivität des Fettgewebes eng mit vielfältigen pathophysiologischen Mechanismen verknüpft, die u.a. zu einer gestörten Energiehomöostase, Organschäden aber auch psychosozialer Beeinträchtigung führen (3).</p> <p>Darüber hinaus kann sich eine Adipositas durch eine metabolische Adaption bzw. gestörte Energiehomöostase, welche einem Gewichtsverlust entgegenwirkt, manifestieren. Ein hormonell gesteigertes Hunger- und ein gesenktes Sättigungsgefühl sowie ein erniedrigter Energieverbrauch nach erfolgter Gewichtsreduktion bedingt eine erneute Gewichtszunahme. Patienten fallen somit oft nach einer therapeutischen Intervention auf ihr Ausgangsgewicht zurück, wenn gewichtsreduzierende Maßnahmen nicht fortgeführt werden. Daher ist Adipositas als eine chronische, rezidivierende und progressive Erkrankung zu verstehen (2, 4).</p> <p>Wenngleich die Adipositas von vielen Institutionen in Deutschland sowie seit 2020 auch vom Deutschen Bundestag als Krankheit gesehen wird, ist sie dennoch in unserem Gesundheitssystem noch nicht ausreichend als eigenständige Krankheit anerkannt. Dies stellt uns behandelnde Ärzte vor erhebliche Herausforderungen in der täglichen und adäquaten Versorgung unserer Patienten und Patientinnen. Die</p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p>WHO hingegen charakterisiert in ihrem Grundsatzpapier vom Jahr 2000 die Adipositas als Krankheit (1), das Bundessozialgericht sprach in einem Urteil vom 19.2.2003 vom „Vorliegen einer Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne“ (5) und das Europäische Parlament hat in einer Resolution vom 12.2.2006 die Mitgliedsstaaten aufgefordert, Fettleibigkeit offiziell als chronische Krankheit anzuerkennen (6).</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Wir bitten daher um folgende Ergänzungen im Abschnitt „Betreffendes Krankheitsbild“:</p> <p>Adipositas ist eine komplexe, chronische, rezidivierende und progressive Erkrankung, bei der abnormales oder übermäßiges Körperfett die Gesundheit beeinträchtigt, das Risiko langfristiger Begleiterkrankungen erhöht und die Lebensdauer verkürzt (7, 8).</p>
1 (S.2)	<p><u>Anmerkung:</u> Der Abschnitt zum betreffenden Krankheitsbild schließt mit einem Absatz, der Adipositas als Risikofaktor für viele Beschwerden und die Entwicklung chronischer Erkrankungen beschreibt. Auch wenn diese Aussage vollumfänglich unsererseits unterstützt wird, so impliziert sie erneut, dass sich die Definition der Adipositas darauf beschränkt, dass Adipositas als ein Risikofaktor für Folgeerkrankungen zu verstehen ist. Wie zuvor bereits dargestellt ist Adipositas eine eigenständige, komplexe, chronische, rezidivierende und progressive Erkrankung und darüber hinaus ein Risikofaktor für Begleiterkrankungen (1).</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> „Adipositas gilt zudem als Risikofaktor für (...)“</p>
2 (S.4)	<p><u>Anmerkung:</u> In Kapitel 2 wird seitens des IQWiG auch darauf hingewiesen, dass Empfehlungen zu digitalen medizinischen Anwendungen dargestellt werden sollen.</p> <p>Wir begrüßen und unterstützen, die digitale Transformation des deutschen Gesundheitswesens, dessen wichtiger Teil auch die Versorgung von Patienten und Patientinnen mit digitalen medizinischen Gesundheitsanwendungen in der Indikation Adipositas ist. Da das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgung-Gesetz – DVG) erst im Januar 2020 in Kraft getreten ist, blicken wir auf etwas mehr als ein Jahr digitaler medizinischer Gesundheitsanwendungen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung im deutschen Gesundheitssystem zurück. Aufgrund dieser</p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigelegt werden.</i>
	<p>noch kurzen Zeitspanne haben konkrete Empfehlungen zu digitalen medizinischen Gesundheitsanwendungen bisher noch keinen Einzug in deutsche, evidenzbasierte Leitlinien gefunden.</p> <p>Darüber hinaus bleibt fraglich, inwieweit in Frage kommende deutschsprachige Anwendungen in anglo-amerikanischen Leitlinien empfohlen werden und diese Empfehlungen damit grundsätzlich auf den deutschen Versorgungsalltag übertragen werden können.</p> <p>Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen bieten neue Möglichkeiten, ergänzen die medizinische Therapie, und unterstützen Patienten und Patientinnen bei der Behandlung ihrer Adipositas. Insbesondere Patienten, die z.B. unter Mobilitätseinschränkungen oder Defiziten in der lokalen Versorgungslandschaft leiden, können auf digitalem Wege einen besseren Zugang zur Basistherapie erlangen.</p> <p>Wir befürworten daher die Darstellung der Empfehlungen zu digitalen medizinischen Anwendungen, möchten aber bereits aufgrund der Neuartigkeit dieser Therapieoptionen auf aktuell limitierte Informationen auf Basis von evidenzbasierten deutschen Leitlinien sowie auf eine fehlende Übertragbarkeit von Empfehlungen in anglo-amerikanischen Leitlinien hinweisen.</p> <p>Aufgrund der aktuell begrenzten Empfehlungen zu digitalen medizinischen Gesundheitsanwendungen ausschließlich aus evidenzbasierten Leitlinien erscheint es uns hier zielführend auch auf nicht-evidenzbasierte Leitlinien zurückzugreifen.</p> <p>Wir bitten daher um Klarstellung auf Basis welcher Informationen das IQWiG hier Empfehlungen darstellen wird.</p>
4/4.1.2 (S.6)	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>In dem Unterkapitel „Versorgungsaspekte“ fasst das IQWiG die für ein DMP relevanten Aspekte zusammen. Unter den therapeutischen Maßnahmen wird hier auch auf die „Basistherapie (Ernährungs-, Bewegungs-, und Verhaltenstherapie)“ verwiesen.</p> <p>Grundlage jedes Gewichtsmanagement sollte eine Basistherapie bestehend aus einer Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie sein. Dabei soll je nach individueller Situation und im Rahmen einer partizipativen Arzt-Patienten/Patientinnen Entscheidung die einzelnen Komponenten in Kombination oder auch als Einzelkomponenten zum Einsatz kommen (9). Gerade bei der verhaltenstherapeutischen Behandlung gibt es keine klare Abgrenzung zwischen Lebensstilinterventionen und (kognitiv-) verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden. Lebensstilinterventionen können auf eine</p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p>Ernährungsumstellung und/oder Steigerung der körperlichen Aktivität abzielen, schließen ggf. aber auch verhaltenstherapeutische Techniken mit ein. Umgekehrt wird in verhaltenstherapeutischen Programmen oft auch eine Bewegungs- und Ernährungstherapie umgesetzt (9). Eine Abgrenzung zwischen den drei Komponenten der Basistherapie ist somit nur bedingt möglich.</p> <p>Die Basistherapie kann dabei in Form von Gewichtsreduktionsprogrammen in den Versorgungsalltag der Patienten und Patientinnen integriert werden. Daher richtet sich die konkrete Umsetzung der Basistherapie für Patienten und Patientinnen in Deutschland nach der individuellen Situation, den Therapiezielen, sowie nach den regional zu Verfügung stehenden Gewichtsreduktionsprogrammen und deckt somit nicht zwangsläufig alle drei Komponenten ab. Zudem ist es fraglich, ob bzw. inwieweit Empfehlungen aus anglo-amerikanischen Leitlinien zu Gewichtsreduktionsprogrammen überhaupt auf den deutschen Versorgungskontext übertragen werden können.</p> <p>Die patientenindividuelle komplexe Versorgungssituation in Deutschland sollte aus unserer Sicht daher unbedingt beachtet werden, in der z.B. nicht grundsätzlich die einzelnen Komponenten der Basistherapie ausschließlich in Kombination umgesetzt werden. Die Recherche des IQWiG sollte sich auch an klinischen Kriterien und der komplexen Versorgungssituation in Deutschland orientieren.</p>
4/4.1.5 (S.7)	<p><u>Anmerkung:</u> Das IQWiG wird in seiner Recherche nur Leitlinien einschließen, die nicht älter als 5 Jahre sind.</p> <p>Wir möchten bereits jetzt darauf hinweisen, dass die evidenzbasierte interdisziplinäre S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ der DAG, die u.a. in Zusammenarbeit mit der DDG, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin erstellt wurde, derzeit überarbeitet wird. Einen Einschluss dieser Leitlinie nach Publikation der aktualisierten Version in die Leitliniensynopse des IQWiG halten wir für zwingend notwendig, da diese Fachgesellschafts-übergreifende Empfehlungen zu aktuellen Versorgungs- und Therapieaspekten der Adipositas gerade mit Hinblick auf das deutsche Gesundheitswesen enthält.</p> <p>Darüber hinaus möchten wir auf die aktuell überarbeiteten S2-Praxisempfehlungen der DDG „Adipositas und Diabetes“ vom Oktober 2021 hinweisen, die ebenfalls Empfehlungen zur Behandlung der Adipositas enthalten (10). Praxisempfehlungen der DDG bauen auf den nationalen Leitlinien auf und dienen der Implementierung der Leitlinienempfehlung in die Versorgung, insbesondere in die Primärmedizin. Damit erfüllen diese Praxisempfehlungen den Zweck die Translation der S3-</p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	Leitlinienempfehlungen in die Praxis zu erleichtern und damit evidenzbasierte Medizin besser im deutschen Gesundheitssystem zu verankern (S2-Praxisempfehlungen). Dies entspricht unserer Ansicht nach der Intension des G-BA bei der Erstellung der DMP Adipositas. Daher sollten sowohl die S2-Praxisempfehlungen als auch die in Überarbeitung befindliche S3-Leitlinie in der Evidenzrecherche des IQWiG berücksichtigt werden (9, 10).

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

1. WHO, Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894:i-xii, 1-253. PMID: 11234459
2. Nordmo M, Danielsen YS, Nordmo M, The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. *Obes Rev.* 2020 Jan;21(1):e12949. doi: 10.1111/obr.12949. Epub 2019 Nov 1. PMID: 31675146.
3. Chait A, den Hartigh LJ. Adipose Tissue Distribution, Inflammation and Its Metabolic Consequences, Including Diabetes and Cardiovascular Disease. *Front Cardiovasc Med.* 2020 Feb 25;7:22. doi: 10.3389/fcvm.2020.00022. PMID: 32158768; PMCID: PMC7052117.
4. Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J Med.* 2011 Oct 27;365(17):1597-604. doi: 10.1056/NEJMoa1105816. PMID: 22029981.
5. BUNDESSOZIALGERICHT - B 1 KR 1/02 R - 2003
6. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity, European Charter on counteracting obesity. 2006
7. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet.* 2009 Mar 28;373(9669):1083-96. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60318-4. Epub 2009 Mar 18. PMID: 19299006; PMCID: PMC2662372.
8. Di Angelantonio E, Bhupathiraju ShN, Wormser D, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet.* 2016 Aug 20;388(10046):776-86. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30175-1. Epub 2016 Jul 13. PMID: 27423262; PMCID: PMC4995441.
9. Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014 (zurzeit überarbeitet)
10. Aberle J, Lautenbach A, Meyhöfer S, et al., Praxisempfehlungen DDG, *Diabetologie* 2021; 16 (Suppl 2): S290–S298 DOI 10.1055/a-1515-8779 ISSN 1861-9002

A.1.3 – Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Autorinnen und Autoren

- Merkel, Martin
- Fenske, Wiebke

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V21-05

Titel: Leitliniensynopse Adipositas - Erwachsene

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum [Berichtsplan / Vorbericht]“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Prof. Dr. med. Wiebke Fenske
Hon.-Prof. Dr. med. Martin Merkel
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
<input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
4.1.2 (S.6)	<p><u>Anmerkung:</u> Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat am 19.08.2021 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Leitliniensynopse Adipositas bei Erwachsenen beauftragt. Der vorliegende Berichtsplan (Version 1.0) formuliert in Abschnitt (4) <i>Methoden</i> die für ein DMP Adipositas relevanten übergeordneten Aspekte der klinischen Versorgung (4.1.2 <i>Versorgungsaspekte</i>), deren Empfehlungs- und Evidenzgraduierung gemäß Vorgabe der zu berücksichtigenden Leitlinien kategorisiert werden soll.</p> <p>Unter dem übergeordneten Versorgungsaspekt „Diagnostik“ finden sich die Unteraspekte „Risikoabschätzung“ und „(weiterführende) Anamnese“. Ein wichtiger Aspekt in der Diagnostik ist zusätzlich die Suche nach eventuell therapierbaren ursächlichen Faktoren, beispielsweise endokriner oder genetischer Art.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Einfügen eines weiteren Punktes „Abklärung genetischer und endokriner Ursachen“ unter „Diagnostik“</p> <p>Unter dem übergeordneten Versorgungsaspekt „therapeutische Maßnahmen“, wird auf die drei klassischen Therapiesäulen wie die „Basistherapie“ (Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie), die „medikamentöse Therapie“ und die „chirurgische Therapie“ im Berichtsplan eingegangen. Unerwähnt bleibt der vergleichsweise noch junge, doch technisch sich rasant weiterentwickelnde Ansatz der „endoskopischen Therapie“ im Stufenkonzept der Adipositastherapie [1]. So empfiehlt die American Gastroenterological Association (AGA) Clinical Practice Guidelines von 2021 die Magenballon Implantation (IGB) zur Gewichtsreduktion bei</p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p>Patienten mit Adipositas nach Versagen der konservativen Therapiemodalitäten [2].</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Nicht zuletzt aufgrund der zunehmenden Aufmerksamkeit, die dieses klinisch rasch wachsende Therapiefeld erfährt, sollte die inhaltliche Einschätzung der endoskopisch bariatrischen Therapieverfahren (auch bei ggfs (noch) geringem Evidenzlevel) als potentiell DMP-relevanter, additiver Versorgungsaspekt im Sinne einer lückenlosen Versorgung von Patienten und Patientinnen im Rahmen eines vollständigen therapeutischen Stufenkonzepts mit aufgenommen werden.</p> <p>Weiterhin erscheint die Eingrenzung der medikamentösen Therapie auf „adjuvante“ Formen eine nicht zielführende Einschränkung.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Streichung des Wortes „adjuvant“</p>
4.1.5 (S. 7)	<p><u>Anmerkung:</u> In Abschnitt (1) <i>Hintergründe</i> des IQWiG-Berichtsplans wird darauf hingewiesen, dass es sich bei DMPs „um strukturierte <i>Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen handelt, die auf den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin beruhen</i>“ und im Wesentlichen auf Erkenntnissen aufbauen, die in den entwickelten Leitlinien entsprechend eines Empfehlungsgrades klassifiziert werden. Es wird davon ausgegangen, dass Leitlinien, die älter als 5 Jahre sind, nicht mehr dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen, weswegen diese bei der DMP Erstellung keine Berücksichtigung finden (4.1.5 <i>Publikationszeitraum</i>). Wenngleich Leitlinien in regelmäßigen Abständen überarbeitet werden (sollten), kann es durch diese Vorgabe bei der DMP Erarbeitung dazu kommen, dass fortbestehend relevante Leitlinien ausgeschlossen und deren Inhalte dem DMP vorenthalten bleiben (u.a. AACE/ACE Obesity Clinical Practice Guidelines (2016) [3]; Interdisziplinäre S3 Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ (2014); „Pharmacological Management of Obesity: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline“ (2015) [4]).</p> <p>Wir geben ferner zu bedenken, dass die Interdisziplinäre S3 Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ von 2014, die von grundlegender Bedeutung für die Erarbeitung des DMPs für Adipositas von Erwachsenen sein sollte, derzeit ausgelaufen ist und überarbeitet wird. Die Veröffentlichung der überarbeiteten Leitlinie wird voraussichtlich frühestens im Laufe des Jahres 2022 (?) erfolgen. Es erscheint vor diesem Hintergrund unwahrscheinlich, dass die überarbeitete S3 Leitlinie in den Vorbericht eingeschlossen werden kann.</p> <p>Ebenfalls unberücksichtigt in der Vorgabe des Berichtsplans bleibt, dass neue evidenzbasierte Erkenntnisse oftmals nicht zeitgemäß in der Leitlinie abgebildet werden. Dies wiederum hat zur Folge, dass neue Erkenntnisse mit möglicherweise hoher klinischer Relevanz nur mit einer großen Zeitverzögerung Einzug in das DMP erhalten. Betrachtet man die sich derzeit</p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p>rasch entwickelnde Datenlage zu neuen pharmakotherapeutischen Möglichkeiten zur Gewichtsreduktion bei Adipositas, wird deutlich, dass diese noch neueren Daten ([5], [6], EMA Zulassung 2015 von Liraglutide 3,0 mg; EMA Zulassung von Semaglutide 2.4 mg erwartet in Q4 2021) bisher noch keinen Einzug in die Leitlinien gefunden haben. Weitere Substanzen befinden sich derzeit in Vorbereitung des Zulassungsprozesses. Eine ähnliche Entwicklung von neuen, relevanten Studiendaten wie in der Pharmakotherapie beobachten wir bei den Outcome Studien zur Bariatrischen und Metabolischen Chirurgie [7], [8] wie auch im Bereich der digitalen Gesundheitsanwendungen.</p> <p>Die Integration dieser Landmark-Studien in die Leitlinienempfehlungen wird von großer Bedeutung sein für die Therapie der Adipositas von Erwachsenen. Diese (und weitere) Studienergebnisse werden jedoch erst in den anstehenden Überarbeitungen der Leitlinien Berücksichtigung finden.</p> <p>Wenngleich, wie in 4.5.1 <i>Umgang mit ergänzenden Aussagen in den Leitlinien</i> dargestellt, die Vorgabe den Umgang mit ergänzenden Aussagen in Form von beispielsweise Statements oder Clinical Practice Points berücksichtigt, findet sich in der Vorgabe für neue, evidenzbasierte klinische Erkenntnisse kein Weg in das bestehende DMP.</p> <p>Wir möchten darauf hinweisen, dass dieses Vorgehen nur bedingt dem Ziel eines strukturierten Behandlungsprogramms, das auf den (auch aktualisierten) Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin beruht, entspricht.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u></p> <p>Wir möchten daher im Sinne eines Aktualitätsanspruchs des DMPs empfehlen, ergänzende Aussagen in Form von neuen evidenzbasierten Erkenntnissen nicht nur darzustellen, sondern auch für die Erarbeitung des DMPs und gegebenenfalls relevanter Änderungen des DMPs zu berücksichtigen.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

1. Glass, J., et al., *New Era: Endoscopic treatment options in obesity-a paradigm shift*. World J Gastroenterol, 2019. **25**(32): p. 4567-4579.
2. Muniraj, T., et al., *AGA Clinical Practice Guidelines on Intra-gastric Balloons in the Management of Obesity*. Gastroenterology, 2021. **160**(5): p. 1799-1808.

3. Garvey, W.T., et al., *American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care of Patients with Obesity*. *Endocr Pract*, 2016. **22 Suppl 3**: p. 1-203.
4. Apovian, C.M., et al., *Pharmacological management of obesity: an endocrine Society clinical practice guideline*. *J Clin Endocrinol Metab*, 2015. **100**(2): p. 342-62.
5. Pi-Sunyer, X., et al., *A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management*. *N Engl J Med*, 2015. **373**(1): p. 11-22.
6. Wilding, J.P.H., et al., *Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity*. *N Engl J Med*, 2021. **384**(11): p. 989.
7. Carlsson, L.M.S., et al., *Life Expectancy after Bariatric Surgery in the Swedish Obese Subjects Study*. *N Engl J Med*, 2020. **383**(16): p. 1535-1543.
8. Inge, T.H., A.P. Courcoulas, and M.A. Helmrath, *Five-Year Outcomes of Gastric Bypass in Adolescents as Compared with Adults. Reply*. *N Engl J Med*, 2019. **381**(9): p. e17.

A.1.4 – Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

Autorinnen und Autoren

- Tacke, Frank

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V21-05

Titel: Leitliniensynopse Adipositas - Erwachsene

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum [Berichtsplan / Vorbericht]“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Prof. Dr. med. Frank Tacke, Charité Universitätsmedizin Berlin
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, DGVS
<input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

<p>Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.</p>
<p>Es sollte berücksichtigt werden, dass die Adipositas auch ein Risikofaktor für die Fettlebererkrankung darstellt (s. Hintergrund, Seite 2- vorletzter Absatz). Daher sollte bei Adipositas auf das Vorliegen einer Fettlebererkrankung untersucht werden, und die Fettlebererkrankung sollte in der Therapie und der Verlaufskontrolle beachtet werden.</p>
<p>Die DGVS überarbeitet derzeit die Leitlinie zur Nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung. Hierin werden Empfehlungen zu folgenden relevanten Themen enthalten sein, die unbedingt beim DMP berücksichtigt werden müssen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Screening auf Fettlebererkrankung bei Patient*innen mit Adipositas 2. Diagnostik zur Risikoabschätzung der Fettlebererkrankung 3. Notwendige Untersuchungen auf Begleiterkrankungen 4. Notwendige Kontrollintervalle in Abhängigkeit vom Ausgangsbefund 5. Therapeutische Maßnahmen zur Behandlung der Fettlebererkrankung in Abhängigkeit von Begleiterkrankungen und vom Schweregrad der Lebererkrankung

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
4.1.2, S.6	<p><u>Anmerkung:</u> Der Teil Diagnostik sollte umfassen: Screening auf Fettlebererkrankung bei Patient*innen mit Adipositas, Diagnostik zur Risikoabschätzung der Fettlebererkrankung, Notwendige Untersuchungen auf Begleiterkrankungen</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risikoabschätzung • (weiterführende) Anamnese • Screening auf Fettlebererkrankung • Weitergehende Diagnostik zur Risikoabschätzung bei Nachweis einer Fettleber
4.1.2, S.6	<p><u>Anmerkung:</u></p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p>Der Teil Therapie sollte umfassen: Therapeutische Maßnahmen zur Behandlung der Fettlebererkrankung in Abhängigkeit von Begleiterkrankungen und vom Schweregrad der Lebererkrankung</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> therapeutische Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basistherapie (Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie) • adjuvante medikamentöse Therapie • chirurgische Therapie • spezifische therapeutische Maßnahmen zur Behandlung einer begleitenden Fettlebererkrankung in Abhängigkeit von Begleiterkrankungen und vom Schweregrad der Lebererkrankung
4.1.2, S.6	<p><u>Anmerkung:</u> Der Teil Kooperation der Versorgungssektoren sollte umfassen: Wann ist eine Überweisung zum Hepatologen / Leberspezialisten erforderlich.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Kooperation der Versorgungssektoren (inkl. Überweisung zu hepatologisch spezialisierten Fachärzt*innen)</p>
4.1.2, S.6	<p><u>Anmerkung:</u> Der Teil Langzeitbetreuung sollte die Überwachung auf Leber-assoziierte Begleiterkrankungen umfassen.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Langzeitbetreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notwendige Kontrollintervalle bezüglich Leber-assoziiertes Begleiterkrankungen in Abhängigkeit vom Ausgangsbefund

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

A.1.5 – Novo Nordisk Pharma GmbH

Autorinnen und Autoren

- Gemmel, Tobias
- Gollan, René
- Knerr-Rupp, Katrin
- Lüdtke, Eberhard
- Thiele, Katharina

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V21-05

Titel: Leitliniensynopse Adipositas - Erwachsene

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum [Berichtsplan / Vorbericht]“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Dr. Thiele, Katharina / Vice President Market Access & Strategic Pricing
Gemmel, Tobias / Senior Director External Affairs
Dr. Lüdtko, Eberhard / Senior Manager National Market Access
Dr. Knerr-Rupp, Katrin / Market Access Manager
Dr. Gollan, René / Medical Advisor
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Novo Nordisk Pharma GmbH
<input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

<p>Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.</p>
<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Leitliniensynopse Adipositas bei Erwachsenen beauftragt. Hierzu hat das IQWiG am 11.10.2021 auf der Webseite den Berichtsplan veröffentlicht und ein Stellungnahmeverfahren eröffnet, das erlaubt diesen Berichtsplan zu kommentieren (1). Davon möchte Novo Nordisk mit der nachfolgenden Stellungnahme gerne Gebrauch machen.</p>
<p>Auf der Webseite des IQWiG wurden zu dem Projekt „[V21-05] Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene“ „Letzte Aktualisierung 11.10.2021“ unter dem Reiter „Zeitplan“ bereits die vorgesehen Termine für die einzelnen Arbeitsschritte veröffentlicht. Novo Nordisk bittet um Überprüfung des dort veröffentlichten Zeitplans, da alle Arbeitsschritte ab der „Veröffentlichung des Vorberichts“ aktuell in Q2/Q3 2021, und damit bereits in der Vergangenheit, terminiert sind.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
1 (S.1)	<p><u>Anmerkung:</u> Im Abschnitt „Betreffendes Krankheitsbild“ wird auf die Limitation des BMI als Indikator für Adipositas insbesondere bei Querschnittsvergleichen hingewiesen. Außerdem spielen neben der Bestimmung des BMI auch das Fettverteilungsmuster zur Beurteilung der Adipositas und das damit einhergehende metabolische und kardiovaskuläre Gesundheitsrisiko eine Rolle.</p> <p>Die World Health Organization (WHO) weist in dem hier zitierten Dokument darauf hin, dass der BMI ein häufig genutzter Marker sei um zwischen Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen zu unterscheiden (2). Zur Klassifikation des Übergewichts und der Adipositas von Erwachsenen verweist die WHO ferner auf eine Tabelle in der ausschließlich nach BMI-Grenzen eingeteilt wird, und die auch in dem vorliegenden Berichtsplan des IQWiG zitiert wird (1 (Tabelle 1), 2). Dabei basiert die Klassifikation der WHO nach dem BMI in erster Linie auf der Assoziation des BMI mit Mortalität (2). Eine Korrelation zwischen BMI und Mortalität wird darüber hinaus auch in anderen Publikationen beschrieben, weshalb der BMI selbst ein Prädiktor für die Gesamtmortalität darstellt (3,</p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p>4). Außerdem ist der BMI selbst stark mit unterschiedlichen Komorbiditäten assoziiert (2, 5). Bereits in der Klassifikationstabelle der WHO wird vereinfacht die Beziehung zwischen dem BMI und dem Risiko für eine Komorbidität dargestellt (2 (Tabelle 2.1).</p> <p>In der derzeit in Überarbeitung befindlichen deutschen S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ wird bezüglich der Beurteilung des Ausmaßes des Übergewichtes auf die Klassifikation über den BMI verwiesen (6). Auf die Einteilung nach dem BMI wird außerdem in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision als deutsche Modifikation (ICD-10-GM, Version 2022) für die amtliche Verschlüsselung von Adipositas abgestellt (8).</p> <p>Daher kommt dem BMI als anerkannter Marker für die Klassifikation des Gewichtes von Erwachsenen, und als direkter Prädiktor für die Gesamtmortalität, ein wichtiger Stellenwert zu. Novo Nordisk bittet somit um Klärung des Stellenwertes des BMI.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Novo Nordisk bittet um Ergänzung des folgenden Satzes auf Seite 1 Absatz 3: Auch wenn andere Messmethoden, wie z.B. die Messung des Körperfettanteils, zusätzliche Informationen liefern können, handelt es sich bei dem BMI um die primäre und gebräuchlichste Beurteilungsrundlage für die Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen. Darüber hinaus gibt es eine Assoziation zwischen dem BMI und Mortalität, weshalb der BMI selbst einen wichtigen Prädiktor für die Gesamtmortalität darstellt (2, 3, 4).</p>
1 (S.2)	<p><u>Anmerkung:</u> Im Abschnitt „Betreffendes Krankheitsbild“ wird im Weiteren auf die Entwicklung verschiedener chronischer Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, verschiedene Krebsarten, sowie kardiovaskuläre und Muskel-Skelett-Erkrankungen verwiesen, die durch Adipositas als Risikofaktor begünstigt werden würden. Außerdem weist die WHO auf erhebliche physiologische und psychologische Konsequenzen von Adipositas hin.</p> <p>Aus Sicht von Novo Nordisk ist die Adipositas als eigenständige, chronische, rezidivierende Krankheit zu betrachten (2) und ist als diese bereits vom deutschen Bundestag anerkannt worden (11). Darüber hinaus ist Adipositas auch ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung vieler verschiedener Komorbiditäten (2, 5, 10, 11). Ziel des neu zu entwickelnden DMP Adipositas ist es, Menschen mit einer Adipositas leitliniengerecht zu behandeln und sie im Umgang mit dieser Erkrankung zu unterstützen (9). Adipositas ist in Leitlinien als auch z. B. seitens der WHO bereits als Krankheit anerkannt (2, 7). Im ICD-10-GM gibt es bereits offizielle Codes für die amtliche Verschlüsselung von Adipositas als Diagnose und damit auch zur Klassifikation dieser Erkrankung. Die hier möglichen unterschiedlichen Codes</p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p>zur Diagnosestellung wurden aktuell sogar erweitert (8). Novo Nordisk bittet daher um Klarstellung des Stellenwertes von Adipositas als eigenständige Erkrankung.</p> <p>Außerdem ist aus Sicht von Novo Nordisk wichtig klarzustellen, dass die in diesem Abschnitt beschriebene Aufzählung von mit Adipositas assoziierten Begleiterkrankungen nicht als abschließend zu verstehen ist.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Adipositas als eigenständige, chronische, rezidivierende, progressive Erkrankung ist zusätzlich mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung verschiedener Komorbiditäten, wie zum Beispiel kardiovaskuläre sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen, Diabetes mellitus, nicht alkoholische Steatohepatitis (NASH) oder einiger Krebsarten assoziiert (2, 5, 10).</p>
2 (S.4)	<p><u>Anmerkung:</u> In Kapitel 2 „Fragestellung“ wird u.a. aufgeführt, dass auch Empfehlungen zu digitalen medizinischen Anwendungen identifiziert werden sollen. Nach unserem Kenntnisstand gibt es in den aktuell zu Verfügung stehenden, evidenzbasierten, deutschen Leitlinien bisher keine klare Empfehlung zu digitalen medizinischen Anwendungen. Da Empfehlungen zu digitalen medizinischen Anwendungen unabhängig von der Empfehlung- und Evidenzgradierung dargestellt werden sollen, bittet Novo Nordisk um Klärung, welche Kriterien das IQWiG hier heranzieht.</p>
4/4.1.1 (S. 6)	<p><u>Anmerkung:</u> In dem Unterkapitel „Population“ wird darauf verwiesen, dass die Zielpopulation der Untersuchungen erwachsene Patienten und Patientinnen mit Adipositas seien. Eine ergänzende Erläuterung, welches Klassifikationssystem für das Vorliegen einer Adipositas bei Erwachsenen hier verwendet werden soll, wurde allerdings nicht vorgenommen. Novo Nordisk bittet daher um Ergänzung, welches Klassifikationssystem zur Anwendung kommen soll.</p> <p>Im Gesetzesentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) wird bzgl. der Klassifikation von Adipositas auf die Einteilung nach ICD-10 in verschiedene Schweregrade verwiesen (11). Im ICD-10 wird wiederum auf die Einteilung der WHO abgestellt (8).</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Die Zielpopulation der Untersuchungen sind erwachsene Patientinnen und Patienten mit Adipositas entsprechend der WHO Klassifikation (Tabelle 1).</p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>										
	<p>Tabelle 1: Klassifikation der Adipositas [3]</p> <table border="1" data-bbox="368 324 1273 517"> <thead> <tr> <th>Klassifikation</th> <th>BMI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Übergewicht (Präadipositas)</td> <td>25,00–29,99</td> </tr> <tr> <td>Adipositas Grad I</td> <td>30,00–34,99</td> </tr> <tr> <td>Adipositas Grad II</td> <td>35,00–39,99</td> </tr> <tr> <td>Adipositas Grad III</td> <td>≥ 40,0</td> </tr> </tbody> </table> <p>BMI: Body-Mass-Index</p>	Klassifikation	BMI	Übergewicht (Präadipositas)	25,00–29,99	Adipositas Grad I	30,00–34,99	Adipositas Grad II	35,00–39,99	Adipositas Grad III	≥ 40,0
Klassifikation	BMI										
Übergewicht (Präadipositas)	25,00–29,99										
Adipositas Grad I	30,00–34,99										
Adipositas Grad II	35,00–39,99										
Adipositas Grad III	≥ 40,0										
4/4.1.2 (S.6.).	<p><u>Anmerkung:</u> Unter dem Abschnitt „Versorgungsaspekte“ wird bei den therapeutischen Maßnahmen u. a. „Basistherapie (Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie)“ aufgezählt sowie eine adjuvante medikamentöse Therapie.</p> <p>In der deutschen S3- Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“, die sich aktuell in Überarbeitung befindet, wird bzgl. der Basisprogramme u. a. darauf hingewiesen, dass die Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie je nach individueller Situation primär in Kombination, aber ggf. auch als Einzelkomponenten verwendet werden können (6). Daher bittet Novo Nordisk um Klarstellung, ob in die Recherche nur Leitlinien eingeschlossen werden, die Empfehlungen zu Basistherapien geben, die zwingend aus allen drei Komponenten (Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie) in Kombination bestehen.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Basistherapie (Ernährungs- und/oder Bewegungs- und/oder Verhaltenstherapie)</p>										
4/4.1.9 (S.8 - 9)	<p><u>Anmerkung:</u> Unter dem Aspekt „Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss“ wird u. a. aufgezählt, dass in die Leitliniensynopse ausschließlich Leitlinien eingeschlossen werden sollen, die als gültig gekennzeichnet sind und/oder bei denen das Überarbeitungsdatum nicht überschritten ist (E8).</p> <p>Aufgrund dieses Einschlusskriteriums wird die deutsche S3- Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ in der aktuellen Leitliniensynopse ggf. nicht berücksichtigt werden (6). Novo Nordisk weist darauf hin, dass sich diese Leitlinie aktuell in Überarbeitung befindet. Da diese deutsche Leitlinie von führenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften herausgegeben wird, die darin u.a. gemeinsame Empfehlungen zu Therapiezielen, Therapievoraussetzungen und dem therapeutischen Vorgehen geben, kommt dieser dann hochaktuellen Nationalen Versorgungsleitlinie zu Adipositas eine sehr große Bedeutung zu. Daher sollte diese im weiteren Verfahren auch zu einem späteren Zeitpunkt vollumfänglich Berücksichtigung finden.</p>										

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p>Unter dem Aspekt „Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss“ wird des Weiteren darauf verwiesen, dass nur Leitlinien in die Recherche eingeschlossen werden, die als Vollpublikation vorliegen (E9).</p> <p>Aufgrund der aktuell in Bearbeitung befindlichen deutschen S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ (6) mit aktuell unbekanntem Veröffentlichungsdatum halten wir es aufgrund des besonderen Stellenwertes dieser Leitlinie im dt. Versorgungskontext. für sinnvoll ggf. bis dahin veröffentlichte Teilabschnitte ebenfalls für die Leitliniensynopse zu berücksichtigen.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene, Berichtsplan V1.0., 2021
2. World Health Organization, Obesity: Preventing and managing the global epidemic, report of a WHO consultation, 2000
3. Whitlock G., Lewington S., Sherliker P. et al.; Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies, Lancet, 2009
4. Di Angelantonio E., Bhupathiraju Sh. N., Wormser D. et al., Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents, Lancet, 2016
5. Guh D. P., Zhang W, Bansback N. et al., The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis, BMC Public Health, 2009
6. Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas, 2014 (in Überarbeitung)
7. Wharton S., Lau C. W. D., Vallis M. et al., Obesity in adults: a clinical practice guideline, CMAJ Aug., 2020
8. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2020 (letzter Zugriff: 2021-11-05, <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlqgm2020/block-e65-e68.htm>)
9. Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA beginnt mit Entwicklung eines DMP Adipositas, Pressemitteilung-Disease-Management-Programme. 2021

10. Scheen A. J., Luyckx F. H., Obesity and liver disease, Best Pract Res Clin Endocrinol Metab., 2002
11. Deutscher Bundestag, Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, Drucksache 19/26822, 19.02.2021

A.1.6 – Pfizer Pharma GmbH

Autorinnen und Autoren

- Becker, Niels-Peter
- Binding, Hanna
- Böhme, Sarah
- Kauffmann, Stephanie
- Leverkus, Friedhelm
- Müller, Ulrike
- Trescher, Saskia

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V21-05

Titel: Leitliniensynopse Adipositas - Erwachsene

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum [Berichtsplan / Vorbericht]“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Leverkus, Friedhelm
Kauffmann, Stephanie
Trescher, Saskia; Dr.
Müller, Ulrike; Dr.
Becker, Niels-Peter; Dr.
Binding, Hanna
Böhme, Sarah
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Pfizer Pharma GmbH
<input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

<p>Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.</p>
<p>Die Pfizer Pharma GmbH (nachfolgend: Pfizer) begrüßt die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Berichtsplan für die Leitliniensynopse zu Adipositas bei Erwachsenen des IQWiG. Pfizer beteiligt sich an der wissenschaftlichen Diskussion und reicht die folgende Stellungnahme ein.</p> <p>Im Rahmen der Stellungnahme werden die folgenden Punkte kommentiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4.1.6 Gültigkeit

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
4.1.6 Gültigkeit	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Nur als gültig gekennzeichnete Leitlinien, in denen das Überarbeitungsdatum nicht überschritten ist, sollen in die Erarbeitung eingeschlossen werden.</p> <p>Es besteht aktuell keine gültige Leitlinie für Deutschland, dennoch sollte sichergestellt werden, dass die Standards der deutschen Versorgung (ggf. gesondert) berücksichtigt werden</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

A.1.7 – Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e. V.

Autorinnen und Autoren

- Meteling-Eeken, Marleen
- Köpcke, Uta

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V21-05

Titel: Leitliniensynopse Adipositas - Erwachsene

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum [Berichtsplan / Vorbericht]“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Köpcke, Uta
Meteling-Eeken, Marleen
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)
<input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.

Die vorangegangenen Leitliniensynopsen des IQWiG zum Thema Adipositas sind 2009 und 2012 erschienen:

IQWiG-Bericht Nr. 45 „Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas, Abschlussbericht Auftrag V06-06, Version: 1.0, Stand: 06.02.2009“ [1] und

IQWiG-Bericht Nr. 131 „Behandlung der Adipositas bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 – Leitliniensynopse und ergänzende Recherche und Bewertung systematischer Übersichtsarbeiten, Abschlussbericht Auftrag V09-02, Version: 1.0, Stand 14.05.2012“ [2].

Im Abschlussbericht V06-06 wurden Leitlinien ab Januar 2002 bis Dezember 2007 berücksichtigt [1], eine Zeitspanne von 5 Jahren und 11 Monaten umfassend. Im Abschlussbericht V09-02 wurden Leitlinien ab 2005 berücksichtigt [2]. Die Zeitspanne bis zum letzten Leitliniensuche am 29. September 2011 betrug folglich 6¾ Jahre.

Es werden seit den Leitlinienrecherchen dieser Abschlussberichte ungefähr zehn bis dreizehn Jahren vergangen sein, bevor nun 2022 eine neue Leitliniensynopse des IQWiG zum Thema Adipositas, Berichtnr: V21-05, erscheint. Diese Leitliniensynopse wird aber laut dem Berichtsplan V21-05, Stand 01.10.2021 [3], Leitlinien, die zwischen dem 30. September 2011 und August 2017 erschienen sind, nicht berücksichtigen. Einerseits alle fünf Jahre bei Leitlinien eine Überarbeitung vorauszusetzen, aber andererseits keine fünfjährliche Leitliniensynopse zu erstellen, korrespondiert nicht mit einander.

Hätte das IQWiG in den Jahren 2014-2017 den Auftrag bekommen eine Leitliniensynopse zum Thema Adipositas durchzuführen, hätten sämtliche Updateversionen [4-15] der in den Abschlussberichten V06-06 [1] und V09-02 [2] genannten Adipositasleitlinien [16-32] berücksichtigt werden können, deren Synopse nun laut dem Berichtsplan Stand 01.10.2021 [3] außen vor bleiben soll. Dies betrifft auch die in diesem Zeitraum erschienenen amerikanischen „Grundlagen-Leitlinien“ AACE/ACE/TOS CPG for Healthy Eating 2013 [33] (Evidenz zur Rolle einer gesunden Ernährung bei metabolischen und endokrinen Erkrankungen; 721 Quellen mit Evidenzangabe) und AACE/ACE Obesity CPG 2016 [34] (Evidenz zur umfassenden Versorgung von Patient*innen mit (hohem Risiko für) Adipositas und ggf. Begleiterkrankungen in der realen täglichen Praxis, einschließlich Screening, Diagnose, Evaluation, Therapieauswahl, Behandlungszielen und Individualisierung der Versorgung. Auch die Notwendigkeit politischer Maßnahmen – Stichpunkte Public Health und Prävention – wird thematisiert; 1788 Quellen mit Evidenzangabe).

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.

Aus dem Vergleich der Veröffentlichungsdaten der in den Abschlussberichten V06-06 [1] und V09-02 [2] genannten Adipositasleitlinien und deren Updates, geht hervor, dass bei den meisten Leitlinien mehr als fünf Jahren bis zur Veröffentlichung (einer) der Updateversion(en) vergangen sind:

Australien: NHMRC 2004 [16] → 2013 [9]
Deutschland: DAG 2007 [25] → 2014 [10]; DGAV 2010 [31] → 2018 [35]
Europa: EAES 2005 [19] → EAES/IFSO-EC/EASO/ESPCOP 2020 [36];
BSCG 2007 [23-24] → 2013 [7]; EASO 2008 [28] → 2015 [15]
Frankreich: HAS 2009 [29] → (noch) kein Update
Kanada: CMAJ 2007 [26] → 2020 (living document, 20 chapters) [37]
New Zealand: MOH 2009 [30] → 2017 [38]
Schottland: SIGN 2010 [32] → (noch) kein Update
United Kingdom: NICE 2006 [22] → 2014/2015 [12-14]
USA: AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery 2008 [27] → 2013 [8] → 2020 [39];
ICSI 2006 [20] → mehrere Updates bis zum sixth edition 2013 [6];
Kelly 2005 [18] → Kelly 2009 [4];
USPSTF 2004 [17] → 2012 [5] → 2018 [40];
Va/DoD 2006 [21] → 2014 [11] → 2020 [41].

Dies war auch der Fall beim Update der (nicht in den Abschlussberichten V06-06 [1] und V09-02 [2] aufgenommenen) amerikanischen Leitlinie NIH 1998 [42] → AHA/ACC/TOS 2013 [43] mit dem NHLBI/NIH Systematic Evidence Review 2013 [44], die als weitere „Grundlagen-Leitlinie“ die AACE/ACE/TOS CPG for Healthy Eating 2013 [33] und AACE/ACE Obesity CPG 2016 [34] ergänzt.

Nur die im Abschlussbericht V06-06 [1] genannten amerikanischen Leitlinien ICSI 2006 [20] → mehrere Editionen bis zum sixth edition 2013 [6] (soweit gefunden), Kelly 2005 [18] → Kelly 2009 [4] und der im Abschlussbericht V09-02 [2] genannte amerikanische Leitlinie AACE/TOS/ASMBS (August) 2008 [27] → AACE/TOS/ASMBS (März) 2013 [8] wurden innerhalb von fünf Jahren aktualisiert.

Auch wenn Leitlinien, die älter als 5 Jahre sind, „in der Regel“ nicht mehr dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen – das IQWiG verweist bezüglich Leitlinien zu einer Publikation, in der eine mittlere Lebensdauer von 60 Monaten (95% Konfidenzintervall: 51, 69) für eine Kohorte NICE-Guidelines beschrieben wird [45] und zu einer Publikation aus 2001, in der 17 Clinical practice guidelines der US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) auf die Notwendigkeit eines Updates beurteilt wurden. Dies war geschätzt (Weibull-Verteilung) bei 10% nach 3,6 (2,6-4,6), bei 20% nach 4,4 (3,5-5,3) und bei 50% nach 5,8 (5,0-6,6) Jahren (95% Konfidenzintervall) der Fall, ist aber auch davon abhängig, ob sich der Themenbereich einer Leitlinie schnell oder langsam entwickelt. Keine dieser Guidelines war eine Adipositasleitlinie [46] – zeigt die Praxis bei den Adipositasleitlinien also, dass längst nicht alle Leitlinien alle fünf Jahre aktualisiert werden (können). Auch können/sollten frühere Leitlinien trotz Updates weiterhin zu Rate gezogen werden, weil diese „additional supporting evidence, including the basics of bariatric surgery mechanisms of actions, risks, and benefits“ liefern, wie bei den AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Guidelines der Fall ist [8,27,39].

Die WHO erklärte am 11. März 2020 COVID-19 zur Pandemie [47], seitdem „kämpft“ die Welt, um die Pandemie in den Griff zu bekommen. Es sollte berücksichtigt werden, dass die Pandemie mit dazu beigetragen haben kann, dass die Aktualisierung einiger Adipositasleitlinien sich verzögert hat.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>								
<p>1. (S.1)</p> <p>Betreffendes Krankheitsbild</p>	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>In der ICD-11 sind zukünftig Detailcodes für die BMI-Kategorien/ Adipositasgrade der im Jahr 2000 durch die WHO veröffentlichte Klassifikation der Adipositas [48] vorgesehen, statt nur „fünften Stellen“ in der ICD-10 bei E66.-:</p> <p>E66.-0: Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter E66.-1: Adipositas Grad II (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter E66.-2: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter E66.-9: Grad oder Ausmaß der Adipositas nicht näher bezeichnet</p> <p>ICD-11: Version 05/2021 [49]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▼ ICD-11 - ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics ▼ 05 Endocrine, nutritional or metabolic diseases <ul style="list-style-type: none"> ▶ Endocrine diseases ▼ Nutritional disorders <ul style="list-style-type: none"> ▶ Undernutrition ▼ Overweight, obesity or specific nutrient excesses <ul style="list-style-type: none"> ▼ Overweight or obesity <ul style="list-style-type: none"> ▼ 5B80 Overweight or localised adiposity <ul style="list-style-type: none"> ▶ 5B80.0 Overweight 5B80.1 Localised adiposity <p>Add detail to Overweight</p> <table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">XS7R</td> <td>Pre-obesity BMI 25.0–29.9</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ▼ 5B81 Obesity <ul style="list-style-type: none"> ▶ 5B81.0 Obesity due to energy imbalance 5B81.1 Drug-induced obesity <p style="margin-left: 40px;">5B81.Y Other specified obesity</p> <p style="margin-left: 40px;">5B81.Z Obesity, unspecified</p> <p>Add detail to Obesity / Other specified obesity / Obesity, unspecified</p> <table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">XS3Y</td> <td>Obesity class I BMI 30.0–34.9</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 20px;">XS6N</td> <td>Obesity class II BMI 35.0–39.9</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 20px;">XS2B</td> <td>Obesity class III BMI Above 40</td> </tr> </table> <p>Der BMI hat sich als primärer diagnostischer Marker für die Klassifikation von Adipositas etabliert.</p>	XS7R	Pre-obesity BMI 25.0–29.9	XS3Y	Obesity class I BMI 30.0–34.9	XS6N	Obesity class II BMI 35.0–39.9	XS2B	Obesity class III BMI Above 40
XS7R	Pre-obesity BMI 25.0–29.9								
XS3Y	Obesity class I BMI 30.0–34.9								
XS6N	Obesity class II BMI 35.0–39.9								
XS2B	Obesity class III BMI Above 40								

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
<p>1. (S.1) Betreffendes Krankheitsbild</p> <p>1. (S. 1) Betreffendes Krankheitsbild</p> <p>1. (S. 2) Betreffendes Krankheitsbild</p>	<p>Die Leitlinienkommission der deutschen S3-LL Prävention und Therapie der Adipositas 2014 kam damals zu dem Schluss, dass Adipositas aus medizinischer Sicht als Krankheit einzuordnen ist [10]. Die amerikanische AACE und ACE haben Adipositas 2014 definiert als eine chronische Erkrankung, die durch pathophysiologische Prozesse, die zu einer erhöhten Fettgewebemasse und zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität führen können, gekennzeichnet ist [34,50]. Die WHO definiert Adipositas als „abnormal or excessive fat accumulation that presents a risk to health“ [51] bzw. „...that may impair health“ [48,52].</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u> Betreffendes Krankheitsbild Adipositas ist definiert als eine über die Norm hinausgehende Vermehrung des Körperfetts, die ein gesundheitliches Risiko darstellt [48,52]. Zur Klassifikation der Adipositas hat sich der sog. Body-Mass-Index (BMI) als Berechnungsgrundlage und primärer diagnostischer Marker etabliert.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u> Adipositas gilt als eine eigenständige chronische Erkrankung [10,34,39,48,50] und darüber hinaus als Risikofaktor für viele Beschwerden und kann die Entwicklung vieler chronischen Begleiterkrankungen wie beispielsweise kardiovaskuläre sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen, Diabetes mellitus oder von einigen verschiedene Krebsarten begünstigen [34,52]. Das Regionalbüro der WHO für Europa weist zudem auf die erheblichen physiologischen und psychologischen Konsequenzen hin, die aufgrund der gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber fettleibigen Menschen und der gesellschaftlichen Stigmatisierung auftreten [53]. Neben dem BMI sind die Risikofaktoren und Komorbiditäten für die Diagnose und Therapie der Adipositas wichtig [34,50] und politische Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas notwendig [34,52]. Zum Beispiel sollte gesunde Ernährung am leichtesten zugänglich, verfügbar und für jeden bezahlbar werden [52].</p>
<p>4.1.2 (S.6) Therapie- voraus- setzungen</p> <p>4.1.2 (S.6)</p>	<p><u>Anmerkung:</u> Im Rahmen der Patientensicherheit ist Qualitätssicherung als allgemeine Grundsatz der Therapie wichtig. Empfehlungen zur qualifizierten Leistungserbringer in den Leitlinien, insbesondere bezüglich der Ernährungstherapie, wie beispielsweise genannt in [33-39,41,43,44], sollten in der Synopse dargestellt werden. Im Sinne einer patientensicheren, prozessgeleiteten Durchführung von Ernährungstherapie muss der dafür per Berufsgesetz (DiätAssG §3) [54] qualifizierte Gesundheitsfachberuf der Diätassistenten ausdrücklich genannt werden. Andere qualifizierte Ernährungsfachkräfte sind „<u>entsprechend qualifizierte</u> Ökotropholog*innen/Ernährungswissenschaftler*innen“.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> ▫ Therapievoraussetzungen, inkl. qualifizierte Leistungserbringer</p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
4.1.5 (S.7) und 4.1.6 (S.7) und 4.1.9. S.9)	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Die sich in Überarbeitung befindende deutsche S3-LL Prävention und Therapie der Adipositas 2014 [10] sollte in der V21-05 Leitliniensynopse inkludiert werden, weil diese ein wichtiger Stellenwert für die Versorgung der Patient*innen mit Adipositas in Deutschland hat, die deutsche Patientenleitlinie zur Diagnose und Behandlung der Adipositas 2019 [55] sich auf diese stützt und die S3-LL Chirurgie der Adipositas und metabolische Erkrankungen 2018 [35] zur konservativen Therapie zu dieser Leitlinie verweist.</p> <p>Zudem sollten die sich einander ergänzenden „Grundlagen-Leitlinien“ AACE/ACE/TOS CPG for Healthy Eating 2013 [33], AACE/ACE Obesity CPG 2016 [34], AHA/ACC/TOS Obesity Guideline 2013 [43-44] und NHMRC 2013 [9] in der V21-05 Leitliniensynopse inkludiert werden, weil diese:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) in der deutschen S3-LL LL Prävention und Therapie der Adipositas 2014 [10] noch nicht berücksichtigt wurden 2) die Gesamtheit, Vielfalt oder Komplexität der Themen, die für ein umfassendes Adipositas-Management bei der Patientenversorgung in der realen täglichen Praxis erforderlich sind, evidenzbasiert mit „Grades of Recommendations“ und „Levels of Evidence“ abbilden, insbesondere auch in Bezug auf Ernährungsmanagement 3) nach unserem besten Wissen noch gültig sind, sie wurden auch in der systematischen Übersicht von evidenzbasierten Leitlinien zur Management von Übergewicht und Adipositas in der ambulanten Praxis von Semlitsch et al. 2019 [56] berücksichtigt 4) einen Kontext bilden für andere aktuelle internationale „Obesity Guidelines“ [36-41,57-59], inklusive eine europäische Leitlinie 2021 zur Adipositas-Management bei Erwachsenen mit einer „Very Low-Calorie Ketogenic Diet“ [60] und Leitlinien zur Adipositas-Management bei Diabetes Typ 2 wie beispielsweise die jährlich aktualisierten Standards of Medical Care in Diabetes 2021 der American Diabetes Association [61] 5) als evidenzbasierte Grundlage für den Appell #Ernährungswende Anpacken! 28.10.2021 von 15 Dachorganisationen, Verbände und Fachgesellschaften aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Ernährung und Umwelt an die künftige Bundesregierung in Deutschland [62] gesehen werden können. <p>Wie unter allgemeine Anmerkungen dargelegt, umfasste während der vergangenen zwanzig Jahre bei den meisten Adipositasleitlinien die Zeitspanne bis zum Vorliegen einer Aktualisierung mehr als fünf Jahre, häufig sechs bis acht Jahre. Die Leitliniensuche für die Abschlussberichte V06-06 [1] und V09-02 [2] umfasste eine Zeitspanne von zirka sechs Jahren. Ausländische Adipositasleitlinien haben nicht immer eine Gültigkeitskennzeichnung, sie sind gültig bis ein Update erscheint bzw. können/sollten weiterhin benutzt werden, weil sie „additional supporting evidence“ enthalten, wie z. B. in den AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Guidelines [8,27,39], oder Themen wie präoperatives</p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
<p>4.1.5 (S.7) und 4.1.6. (S.7) und 4.1.9 (S.9)</p>	<p>Ernährungsassessment und präoperative Ernährungsschulung enthalten, die immer noch gültig sind und nicht aktualisiert werden mussten wie in den ASMBS Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient 2008 und Update: Micronutrients 2016 [57,58]. Häufige Verweise in der AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Guidelines 2020 [39] bestätigen dies.</p> <p>Im Abschlussbericht V09-02 [2] wurden die ASMBS Nutritional Guidelines 2008 [57] nicht berücksichtigt, weil diese Leitlinie vermeintlich keine Empfehlungen enthält, die sich auf Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas beziehen. Nach der AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Guidelines 2008 [27] waren die BMI-Kriterien für bariatrische Chirurgie: BMI ≥ 40 kg/m² ohne Komorbidität oder BMI ≥ 35 kg/m² mit Komorbidität wie z. B. Diabetes mellitus Typ 2. Hiermit in Übereinstimmung, schlägt die ASMBS Nutrition Guideline 2008 [57] vor, dass beim präoperativen Ernährungsassessment aktuelle Komorbidität und Medikation erfasst werden sollte (Tabelle 1 in [57]) und beim postoperativen Follow-Up Patient*innen ermutigt werden sollten mit dem (Haus-)Arzt die Medikation von sich schnell verbessernder Komorbidität wie Diabetes melitus zu besprechen (Tabelle 3 in [57]). Außerdem ist in der Kommentarspalte von Tabelle 4 [57] zu lesen, dass Diabetes Vitamin B₆-Werte im Serum beeinflussen kann.</p> <p>Diese immer noch gültige ASMBS Nutrition Guidelines 2008 und 2016 [57,58] sollten deshalb auch in der Leitliniensynopse V21-05 berücksichtigt werden.</p> <p>Im Berichtsplan V21-05 [3] steht: „Es werden deshalb nur Leitlinien berücksichtigt, die vom im Auftrag des G-BA genannten Abgabetermin des Abschlussberichts ausgehend maximal 5 Jahre zuvor veröffentlicht wurden.“ Der im Zeitplan auf der IQWiG-Website angegebenen Termin für die Weitergabe des Abschlussberichtes an den G-BA ist das 3. Quartal 2021. Fünf Jahre zuvor wäre das 3. Quartal (ab Juli) 2016 und nicht, wie unter 4.1.9, E7 angegeben, August 2017. Wenn der Abgabetermin des Abschlussberichts das 3. Quartal 2022 sein sollte, was realistischer erscheint, stellt sich die Frage, wie die kurz vor dem Termin erschienenen Leitlinien berücksichtigt werden sollten, um in den Zeitplan des IQWiG zur Erstellung der Synopse zu passen. Dann würde die Zeitspanne ab August 2017 möglicherweise kürzer als fünf Jahre werden.</p>
<p>4.1.5 (S.7)</p>	<p><u>Vorgeschlagene Änderung 4.1.5, S.7:</u></p> <p>Im Allgemeinen entsprechen Leitlinien, die älter als 5 Jahre sind, entsprechen in der Regel nicht mehr dem aktuellen Erkenntnisstand [45-46]. Während der vergangenen zwanzig Jahre betrug der Zeitraum bis zum Vorliegen einer Aktualisierung bei den meisten Adipositasleitlinien jedoch mehr als fünf Jahre, häufig sechs bis acht Jahre. Mancher dieser Leitlinien können/sollten trotz Updates weiterhin benutzt werden, weil sie „additional supporting evidence“ enthalten [8,27,39] oder bestimmte Themen kein Update brauchten [57,58].</p>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
4.1.5 (S.7)	Es werden deshalb nur Leitlinien ab Juli 2016 berücksichtigt, die vom im Auftrag des G-BA genannten Abgabetermin des Abschlussberichts ausgehend maximal 5 Jahre zuvor veröffentlicht wurden, mit Ausnahme von erstens der deutschen S3-LL Prävention und Therapie der Adipositas 2014 [10], weil diese ein wichtiger Stellenwert für die Versorgung der Patient*innen mit Adipositas in Deutschland hat und zweitens den noch gültigen „Grundlagen-Leitlinien“ ASMBS Nutrition Guidelines 2008 [57], NHMRC 2013 [9], AACE/ACE/TOS CPG for Healthy Eating 2013 [33] und AHA/ACC/TOS Obesity Guideline 2013 [43-44] (siehe Abschnitt 4.1.9).
4.1.6 (S.7)	<u>Vorgeschlagene Änderung 4.1.6, S.7:</u> Zum Zeitpunkt der letzten Recherche ist die Leitlinie als gültig gekennzeichnet bzw. gilt als gültig (ausländische Leitlinien, wie den ASMBS Nutrition Guidelines 2008 [57], NHMRC 2013 [9], AACE/ACE/TOS CPG for Healthy Eating 2013 [33] und AHA/ACC/TOS Obesity Guideline 2013 [43-44]) und / oder das in der Leitlinie genannte Überarbeitungsdatum ist nicht überschritten, mit Ausnahme von der deutschen S3-LL Prävention und Therapie der Adipositas 2014 [10].
4.1.9 (S.9) Tabelle 2, E7	<u>Vorgeschlagene Änderung 4.1.9, Tabelle 2, E7, S.9:</u> Publikation erfolgte ab August 2017 ab Juli 2016 , mit Ausnahme von der deutschen S3-LL Prävention und Therapie der Adipositas 2014 [10] und den ASMBS Nutrition Guidelines 2008 [57], NHMRC 2013 [9], AACE/ACE/TOS CPG for Healthy Eating 2013 [33] und AHA/ACC/TOS Obesity Guideline 2013 [43-44] (siehe auch Abschnitt 4.1.5).
4.1.9 (S.9) Tabelle 2, E8	<u>Vorgeschlagene Änderung 4.1.9, Tabelle 2, E8, S.9:</u> Als gültig gekennzeichnet bzw. gilt als gültig (ausländische Leitlinien, wie den ASMBS Nutrition Guidelines 2008 [57], NHMRC 2013 [9], AACE/ACE/TOS CPG for Healthy Eating 2013 [33] und AHA/ACC/TOS Obesity Guideline 2013 [43-44]) und / oder Überarbeitungsdatum nicht überschritten, mit Ausnahme von der deutschen S3-LL Prävention und Therapie der Adipositas 2014 [10] (siehe auch Abschnitt 4.1.6).

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

1. IQWiG. IQWiG-Berichte – Jahr 2009 Nr. 45 „Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-

Moduls Adipositas“, Abschlussbericht Auftrag V06-06, Version: 1.0, Stand: 06.02.2009. Köln: IQWiG, 2009; 1-354. ISSN: 1864-2500. FREE https://www.iqwig.de/download/v06-06_ab_leitlinienrecherche_und_bewertung_fuer_ein_dmp_moduls_adipositas.pdf
Zugriff: 06.04.2009 / 08.11.2021.

2. IQWiG. IQWiG-Berichte – Nr. 131 „Behandlung der Adipositas bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 – Leitliniensynopse und ergänzende Recherche und Bewertung systematischer Übersichtsarbeiten“, Abschlussbericht Auftrag V09-02, Version: 1.0, Stand 14.05.2012. Köln: IQWiG, 2012; 1-307. ISSN: 1864-2500. FREE https://www.iqwig.de/download/v09-02-ab-behandlung_der_adipositas_bei_patienten_mit_diabetes_mellitus_typ2.pdf Zugriff: 10.07.2012 / 08.11.2021.
3. IQWiG. Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene. Berichtsplan. Auftrag: V21-05. Version: 1.0. Stand: 01.10.2021. Köln: IQWiG, 2021. 1-24. FREE https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_berichtsplan_v1-0.pdf Zugriff: 11.10.2021.
4. Kelly JJ, Shikora S, Jones DB, Hutter MH, Robinson MK, Romanelli J, et al. Best practice updates for surgical care in weight loss surgery. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17(5):863-70. DOI: 10.1038/oby.2008.570. FREE <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2008.570> Zugriff: 08.11.2021.
5. Moyer VA, U. S. Preventive Services Task Force. Screening for and management of obesity in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2012;157(5):373-8. DOI: 10.7326/0003-4819-157-5-201209040-00475. FREE <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-157-5-201209040-00475> Zugriff: 08.11.2021.
6. Fitch A, Everling L, Fox C, Goldberg J, Heim C, Johnson K, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Prevention and Management of Obesity for Adults. Updated May 2013. Sixth ed. Bloomington, Minnesota, USA: Institute for Clinical Systems Improvement; 2013. p. 1-100. FREE https://www.healthpartners.com/ucm/groups/public/@hp/@public/documents/documents/cntrb_037112.pdf Zugriff 20.10.2021.
7. Fried M, Yumuk V, Oppert JM, Scopinaro N, Torres AJ, Weiner R, et al. Interdisciplinary European Guidelines on metabolic and bariatric surgery. *Obes Facts* 2013;6(5):449-68. DOI: 10.1159/000355480. FREE <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5644681/pdf/ofa-0006-0449.pdf> Zugriff: 08.11.2021.
8. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, et al. Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient - 2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Endocr Pract* 2013:e1-e36. DOI: 10.4158/EP12437.GL FREE <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4140628/pdf/nihms614563.pdf> Zugriff: 08.11.2021.
9. National Health and Medical Research Council. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2013. p. 1-232. FREE <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/n57> Zugriff: 18.10.2021.
10. Hauner H, Moss A, Berg A, Bischoff SC, Colombo-Benkmann M, Ellrott T, et al. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas der DAG, DDG, DGE und DGEM. Version 2.0 (April 2014); AWMF-Register Nr. 050/001. *Adipositas* 2014;8(4):179-221. (IQWiG Berichtsplan V21-05) FREE https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-001I_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf Zugriff: 18.10.2021.

11. Management of Overweight and Obesity Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for screening and management of overweight and obesity. Washington: Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2014. p. 1-178. FREE <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/obesity/CPGManagementOfOverweightAndObesityFINAL041315.pdf> Zugriff: 18.10.2021.
12. NICE. Obesity: identification, assessment and management. Clinical guideline [CG189]. London: NICE; 2014. p. 1-37. FREE <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189> Zugriff: 18.10.2021.
13. NICE. Weight management: lifestyle services for overweight or obese adults. Public health guideline [PH53]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014. 1-66. FREE <https://www.nice.org.uk/guidance/ph53> Zugriff: 18.10.2021.
14. NICE. Preventing excess weight gain. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2015. p. 1-55. FREE <https://www.nice.org.uk/guidance/ng7> Zugriff: 18.10.2021.
15. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts* 2015;8(6):402-424. DOI: 10.1159/000442721. FREE <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5644856/pdf/ofa-0008-0402.pdf> Zugriff: 18.10.2021.
16. National Health and Medical Research Council. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults [Online-Text]. 19.10.2004 [IQWiG-Zugriff am 13.10.2008, (IQWiG Abschlussbericht V06-06)]. Durch IQWiG gelesen unter: [http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/obesityguidelinesguidelines-adults.htm/\\$FILE/adults.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/obesityguidelinesguidelines-adults.htm/$FILE/adults.pdf).
17. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for obesity in adults: recommendations and rationale. *Am Fam Physician* 2004;69(8):1973-1976. (IQWiG Abschlussbericht V06-06) FREE <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117019>, <https://www.aafp.org/afp/2004/0415/p1973.html> Zugriff: 09.11.2021.
18. Kelly J, Tarnoff M, Shikora S, Thayer B, Jones DB, Forse RA, et al. Best practice recommendations for surgical care in weight loss surgery. *Obes Res* 2005;13(2):227-233. DOI: 10.1038/oby.2005.31. (IQWiG Abschlussbericht V06-06) FREE <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2005.31> Zugriff: 09.11.2021.
19. Sauerland S, Angrisani L, Belachew M, Chevallier JM, Favretti F, Finer N, et al. Obesity surgery: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc* 2005;19(2):200-221. DOI: 10.1007/s00464-004-9194-1. (IQWiG Abschlussberichte V06-06 und V09-02).
20. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity (mature adolescents and adults): health care guideline [Online-Text]. Nov. 2006 [IQWiG-Zugriff am 13. Mär. 2008]. Durch IQWiG gelesen unter: http://www.icsi.org/obesity/prevention_and_management_of_obesity__mature_adolescents_and_adults__2.html. (IQWiG Abschlussbericht V06-06).
21. Management of Overweight and Obesity Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for screening and management of overweight and obesity. Washington: Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2006. p. 1-128. (IQWiG Abschlussberichte V06-06 und V09.02) FREE https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/obesity/obe06_final1.pdf Zugriff: 05.11.2021.
22. National Institute for Health and Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Primary Care. NICE guidelines [CG43]. Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. full guideline (section 1-7 and appendices) London; Manchester; 2006. 1-2590. [Online-Text]. Dez. 2006 [IQWiG-Zugriff am 19. Jun. 2007 und 03.08.2010 (IQWiG

- Abschlussberichte V06-06 und V09-02)]. Durch IQWiG gelesen unter:
<http://guidance.nice.org.uk/CG43/Guidance>.
23. Fried M, Hainer V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, et al. Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. *Obes Surg* 2007;17(2):260-70. DOI: 10.1007/s11695-007-9025-2. (IQWiG Abschlussbericht V06-06).
 24. Fried M, Hainer V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, et al. Interdisciplinary European guidelines on surgery of severe obesity. *Obesity Facts* 2008;1(1):52-9. (IQWiG Abschlussbericht V09-02) FREE
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6444702/pdf/ofa-0001-0052.pdf> Zugriff: 20.10.2021.
 25. Hauner H, Buchholz G, Hamann A, Husemann B, Koletzko B, Liebermeister H et al. Prävention und Therapie der Adipositas: evidenzbasierte Leitlinie [Online-Text]. 25.05.2007 [IQWiG-Zugriff am 13.03. 2008 (IQWiG Abschlussbericht V06-06)]. Durch IQWiG gelesen unter: <http://www.adipositasgesellschaft.de/daten/Adipositas-Leitlinie-2007.pdf>.
 26. Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E, et al. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. *CMAJ* 2007;176(8):S1-13. DOI: 10.1503/cmaj.061409. (IQWiG Abschlussberichte V06-06 und V09-02) FREE
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1839777/pdf/20070410.1s00001pS1.pdf>
Zugriff: 09.11.2021.
 27. Mechanick JL, Kushner RF, Sugerman HJ, Gonzalez-Campoy JM, Collazo-Clavell ML, Guven S, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Endocr Pract* 2008;14 Suppl 1:1-83. DOI: U1W5L4261135N725. (IQWiG Abschlussbericht V09-02)
FREE Zugriff via:
Mechanick JL, Kushner RF, Sugerman HJ, Gonzalez-Campoy JM, Collazo-Clavell ML, Spitz AF, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17 Suppl 1:S1-70, v. DOI: 10.1038/oby.2009.28 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2009.28>
Zugriff: 09.11.2021.
 28. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E, et al. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. *Obes Facts* 2008;1(2):106-16. DOI: 10.1159/000126822. (IQWiG Abschlussbericht V09-02) FREE
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6452117/pdf/ofa-0001-0106.pdf> Zugriff: 09.11.2021.
 29. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte [online]. 01.2009 [IQWiG-Zugriff: 03.08.2010 (IQWiG Abschlussbericht V09-02)]. Durch IQWiG gelesen unter: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_recommandations_2009-04-03_09-08-3_266.pdf.
 30. New Zealand Ministry of Health, Clinical Trials Research Unit. Clinical guidelines for weight management in New Zealand adults. Wellington: Ministry of Health; 2009. (IQWiG Abschlussbericht V09-02). Durch IQWiG gelesen unter:
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/9838/\\$File/weight-management-adults-guidelines.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/9838/$File/weight-management-adults-guidelines.pdf).
 31. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositas therapie (CA-ADIP), Deutsche Adipositas Gesellschaft

- (DAG), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas. 2010. (IQWiG Abschlussbericht V09-02). Durch IQWiG gelesen unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/088-001.htm>.
32. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity. Edinburgh: SIGN; 2010. (SIGN National Clinical Guidelines; Band 115). (IQWiG Abschlussbericht V09-02). FREE <https://www.sign.ac.uk/assets/sign115.pdf>. Zugriff: 05.11.2021.
 33. Gonzalez-Campoy JM, St Jeor ST, Castorino K, Ebrahim A, Hurley D, Jovanovic L, et al. Clinical practice guidelines for healthy eating for the prevention and treatment of metabolic and endocrine diseases in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists/the American College of Endocrinology and the Obesity Society. *Endocr Pract* 2013;19 Suppl 3:1-82. DOI: 10.4158/EP13155.GL. FREE [https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X\(20\)43460-3/fulltext](https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X(20)43460-3/fulltext) Zugriff: 21.10.2021.
 34. Garvey WT, Mechanick JL, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care of Patients with Obesity. *Endocr Pract* 2016;22 Suppl 3:1-203. DOI: 10.4158/EP161365.GL. FREE <https://pro.aace.com/disease-state-resources/nutrition-and-obesity/clinical-practice-guidelines/comprehensive-clinical> Zugriff: 21.10.2021.
 35. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren e. V. (DGE-BV), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM), et al. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. Version 2.3. DGAV CAADIP; 2018. p. 1-151. FREE https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001l_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf Zugriff: 21.10.2021.
 36. Di Lorenzo N, Antoniou SA, Batterham RL, Busetto L, Godoroja D, Iossa A, et al. Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP. *Surg Endosc* 2020;34(6):2332-2358. DOI: 10.1007/s00464-020-07555-y. FREE https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7214495/pdf/464_2020_Article_7555.pdf Zugriff: 21.10.2021.
 37. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ* 2020;192(31):E875-E891. DOI: 10.1503/cmaj.191707. FREE full guideline (20 Chapters, living document), siehe <https://obesitycanada.ca/guidelines/chapters/> Zugriff: 18.10.2021, u.a.:
 - Biertho L, Hong D, Gagner M. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: *Bariatric Surgery: Surgical Options and Outcomes*.
 - Boulé NG, Prud'homme D. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: *Physical Activity in Obesity Management*.
 - Brown J, Clarke C, Johnson Stoklossa C, Sievenpiper J. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: *Medical Nutrition Therapy in Obesity Management*.
 - Campbell-Scherer D, Walji S, Kemp A, Piccinini-Vallis H, Vallis TM. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: *Primary Care and Primary Healthcare in Obesity Management*.
 - Glazer S, Biertho L. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: *Bariatric Surgery: Selection & Pre-Operative Workup*.
 - Kirk SFL, Ramos Salas X, Alberga AS, Russell-Mayhew S. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: *Reducing Weight Bias in Obesity Management, Practice and Policy*.

- Langlois MF, Freedhoff Y, Morin MP. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: *Commercial Products and Programs in Obesity Management*.
 - Piccinini-Vallis H., Adamo K, Bell R, Pereira L, Nerenberg K. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: *Weight Management Over the Reproductive Years for Adult Women Living with Obesity*.
 - Rueda-Clausen CF, Poddar M, Lear SA, Poirier P, Sharma AM. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: *Assessment of People Living with Obesity*.
 - Shiau J, Biertho L. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: *Bariatric Surgery: Postoperative Management*.
 - Tytus R, Divalentino D, Naji L. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: *Emerging Technologies and Virtual Medicine in Obesity Management*.
 - Vallis TM, Macklin D, Russell-Mayhew S. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: *Effective Psychological and Behavioural Interventions in Obesity Management*.
38. Ministry of Health New Zealand. Clinical Guidelines for Weight Management in New Zealand Adults. Wellington: Ministry of Health New Zealand; 30.11.2017. p. 1-50. FREE <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/clinical-guidelines-for-weight-management-in-new-zealand-adultsv2.pdf> Zugriff 15.10.2021.
 39. Mechanick JL, Apovian C, Brethauer S, Timothy Garvey W, Joffe AM, Kim J, et al. Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutrition, Metabolic, and Nonsurgical Support of Patients Undergoing Bariatric Procedures - 2019 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology, The Obesity Society, American Society for Metabolic and Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists. *Obesity (Silver Spring)* 2020;28(4):O1-O58. DOI: 10.1002/oby.22719. (Zugriff via ResearchGate: 21.10.2021). (Diese Leitlinie wird einer der „automatisch“ inkludierten Leitlinien in der IQWiG Leitliniensynopse V21-05 sein → IQWiG wird selbst Zugriff haben).
 40. U.S. Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Behavioral Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2018;320(11):1163-71. DOI: 10.1001/jama.2018.13022. FREE <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/obesity-in-adults-interventions> Zugriff: 19.10.2021.
 41. Management of Overweight and Obesity Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for screening and management of overweight and obesity. Washington: Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2020. p. 1-147. FREE <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/cd/obesity/> Zugriff: 18.10.2021.
 42. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults--The Evidence Report. National Institutes of Health. *Obes Res* 1998;6 Suppl 2:51S-209S. FREE <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/15508528/1998/6/S2> Zugriff 20.10.2021.
 43. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Loria CM, Ard JD, Millen BE, et al. 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(25 Part B):2985-3023. DOI: 10.1016/j.jacc.2013.11.004. FREE <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109713060300?via%3Dihub> Zugriff: 09.11.2021.
 44. Obesity Expert Panel. Managing Overweight and Obesity in Adults. Systematic Evidence Review from the Obesity Expert Panel, 2013. National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI), National Institutes of Health (NIH), U.S. Department of Health and Human Services; 2013. p. 1-501. FREE

<https://www.nhlbi.nih.gov/sites/default/files/media/docs/obesity-evidence-review.pdf>

Zugriff: 18.10.2021.

45. Alderson LJ, Alderson P, Tan T. Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months. *J Clin Epidemiol* 2014;67(1):52-5. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2013.07.012. (IQWiG Berichtsplan V21-05).
46. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001;286(12):1461-7. DOI: 10.1001/jama.286.12.1461. (IQWiG Berichtsplan V21-05).
47. WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [online]. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Zugriff: 18.10.2021.
48. World Health Organisation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Part I. The Problem of overweight and obesity. 5-37. *World Health Organ Tech Rep Ser* 2000;894:i-xii,1-253. [IQWiG-Zugriff am 20.08.2021, (IQWiG Berichtsplan V21-05)]. Durch IQWiG gelesen unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42330/WHO_TRS_894.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
49. World Health Organisation. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 05/2021) [online]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> Zugriff: 21.10.2021.
50. Garvey WT, Garber AJ, Mechanick JI, Bray GA, Dagogo-Jack S, Einhorn D, et al. American association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology position statement on the 2014 advanced framework for a new diagnosis of obesity as a chronic disease. *Endocr Pract* 2014;20(9):977-89. DOI: 10.4158/EP14280.PS. FREE <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4962331/pdf/nihms802989.pdf> Zugriff: 05.11.2021.
51. World Health Organisation. Obesity [online]. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1 Zugriff: 05.11.2021.
52. World Health Organisation. Obesity and Overweight [online]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Zugriff: 04.11.2021.
53. World Health Organization Regional Office for Europe. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. 2017. FREE https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/351026/WeightBias.pdf Zugriff: 05.11.2021.
54. Bundestag, Bundesrat. Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Artikel 1 des Gesetzes über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten und zur Änderung verschiedener Gesetze über den Zugang zu anderen Heilberufen) (Diätassistentengesetz - DiätAssG). Diätassistentengesetz vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist. 2021. FREE http://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/DiätAssG.pdf Zugriff: 22.10.2021.
55. Luck-Sikorski, C., Sängler S, Blüher M, Gerlach S. Patientenleitlinie zur Diagnose und Behandlung der Adipositas. Deutsche Adipositas Gesellschaft, SRH Hochschule für Gesundheit, AWMF; 2019. p. 1-80. FREE https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-001p_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2019-01.pdf Zugriff: 04.06.2020 / 09.11.2021.
56. Semlitsch T, Stigler FL, Jeitler K, Horvath K, Siebenhofer A. Management of overweight and obesity in primary care-A systematic overview of international evidence-based guidelines. *Obes Rev* 2019;20(9):1218-30. DOI: 10.1111/obr.12889. FREE <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6852048/pdf/OBR-20-1218.pdf> Zugriff: 05.11.2021

57. Aills L, Blankenship J, Buffington C, Furtado M, Parrott J. ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. *Surg Obes Relat Dis* 2008;4:S73-S108. FREE <https://asmbs.org/app/uploads/2014/05/nutritional-guidelines.pdf> Zugriff: 09.11.2021.
58. Parrott J, Frank L, Rabena R, Craggs-Dino L, Isom KA, Greiman L. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Integrated Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient 2016 Update: Micronutrients. *Surg Obes Relat Dis* 2017;13(5):727-41. DOI: 10.1016/j.soard.2016.12.018. FREE <https://asmbs.org/app/uploads/2017/06/ASMBS-Nutritional-Guidelines-2016-Update.pdf> Zugriff: 05.11.2021.
59. O'Kane M, Parretti HM, Pinkney J, Welbourn R, Hughes CA, Mok J, et al. British Obesity and Metabolic Surgery Society Guidelines on perioperative and postoperative biochemical monitoring and micronutrient replacement for patients undergoing bariatric surgery-2020 update. *Obes Rev* 2020;21(11):e13087. DOI: 10.1111/obr.13087. FREE <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7583474/pdf/OBR-21-e13087.pdf> Zugriff: 05.11.2021.
60. Muscogiuri G, El Ghoch M, Colao A, Hassapidou M, Yumuk V, Busetto L, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults with a Very Low-Calorie Ketogenic Diet: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts* 2021;14(2):222-245. DOI: 10.1159/000515381. FREE <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8138199/pdf/ofa-0014-0222.pdf> Zugriff: 09.11.2021.
61. American Diabetes Association. 8. Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care* 2021;44(Suppl 1):S100-S10. DOI: 10.2337/dc21-S008. FREE https://care.diabetesjournals.org/content/44/Supplement_1/S100.full-text.pdf Zugriff: 25.10.2021.
62. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVK), Berufsverband der Oecotrophologie e. V. (VDOE), Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., Bund Ökoökologische Lebensmittelwirtschaft e. V. (BÖLW), Deutsche Adipositas Gesellschaft e. V. (DAG) Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der DAG, Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit, Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM), Deutsches Netzwerk Schulverpflegung (DNSV), Der Paritätische Gesamtverband, Netzwerk der Ernährungsräte, Physicians Association for Nutrition (PAN), Slow Food Deutschland e. V., Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), World Wide Fund for Nature (WWF) WWF Deutschland. #Ernährungswende Anpacken! 28.10.2021. FREE https://www.vdd.de/fileadmin/downloads/Forderungen/ErnährungswendeAnpacken_2021.pdf Zugriff: 08.11.2021.