



Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche

Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan

Auftrag: V21-07
Version: 1.0
Stand: 29.04.2022

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags

19.08.2021

Interne Auftragsnummer

V21-07

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 22.11.2021 wurde der Berichtsplan in der Version 1.0 vom 15.11.2021 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 20.12.2021 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 4 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 – Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) e. V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) e. V., Konsensusgruppe Adipositas Schulung für Kinder und Jugendliche (KgAS) e. V., Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPK) e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) e. V.	A 2
A.1.2 – Novo Nordisk Pharma GmbH	A 8
A.1.3 – Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)	A 16
A.2 – Stellungnahmen von Privatpersonen.....	A 29
A.2.1 – Dippel, Franz-Werner	A 29

A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 – Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) e. V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) e. V., Konsensusgruppe Adipositas Schulung für Kinder und Jugendliche (KgAS) e. V., Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPK) e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) e. V.

Autorinnen und Autoren

- Aberle, Jens
- Dötsch, Jörg
- Gallwitz, Baptist
- Gellhaus, Ines
- Joisten, Christine
- Kauth, Wolfgang
- Leipold, Georg
- Wabitsch, Martin
- Wiegand, Susanna
- Weihrauch-Blüher, Susann

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V21-07

Titel: Leitliniensynopse Adipositas - Kinder und Jugendliche

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>
PD Dr. med. Susann Wehrauch-Blüher Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG)
Apl. Prof. Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Joisten Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG); Vizepräsidentin für Aus-, Weiter- und Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP)
PD Dr. med. Susanna Wiegand Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas Gesellschaft und Mitglied der Leitlinienkommission Ehemalige Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG)
Prof. Dr. med. Martin Wabitsch Ehemaliger Präsident der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) Federführender Autor der AWMF-Leitlinien
Dr. med. Ines Gellhaus Vorsitzende der Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche e. V. (KgAS) Beiratsmitglied der Deutschen Adipositas Gesellschaft
Dr. med. Thomas Kauth Mitglied Ausschuss Prävention des Berufsverbandes der Kinder und Jugendärzte (BVKJ) Präventionsbeauftragter des BVKJ in Baden-Württemberg Mitglied des Präsidiums des Bundesverbandes deutscher Ernährungsmediziner (BDEM)
Dr. med. Georg Leipold Adipositasbeauftragter der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie (DGPK) Sprecher der bayerischen Adipositasschulungsteams
Prof. Dr. med. Jörg Dötsch Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden

Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.

Prof. Dr. med. Baptist Gallwitz

Sprecher der Kommission gesundheits- und wissenschaftspolitische Fragen der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Prof. Dr. med. Jens Aberle

Präsident der Deutschen Adipositas Gesellschaft

Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)

im Namen folgender Institution / Organisation:

Deutsche Adipositas Gesellschaft

Deutsche Diabetes Gesellschaft

Berufsverband der Kinder und Jugendärzte

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie

Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention

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 15.11.2021 einen Berichtsplan zur Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche veröffentlicht.

Nachfolgend möchten wir für die Vorstände der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) und der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG), der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), für den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), für die Konsensusgruppe Adipositas Schulung für Kinder und Jugendliche (KgAS), für die Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie (DGPK) sowie die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) eine fachliche Stellungnahme abgeben.

Wir begrüßen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Vorbereitung eines Disease-Management-Programms (DMP) Adipositas für Kinder und Jugendliche eine umfassende systematische Literaturrecherche mit Evidenzbewertung in Auftrag gegeben hat.

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist in den letzten Jahrzehnten weltweit angestiegen und befindet sich auch weiterhin auf einem sehr hohen Niveau. Aktuell geht man in Deutschland von etwa 800.000 Kindern und Jugendlichen mit Adipositas aus (1); durch die COVID-19-Pandemie wird sich dieser Zustand noch verschärfen. Demgegenüber zeigt sich in den letzten Jahren ein massiver Rückgang der Versorgungsleistung. So nahm in der Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation der Fachgesellschaft DAG/AGA (APV, Universität Ulm) die Zahl registrierter Kinder und Jugendlicher von ca. 12000 bis 14000 pro Jahr (2008-2010) auf unter 4000 (2020/2021) ab. Parallel zeigte sich sowohl bei den stationären, vor allem aber den ambulanten Zentren eine Reduktion von etwa 140 auf 40 (Daten mit freundlicher Genehmigung zur Verfügung gestellt von Prof. Holl, APV Register Ulm, 2021).

Zur Prävention und Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter steht eine aktuelle S3-LL zur Verfügung (S3-Leitlinie vom 31.08.2019: „Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ AWMF 050-002). Die Entwicklung eines eigenständigen DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche zur leitliniengerechten und der aktuellen Evidenz entsprechenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas sowie die Einbettung in einen strukturierten Behandlungsvertrag nach § 137f, SGB V sind aus unserer Sicht daher dringend erforderlich.

Für den Analyseprozess bzw. die Interpretation der Ergebnisse der Leitlinienrecherche bieten wir im Namen der o.g. Fachgesellschaften unsere wissenschaftliche und klinische Fachexpertise 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 beigelegt werden.</i>
Kap.1	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>1. Kap.1 / Hintergrund / Betreffendes Krankheitsbild:</p> <p>Es wird auf den Body Mass Index (BMI) als guten Indikator für Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – analog zu Erwachsenen - eingegangen und die Limitationen dieses Markers werden aufgezeigt. Weiterhin wird korrekterweise auf alters- und geschlechtsspezifische Perzentilenkurven für Deutschland verwiesen (Kromeyer-Hauschild et al).</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u></p> <p>Wir empfehlen, hier als zusätzlichen Marker den Taillenumfang bzw. den Taille-Länge-Quotienten (waist-to-heights-ratio, WHtR). Beide Marker für die Körperfettverteilung bzw. zur Charakterisierung einer viszeralen Adipositas korrelieren gut mit kardiometabolischen Risikomarkern wie z.B. Blutdruck, Parametern des Fettstoffwechsels, Leberwerten und dem Zuckerstoffwechsel. Taillenumfang und WHtR scheinen im Vergleich zum BMI sogar bessere Prädiktoren für kardiovaskuläre Risikofaktoren darzustellen (1, 2).</p> <p>Alters- und geschlechtsspezifische Perzentilenkurven für Kinder ab 11 Jahre liegen für den Taillenumfang vor (3). Bezüglich der WHtR wurde für Kinder und Jugendliche ein alters- und geschlechtsunabhängiger fester Grenzwert von 0,5 vorgeschlagen, der in den Auswertungen des Kindergesundheitssurveys (KiGGS) gut mit P90 übereinstimmt und ein guter Prädiktor für ein erhöhtes kardiometabolisches Risiko zu sein scheint (4)</p> <p>Wir schlagen daher davor vor, sowohl den Taillenumfang als auch die WHtR zusätzlich zum BMI als fakultative Parameter aufzunehmen, da beide Werte mittlerweile auch in der Erwachsenenmedizin zur Verlaufsbeurteilung sowie zur Charakterisierung des Metabolischen Syndroms eine große Rolle spielen.</p> <p>Wir bitten um Ergänzung des folgenden Satzes im Abschnitt „Hintergrund“ / „Betreffendes Krankheitsbild“ / Seite 2 hinter dem Absatz "Die Bestimmung des BMI bzw. BMI-Perzentils hat eine wesentliche Bedeutung....":</p> <p><i>" In Ergänzung zum BMI stellen der Taillenumfang und der Taille-Länge-Quotient (waist-to-height-ratio, WHtR) zusätzliche (bisher fakultative) anthropometrische Marker zur Charakterisierung der Körperfettverteilung bzw. zur Einschätzung einer viszeralen Adipositas dar. Beide Parameter korrelieren gut mit kardiometabolischen Risikofaktoren wie einer arteriellen Hypertonie, Dyslipidämie, Transaminasenerhöhung oder gestörter Glukosehomeostase. Taillenumfang und</i></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>
	<i>WHtR scheinen im Vergleich zum BMI sogar bessere Prädiktoren für kardiovaskuläre Risikofaktoren zu sein (1, 2). Alters- und geschlechtsspezifische Perzentilenkurven für den Taillenumfang stehen für Kinder ab 11 Jahren durch die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI) zur Verfügung (3). Bezüglich der WHtR wurde für Kinder und Jugendliche - analog zu Erwachsenen- ein alters- und geschlechtsunabhängiger fester Grenzwert von 0,5 vorgeschlagen, der in den Auswertungen des Kindergesundheitssurveys (KiGGS) gut mit P90 übereinstimmt und ein guter Prädiktor für ein erhöhtes kardiometabolisches Risiko zu sein scheint (4)"</i>

(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. Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A. Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. J Health Monitoring 2018 3(1) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-005.2
2. Lee HJ, Shim YS, Yoon JS, Jeong HR, Kang MJ, Hwang IT. Distribution of waist-to-height ratio and cardiometabolic risk in children and adolescents: a population-based study. Sci Rep. 2021 May 4;11(1):9524
3. Kahn HS, Divers J, Fino NF, Dabelea D, Bell R, Liu LL, Zhong VW, Saydah S. Alternative waist-to-height ratios associated with risk biomarkers in youth with diabetes: comparative models in the SEARCH for Diabetes in Youth Study. Int J Obes (Lond). 2019 Oct; 43(10):1940-1950.)
4. Kromeyer-Hauschild K, Dortschy R, Stolzenberg H et al. Nationally representative waist circumference percentiles in German adolescents aged 11.0-18.0 years. 2011; Int J Pediatr Obes 6(2-2): e129-137).
5. Kromeyer-Hauschild K, Neuhauser H, Schaffrath Rosario A et al. Abdominal Obesity in German Adolescents Defined by Waist-to-Height Ratio and Its Association to Elevated Blood Pressure: The KiGGS Study. 2013; Obes Facts 6 (2):165-75)

A.1.2 – Novo Nordisk Pharma GmbH

Autorinnen und Autoren

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

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V21-07

Titel: Leitliniensynopse Adipositas - Kinder und Jugendliche

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. Lüdtkke, 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)

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Leitliniensynopse Adipositas bei Kindern und Jugendlichen beauftragt. Hierzu hat das IQWiG am 22.11.2021 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.

Im Rahmen der IQWiG Recherche sollen aktuelle evidenzbasierte Leitlinien identifiziert, bewertet und potenziell relevante Empfehlungen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zusammengefasst werden (1).

Novo Nordisk weist darauf hin, dass erst kürzlich im Bereich der Pharmakotherapie neue therapeutische Optionen für die Behandlung von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ermöglicht wurden. So wurde das Arzneimittel Saxenda®, welches seit 2016 bei erwachsenen Menschen mit Adipositas angewendet wird, nun auch seit dem 26.04.2021 zur Gewichtsregulierung bei Jugendlichen (> 12 Jahren) zugelassen (2). Damit ist Saxenda® das einzige in Deutschland verfügbare Arzneimittel für eine dauerhafte Anwendung in dieser Indikation für diese Altersgruppe. Darüber hinaus ist das Arzneimittel IMCIVREE™ ebenfalls seit diesem Jahr für die Behandlung von Adipositas sowie zur Kontrolle des Hungergefühls in Zusammenhang mit einer bestimmten genetischen Disposition für Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren zugelassen (11). Beide Arzneimittel schließen eine therapeutische Lücke in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas, für welche zuvor keine pharmakotherapeutische Option zur Verfügung stand.

Da die Zulassung von beiden Arzneimitteln jedoch erst kürzlich erfolgte, werden diese therapeutischen Optionen in den aktuell verfügbaren Leitlinien noch nicht abgebildet. So findet sich beispielhaft in der aktuellen deutschen S3-Leitlinie zur „Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ zwar ein Kapitel zur adjuvanten Pharmakotherapie (3.1.9), welches jedoch auf eine mangelnde Studienlage und eine fehlende Zulassung für Arzneimittel hinweist (3). Obwohl nun für Saxenda® bzw. IMCIVREE™ sowohl randomisierte kontrollierte Studien vorliegen als auch eine Zulassung besteht, ist eine Aktualisierung der S3-Leitlinie aufgrund deren letzten Überarbeitung in 2019 im Zeitraum der Leitliniensynopse nicht zu erwarten (13, 14, 15).

Daher weist Novo Nordisk zum einen auf die randomisierten kontrollierten Studien zu Saxenda® bzw. IMCIVREE™ hin, welche die Wirksamkeit und Sicherheit neuer Therapieoptionen belegen (13, 14, 15). Zum anderen befindet sich eine neue kanadische Leitlinie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas in der Erstellung mit voraussichtlicher Publikation Anfang 2022 (16). Die Zielsetzung des kanadischen Komitees betont die Notwendigkeit eines Updates, um neue Therapiestrategien zu berücksichtigen und die Einbindung aktueller patientenzentrierter sowie interdisziplinärer Therapieoptionen zu gewährleisten. Dem Berichtsplan ist zudem zu entnehmen, dass hauptsächlich Leitlinien aus u. a. Kanada den Qualitätskriterien für die Entwicklung von Leitlinien und deren Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem entsprechen (1).

Um Zugunsten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas alle zugelassenen Therapieoptionen zu erfassen und nicht zuletzt den Anspruch des IQWiG zu erfüllen, stets aktuelle Evidenz zu berücksichtigen, erscheint es Novo Nordisk zielführend während der Erstellung der Leitliniensynopse ein besonderes Augenmerk auf Aktualisierungen von Leitlinien - insbesondere der in Bearbeitung befindlichen kanadischen Leitlinie- und auch auf Leitlinien-unabhängige Evidenz zu aktuellen Therapieoptionen zu legen.

Darüber hinaus spricht sich Novo Nordisk für eine entsprechende Würdigung dieser beiden aktuell zugelassenen Therapieoptionen im finalen IQWiG Bericht aus, auch wenn diese nicht zeitnah durch eine Aktualisierung der Leitlinie empfohlen werden. Dies könnte z.B. über eine Evidenzsynopse erfolgen.

(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 beigelegt werden.</i>
1 (S.1)	<p><u>Anmerkung:</u> Im Abschnitt „Betreffendes Krankheitsbild“ wird das Krankheitsbild der Adipositas erläutert.</p> <p>Aus Sicht von Novo Nordisk sollte in diesem Abschnitt klargestellt werden, dass es sich bei Adipositas um eine eigenständige, chronische, rezidivierende Erkrankung handelt, die einer kontinuierlichen langfristigen Behandlung bedarf. Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist dabei neben funktionellen Einschränkungen auch mit einer höheren Komorbidität im Vergleich zu Normalgewichtigen assoziiert (3, 4). Ziel des neu zu entwickelnden Disease-Management-Programms (DMP) Adipositas ist es, Menschen mit einer Adipositas leitliniengerecht zu behandeln und sie im Umgang mit dieser Erkrankung zu unterstützen. Dies schließt auch die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen mit ein (5). In der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision als deutsche Modifikation (ICD-10-GM, Version 2022) gibt es für Kinder und Jugendliche offizielle Codes für die amtliche Verschlüsselung von Adipositas als Diagnose und damit auch zur Klassifikation dieser Erkrankung (6).</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> In dem Abschnitt „Betreffendes Krankheitsbild“ bittet Novo Nordisk um Ergänzung des folgenden einleitenden Satzes:</p> <p>Bei Adipositas handelt es sich um eine eigenständige, chronische, rezidivierende, progressive Erkrankung.</p>
1 (S.1)	<p><u>Anmerkung:</u> In dem Abschnitt „Betreffendes Krankheitsbild“ wird weiter ausgeführt, dass der Body-Mass-Index (BMI) herangezogen werden <u>kann</u>, um den Grad der Adipositas im Kindes- und Jugendalter zu bestimmen. Da der BMI in dieser Altersgruppe alters- und geschlechtsabhängig ist, werden BMI-Referenzkurven (BMI-Perzentilkurven) herangezogen.</p> <p>In der aktuellen S3-Leitlinie „Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ wird darauf hingewiesen, dass der BMI ein akzeptables und einfach messbares Maß zur Klassifikation der Adipositas auch für Kinder und Jugendliche darstellt. Die Verwendung des BMI zur Beurteilung von Übergewicht und Adipositas wird hier analog zu den Erwachsenen auch für Kinder und Jugendliche empfohlen, unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Altersperzentile (3). Auf 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>Einteilung nach dem BMI über BMI-Perzentilkurven wird außerdem in der ICD-10-GM (Version 2022) für die amtliche Verschlüsselung von Adipositas im Kindes- und Jugendalter verwiesen (6). Darüber hinaus korreliert der BMI in dieser Altersgruppe auch direkt mit Mortalität (12).</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Um den Körperfettanteil und den Grad der Adipositas im Kindes- und Jugendalter zu bestimmen, wird die Verwendung des BMI als etablierter Marker empfohlen (3). Darüber hinaus gibt es eine Assoziation zwischen dem BMI und Mortalität, weshalb der BMI selbst einen wichtigen Prädiktor hierfür darstellt (12).</p> <p>Des Weiteren wird in diesem Abschnitt die Verwendung der BMI-Perzentilkurven nach Kromeyer-Hausschild für eine einheitliche Definition in Deutschland empfohlen (1).</p> <p>Das IQWiG wird im Rahmen der Leitliniensynopse nach nationalen und internationalen Leitlinien recherchieren und Empfehlungen zusammenfassen. Darüber hinaus erhebt das IQWiG den Anspruch, dass die recherchierten Leitlinien auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind (1). Dies würde somit auch für die Einteilung des BMI bei Kindern und Jugendlichen gelten, für die verschiedene BMI-Perzentile in verschiedenen Ländern existieren (7).</p> <p>Auf der Internetseite der „Gesundheitsberichtserstattung des Bundes“ wird für internationale Vergleiche auf die von der International Obesity Taskforce (IOTF) vorgeschlagenen Referenzwerte von Cole et al. verwiesen, die für internationale Vergleiche entwickelt worden sind (8, 9).</p> <p>Novo Nordisk bittet daher um eine ergänzende Verwendung der BMI-Cut-off-Punkte der IOTF um einen internationalen Vergleich zu ermöglichen.</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 Empfehlung zu konkreten digitalen medizinischen Anwendungen.</p> <p>Da Empfehlungen zu digitalen medizinischen Anwendungen unabhängig von der Empfehlung- und Evidenzgradierung dargestellt werden sollen, bittet Novo Nordisk um Klärung, welche Kriterien das IQWiG für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen hier heranzieht.</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>
4/4.1.2 (S.6)	<p><u>Anmerkung:</u> Unter dem Abschnitt „Versorgungsaspekte“ wird allgemein auf „therapeutische Maßnahmen“ verwiesen.</p> <p>In dem Berichtsplan des IQWiG zur Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene (v21-05) wird in dem Abschnitt „Versorgungsaspekte“ unter dem Punkt „therapeutische Maßnahmen“ näher differenziert in Basistherapie, adjuvante medikamentöse Therapie und chirurgische Therapie (10). Zum Beispiel wird in der deutschen S3-Leitlinie „Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ im Kapitel „Therapie der Adipositas“ in weitere Unterkapitel untergliedert (Basisprogramm, Elternschulung, zusätzliche medikamentöse Therapie, Adipositas-chirurgische Eingriffe, Digitale Intervention etc.) (3).</p> <p>Novo Nordisk bitte daher um Spezifizierung, welche konkreten <u>therapeutischen Maßnahmen</u> das IQWiG hier untersuchen wird.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • therapeutische Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ○ Basistherapie ○ Elternschulung ○ adjuvante medikamentöse Therapie ○ chirurgische Therapie

(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 – Kinder und Jugendliche, Berichtsplan V 1.0., 2021
2. Novo Nordisk, Saxenda® Fachinformation, Stand: 04/2021 (letzter Zugriff: 16.12.2021), <https://www.fachinfo.de/suche/fi/022183>
3. Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, AWMF 2019
4. Friedemann C., Heneghan C., Mahtani K. et al. Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis, BMJ 2012
5. Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA beginnt mit Entwicklung eines DMP Adipositas, Pressemitteilung Disease-Management-Programme, 2021

6. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM), Stand 2022 (letzter Zugriff: 25.11.2021), <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/node.html>
7. Kromeyer-Hauschild K., Wabitsch M., Kunze D. et al., Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben, Monatsschrift Kinderheilkunde 2001
8. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2010, (letzter Zugriff: 16.12.2021) https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=12869
9. Cole T. J., Bellizzi M. C., Flegal K. M. et al., Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey, BMJ 2000
10. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene, Berichtsplan V1.0., 2021
11. Europäische Arzneimittel-Agentur, IMCIVREE: EPAR – Product information, (letzter Zugriff: 16.12.2021) https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/imcivree-epar-product-information_de.pdf
12. Franks P. W., Hanson R. L., Knowler W. C. et al., Childhood obesity, other cardiovascular risk factors, and premature death, N Engl J Med 2010
13. Kelly A. S., Auerbach P., Barrientos-Perez M. et al. A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity, N Engl J Med 2020
14. Clément K., van den Akker E., Argente J. et al., Efficacy and safety of setmelanotide, an MC₄R agonist, in individuals with severe obesity due to LEPR or POMC deficiency: single-arm, open-label, multicentre, phase 3 trials, Lancet Diabetes Endocrinol 2020
15. Haws R. M., Gordon G., Han J. C. et al., The efficacy and safety of setmelanotide in individuals with Bardet-Biedl syndrome or Alström syndrome: Phase 3 trial design, Contemp Clin Trials Commun 2021
16. Obesity Canada, 2021 (letzter Zugriff: 16.12.2021) <https://obesitycanada.ca/guidelines/pediatrics/>
<http://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/02/Updating-clinical-practice-guidelines-for2.png>

A.1.3 – Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)

Autorinnen und Autoren

- Meteling-Eeken, Marleen
- Köpcke, Uta

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V21-07

Titel: Leitliniensynopse Adipositas - Kinder und Jugendliche

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.

Eine Stellungnahmefrist für eine schriftliche Stellungnahme zum Vorbericht wird im Zeitplan nicht näher spezifiziert. Vorangegangene Stellungnahmefristen zu Vorberichten beliefen sich auf einen Monat. Beim Vorbericht V21-07 wäre eine einmonatige Stellungnahmefrist für die Stellungnehmenden sehr knapp bemessen. Wir bitten diesbezüglich um eine Frist von zwei Monaten.

Die formale Anforderung, dass die Volltexte der in unserer Stellungnahme zitierten Literatur, die von direkter Relevanz für die Bewertung sind und nicht bereits im zur Anhörung gestellten Dokument zitiert wurden, eingereicht werden müssen, ist nicht zeitgemäß und anwenderfreundlich. Der Volltext der von uns verwendeten Literatur ist im Quellenverzeichnis über den jeweiligen Link einzusehen.

Die IQWiG Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche wird laut dem Berichtsplan V21-07, Stand 15.11.2021 [1], nur Leitlinien berücksichtigen, die ab Oktober 2017 publiziert wurden, weil Leitlinien, die älter als 5 Jahre sind, „in der Regel“ nicht mehr dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen sollten. Das IQWiG verweist hierzu auf zwei Publikationen bezüglich Leitlinien. In der eine Publikation aus 2014, wird eine mittlere Lebensdauer von 60 Monaten (95% Konfidenzintervall: 51, 69) für eine Kohorte NICE-Guidelines beschrieben [2]. Die NICE-Obesity-Guidelines [3-8] haben eine längere Lebensdauer. In der anderen Publikation aus 2001 [9] wurden 17 Clinical practice guidelines der US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) auf die Notwendigkeit eines Updates beurteilt. 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 [9].

Diese Publikationen sagen zur Sachlage der Adipositasleitlinien wenig aus. Bei Adipositasleitlinien sollte überdacht werden, ob sich der Themenbereich bei Adipositas langsam entwickelt und diese Leitlinien deshalb oft länger als 5 Jahre den aktuellen Kenntnisstand entsprechen.

Die deutsche „Evidenzbasierte (S3-)Leitlinie Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter 2019“ [10], die bis spätestens August 2024 gültig ist, basiert auf den vorgehenden Leitlinien AGA-S3-Leitlinie „Therapie der Adipositas im Kindes und Jugendalter“ Version 2009 [11] sowie die konsensbasierte AGA-S2-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ Version 2015 [12]. Systematischen Literaturrecherchen, die bis zum 26.08.2014 erfolgten, wurden ergänzt mit wichtigen Publikationen bis zum Juni 2017 [10]. Von den 33 Empfehlungen zu evidenzbasierten Therapiemaßnahmen wurden 18, nach Überprüfung und Beurteilung als immer noch den aktuellen Erkenntnisstand entsprechend, aus den vorgehenden Leitlinien übernommen [10]. Es bedeutet, dass diese Leitlinie ein großes Zeitspektrum umfasst und Empfehlungen enthält, die über Jahre hinweg ihre Gültigkeit behalten haben.

Zudem zeigt die Praxis bei den Leitlinien Adipositas – Kinder und Jugendliche, dass längst nicht alle Leitlinien alle fünf Jahre aktualisiert werden (können).

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

Beispiele sind die Leitlinien:

Australien: NHMRC 2013 [13] → (noch) kein Update

United Kingdom: NICE 2006 [3] → 2013 [4], 2014 [5,6], 2015 [7,8]

USA: Endocrine Society 2008 [14] → Endocrine Society März 2017 [15-17]

USPSTF 2010 [18] → USPSTF Juni 2017 [19-21]

Fazit: Bei Adipositasleitlinien ist es wenig zielführend, an einer 5-jährigen Aktualität festzuhalten und dadurch viele Leitlinien bei der Leitliniensynopse zu exkludieren.

Die WHO erklärte am 11. März 2020 COVID-19 zur Pandemie [22], 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 beigelegt werden.</i>
1. (S.1) Betreffendes Krankheitsbild	<p><u>Anmerkung:</u> Die Leitlinienkommission der deutschen S3-LL Prävention und Therapie der Adipositas 2014 kam zu dem Schluss, dass Adipositas aus medizinischer Sicht als Krankheit einzuordnen ist [23]. Die deutsche evidenzbasierte (S3-) Leitlinie Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter 2019 schreibt in Ihre Einleitung (S. 13): „Der Krankheitswert der Adipositas im Kindes- und Jugendalter ergibt sich aus der funktionellen und individuellen Einschränkung, der psychosozialen Beeinträchtigung und vor allem der bereits fassbaren, höheren Komorbidität im Vergleich zu Normalgewichtigen. Dadurch ist in den vergangenen Jahren ein neues bedeutsames Krankheitsbild (morbid Adipositas im Kindes- oder Jugendalter) in der Kinder- und Jugendmedizin entstanden“ [10]. Die WHO definiert Adipositas als „abnormal or excessive fat accumulation that presents a risk to health“ [24] bzw. „...that may impair health“ [25, 26]. Die World Obesity Federation unterstützt die Definition von Adipositas als chronische, rezidivierende Erkrankung [27].</p>
1. (S.1) Betreffendes Krankheitsbild	<p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Betreffendes Krankheitsbild Adipositas ist definiert als eine über die Norm hinausgehende Vermehrung des Körperfetts, die ein gesundheitliches Risiko darstellt [24-26]. Adipositas gilt als eigenständige chronische Erkrankung [23,25,27]. Zur Klassifikation der Adipositas bei Erwachsenen hat sich der sog. Body-Mass-Index (BMI) als Berechnungsgrundlage und primärer diagnostischer Marker etabliert [26].</p>
1. (S.1, 2)	<p><u>Anmerkung:</u> Deutschland hat eigene Referenzwerte für den BMI für Kinder und</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>1. (S.1, 2) Betreffendes Krankheitsbild</p>	<p>Jugendlichen erstellt [28,29]. Übergewicht und Adipositas werden anhand von BMI-Perzentilen definiert [10,30].</p> <p>Eine ergänzende Verwendung der BMI-Grenzwerte bzw. BMI-Perzentile für Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen der International Obesity Task Force (IOTF, heutzutage World Obesity Federation: Policy & Prevention) [31] würde einen internationalen Vergleich von Prävalenzdaten ermöglichen.</p> <p>Für den internationalen Vergleich können auch Grenzwerte verschiedener Organisationen wie die der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder der Centers for Disease Control and Prevention der USA (CDC) herangezogen werden. Anders als die „WHO growth reference for school-aged children and adolescents“ [32] und die „2000 CDC Growth Charts for the United States“ [33], die beide auf ausschließlich amerikanischen Daten basieren, beruhen die IOTF „extended international body mass index cut-offs“ jedoch auf Daten national-repräsentativer Querschnittstudien der Länder Brasilien, Großbritannien, Hong-Kong, Niederlande, Singapur und USA [31]. Zudem gewährleisten die von der IOTF 2012 empfohlenen BMI-Grenzwerte für die Definitionen von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, die bei 18 Jahren in einem BMI von 25 kg/m² (Übergewicht) bzw. 30 kg/m² (Adipositas) bzw. 35 kg/m² (extreme Adipositas) münden, einen kontinuierlichen Übergang dieser Definitionen vom Kindes- und Jugendalter zu den risikobezogenen Grenzwerten BMI 25 kg/m² (Übergewicht), BMI 30 kg/m² (Adipositas Grad I) und BMI 35 kg/m² (Adipositas Grad II) im Erwachsenenalter [10,31].</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u></p>															
<p>1. (S.1, 2) Betreffendes Krankheitsbild</p>	<p>In Deutschland wird für eine einheitliche Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter die Verwendung der BMI-Perzentilkurven für Mädchen und Jungen nach Kromeyer-Hauschild empfohlen [28,29]. Basierend darauf, wird ein Übergewicht bzw. eine Adipositas für Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren wie folgt definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Übergewicht: BMI-Perzentile > 90–97 ▪ Adipositas: BMI-Perzentile > 97–99,5 ▪ extreme Adipositas: BMI-Perzentile > 99,5 [10,30] <p>International einheitlich festgelegte BMI-Perzentile für das Kindes- und Jugendalter liegen nicht vor. Die World Obesity Federation verwendet im Allgemeinen die internationalen BMI-Grenzwerte der International Obesity Task Force (IOTF) 2012. Die zugehörigen Perzentile, die bei 18 Jahren in einem BMI von 25 kg/m² (Übergewicht) bzw. 30 kg/m² (Adipositas) bzw. 35 kg/m² (extreme Adipositas) münden, können im Rahmen internationaler Harmonisierung für einen internationalen Vergleich der Prävalenzdaten von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 2 bis 18 Jahren herangezogen werden [31,34]:</p> <table data-bbox="466 1736 1487 1910"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2" style="text-align: center;">BMI-Perzentile IOTF 2012 [31]</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Jungen</th> <th style="text-align: center;">Mädchen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Übergewicht:</td> <td style="text-align: center;">≥ 90,5</td> <td style="text-align: center;">≥ 89,3</td> </tr> <tr> <td>Adipositas:</td> <td style="text-align: center;">≥ 98,9</td> <td style="text-align: center;">≥ 98,6</td> </tr> <tr> <td>extreme Adipositas:</td> <td style="text-align: center;">≥ 99,83</td> <td style="text-align: center;">≥ 99,76</td> </tr> </tbody> </table>		BMI-Perzentile IOTF 2012 [31]			Jungen	Mädchen	Übergewicht:	≥ 90,5	≥ 89,3	Adipositas:	≥ 98,9	≥ 98,6	extreme Adipositas:	≥ 99,83	≥ 99,76
	BMI-Perzentile IOTF 2012 [31]															
	Jungen	Mädchen														
Übergewicht:	≥ 90,5	≥ 89,3														
Adipositas:	≥ 98,9	≥ 98,6														
extreme Adipositas:	≥ 99,83	≥ 99,76														

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>1. (S.3) Leitlinien und 4.1.7 (S.7, 8) Evidenz- basierung</p> <p>1. (S.3) Leitlinien</p> <p>4.1.7 (S.7, 8) Evidenz- basierung</p>	<p><u>Anmerkung:</u> Neben Leitlinien mit Grades of Recommendations (GoR) und Levels of Evidence (LoE) gibt es Leitlinien ohne diese Angaben, oder mit einer der beiden Angaben, die sich trotzdem als „Standardwerk“ etabliert haben. Beispiele sind die ASMBS pediatric metabolic and bariatric surgery guidelines 2018 (ohne GoR und LoE) [35] und die Academy of Nutrition and Dietetics. Pediatric Weight Management (PWM) Evidence-Based Nutrition Practice Guideline (2015) (GoR und Supporting Evidence) [36]. Solche „Standardwerke“ sollten mitberücksichtigt werden.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Von den Leitliniengruppen sollen Grades of Recommendation (GoRs) und Levels of Evidence (LoEs) vergeben werden. Es kann für eine anerkannte Leitlinie eine Ausnahme geben, wenn es (inter)national zu einer bestimmten Thematik keine vergleichbar aktuelle Leitlinie mit GoR und LoE geben sollte. Der GoR verleiht [...]. Leitlinienersteller verwenden oft unterschiedliche Systeme zur Einstufung von GoRs und LoEs.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Unter evidenzbasierten Leitlinien werden im vorliegenden Bericht Leitlinien verstanden, deren Empfehlungen auf einer systematischen Literaturrecherche beruhen, deren Empfehlungen grundsätzlich mit einer Evidenz- und / oder Empfehlungseinstufung (LoE und / oder GoR) versehen und deren Empfehlungen grundsätzlich direkt beziehungsweise indirekt mit den Referenzen der ihnen zugrunde liegenden Primär- und / oder Sekundärliteratur verknüpft sind [37]. Es kann für eine anerkannte Leitlinie bei der Evidenz- und / oder Empfehlungseinstufung eine Ausnahme geben, wenn es (inter)national zu einer bestimmten Thematik keine vergleichbar aktuelle Leitlinie mit GoR und LoE geben sollte. Eine indirekte Literaturverknüpfung [...].</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 allgemeiner Grundsatz der Therapie wichtig. Empfehlungen zur qualifizierten Leistungserbringer in den Leitlinien, insbesondere bezüglich der Ernährungstherapie, wie beispielsweise genannt in [5,10,13,36,38,39], sollten in der Synopse dargestellt werden. Im Sinne einer patientensicheren, prozessgeleiteten Durchführung von Ernährungstherapie muss der dafür per Berufsgesetz (DiätAssG §3) [40] qualifizierte Gesundheitsfachberuf der Diätassistent*innen ausdrücklich genannt werden. Andere mögliche Leistungserbringer Ernährungstherapie 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>
<p>4.1.5 (S.7) und 4.1.6 (S.7) und 4.1.9 (S.8)</p>	<p><u>Anmerkung:</u> Wie unter allgemeine Anmerkungen erwähnt, kommt es bei den Leitlinien Adipositas – Kinder und Jugendliche häufig vor, dass die Zeitspanne bis zum Vorliegen einer Aktualisierung mehr als fünf Jahre beträgt. Die aktuelle deutsche „Evidenzbasierte (S3-)Leitlinie Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter 2019“ [10] reicht mit ihren Literaturverweisen bis in den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts zurück. Im IQWiG-Abschlussbericht V09-02 wurden Leitlinien ab 2005 bis zum 29. September 2011 berücksichtigt, eine größere Zeitspanne als 5 Jahre, nämlich eine Zeitspanne von 6¾ Jahren umfassend [41]. Im Berichtsplan V21-07 [1] 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 (siehe Abschnitt 4.1.9).“ Der im Zeitplan auf der IQWiG-Website angegebene Termin für die Weitergabe des Abschlussberichtes an den G-BA ist das 3. Quartal 2022. Fünf Jahre zuvor wäre das 3. Quartal (ab Juli) 2017 und nicht, wie unter 4.1.9, E7 angegeben, Oktober 2017. Es stellt sich die Frage, wie die kurz vor dem Abgabetermin erschienenen Leitlinien berücksichtigt werden sollten, um in den Zeitplan des IQWiG zur Erstellung der Synopse zu passen. Dann würde die Zeitspanne ab Oktober 2017 möglicherweise kürzer als fünf Jahre werden. Von den Leitlinien mit GoR und / oder LoE aus Australien [13], Deutschland [10,42], Großbritannien [3-8], Kanada [38,43-45], Neuseeland [39,46] und USA [15-17,19-21,36,47-48,49] würden nur die aus Deutschland [10,42] und zwei aus den USA [47-48,49], die Anforderung „Publikation ab Oktober 2017“ erfüllen. Die anderen Leitlinien haben aber, obwohl sie vor Oktober 2017 publiziert wurden, Gültigkeit und sind von entscheidender Bedeutung für die Vollständigkeit der Leitliniensynopse, weshalb sie berücksichtigt werden sollten.</p>
<p>4.1.5 (S.7)</p>	<p><u>Vorgeschlagene Änderung 4.1.5, S.7:</u> Im Allgemeinen entsprechen Leitlinien, die älter als 5 Jahre sind, entsprechen in der Regel nicht mehr dem aktuellen Erkenntnisstand [2,9]. Dies trifft jedoch auf vielen Leitlinien Adipositas – Kinder und Jugendliche nicht zu. Es werden deshalb nur Leitlinien berücksichtigt, die entweder vom im Auftrag des G-BA genannten Abgabetermin des Abschlussberichts ausgehend maximal 5 Jahre zuvor veröffentlicht wurden, oder die immer noch Gültigkeit haben, berücksichtigt (siehe Abschnitt 4.1.9).</p>
<p>4.1.6 (S.7)</p>	<p><u>Vorgeschlagene Änderung 4.1.6, S.7:</u> Zum Zeitpunkt der letzten Recherche ist die Leitlinie als gültig gekennzeichnet bzw. gilt als gültig und / oder das in der Leitlinie genannte Überarbeitungsdatum ist nicht überschritten.</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>
4.1.9 (S.8) Tabelle 2 E7	Vorgeschlagene Änderung 4.1.9, Tabelle 2, E7, S.8: Publikation erfolgte ab Oktober Juli 2017 (siehe auch Abschnitt 4.1.5), es sei denn, es handelt sich um Leitlinien von vor Juli 2017, die immer noch Gültigkeit besitzen.
4.1.9 (S.8) Tabelle 2 E8	Vorgeschlagene Änderung 4.1.9, Tabelle 2, E8, S.8: als gültig gekennzeichnet bzw. gilt als gültig und / oder Überarbeitungsdatum nicht überschritten (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. Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche. Berichtsplan. Auftrag: V21-07. Version: 1.0. Stand: 15.11.2021. Köln: IQWiG, 2021. 1-24. FREE https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_berichtsplan_v1-0.pdf Zugriff: 22.11.2021.
2. 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. (Quelle 25 im IQWiG Berichtsplan V21-07).
3. 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 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg43/evidence> Zugriff 07.12.2021.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Weight management: lifestyle services for overweight or obese children and young people London: National Institute for Health and Care Excellence; 2013. p. 1-116. FREE <https://www.nice.org.uk/guidance/ph47/resources/weight-management-lifestyle-services-for-overweight-or-obese-children-and-young-people-pdf-1996362978757>, <https://www.nice.org.uk/guidance/ph47/evidence> Zugriff: 07.12.2021.
5. National Clinical Guideline Centre. National Institute for Health and Clinical Excellence: guidance. Obesity: Identification, Assessment and Management of Overweight and Obesity in Children, Young People and Adults: Partial Update of CG43. Methods, evidence and recommendations. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); Nov. 2014. 1-154. FREE https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK264165/pdf/Bookshelf_NBK264165.pdf Zugriff 07.12.2021, Appendices A-Q <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK311323/> Zugriff 18.12.2021.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity: identification, assessment and management. Clinical guideline [CG189]. London: NICE; 2014. p. 1-37. FREE

- <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/resources/obesity-identification-assessment-and-management-pdf-35109821097925>,
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/evidence> Zugriff: 15.12.2021.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Obesity prevention. Clinical guideline cg43. Last updated 1 March 2015. London: NICE; 2015. p. 1-52. FREE <https://www.nice.org.uk/guidance/cg43/resources/obesity-prevention-pdf-975445344709>,
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg43/evidence> Zugriff: 15.12.2021
 8. National Institute for Health and Care Excellence. Preventing excess weight gain. NICE Guideline [NG7]. London: NICE; 2015. p. 1-55. FREE <https://www.nice.org.uk/guidance/ng7>,
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng7/evidence> Zugriff: 15.12.2021.
 9. 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. (Quelle 26 im IQWiG Berichtsplan V21-07).
 10. Wabitsch M, Moß A, (federführend für die AGA). Evidenzbasierte (S3-)Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, AWMF-Nr. 050-002, Version August 2019. Berlin: Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG); 2019. p. 1-80. FREE https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-002l_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf Zugriff: 22.11.2021.
 11. Wabitsch M, Moß A, Hauner H, Kromeyer-Hauschild K, Kunze D, et al. Evidenzbasierte Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) und der beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbände und weiterer Organisationen. S3-Leitlinie Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Ulm; Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kinders und Jugendalter (AGA), 2009. 1-55. FREE <https://premiumorvos.hu/files/file/tanulmanyok/Azadipositasterpijagyermek-sfiatalkorbannmetnyelv.pdf> Zugriff: 22.11.2021.
 12. Wabitsch M, Kunze D, (federführend für die AGA). Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 15.10.2015; www.a-g-a.de. FREE https://adipositas-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2020/06/AGA_S2_Leitlinie.pdf Zugriff: 22.11.2021.
 13. National Health and Medical Research Council. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia NHMRC Reference code: N57. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2013. p. 1-232. FREE <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practice-guidelines-management-overweight-and-obesity#block-views-block-file-attachments-content-block-1> Zugriff: 14.12.2021.
 14. August GP, Caprio S, Fennoy I, Freemark M, Kaufman FR, Lustig RH, et al. Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. J Clin Endocrinol Metab 2008;93(12):4576-99. DOI: 10.1210/jc.2007-2458. FREE <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6048599/> Zugriff: 16.12.2021.
 15. Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, Murad MH, Silverstein JH, et al. Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2017 Mar 1;102(3):709-757. DOI: 10.1210/jc.2016-2573. FREE <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6283429/> Zugriff: 24.11.2021.

16. Rajjo T, Almasri J, Al Nofal A, Farah W, Alsawas M, Ahmed AT, et al. The Association of Weight Loss and Cardiometabolic Outcomes in Obese Children: Systematic Review and Meta-regression. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102(3):758-62. DOI: 10.1210/jc.2016-2575. FREE <https://academic.oup.com/jcem/article/102/3/758/2765058> Zugriff: 18.12.2021.
17. Rajjo T, Mohammed K, Alsawas M, Ahmed AT, Farah W, Asi N, et al. Treatment of Pediatric Obesity: An Umbrella Systematic Review. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102(3):763-75. DOI: 10.1210/jc.2016-2574. FREE <https://academic.oup.com/jcem/article/102/3/763/3061894> Zugriff: 18.12.2021.
18. U. S. Preventive Services Task Force, Barton M. Screening for obesity in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics* 2010;125(2):361-7. DOI: 10.1542/peds.2009-2037. FREE <https://www.uspreventiveservicetaskforce.org> Zugriff: 06.12.2021.
19. Grossman DC, Bibbins-Domingo K, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, Doubeni CA, et al. Screening for Obesity in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2017 Jun 20;317(23):2417-26. DOI: 10.1001/jama.2017.6803. FREE <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2632511> Zugriff 06.12.2021.
20. O'Connor EA, Evans CV, Burda BU, Walsh ES, Eder M, Lozano P. Screening for Obesity and Intervention for Weight Management in Children and Adolescents: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2017;317(23):2427-44. DOI: 10.1001/jama.2017.0332. FREE <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2632510> Zugriff: 16.12.2021.
21. O'Connor EA, Evans CV, Burda BU, Walsh ES, Eder M, Lozano P. Screening for Obesity and Interventions for Weight Management in Children and Adolescents: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. Rockville (MD)2017. p. 1-271. FREE <https://www.uspreventiveservicetaskforce.org/uspstf/document/final-evidence-review151/obesity-in-children-and-adolescents-screening> Zugriff: 16.12.2021.
22. 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: 09.12.2021.
23. 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: 09.12.2021.
24. World Health Organisation. Obesity [online]. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1 Zugriff: 06.12.2021.
25. World Health Organisation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Introduction, 1-4. Part I. The Problem of overweight and obesity. 5-37. *World Health Organ Tech Rep Ser* 2000;894:i-xii,1-253. FREE https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42330/WHO_TRS_894.pdf?sequence=1&isAllowed=y Zugriff: 17.12.2021.
26. World Health Organisation. Obesity and Overweight [online]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Zugriff: 06.12.2021.
27. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev*

- 2017;18(7):715-23. DOI: 10.1111/obr.12551 FREE
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/obr.12551> Zugriff: 16.12.2021.
28. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, et al. Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2001;149:807-18. [Quelle 6 im IQWiG-Berichtsplan V21-07].
29. Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M. Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. *Adipositas* 2015;9(3):123-7. [Quelle 9 im IQWiG-Berichtsplan V21-07].
30. Deutsche Adipositas Gesellschaft. Definition der Adipositas im Kindes & Jugendalter [online] <https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/definition-von-adipositas/> Zugriff: 13.12.2021. [Quelle 10 im IQWiG-Berichtsplan V21-07].
31. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012;7(4):284-94. DOI: 10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1207546/mod_folder/content/0/COLE%20IOTF.pdf?forcedownload=1 Zugriff 08.12.2021.
 Supporting Information Table S1, Table S2. FREE
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x> Zugriff: 14.12.2021.
 Extended International (IOTF) Body Mass Index Cut-Offs (in Detail: Age by month, Boys, Girls). FREE via <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/obesity-classification> Zugriff: 14.12.2021.
32. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ* 2007;85(9):660-7. DOI: 10.2471/blt.07.043497. FREE
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636412/pdf/07-043497.pdf> Zugriff: 13.12.2021.
33. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Mei Z, et al. 2000 CDC Growth Charts for the United States: methods and development. *Vital Health Stat* 11 2002(246):1-190. FREE https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf Zugriff: 15.12.2021.
34. Schienkiewitz A, Damerow S, Schaffrath Rosario A. Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Einordnung der Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 nach internationalen Referenzsystemen. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(3):60-74. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-080.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/ConceptsMethods/JoHM_03_2018_Gewicht_Referenzsysteme_KiGGS-Welle2.pdf?blob=publicationFile Zugriff: 17.12.2021.
35. Pratt JSA, Browne A, Browne NT, Bruzoni M, Cohen M, Desai A, et al. ASMBS pediatric metabolic and bariatric surgery guidelines, 2018. *Surg Obes Relat Dis* 2018;14(7):882-901. DOI: 10.1016/j.soard.2018.03.019. FREE
<https://asmbs.org/app/uploads/2018/08/PIIS155072891830145X-Pediatric-in-Press.pdf> Zugriff: 16.12.2021.
36. a. Academy of Nutrition and Dietetics. Pediatric Weight Management (PWM) Evidence - Based Nutrition Practice Guideline (2015).
<https://www.andeal.org/topic.cfm?menu=5296&cat=5632> Zugriff: 18.12.2021.
 b. Academy of Nutrition and Dietetics. Introductory Material: Introduction, Scope of the Guideline, Statement of Intent, Guideline Methods, Specific Topic Search Methods, Implementation of the Guideline, Benefits and Risks/Harms of Implementatoin (2015).
<https://www.andeal.org/vault/pgnew139.pdf> Zugriff: 18.12.2021.

- c. Academy of Nutrition and Dietetics. Pediatric Weight Management. Executive Summary of Recommendations (2015). <https://www.andeal.org/vault/pqnew138.pdf> Zugriff: 18.12.2021.
- d. Academy of Nutrition and Dietetics. Pediatric Weight Management. Major Recommendations (2015). <https://www.andeal.org/vault/pqnew140.pdf> Zugriff: 18.12.2021.
- e. Academy of Nutrition and Dietetics. Recommendation Ratings. <https://www.andeal.org/recommendation-ratings> Zugriff: 18.12.2021.
37. AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II: AGREE II Instrument [online]. <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf> Zugriff: 19.12.2021.
38. 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. CMAJ 2007;176(8Suppl):Online-1-117. FREE <https://www.cmaj.ca/content/suppl/2007/09/04/176.8.S1.DC1/obesity-lau-onlineNEW.pdf> Zugriff: 15.12.2021.
39. Ministry of Health New Zealand. Clinical Guidelines for Weight Management in New Zealand Children and Young People. Wellington: Ministry of Health New Zealand; 2016. p. 1-22. FREE <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/clinical-guidelines-weight-management-nz-children-young-people-dec16.pdf> Zugriff: 14.12.2021. „Updated Version with literature since 2009. For earlier references and more detailed background, including on GRADE analysis, refer to the 2009 Guidelines.“
40. 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.
41. 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.
42. 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: 19.12.2021.
43. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care. CMAJ 2015;187(6):411-21. DOI: 10.1503/cmaj.141285. FREE <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387033/pdf/1870411.pdf> Zugriff: 15.12.2021.
44. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Morrison K, Ciliska D, Kenny M, Usman Ali M, et al. Prevention of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis. CMAJ Open 2015;3(1):E23-33. DOI: 10.9778/cmajo.20140053. FREE

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382039/pdf/cmajo.20140053.pdf> Zugriff: 18.12.2021, Appendices etc. <https://www.cmajopen.ca/content/3/1/E23/tab-related-content> Zugriff: 19.12.2021.
45. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Morrison K, Warren R, Usman Ali M, Raina P. Treatment of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open* 2015;3(1):E35-46. DOI: 10.9778/cmajo.20140047. FREE <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382035/pdf/cmajo.20140047.pdf> Zugriff: 18.12.2021, Appendices etc. <https://www.cmajopen.ca/content/3/1/E35/tab-related-content> Zugriff: 19.12.2021.
 46. Ministry of Health, Clinical Trials Research Unit, New Zealand. Clinical Guidelines for Weight Management in New Zealand Children and Young People. Wellington: Ministry of Health New Zealand; 2009. p. 1-85. FREE [https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/B4ED7BA732D1851ACC2576C5006CDE31/\\$file/weight-management-children-guidelines.pdf](https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/B4ED7BA732D1851ACC2576C5006CDE31/$file/weight-management-children-guidelines.pdf) Zugriff: 15.12.2021.
 47. American Psychological Association, Clinical Practice Guideline Panel. Clinical practice guideline for multicomponent behavioral treatment of obesity and overweight in children and adolescents: current state of the evidence and research needs. March 2018. FREE <https://www.apa.org/obesity-guideline/clinical-practice-guideline.pdf> Zugriff 06.12.2021.
 48. O'Connor EA, Burda BU, Eder M, Walsh ES, Evans CV. Multicomponent Behavioral Interventions for Weight Management in Children and Adolescents Who Are Overweight or With Obesity. A Systematic Evidence Review for the American Psychological Association. Portland: Kaiser Permanente Research Affiliates Evidence-based Practice Center, Kaiser Permanente Center for Health Research; 2016. p. 1-145. FREE <https://www.apa.org/obesity-guideline/systematic-evidence-review.pdf> Zugriff 06.12.2021.
 49. Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, Garvey TW, 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).

A.2 – Stellungnahmen von Privatpersonen

A.2.1 – Dippel, Franz-Werner

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V21-07

Titel: Leitliniensynopse Adipositas - Kinder und Jugendliche

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. rer. med. Franz-Werner Dippel
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation:
<input checked="" 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.

1. Krankheitsbild Adipositas

Im Berichtsplan wird implizit davon ausgegangen, dass Adipositas eine eigenständige Krankheitsentität ist (siehe: Pkt. 1 Hintergrund; Betreffendes Krankheitsbild“, Seite 1, Absatz 2). Eine medizinisch begründete Herleitung dafür findet sich jedoch nicht im Dokument. Dies sollte unbedingt ergänzt und mit entsprechenden Quellen hinterlegt werden. Soweit mir bekannt ist, hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Adipositas bislang nicht als eigene medizinische Krankheitsentität anerkannt. Aus diesem Grund können die Kosten Adipositas-spezifischer Therapiemaßnahmen (Ernährungs-, Bewegungs-, Verhaltens- sowie medikamentöse Therapien) bisher entweder gar nicht oder nur einzelfallabhängig bzw. anteilig von den Gesetzlichen Krankenkassen erstattet oder übernommen werden. Auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) betrachtet die Adipositas lediglich als einen Risikofaktor und damit als „Nährboden“ für zahlreiche nicht übertragbare Erkrankungen wie z.B. Typ-2-Diabetes.

Vorgeschlagene Änderung:

Man sollte dem Berichtsplan eine Präambel voranstellen, die diesen zentralen Aspekt adressiert bzw. thematisiert.

2. Ursachen der Adipositas

Statt der Formulierung „Die Ursachen der Adipositas sind komplex und multifaktoriell“ (Seite 2, Absatz 3) schlage ich eine andere Formulierung vor. Damit wird sowohl der individuellen Verantwortung der Betroffenen (ungesunder Lebensstil: Über- und Fehlernährung in Verbindung mit Bewegungsmangel) als auch der kollektiven Verantwortung der Gesellschaft (Gesundheits-, Ernährungs- und Agrarpolitik) angemessen Rechnung getragen (adipogene Umwelt).

Vorgeschlagene Änderung:

„Die Ursachen der Adipositas sind in einer komplexen Wechselwirkung von verhaltens- und verhältnisbedingten Faktoren begründet“.

3. Einflussfaktoren der Adipositas

a) Unter Pkt. 1, Abs. 2 (Seite 2) werden sieben Einflussfaktoren für das Auftreten einer Adipositas aufgelistet. Lediglich der siebte Punkt wird durch zwei Quellen gestützt (18,19).

Vorgeschlagene Änderung:

Für die Punkte 1-6 sollten ebenfalls Quellenangaben gemacht werden. Darüber hinaus sollte das Ausmaß der einzelnen Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Adipositas abgeschätzt werden. Danach sollten die Einflussfaktoren entsprechend ihrer Einflussstärke priorisiert werden.

b) Unter den Einflussfaktoren für das Auftreten einer Adipositas wird an erster Stelle die Ernährung genannt. In der Klammer werden neben dem Essverhalten und den Portionsgrößen auch der Verzehr von Fast Food und zuckerhaltigen Getränken als eigenständige Einflussfaktoren aufgeführt. In der Klammer fehlen jedoch die industriell hoch verarbeiteten Fertigprodukte sowie die Süßwaren, die jeweils einen erheblichen Anteil an der Entstehung der Adipositas haben. Der Punkt sollte deshalb folgendermaßen neu gegliedert werden:

Vorgeschlagene Änderung:

Ernährung

- Essverhalten,
- Portionsgrößen,
- Verzehr von industriell hoch verarbeiteten Fertigprodukten und Fast Food,
- Verzehr von Süßwaren und zuckerhaltigen Getränken.

c) Darüber hinaus sollte der Begriff Fast Food präzisiert werden. Dies könnte z.B. folgendermaßen geschehen:

Vorgeschlagene Änderung (bzw. Ergänzung):

Fast Food bedeutet "schnelles Essen". Diese Speisen werden für den raschen Verzehr produziert, meist sogar vor den Augen des Gastes. In der Regel beträgt die Zeitspanne zwischen Aufgabe der Bestellung und Erhalt des Produktes weniger als zehn Minuten. Mit Fast Food ist also gemeint, dass es sowohl bei dem Verzehr als auch bei der Zubereitung der Speisen schnell gehen muss. Häufig werden die Produkte im Gehen oder Stehen zu sich genommen. Zu den bekanntesten Fast Food Produkten in Deutschland zählen z. B. Currywurst, Pommes frites, Hamburger, Backfisch-Brötchen, Döner und Pizza. Fast Food Gerichte erhält man in Schnellrestaurants, Kiosken, an Imbissbuden, Tankstellen oder per Lieferservice.

Quelle:

Dorle Grünewald-Funk; Fast Food: Essen auf die Schnelle; Band 1199 von AID, Ernährung AID-Infodienst Verbraucherschutz (Landwirtschaft), 2005, ISBN 3830805020, 9783830805021.

d) Der Begriff der industriell hoch verarbeiteten Fertigprodukte sollte ebenfalls definiert bzw. beschrieben werden und damit von Fast Food abgegrenzt werden.

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

Vorgeschlagene Änderung (bzw. Ergänzung):

Hoch verarbeitete industrielle Fertigprodukte sind zumeist von Unternehmen der Lebensmittelindustrie erzeugte raffinierte Vorprodukte wie z.B. Haushaltszucker, Auszugsmehl, Reinfett und Speiseöl sowie daraus hergestellte, verzehrfähige Mahlzeiten, die ggfs. noch erhitzt werden müssen. Zu den verzehrfähigen Mahlzeiten zählen z.B. Fertiggerichte, Tiefkühlkost und Konserven. Sie zeichnen sich i.d.R. durch einen hohen Zucker-, Fett- und Salzgehalt sowie die Beimengung zahlreicher Zusatzstoffe (E-Nummern) aus. Sie sind für den Verzehr zuhause bestimmt. Fertiggerichte erhält man vorwiegend in Supermärkten.

Quelle:

CA. Monteiro et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. Public Health Nutrition: 2019; 22(5): 936–941; doi:10.1017/S1368980018003762.

e) Der Begriff Süßwaren sollte ebenfalls definiert bzw. beschrieben werden.

Vorgeschlagene Änderung bzw. Ergänzung:

Zu den Süßwaren zählen Süßigkeiten wie Schokolade, Bonbons, Lakritze sowie Kekse, Waffeln, Speiseeis etc. Trotz ihres süßen Geschmacks gehören Honig, Konfitüren, Marmeladen, Nuss-Nougat Cremes sowie süße Milch-Erzeugnisse nicht zu den Süßwaren, spielen jedoch als Einflussfaktoren für das Auftreten einer Adipositas bei Kindern und Jugendlichen eine ebenso große Rolle.

4. Epidemiologie

Da in Deutschland keine systematische Statistik zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen geführt wird, liegen hierzu keine offiziellen Daten vor. Die Abschätzung der Adipositas-Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen basiert lediglich auf den beiden KIGGS-Wellen des RKI und damit auf einer sehr kleinen Stichprobe der unter 18-Jährigen (Seite 2). Darüber hinaus ist zu beachten, dass bei Befragungsdaten das Körpergewicht häufig unterschätzt, die Körpergröße dagegen eher überschätzt wird. Der aus Befragungsdaten ermittelte BMI liegt deshalb im Vergleich zur Berechnung aus Messwerten entsprechend niedriger und die Adipositas-Prävalenz wird eher unterschätzt. Dies ist beim Vergleich von Adipositas-Prävalenzen aus verschiedenen Datenquellen zu berücksichtigen.

Vorgeschlagene Änderung bzw. Ergänzung:

Zur Validierung der Ergebnisse der KIGGS-Daten wird eine Versorgungsdatenanalyse auf Basis aktueller und historischer GKV-Versicherungsdaten durchgeführt (entweder über den ICD-10 Code (E66), den BMI oder beides). Damit wird gleichzeitig eine wesentliche Voraussetzung zur Erfolgsmessung sowie zum Nutznachweis des DMP Adipositas geschaffen (Qualitätssicherungsmaßnahme).

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

5. Fragestellung (Punkt 2)

Der Prävention einer Adipositas sollte im Rahmen des DMPs eine zentrale Rolle zukommen. Dabei sollten sowohl die ernährungswissenschaftliche als auch die gesundheitspolitische Prävention thematisiert werden. Das vorrangige Ziel sollte sein, Übergewicht zu verhindern statt Fettleibigkeit zu behandeln.

Dem Abschnitt 2, Fragestellung (Seite 4), sollte deshalb folgender Absatz hinzugefügt werden:

Vorgeschlagene Änderung bzw. Ergänzung:

Außerdem sollen Empfehlungen der Ernährungsmedizin, der Ökotrophologie sowie der Gesundheitspolitik zur Verhaltens- und Verhältnisprävention identifiziert und unabhängig von der Empfehlungs- und Evidenzgraduierung dargestellt werden.

Hierzu gehört z.B. die Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben:

- Verbindliche Qualitätsstandards für das Essen in öffentlichen Einrichtungen, Schulen und Kitas,
- Verbindliche Ziele für die Reduktion von Zucker, Fett und Salz in Fertigprodukten,
- Eindeutige Kennzeichnungspflichten auf Lebensmittelverpackungen
- Einführung einer gesunden Mehrwertsteuer (Grundnahrungsmittel sowie unverarbeitete Lebensmittel sollten steuerfrei sein)
- Förderung von Schulsport und Kindersportprogrammen
- Intensivierung der schulischen Ernährungsbildung
- Werbeverbot für ungesunde Kindernahrungsmittel

Die Präventionsziele sollten eindeutig definiert und exakt quantifiziert werden. Der Präventionserfolg (Zielerreichungsgrad) sollte engmaschig (z.B. jährlich) ermittelt werden.

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

6. Versorgungsaspekte (Punkt 4.1.2)

a) Das Therapieziel (Seite 6) sollte eindeutig definiert werden. Folgende Frage sollte in diesem Zusammenhang adressiert werden: Welche Gewichtsreduktion ist bei welchem Ausgangsgewicht bzw. BMI bei Mädchen und Jungen klinisch relevant?

Vorgeschlagene Änderung bzw. Ergänzung:

Definition der Therapieziele

b) Die therapeutischen Maßnahmen (Seite 6) sollten folgendermaßen untergliedert werden.

Vorgeschlagene Änderung:

- Ernährungsumstellung
- Bewegungstraining,
- Verhaltenstherapie
- Medikamentöse Behandlung
- Heil- und Hilfsmittel

c) Als Punkt 10 (auf Seite 6) sollte noch die Erfolgskontrolle aufgenommen und Maßnahmen zur medizinischen und ökonomischen Evaluation des DMP Adipositas definiert werden. Folgende Fragen sollten in diesem Zusammenhang adressiert werden. Wann gilt eine Adipositas-Therapie als erfolgreich? Wie soll der Nutzen nachweis geführt werden? Um welche Größenordnung soll die Anzahl der jährlich neu dazukommenden adipösen Kinder und Jugendlichen (Inzidenz) gesenkt werden?

Vorgeschlagene Änderung bzw. Ergänzung:

Auflistung der relevanten Outcomes in den einzelnen Therapiefeldern.

(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)	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</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>
	<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.