Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche

Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht

Auftrag: V21.07
Version: 1.0
Stand: 18.08.2022

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 06.05.2022 wurde der Vorbericht in der Version 1.0 vom 29.04.2022 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 03.06.2022 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 Vorberichts überprüft. Eine Würdigung der in der Anhörung vorgebrachten wesentlichen Aspekte befindet sich im Kapitel „Kommentare“ des Abschlussberichts. Im Abschlussbericht sind darüber hinaus Änderungen, die sich durch die Anhörung ergeben haben, zusammenfassend dargestellt. Der Abschlussbericht ist auf der Website des IQWiG unter www.iqwig.de veröffentlicht.

Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

Seite

A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen ..... A 2

A.1.1 – Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET)..... A 2

A.1.2 – Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) e. V., Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) e. V., Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie (DGPK) e. V., Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) e. V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) e. V..... A 33

A.1.3 – Novo Nordisk Pharma GmbH..... A 44

A.2 – Stellungnahmen von Privatpersonen..... A 58

A.2.1 – Dippel, Franz-Werner..... A 58

A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 – Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET)

Autorinnen und Autoren

- Bönner, Gerd (Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e. V.)
- Köpcke, Uta (Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.)
- Lambeck, Andrea (BerufsVerband Oecotrophologie e. V.)
- Meteling-Eeken, Marleen (Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.)
- Westphal, Anja (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V.)

Stellungnahme zum Vorbericht

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 *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
Westphal, Anja; Prof. Dr. Dr. (DGEM)
Bönner, Gerd; Prof. Dr. (DAEM)
Lambeck, Andrea; Dr. (VDOE)
Köpcke, Uta (VDD)
Meteling-Eeken, Marleen (VDD)

Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)

☒ **im Namen folgender Institution / Organisation:** Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET):

BerufsVerband Oecotrophologie e. V. (VDOE)

Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e. V. (DAEM)

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM)

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

☐ **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 einer Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendlichen beauftragt. Am 06.05.2022 hat das IQWiG die Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan [1] und den Vorbericht [2] veröffentlicht und ein Stellungnahmeverfahren zum Vorbericht eröffnet. Mit der nachfolgenden Stellungnahme möchten wir, DGEM, DAEM, VDD und VDOE, Verbände der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET) [3], gerne den Vorbericht, Auftrag V21-07, kommentieren.
Wir begrüßen es, dass Adipositas im Vorbericht nun als „*chronische Erkrankung“* beschrieben wird und die Referenzen zu BMI-Grenzwerten der International Obesity Task Force (IOTF) im Abschnitt Betreffendes Krankheitsbild in Kapitel 1 aufgenommen sind. Vielen Dank, dass Sie diese Änderungen nach der Anhörung zum Berichtsplan durchgeführt haben.
Die Stellungnahmefrist vom 6. Mai bis zum 3.Juni.2022 war für die Stellungnehmenden sehr knapp bemessen. Stellungnehmenden, die auch eine Stellungnahme zum Vorbericht V21-05 abgegeben haben (Frist zum 16. Mai 2022), blieben mit der Frist zum 3. Juni 2022 nur ca. zwei Wochen Zeit.

(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** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
1 (S.2)	Anmerkung: In ihrer Stellungnahme zum Berichtsplan V21-07 [1] schlagen die Deutsche Adipositas Gesellschaft, die Deutsche Diabetes Gesellschaft, der Berufsverband der Kinder und Jugendärzte, die Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin, die Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie und die Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention vor, sowohl den Taillenumfang als auch die „waist-to-height-ratio (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. Es liegen seit 2010 auch eine systematische Übersicht von Browning et al. 2010 [4] und eine systematische Übersicht und Meta-analyse von Ashwell et al. 2012 [5] zur WHtR als Screening tool bei Erwachsenen vor. Das IQWiG schreibt dazu in der Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan, A4.2.1, S. 111 [2]: „Finden sich in eingeschlossenen Leitlinien Empfehlungen

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
1 (S.2)	zu zusätzlichen diagnostischen Markern, werden diese Empfehlungen gemäß dem im Berichtsplan beschriebenen methodischen Vorgehen im Bericht dargestellt. Des Weiteren werden Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien zur Definition der Adipositas im Anhang des Berichts dargestellt.“ Das IQWiG hat zur WHtR in den ausgewählten Leitlinien keine Empfehlungen finden können. Es handelt sich hier jedoch um den einleitenden Text im Abschnitt 1 Hintergrund im Vorbericht.
1 (S.2)	Vorgeschlagene Änderung: Wir unterstützen den Antrag der Deutschen Adipositas Gesellschaft, der Deutschen Diabetes Gesellschaft, des Berufsverbandes der Kinder und Jugendärzte, der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin, der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention zur Ergänzung des folgenden Satzes im Abschnitt „Hintergrund“ / „Betreffendes Krankheitsbild“ / Seite 2 im Vorbericht [2] hinter dem Absatz "Die Bestimmung des BMI bzw. BMI-Perzentils hat eine wesentliche Bedeutung....": *"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 WHtR scheinen im Vergleich zum BMI sogar bessere Prädiktoren für kardiovaskuläre Risikofaktoren zu sein [6, 7]).* *Alters- und geschlechtsspezifische Perzentilenkurven für den Taillenumfang stehen für Kinder ab 11 Jahren durch die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI) zur Verfügung [8]. 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 [9]"*
4.1 – A.9 (S. 7-147) 4.2, Tab. 1 (S.8) 4.1 – A.9 (S. 7-147)	Anmerkung: Wie in der VDD-Stellungnahme zum IQWiG-Berichtsplan V21-07 [1] dargelegt, basiert die deutsche „Evidenzbasierte (S3-)Leitlinie Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter 2019“ [10], die bis spätestens August 2024 gültig ist, 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

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9	Gültigkeit behalten haben. Das einerseits in der Literatursynopse Einschließen einer deutschen Leitlinie, in der mehr als die Hälfte der Empfehlungen aus früheren Leitlinien aus den Jahren 2009 und 2015 übernommen wurden und das andererseits Ausschließen von im Ausland gültigen Leitlinien, weil sie vor Oktober 2017 publiziert wurden, korrespondiert nicht miteinander. Weil auch nach der Anhörung zum Berichtsplan V21-07 keine weiteren gültigen und fortbestehend relevanten Leitlinien aus dem Jahr 2017 eingeschlossen wurden, fehlen nun im Vorbericht wichtige Empfehlungen mit meist hoher Evidenz/hohem Empfehlungsgrad. Bezüglich der Ernährungstherapie (als Teil von multidisziplinären Lebensstilinterventionen) und/oder Ernährungsschulung handelt es sich u.a.um: **Screening for Obesity in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2017** [13, 14] Diese Leitlinie mit dem USPSTF-Recommendation Statement: „The USPSTF recommends that clinicians screen for obesity in children and adolescents 6 years and older and offer or refer them to comprehensive, intensive behavioral interventions to promote improvements in weight status (B recommendation)“ wurde im Juni 2017 publiziert. „FINDINGS **Comprehensive, intensive behavioral interventions (≥26 contact hours) in children and adolescents 6 years and older who have obesity can result in improvements in weight status for up to 12 months**; there is inadequate evidence regarding the effectiveness of less intensive interventions. The harms of behavioral interventions can be bounded as small to none, and the harms of screening are minimal. Therefore, the USPSTF concluded with moderate certainty that screening for obesity in children and adolescents 6 years and older is of moderate net benefit.“ Das Recommendation Statement 2017 mit USPSTF Grade B „The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is moderate, or there is moderate certainty that the net benefit is moderate to substantial.“ [13], das auf eine systematische Übersicht von insgesamt 42 Studien (33 RCTs, 5 Cluster-RCTs, 1 single-group cluster RCT und 3 controlled clinical trials) basiert [14, Table 6, S. 96-100], wovon nach USPSTF-Einstufung 7 RCTs und 1 Cluster-RCT eine gute Qualität und die 34 weiteren Studien eine mittlere („fair“) Qualität hatten [13, 14], wäre vergleichbar mit der Evidenzstufe Ia-Ic (Ia: systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe Ib; Ib: randomisiert kontrollierte Studien; 1c: andere Interventionsstudien) nach Verfahrensordnung des G-BA, siehe S. 136 im Vorbericht [2]. **Diese Leitlinie [13] bzw. die systematische Übersicht [14] wurde nicht in der deutschen S3-Leitlinie AGA 2019 [10] berücksichtigt.** **Ein wissenschaftliches Vorgehen bei der Erstellung des DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche verlangt die Berücksichtigung des USPSTF Recommendation Statements.** **Pediatric Obesity—Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline 2017** [15-17]

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
(S. 7-147)	Diese Guideline ist März 2017 erschienen und wurde unterstützt durch „The European Society of Endocrinology“ und „The Pediatric Endocrine Society“. (Wir nennen hier nur exemplarische Empfehlungen) **3.0 Prevention of obesity** **R3.1** We suggest that clinicians promote and participate in the ongoing healthy dietary and activity education of children and adolescents, parents, and communities, and encourage schools to provide adequate education about healthy eating. (2|⊕OOO) **R3.2** We recommend that clinicians prescribe and support healthy eating habits such as: – avoiding the consumption of calorie-dense, nutrient-poor foods (e.g., sugar-sweetened beverages, sports drinks, fruit drinks, most “fast foods” or those with added table sugar, high-fructose corn syrup, high-fat or high-sodium processed foods, and calorie-dense snacks) – encouraging the consumption of whole fruits rather than fruit juices. (1|⊕⊕OO) **R3.9** We recommend using comprehensive behavior-changing interventions to prevent obesity. Such programs would be integrated with school- or community-based programs to reach the widest audience. (1|⊕⊕OO) **4.0 Treating Obesity** **R4.1** We recommend that clinicians prescribe and support intensive, age-appropriate, culturally sensitive, family-centered lifestyle modifications (dietary, physical activity, behavioral) to promote a decrease in BMI. (1|⊕⊕⊕O) **R4.3** We recommend that clinicians prescribe and support the reduction of inactivity and also a minimum of 20 minutes of moderate to vigorous physical activity daily, with a goal of 60 minutes, all in the context of a calorie-controlled diet. (1|⊕⊕OO) **R4.8** We recommend against using obesity medications in children and adolescents ,16 years of age who are overweight but not obese, except in the context of clinical trials. (1|⊕OOO) **Legende** [18, 19] „The GRADE system classifies recommendations into one of two grades (strong or weak) and the quality of the evidence into one of four categories (high, moderate, low, or very low). This offers a simple and practical, yet methodologically rigorous, grading system for **The Endocrine Society’s Clinical Practice Guidelines** program. To enhance further the interpretation and clarity of the recommendations, guideline developers use the terms “we recommend” to denote strong recommendations, whereas weak recommendations use the less definitive wording “we suggest.” Furthermore, a strong recommendation receives a grade 1 classification, and a weak recommendation receives a grade 2 classification. The symbols chosen for the four levels of quality of evidence are: ⊕OOO (very low); ⊕⊕OO (low);
4.1 – A.9 (S. 7-147)	

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	⊕⊕⊕◯ (moderate); and ⊕⊕⊕⊕ (high) quality.“ **Diese Leitlinie [15] bzw. die systematischen Übersichten [16, 17] wurden nicht in der deutschen S3-Leitlinie AGA 2019 [10] berücksichtigt.** **Ein wissenschaftliches Vorgehen bei der Erstellung des DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche verlangt die Berücksichtigung der „Endocrine Society Clinical Practice Guideline 2017“.** **<u>Vorgeschlagene Änderung:</u>** **Einarbeitung der genannten Leitlinien [13-17] an den entsprechenden Stellen im ganzen Vorbericht [2].**
4.1 – A.9 (S. 7-147) 4.1 – A.9 (S. 7-147)	<u>Anmerkung</u>: In der VDD-Stellungnahme zum Berichtsplan V21-07 [1] wurde dargelegt, dass die Praxis bei den Leitlinien Adipositas – Kinder und Jugendliche zeigt, dass längst nicht alle Leitlinien alle fünf Jahre aktualisiert werden (können). Ausländische Adipositasleitlinien haben nicht immer eine Gültigkeitskennzeichnung, sie sind gültig bis ein Update erscheint bzw. können/sollten auch nach fünf Jahren weiterhin benutzt werden, weil sie Grundlagen-Evidenz enthalten und dadurch fortbestehend relevant sind. **Weil Leitlinien, die älter als 5 Jahre sind, bei der IQWiG-Leitliniensynopse V21-07 [1,2] von vorne herein ausgeschlossen und auch nach der Anhörung zum Berichtsplan V21-07 [1] nicht eingeschlossen wurden, fehlen nun im Vorbericht wichtige Empfehlungen mit meist hoher Evidenz/hohem Empfehlungsgrad aus Leitlinien, die vor 2017 veröffentlicht wurden. Bezüglich der Ernährungstherapie (als Teil von multidisziplinären Lebensstilinterventionen) und/oder Ernährungsschulung handelt es sich u.a.um**: **Academy of Nutrition and Dietetics. Pediatric Weight Management (PWM) Evidence - Based Nutrition Practice Guideline (2015)** [20a-e]: Die Pediatric Weight Management Evidence-based Nutrition Practice Guideline 2015 der USA Academy of Nutrition and Dietetics, die laut AND-Website noch immer gültig bzw. fortbestehend relevant ist, hat ihr eigenes Rating-System: (Wir nennen hier nur exemplarische Empfehlungen) **Nutrition Intervention** *Recommendation:* **Multicomponent Pediatric Weight Management:** – **RDN in Multicomponent Pediatric Weight Management Interventions** The registered dietitian nutritionist (RDN) should be an integral part of multi-component pediatric weight management interventions. A strong body of research indicates that short-term (six-month) and long-term (two-year) decreases in body mass index (BMI) and BMI Z-scores for all age categories were more likely to be achieved when an RDN or psychologist/mental health provider were involved in multi-component weight management interventions that included diet and nutrition [including medical nutrition therapy (MNT)], physical activity and behavioral components.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	– **Multicomponent Pediatric Weight Management Interventions** When providing pediatric weight management, the registered dietitian nutritionist (RDN) should ensure the multi-component interventions include diet/nutrition [medical nutrition therapy (MNT)], physical activity and behavioral components. A strong body of research indicates that short-term (six-month) and long-term (two-year) decreases in body mass index (BMI) and BMI Z-scores for all age categories were more likely to be achieved when an RDN or mental health professional were involved in the multi-component pediatric weight management interventions that included the above three major components. *Rating:* **Strong** (Imperative); *Conclusion statement*: **Grade I** [A total of 72 articles (73 studies) provide support for the recommendations: 36 Positive Quality Studies (34 randomized controlled trials (RCTs), 2 randomized crossover trials) und 37 Neutral Quality Studies (31 RCTs, 4 non-randomized controlled trials, 1 cluster randomized trial, 1 before-after Study)] *Recommendation:* **Family Participation in Multicomponent Pediatric Weight Management Interventions** The registered dietitian nutritionist (RDN) should encourage family participation as an integral part of a multi-component pediatric weight management intervention for children of all ages, including teens. A strong body of research indicates that family involvement as part of a multi-component pediatric weight management intervention is highly consistent with positive weight status outcomes at both six months and 12 months. *Rating:* **Strong** (Imperative); *Conclusion statement*: **Grade I** [A total of 32 studies were included in the treatment context multivariate analysis and provide support for this recommendation: 17 Positive Quality Studies (16 RCTs, 1 randomized crossover trial) und 15 Neutral Quality Studies (13 RCTs, 2 non-randomized controlled trials) *Consistency*: Including family involvement as part of a multi-component pediatric weight management intervention is highly consistent with positive weight status outcomes. Multi-component pediatric weight management interventions that include family involvement were consistent with positive weight status outcomes at both six months and 12 months. Not including family involvement was consistent with negative weight status outcomes in one of three configurations at 12 months. There were no configurations that included family involvement consistent with negative outcomes and no configurations that did not include family involvement consistent with positive outcomes. Thus, including family involvement as part of a multi-component pediatric weight management intervention is highly consistent with positive weight status outcomes. *Coverage*: At 12 months, family involvement was included in 83% of arms (N=15) in configurations with consistent positive weight status outcomes, and 90% (N=26) of all arms with positive weight status outcomes. Thus, family involvement was included in the large majority of both arms and configurations with positive outcomes. Coverage was high.] *Recommendation:* **Length of Treatment in Multicomponent Pediatric Weight Management Interventions** The registered dietitian nutritionist (RDN) should ensure the multi-component pediatric weight management intervention is at least six months in duration. Research indicates

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	that shorter term (less than six months) interventions were not consistently associated with positive weight status at 12 months. At least six months of treatment was associated with longer-term positive weight status outcomes, especially when group pediatric weight management sessions were included and it occurred in a clinic. *Rating:* **Fair** (Imperative)*; Conclusion statement:* **Grade II** [A total of 32 studies were included in the treatment context multivariate analysis and provide support for the recommendation: 17 Positive Quality Studies (16 RCTs, 1 randomized crossover trial) und 15 Neutral Quality Studies (13 RCTs, 2 non-randomized controlled trials) *Consistency*: Length of treatment of at least 6 months (≥6 months) was consistently associated with positive weight status outcomes—though this consistency was weak. The majority of configurations consistent with positive weight status outcomes at both 6 and 12 months did not include treatment ≥6 months as a component. Treatment <6 month was present in one configuration consistently associated with positive outcomes at 6 months, but, in contrast, was also consistently associated with negative weight status outcomes in two configurations at 12 months. Treatment lasting at least 6 months is consistent with positive weight status outcomes under limited conditions, but does not appear to be consistently associated with negative weight status outcomes under any conditions. In contrast, treatment lasting <6 months is consistently associated with shorter term positive weight status outcomes under limited conditions, and more consistently associated with negative weight status outcomes in longer time periods. *Coverage*: At 12 months, length of treatment of at least 6 months was included in 61% of arms (n=11) in configurations with consistent positive weight status outcomes, and in 62% (n=18) of all arms with positive weight status outcomes. Thus, length of treatment ≥6 months was in slightly over half arms and configurations with positive outcomes: coverage was moderate.] *Recommendation:* **Treatment Setting in Multicomponent Pediatric Weight Management Interventions** The registered dietitian nutritionist (RDN) can provide multi-component pediatric weight management interventions either within the clinic or outside the clinic setting. Research indicates that positive weight status outcomes occur in either setting, especially when the interventions are multi-component, include group pediatric weight management sessions and have family involvement. *Rating*: **Fair** (Imperative)*; Conclusion statement:* **Grade II** [A total of 32 studies were included in the treatment context multivariate analysis and provide support for the recommendation: 17 Positive Quality Studies (16 RCTs, 1 randomized crossover trial) und 15 Neutral Quality Studies (13 RCTs, 2 non-randomized controlled trials)] *Consistency*: Delivering treatment within a clinic setting was not consistently associated with positive weight status outcomes, especially at 12 months. That is, whether clinic-only treatment was associated with positive or negative weight status outcomes depended on its combination with other components. Treatment outside a clinic was consistent with positive weight status outcomes in one configuration at six months. There were no configurations that occurred outside a clinic consistent with negative outcomes. Treatment in a clinic-only setting is not consistently associated with positive weight status outcomes. Thus, the association between clinic-only treatment and weight status outcomes is complex, depending on the presence of other treatment

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	components. In contrast, treatment outside a clinic is not consistent with negative outcomes in the configuration and is consistent with positive weight status outcomes at 12 months in one configuration of treatment components. *Coverage*: At 12 months, treatment in a clinic-only setting was included in 83% of arms (N=15) in configurations with consistent positive weight status outcomes, and 13% of arms consistent with negative weight status outcomes. Clinic-only treatment was present in 79% (N=23) of all arms with positive weight status outcomes. Thus, clinic-only treatment was present in the majority of both arms and configurations with positive outcomes. Coverage was high. *Recommendation:* **Sessions in Multicomponent Pediatric Weight Management Interventions** – **Group Sessions in Multicomponent Pediatric Weight Management Interventions** The registered dietitian nutritionist (RDN) can include group sessions and family participation as part of the multi-component pediatric weight management interventions. Multi-component intensive interventions that included group pediatric weight management sessions and included family participation were consistently associated with shorter-term (six-month) and longer-term (12-month) positive weight status outcomes. – **Individual Sessions in Multicomponent Pediatric Weight Management Interventions** The registered dietitian nutritionist (RDN) can include individual sessions as part of the multi-component pediatric weight management intervention. Treatment that relied exclusively on individual pediatric weight management sessions with or without family participation was associated with shorter-term positive weight status outcomes. Information about the longer-term impact on weight status are mixed *Rating*: **Fair** (Imperative)*; Conclusion statement:* **Grade II** [A total of 32 studies were included in the treatment context multivariate analysis and provide support for the recommendation: 17 Positive Quality Studies (16 RCTs, 1 randomized crossover trial) und 15 Neutral Quality Studies (13 RCTs, 2 non-randomized controlled trials)] *Consistency:* Including group pediatric weight management sessions in the configuration of treatment components was consistent with positive weight status outcomes at both six months and 12 months. Including only individual pediatric weight management sessions was consistent with positive weight status outcomes in one configuration at six months and consistent with one with negative weight status outcomes in one of three configurations at 12 months. There were no configurations that included group sessions consistent with negative outcomes. Thus, including group sessions as part of a multi-component pediatric weight management intervention is consistent with positive weight status outcomes. In contrast, individual only treatment may be consistent with either positive or negative weight status outcomes dependent on other components in the configuration. *Coverage:* At 12 months, group sessions were included in 83% of arms (N=15) in configurations with consistent positive weight status outcomes, and 79% (N=23) of all arms with positive weight status outcomes. Thus, group sessions included in the majority of both arms and configurations with positive outcomes. Coverage was high. **Legende** [20e]*:* A **Strong recommendation** means that the workgroup believes that the benefits of the recommended approach clearly exceed the harms (or that the harms clearly exceed the

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	benefits in the case of a strong negative recommendation), and that the quality of the supporting evidence is excellent/good (grade I or II). A **Fair recommendation** means that the workgroup believes that the benefits exceed the harms (or that the harms clearly exceed the benefits in the case of a negative recommendation), but the quality of evidence is not as strong (grade II or III). **Imperative statements** are broadly applicable to the target population and do not impose restraints on their pertinence. Imperative recommendations may include terms such as “should” or “may” and do not contain conditional text that would limit their applicability to specified circumstances. **Diese AND-Guideline wurde nicht in der deutschen S3-Leitlinie AGA 2019 [10] berücksichtigt.** **Ein wissenschaftliches Vorgehen bei der Erstellung des DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche verlangt die Berücksichtigung dieser AND-Guideline.** **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 (2015)** [21, 22] **Management of overweight and obesity** These recommendations apply to children and youth 2 to 17 years of age who are overweight or obese. Children and youth with health conditions for which weight management is inappropriate are excluded. • We recommend that primary care practitioners offer or refer to structured behavioural interventions‡ aimed at healthy weight management. ‡Structured behavioural interventions are intensive behavioural modification programs that involve several sessions that take place over weeks to months, follow a comprehensive approach delivered by a specialized interdisciplinary team, involve group sessions, and incorporate family and parent involvement. Interventions examined included behaviourally based prevention interventions focused on diet, increasing exercise, making lifestyle changes or any combination of these. These can be delivered by a primary care team in the office or through a referral to a formal program within or outside of primary care, such as hospital-based, school-based or community programs.(***Weak** recommendation; **moderate** quality evidence:* *Systematische Übersicht von 16 RCTs, S. E42, E44, Appendix 3 in* [22]) • We recommend that primary care practitioners not offer orlistat aimed at healthy weight management for children aged 2 to 11 years. (***Strong** recommendation**; very low-**quality evidence*) • We recommend that primary care practitioners not routinely offer orlistat aimed at healthy weight management for youth aged 12 to 17 years. (***Weak** recommendation; **moderate-**quality evidence:* *Meta-analysis von einer systematischen Übersicht und 1 RCT* [21, S. 416]) • We recommend that primary care practitioners not routinely refer for surgical interventions. (***Strong** recommendation; **very low-**quality evidence*) **Legende** [19, 21] Recommendations are graded according to the GRADE system [19], which offers two strengths of recommendation: strong and weak. The strength of recommendations is

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	based on the quality of supporting evidence, the degree of uncertainty about the balance between desirable and undesirable effects, the degree of uncertainty or variability in values and preferences, and the degree of uncertainty about whether the intervention represents a wise use of resources. • Strong recommendations are those for which the task force is confident that the desirable effects of an intervention outweigh its undesirable effects (strong recommendation for an intervention) or that the undesirable effects of an intervention outweigh its desirable effects (strong recommendation against an intervention). A strong recommendation implies that most individuals will be best served by the recommended course of action. • Weak recommendations are those for which the desirable effects probably outweigh the undesirable effects (weak recommendation for an intervention) or undesirable effects probably outweigh the desirable effects (weak recommendation against an intervention) but appreciable uncertainty exists. A weak recommendation implies that most people would want the recommended course of action but that many would not. For clinicians this means they must recognize that different choices will be appropriate for each individual, and they must help each person arrive at a management decision consistent with his or her values and preferences. • Evidence is graded as high, moderate, low or very low, based on how likely further research is to change our confidence in the estimate of effect. **Diese Leitlinie [21] bzw. die systematische Übersicht [22] wurde in der deutschen S3-Leitlinie AGA 2019 [4] nicht berücksichtigt.** **Ein wissenschaftliches Vorgehen bei der Erstellung des DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche verlangt die Berücksichtigung der kanadischen Leitlinie 2015 [21, 22].** **National Clinical Guideline Centre. National Institute for Health and Clinical Excellence: guidance. Full guideline CG 189. Obesity: Identification, Assessment and Management of Overweight and Obesity in Children, Young People and Adults: Partial Update of CG43 (2006). Methods, evidence and recommendations. (2014)** [23] (Wir nennen hier nur exemplarische Empfehlungen) **Generic principles of care** **R4** Coordinate the care of children and young people around their individual and family needs. Comply with the approaches outlined in the Department of Health's A call to action on obesity in England (NICE guideline PH47).[2006 (R1.7.1.5), amended 2014] **R5** Aim to create a supportive environment (for example schools) that helps a child who is overweight or who has obesity, and their family, make lifestyle changes. [2006 (R1.7.1.6), amended 2014] **R6** Make decisions about the care of a child who is overweight or has obesity (including assessment and agreeing goals and actions) together with the child and family. Tailor interventions to the needs and preferences of the child and the family. [2006 (R1.7.1.7)] **R7** Ensure that interventions for children who are overweight or have obesity address lifestyle within the family and in social settings. [2006 (R1.7.1.8), amended 2014]

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	**R8** Encourage parents (or carers) to take main responsibility for lifestyle changes in children who are overweight or obese, especially if they are younger than 12 years. Take into account the age and maturity of the child, and the preferences of the child and the parents. [2006 (R1.7.1.9)] **R9** Offer regular, non-discriminatory long-term follow-up by a trained professional. Ensure continuity of care in the multidisciplinary team through good record keeping. [2006 (R1.7.1.1)] **Measures of overweight and obesity** **R14** Waist circumference is not recommended as a routine measure. Use it to give additional information on the risk of developing other long-term health problems. [2006 (1.7.2.5), amended 2014] **Lifestyle interventions** **R35** Multicomponent interventions are the treatment of choice. Ensure weight management programmes include behaviour change strategies (see recommendations 48-50) to increase people's physical activity levels or decrease inactivity, improve eating behaviour and the quality of the person's diet, and reduce energy intake. [2006 (R1.7.4.1), amended 2014] **R36** When choosing treatments, take into account: o the person's individual preference and social circumstance and the experience and outcome of previous treatments (including whether there were any barriers) o the person's level of risk, based on BMI and, where appropriate, waist circumference (see recommendations 18-20) o any comorbidities. [2006 (R1.7.4.2), amended 2014] **R37** Document the results of any discussion. Keep a copy of the agreed goals and actions (ensure the person also does this), or put this in the person's notes.[2006 (R1.7.4.3), amended 2014] **R38** Offer support depending on the person's needs, and be responsive to changes over time. [2006 (R1.7.4.4)] **R39** Ensure any healthcare professionals who deliver interventions for weight management have relevant competencies and have had specific training. [2006 (R1.7.4.5), amended 2014] **R40** Provide information in formats and languages that are suited to the person. Use everyday, jargon-free language and explain any technical terms when talking to the person and their family or carers. Take into account the person's: o age and stage of life o gender o cultural needs and sensitivities o ethnicity o social and economic circumstances o specific communication needs (for example because of learning disabilities, physical disabilities or cognitive impairments due to neurological conditions). [2006 (R1.7.4.6), amended 2014] **R41** Praise successes – however small – at every opportunity to encourage the

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	person through the difficult process of changing established behaviour. [2006 (R1.7.4.7)] **R42** Give people who are overweight or obese, and their families and/or carers, relevant information on: o being overweight and obesity in general, including related health risks o realistic targets for weight loss; for adults, please see NICE's guideline on managing overweight and obesity in adults o the distinction between losing weight and maintaining weight loss, and the importance of developing skills for both; advise them that the change from losing weight to maintenance typically happens after 6-9 months of treatment o realistic targets for outcomes other than weight loss, such as increased physical activity and healthier eating o diagnosis and treatment options o healthy eating in generalj o medication and side effects o surgical treatments o self-care o voluntary organisations and support groups and how to contact them. Ensure there is adequate time in the consultation to provide information and answer questions. [2006 (R1.7.4.8), amended 2014] **R43** If a person (or their family or carers) does not feel this is the right time for them to take action, explain that advice and support will be available in the future whenever they need it. Provide contact details so that the person can get in touch when they are ready. [2006 (R1.7.4.9) , amended 2014] **R46** Be aware that the aim of weight management programmes for children and young people can vary. The focus may be on either weight maintenance or weight loss, depending on the person's age and stage of growth. [2006 (R1.7.4.13), amended 2014] **R47** Encourage parents of children and young people who are overweight or obese to lose weight if they are also overweight or obese. [2006 (R1.7.4.14)] **Behavioural interventions** **R48** Deliver any behavioural intervention with the support of an appropriately trained professional. [2006 (R1.7.4.15)] **R50** Include the following strategies in behavioural interventions for children, as appropriate: o stimulus control o self-monitoring o goal setting o rewards for reaching goals o problem solving. Give praise to successes and encourage parents to role-model desired behaviours. [2006 (R1.7.4.16), amended 2014] **Dietary**

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	**R59** Tailor dietary changes to food preferences and allow for a flexible and individual approach to reducing calorie intake. [2006 (R1.7.4.26)] **R60** Do not use unduly restrictive and nutritionally unbalanced diets, because they are ineffective in the long term and can be harmful. [2006 (R1.7.4.27), amended 2014] **R61** Encourage people to improve their diet even if they do not lose weight, because there can be other health benefits. [2006 (R1.7.4.28)] **R70** A dietary approach alone is not recommended. It is essential that any dietary recommendations are part of a multicomponent intervention.[2006 (R1.7.4.35)] **R71** Any dietary changes should be age appropriate and consistent with healthy eating advice.[2006 (R1.7.4.36)] **R72** For overweight and obese children and young people, total energy intake should be below their energy expenditure. Changes should be sustainable.[2006 (R1.7.4.37), amended 2014] **Underlying Evidence Statements (CG43 full guideline, 2006)** [24]: (Wir nennen hier nur exemplarische evidence statements) **8. Prevention evidence summary: interventions for preschool children and family-based interventions ('early years')** **Weight outcomes** (Table 8.1, S. 287-295) **ES4** Family-based interventions that target improved weight maintenance in children and adults, focusing on diet and activity, can be effective, at least for the duration of the intervention (**Grade 1++**) **ES5** The effectiveness of interventions tends to be positively associated with the number of behaviour change techniques taught to both parents and children (**Grade 1++**) **ES7** Interventions which do not identify favourable changes in weight outcomes may identify favourable changes in diet and/or activity outcomes (where recorded). The reasons for this are unclear (**Grade 1+**) **Generalisability** **ES14** Interventions should be tailored as appropriate for lower-income groups (**Grade 1+)** **ES15** 2–5 years is a key time to establish good nutritional habits especially when parents are involved (**Grade 1+**). **Implementation** **ES16** Interventions require some involvement of parents or carers (**Grade 1+**) **9. Prevention evidence summary: school-based interventions** (Table 9.1, S. 296-316) **Weight outcomes** **ES3** There is limited evidence from one UK-based study to suggest that interventions to reduce consumption of carbonated drinks containing sugar may have a role in reducing the prevalence of overweight and obesity (**Grade 1++**) **ES11** There is a body of evidence to suggest that young people's views of barriers and facilitators to healthy eating indicated that effective interventions would (i) make healthy food choices accessible, convenient and cheap in

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	schools, (ii) involve family and peers, and (iii) address personal barriers to healthy eating, such as preferences for fast food in terms of taste, and perceived lack of will-power (**Grade 1++**) **11 Prevention evidence summary: interventions led by health professionals ('Community 1')** (Table 11.1, S. 328-346) **Weight outcomes** **ES1** Sustained health-professional-led interventions in primary care or community settings, focusing on diet and physical activity or general health counselling can support maintenance of a healthy weight (**Grade 1+**) **ES2** Interventions which provide support and advice on physical activity and diet are more likely to be effective for weight outcomes than interventions which focus on physical activity alone. There is no reliable evidence for diet alone (**Grade 1+**) **ES6** Moderate- or high-intensity dietary interventions most commonly report clinically significant reductions in fat intake and an increase in fruit and vegetable intake (**Grade 1++**) **Diet and activity outcomes** **ES7** Briefer interventions, such as brief counselling/dietary advice by GPs or other health professionals, can be effective in improving dietary intake but tend to result in smaller changes than intensive interventions (**Grade 1++**) **ES8** Interventions with a greater number of components are more likely to be effective (**Grade 1++**) **12 Prevention evidence summary: broader community interventions ('Community 2')** **Implementation** (Table 12.1, S. 347-364) **ES14** Interventions which incorporate novel educational and promotional methods, such as videos and computer programmes, may improve dietary intake (**Grade 1++**) **14 Management of obesity in non-clinical settings** **Weight outcomes** (Table 14.1, S. 419-443) **ES13** There is some evidence that homebased interventions may be more effective when accompanied by behaviour modification material and ongoing support. However, the replicability of this intervention on a wider scale remains unclear (**Grade 1+**) **Diet and activity outcomes** **ES15** Among both children and adults, interventions in non-clinical settings that are shown to be effective in terms of weight management, are likely to demonstrate significant improvements in participants' dietary intakes (most commonly fat and calorie intake) or physical activity (**Grade 1+**) **15 Management of obesity in clinical settings** **Factors to be considered in the clinical assessment of children and adolescents who are overweight or obese** (15.2.1, Table 15.1, S. 445-453) **ES3** In children, contributors for energy imbalance can be as follows: • Underlying causes of obesity (genetic, single-gene defects and obesity syndromes, artificial infant feeding, early adiposity rebound, medications,

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	parental weight issues, in timing or rate of growth, endocrine disease, central nervous system pathology, acute lymphatic leukaemia therapy) • Co-morbidities • Lifestyle, environmental, social and family (television viewing, energy expenditure, dietary fat, dietary carbohydrate and eating patterns, social factors and other behavioural or psychological factors) (**Grade 1++, 2++, 3**) **Lifestyle interventions in weight management and other outcomes in children and adolescents** (15.2.3, Table 15.3, S. 453-482) **ES2** In specialist weight management programmes, physical activity and diet combined are more effective in weight management in children aged 4–16 years, than diet alone (**Grade 1++)** **ES8** In specialist weight management programmes, behavioural treatment combined with physical activity and/or diet is effective in the treatment of obese children and adolescents aged 3–18 years (**Grade 1++**) **ES9** In specialist weight management programmes behavioural treatment can be more effective if parents, rather than children (aged 6 to 16 years), are given the main responsibility for behaviour change. (**Grade 1++**) **ES14** Specialist weight management programmes including diet and physical activity can improve the eating behaviour of 8–12-year-old obese children (**Grade 1++**) **ES15** In specialist weight management programmes, behavioural treatment can have a positive effect on dietary quality (**Grade 1++**) **ES17** In specialist weight management programmes, behavioural treatment can improve self-control in regard to weight-related behaviours in children aged 5–13 years (**Grade 1+**) **ES18** In specialist weight control programmes, decrease in weight loss was associated with a decrease in consumption of 'red foods' in obese children aged 6–12 years (**Grade 1+**) **ES19** Inpatient weight management programmes, with cognitive behaviour therapy can improve quality of life over time in obese children and adolescents aged 9–19 years (**Grade 1+**) **Legende** [23, 24] The wording of recommendations was agreed by the Guideline Developing Group members (GDG) and focused on the following factors: • The actions health professionals need to take. • The information readers need to know. • The strength of the recommendation (for example the word 'offer' was used for strong recommendations and 'consider' for weak recommendations). • The involvement of patients (and their carers if needed) in decisions on treatment and care. • Consistency with NICE's standard advice on recommendations about drugs, waiting times and ineffective interventions.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	**Table 4.1 Levels of evidence for intervention studies** **Level of evidence** / **Type of evidence** 1++ High-quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias 1+ Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a low risk of bias) 1– Meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a high risk of bias[a] 2++ High-quality systematic reviews of non-RCT, case–control, cohort, CBA or ITS studies High quality non-RCT, case–control, cohort, CBA or ITS studies with a very low risk of confounding, bias or chance and a high probability that the relation is causal 2+ Well-conducted non-RCT, case–control, cohort, CBA or ITS studies with a very low risk of confounding, bias or chance and a moderate probability that the relation is causal 2– Non-RCT, case–control, cohort, CBA or ITS studies with a high risk of confounding, bias or chance and a significant risk that the relationship is not causal[a] 3 Non-analytic studies (for example, case reports, case series) 4 Expert opinion, formal consensus [a] Studies with a level of evidence '–' should not be used as a basis for making a recommendation. RCT – randomised controlled trial; CBA – controlled before-and-after; ITS – interrupted time series **NICE Full Guideline CG43 2006 S. 178.** **Diese NICE-Guidelines [23, 24] wurden nicht in der deutschen S3-Leitlinie AGA 2019 [10] berücksichtigt.** **Ein wissenschaftliches Vorgehen bei der Erstellung des DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche verlangt die Berücksichtigung dieser NICE-Guidelines.** **National Institute for Health and Clinical Excellence. Weight management: lifestyle services for overweight or obese children and young people. Public health guideline [PH47] (2013)** [25] (Wir nennen hier nur exemplarische Empfehlungen) **R1 Planning lifestyle weight management services for children and young people** **Who should take action?** U.a. Directors of public health and public health teams working on obesity and child health and wellbeing, Health and wellbeing boards, Local authority commissioners, Clinical commissioning groups, Children's services. **What action should they take?** • Ensure family-based, multi-component lifestyle weight mangement services for

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	children and young people are available as part of a community-wide, multi-agency approach to promoting a healthy weight and preventing and managing obesity. These services should contain the core elements described in recommendation 3. They should be provided as part of a locally agreed obesity care or weight mangement pathway. • Dedicate long-term resources to support the development, implementation, delivery, promotion, monitoring and evaluation of these services. See recommendation 7 in Obesity: Working with local communities (NICE public health guidance 42) and principle 7 in Behavior change (NICE public health guidance 6) • Identify local need. See recommendation 1 in Obesity: Working with local communities (NICE public health guidance 42). R1 refers to the evidence statements 1.1.10 (strong: 3 [++] RCTs, 2 [+] RCTs, 2 [-] quasi-RCTs, 1 [-] uncontrolled before-after study (UBAs)), 1.1.16 (strong: 5 [++] RCTs, 4 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 1 [-] quasi RCT, 6 [-] UBAs), 1.1.33 (meta-analysis of 4 [++] RCTs, 3 [+] RCTs, 1 [-] quasi RCT), 1.1.34 (meta-analysis of 7 [++] RCTs, 3 [+] RCTs, 1 [-] quasi RCT), 1.1.35 (weak: 7 short-term health economic analysis), 1.1.36 (weak: 3 extrapolation models of programmes), 1.2.3 (strong: targeting both parents and children 3 [++] RCTs, 2 [+] RCTs, 2 [-] quasi RCTs, 1 [-] UBA), targeting whole families 5 [++] RCTs, 4 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 1 [-] quasi RCT, 6 [-] UBAs); Expert Paper 1 (S. 64-106, 114, Supporting evidence [25]) **R2 Commissioning lifestyle weight management programmes for children and young people** **Who should take action?** U.a. Directors of public health and public health teams working on obesity and child health and wellbeing, Health and wellbeing boards, Local authority commissioners, Clinical commissioning groups, Children's services. **What action should they take?** • Identify needs. Use community engagement techniques with local families to identify any barriers and facilitators discouraging or encouraging the uptake and completion of programmes. • Commission lifestyle weight mangement services to meet the needs of local children and young people, including those of different ages, different stages of development and from different cultural backgrounds. Services should be in line with the health and wellbeing strategy. • Consider how best to provide services for overweight or obese children and young people with special needs or disabilities. For example, through specific programmes where these are available. Or by making reasonable adaptations to mainstream programmes (including training staff) and evaluating them. Ensure there is an appropriate interface with specialist obesity services to help those with more complex needs manage their weight. • Ensure all lifestyle weight management programmes are designed and developed with input from a multidisciplinary team and have taken into account the views of children, young people and their families. The team should include professionals who specialise in children, young people and weight management. These include the following: – a state registered dietitian or registered nutritionist – a physical activity specialist – a behaviour-change expert, such as a health promotion specialist (for physical activity, a sport and exercise psychologist may be appropriate) – a health or clinical psychologist, or a child or adolescent psychiatrist, to provide

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	expertise in mental wellbeing – a paediatrician or paediatric nurse. • Ensure programme content is regularly reviewed and updated by the multidisciplinary team. • Ensure providers can demonstrate that staff are trained to deliver the specific programme commissioned and are experienced in working with children, young people and their families. • Ensure sufficient resources are dedicated to monitoring and evaluation. • Ensure there are clearly defined programme objectives, outputs, outcomes and monitoring and evaluation requirements in programme specifications and in contracts. Contracts should also specify any at-risk groups that should be targeted, such as black and minority ethnic groups, or children and young people from low income families or neighbourhoods. • Ensure key performance indicators are agreed with programme providers, including the proportion of sessions that must be attended to complete the programme (see recommendation 15) • Ensure the contract or programme specification requires that height and weight are measured and that both BMI and BMI for age and gender (BMI z score) are recorded. All children and young people should be measured at the following times: – at recruitment to the programme – at completion of the programme – 6 months after completing the programme – 1 year after completing the programme. For recommendations for providers see recommendations 3, 5, 10 and 14. See also recommendation 10 in Obesity: Working with local communities (NICE public health guidance 42). R2 refers to the evidence statements 2.1.40 (1 [+] qualitative study, 1 process evaluation, 1 [+] cross-sectional study), 2.1.41 (1 [+] qualitative study, 1 process evaluation, 1 [+] cross-sectional study), 2.1.42(1 [+] qualitative study, 1 process evaluation, 1 [+] cross-sectional study) ; Expert Paper (EP) 1, EP2, EP4, Commissioned Report 1 (CR1); IDE (S. 102-106, 113-114, Supporting evidence [25]) **R3 Lifestyle weight management programmes: core components** **Who should take action?** Providers of lifestyle weight management programmes. **What action should they take?** • Ensure all lifestyle weight management programmes for overweight and obese children and young people are multi-component. They should focus on: – diet and healthy eating habits – physical activity – reducing the amount of time spent being sedentary – strategies for changing the behaviour of the child or young person and all close family members. • Ensure the following core components, developed with the input of a multidisciplinary team (see recommendation 2) are included: – Behaviour-change techniques to increase motivation and confidence in the ability to change. This includes strategies to help the family identify how changes can be implemented and sustained at home.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	– Positive parenting skills training, including problem-solving skills, to support changes in behaviour. – An emphasis on the importance of encouraging all family members to eat healthily and to be physically active, regardless of their weight. – A tailored plan to meet individual needs, appropriate to the child or young person's age, gender, ethnicity, cultural background, economic and family circumstances, any special needs and how obese or overweight they are. This should include helping them and their family to set goals, monitor progress against them and provide feedback (see recommendation 4) – Information and help to master skills in, for example, how to interpret nutritional labelling and how to modify culturally appropriate recipes on a budget. – Help to identify opportunities to become less sedentary and to build physical activity into their daily life (for example, by walking to school and through active play). – A range of physical activities (such as games, dancing and aerobics) that the children or young people enjoy and that can help them gradually become more active. – Information for family members who may not attend the programme itself to explain the programme's aims and objectives and how they can provide support. – Ongoing support and follow-up for participants who have completed the programme.
4.1 – A.9 (S. 7-147)	R3 refers to the evidence statements 1.1.10 (strong: 3 [++] RCTs, 2 [+] RCTs, 2 [-] quasi-RCTs, 1 [-] uncontrolled before-after study (UBAs)), 1.1.16 (strong: 5 [++] RCTs, 4 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 1 [-] quasi RCT, 6 [-] UBAs), 1.1.33 (meta-analysis of 4 [++] RCTs, 3 [+] RCTs, 1 [-] quasi RCT), 1.1.34 (meta-analysis of 7 [++] RCTs, 3 [+] RCTs, 1 [-] quasi RCT), 1.2.2 (strong: 2 [++] RCTs), 1.2.3 (strong: targeting both parents and children 3 [++] RCTs, 2 [+] RCTs, 2 [-] quasi RCTs, 1 [-] UBA), targeting whole families 5 [++] RCTs, 4 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 1 [-] quasi RCT, 6 [-] UBAs), 1.4.1 (inconsistent/meta-analysis of 10 [++] RCTs, 5 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 2 [-] quasi RCT), 1.4.2 (inconsistent 5 [++] RCTs, 1 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 1 [-] UBA), etc. 2.1.13, 2.1.14, 2.1.15, 2.1.16, 2.1.17, 2.1.23, 2.1.25, 2.1.26, 2.1.27, 2.1.32, 2.1.33, 2.1.34; EP3, EP5, EP6 (S. 64-106, 114, Supporting evidence [25]) **R4 Developing a tailored plan to meet individual needs** **Who should take action?** Providers of lifestyle weight management programmes. **What action should they take?** • Assess each child or young person for obesity-associated diseases or conditions (comorbidities). Use a locally approved comorbidities assessment tool, where available. Assessment is particularly important if the child or young person and their family have self-referred to the programme, or have not been assessed by a health professional. Refer them to their GP if any concerns are identified. • Identify whether the child or young person's mental wellbeing is affected by their weight. For example, whether there are any signs of psychological distress, depression, bulimia, self-harming or other mental health problems related to their weight. • Identify whether their weight is a consequence of circumstances that have affected their mental wellbeing. (For example, if they have experienced bereavement or have caring responsibilities.) • If concerns about their mental wellbeing are identified refer the child or young person to their GP for assessment and treatment and, if appropriate, for onward

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	referral to child and adolescent mental health services. (Note: such concerns may be identified at any stage of a weight management programme.) • Take account of the child or young person's self-esteem, self-perception and any previous attempts to manage their weight. Provide opportunities, in either a group or one-to-one session, for them to talk about any victimisation or distress if they wish. (This includes any history of bullying or teasing.) • Find out whether the family recognises that their child is overweight or obese and the potential benefits of managing their weight. Discuss the family's history of attempts to manage their weight, and their existing knowledge of, and attitudes towards, food, physical activity and the amount of time spent being sedentary. • Weigh, measure, determine and record the child or young person's BMI. Offer to do the same for parents, carers and other family members. Measurements should be undertaken by staff who have been trained using standard protocols (see recommendation 11). • They should use validated, transportable instruments that are regularly calibrated. • Emphasise that the programme may benefit the whole family. In addition, offer information about local lifestyle weight management services to adult family members who are overweight or obese. • Encourage children and young people from around the age of 12 (depending on their ability and stage of development) to monitor their eating, physical activity and any sedentary behaviour. For example, encourage them to keep a record of time spent watching television or playing computer games, and what they snack on and when, to identify areas that need addressing. For younger children, parents and carers should monitor these behaviours, with the involvement of the child according to their age and stage of development. • Work with children from around the age of 12 (depending on their ability and stage of development) to identify situations in which it would be possible for them to eat more healthily or to become less sedentary and more active. For example, this might involve gradually reducing TV viewing at certain times and replacing this with more active pastimes. Work with the parents and carers of younger children to achieve the same. • Aim to gradually increase the amount of moderate to vigorous-intensity physical activity programme participants do every day. Focus on activities they enjoy and that are easily accessible. This includes activities that can be built into daily life, such as active play, walking or cycling. Aim to achieve the age-specific national physical activity guidelines. • Agree dietary changes that are age-appropriate, affordable, culturally sensitive and consistent with healthy eating advice. Ensure nutrient needs for growth and development are met by including healthier choices, in appropriate amounts, from each of the food groups. Changes to diet should take into account the child or young person's likes and dislikes. • Manage expectations of what can be realistically achieved over the duration of the programme. Small but realistic goals should be mutually agreed with the child or young person and their family. These should relate to goals that they value and that motivate them to attend. • Work with participants and their families to regularly monitor progress against the goals and provide feedback. Praise progress and achievements and update the goals as the child or young person progresses through the programme. If they do not meet their goals, discuss the possible causes for this and modify them if necessary.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	• Stress the importance of maintaining changes, no matter how small, over the longer term. Encourage participants to take up offers of ongoing support (see recommendation 10) R4 refers to the evidence statements 1.1.14 (strong: 2 [++] RCTs), 1.2.3 (strong: targeting both parents and children 3 [++] RCTs, 2 [+] RCTs, 2 [-] quasi RCTs, 1 [-] UBA), targeting whole families 5 [++] RCTs, 4 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 1 [-] quasi RCT, 6 [-] UBAs), 1.4.1 (inconsistent/meta-analysis of 10 [++] RCTs, 5 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 2 [-] quasi RCT), 1.4.2 (inconsistent 5 [++] RCTs, 1 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 1 [-] UBA), etc. 2.1.5, 2.1.8, 2.1.10, 2.1.13, 2.1.15, 2.1.25, 2.1.26, 2.1.27, 2.1.31, 2.1.33, 2.2.4, 2.2.5; EP3, EP6; IDE (S. 64-106, 114, Supporting evidence [25]) **R5 Encouraging adherence to lifestyle weight management programmes** **Who should take action?** Providers of lifestyle weight management programmes. **What action should they take?** • Offer programmes to groups of children or young people and their families. Where necessary, offer programmes to individual families, if this better meets their needs and preferences. For example, some families may prefer to attend individual sessions initially and attend group sessions as their confidence and self-esteem grows. • Offer a range of programmes for children and young people of different ages and at different stages of development. If group sessions are offered, work with groups of peers and their parents or carers. Note, some adolescents may respond better to programmes if their sessions are separate from those for their parents and carers. • Offer programmes in venues that have the necessary facilities, are easily accessible and where the child or young person and their family feel comfortable. For example, use local community venues that have space for physical activities or games, and that can be reached quickly and easily by walking, cycling or using public transport. • Offer programmes at a range of times that are convenient for families with children of different ages and for working parents and carers. For example, some sessions could be offered in the evenings or at weekends. • Adopt a flexible approach so that participants can accommodate other commitments. They may also prefer to attend programmes more frequently initially and less frequently as their skills and confidence in making changes grows. For example, use rolling programmes that allow participants to start at different points and cover the same material but not necessarily in the same order. • Emphasise the importance of parental (or carer) support and their commitment to adhere to the programme. Stress that this support and commitment should extend beyond the duration of the programme itself and that outcomes will be reviewed for at least the first year after completion. • Maintain regular contact with participants. Promptly follow up those who miss sessions to establish why and to restore commitment. Focus on participants from disadvantaged groups and those who miss sessions early on in the programme. • Try to retain the same team of staff throughout each cycle of the programme. R5 refers to the evidence statements 1.1.10 (strong: 3 [++] RCTs, 2 [+] RCTs, 2 [-] quasi-RCTs, 1 [-] uncontrolled before-after study (UBAs)), 1.1.16 (strong: 5 [++] RCTs, 4 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 1 [-] quasi RCT, 6 [-] UBAs), 1.2.3 (strong: targeting both parents and children 3 [++] RCTs, 2 [+] RCTs, 2 [-] quasi RCTs, 1 [-] UBA), targeting whole families 5 [++] RCTs, 4 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 1 [-] quasi RCT, 6 [-] UBAs), 1.4.3 (meta-analysis of 4 [++] RCTs, 3 [+] RCTs, 1 [-] RCT), etc.,2.1.12, 2.1.13, 2.1.15, 2.1.22, 2.1.23, 2.1.24, 2.1.28, 2.1.29, 2.1.30, 2.1.38, 2.1.39, 2.2.4, 2.2.5; EP5, CR1,

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	IDE (S. 64-106, 113-114, Supporting evidence [25]) **R9 Providing ongoing support: health professionals** **Who should take action?** Children's community nurses, dietetic teams, GPs, health visitors, members of primary care teams, obesity specialists, paediatricians and school nurses and school healthcare teams. **What action should they take?** • Health professionals should use feedback from the programmes to help regularly monitor progress and provide ongoing support. They should acknowledge that: – for children who are growing taller, avoiding further weight gain is a realistic short-term aim that can have a positive impact in the longer term – for young people who are no longer growing taller, ultimately they need to lose weight to improve their BMI, and they should also aim to acquire the knowledge and skills they need to make long-term behaviour changes – it is important to maintain changes in behaviour once the programme is completed – improvements in diet and physical activity can have positive health benefits, independent of any effect on weight or BMI – improvements in psychosocial outcomes (such as sense of wellbeing, self-efficacy, self-esteem and self–perception) are considered important health benefits for overweight and obese children and young people. • After the programme has been completed, health professionals should continue to monitor the child or young person's BMI centile when the opportunity arises and at 6 months and 1 year after they complete the programme. • If the child or young person's BMI centile begins to increase, or if they or their parents or carers express concerns about their weight (or sustaining changes in their behaviour), discuss the possible causes. If necessary, consider another referral to the same or an alternative lifestyle weight management programme that may better address the needs of the family. Or consider referral to specialist obesity services (if available), or to a paediatrician. R9 refers to the evidence statements 1.1.33 (meta-analysis of 4 [++] RCTs, 3 [+] RCTs, 1 [-] quasi-RCT), 1.1.34 (meta-analysis of 7 [++] RCTs, 3 [+] RCTs, 1 [-] quasi-RCT), 1.4.1 (inconsistent/meta-analysis of 10 [++] RCTs, 5 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 2 [-] quasi RCT), 1.4.2 (inconsistent 5 [++] RCTs, 1 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 1 [-] UBA), 1.4.3 (meta-analysis of 4 [++] RCTs, 3 [+] RCTs, 1 [-] RCT), 2.1.1 (4 [+], 1 [-] qualitative studies), etc., 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.34; EP3, CR1; IDE (S. 64-106, 113-114, Supporting evidence [25]) **R10 Providing ongoing support: lifestyle weight management programmes** **Who should take action?** Providers of lifestyle weight management programmes. **What action should they take?** • With the participants' consent, providers should send feedback to their referring GP or healthcare professional. • Offer all participants ongoing support when they have completed the programme. This support should be offered for at least the first year and longer, if possible, depending on the family's needs. Offer a range of options including follow-up sessions at different times and in easily accessible and acceptable venues. • Tell participants about local services and activities that may provide further support to help them manage their weight, for example, local leisure services and walking or cycling groups.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	R10 refers to the evidence statements 1.1.33 (meta-analysis of 4 [++] RCTs, 3 [+] RCTs, 1 [-] quasi-RCT), 1.1.34 (meta-analysis of 7 [++] RCTs, 3 [+] RCTs, 1 [-] quasi-RCT), 1.4.1 (inconsistent/meta-analysis of 10 [++] RCTs, 5 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 2 [-] quasi RCT), 1.4.2 (inconsistent 5 [++] RCTs, 1 [+] RCTs, 1 [+] quasi RCT, 1 [-] UBA), 2.1.34 (4 [++], 1 [+], 1 [-] qualitative studies, 1 [+] cross-sectional study), 2.1.35 (1 [++], 2 [+], 2 [-] qualitative studies, 2 process evaluations), 2.1.36 (2 [+] qualitative studies, 1 process evaluation), 2.1.37 (1 [++], 1 [+], 1 [-] qualitative studies); CR1; IDE (S. 64-106, 113, Supporting evidence [25]) **R14 Supporting lifestyle weight management programme staff and those making programme referrals** **Who should take action?** Employers of staff working on, or referring children and young people to, lifestyle weight management programmes; Providers of lifestyle weight management programmes. **What action should they take?** • If those involved in referring to, or delivering, lifestyle weight management programmes lack the confidence and skills to discuss weight management, offer them support and training. • If staff identify that the reason for their lack of confidence is a result of being overweight or obese themselves, offer them access to weight management programmes. R14 refers to the evidence statements EP1; IDE (S. 113, Supporting evidence [25]) **Legende** [25, S. 64] Evidence statement number 1.2.3 indicates that the linked statement is numbered 2.3 in review 1. Evidence statement number 2.1.1 indicates that the linked statement is numbered 1.1 in review 2. EP1 indicates that expert paper 1 is linked to a recommendation CR1 indicates that the commissioned report is linked to a recommendation IDE Where a recommendation is not directly taken from the evidence statements, but is inferred from the evidence, this is indicated by IDE (inference derived from the evidence). [++] All or most of the checklist criteria have been fulfilled. Where they have not been fulfilled, the conclusions are very unlikely to alter. [+] Some of the checklist criteria have been fulfilled. Those criteria that have not been fulfilled or not adequately described are unlikely to alter the conclusions. [-] Few or no checklist criteria have been fulfilled. The conclusions of the study are likely or very likely to alter. **Diese NICE-Guideline PH47 [25] wurde nicht in der deutschen S3-Leitlinie AGA 2019 [10] berücksichtigt.** **Ein wissenschaftliches Vorgehen bei der Erstellung des DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche verlangt die Berücksichtigung dieser NICE-Guideline.** **National Health and Medical Research Council Clinical practice guidelines for the management of overweigt and obesity in adults, adolescents and**

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147)	**children in Australia (NHMRC 2013 Guideline)** [26, 27] (Wir nennen hier nur exemplarische Empfehlungen) **Assist children and adolescents to manage weight through lifestyle interventions** ***Intensity of Intervention*** ***At what intensity (frequency/duration) should interventions be to manage weight appropriately in children and adolescents?*** The effectiveness of lifestyle interventions to achieve modest weight loss increases with the frequency and duration of contacts. **B** *Evidence base* A; *Consistency* B; *Clinical impact* C; *Generalisability* B; *Applicability* B **R18.** For children and adolescents, plan weight management programs that involve frequent contact with health professionals **(Grade B)**. ***Lifestyle Intervention*** ***What combinations of interventions have been successful in preventing weight gain in children and achieving significant reductions in weight in adolescents?*** Lifestyle interventions that include nutrition, physical activity and behavioural components can prevent weight gain in children and produce moderate weight loss in adolescents. **B** *Evidence base* A; *Consistency* B; *Clinical impact* C; *Generalisability* B; *Applicability* B ***What interventions are effective at maintaining weight loss in children and adolescents?*** A multicomponent lifestyle intervention that includes behavioural components can result in maintenance of BMI reduction at 2 years of follow-up in children and adolescents. **B** *Evidence base* A; *Consistency* B; *Clinical impact* B; *Generalisability* B; *Applicability* B **R20.** For children and adolescents who are overweight or obese, recommend lifestyle change—including reduced energy intake and sedentary behaviour, increased physical activity and measures to support behavioural change **(Grade B)**. **Legende** [27] **Grade B**: Body of evidence can be trusted to guide the practice in most situations **Evidence base A**: Excellent (one or more level I studies with a low risk of bias or several level II studies with a low risk of bias. Level I studies: A systematic Review of level II studies. Level II study: A randomised controlled trial.) **Concistency B**: most studies consistent and inconsistency may be explained **Clinical impact B**: substantial, **Clinical impact C**: moderate **Generalisability B**: population/s studied in the body of evidence are similar to the target population for the guideline **Applicability B**: applicable to Australian healthcare context with few caveats Diese NHMRC-Guideline [26] bzw. die systematische Übersicht [27] wurde nicht in der deutschen S3-Leitlinie AGA 2019 [10] berücksichtigt. Ein wissenschaftliches Vorgehen bei der Erstellung des DMP-Adipositas Kinder

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.1 – A.9 (S. 7-147) 4.1 – A.9 (S. 7-147)	und Jugendliche verlangt die Berücksichtigung dieser NHMRC 2013 Guideline. **<u>Vorgeschlagene Änderung:</u>** **Einarbeitung der genannten Leitlinien [20-27] an den entsprechenden Stellen im ganzen Vorbericht [2].**
A.6.1 (S.128) A2.1.7 (S. 59-60) A2.1.9 (S. 60) A.6.1 (S.128) A6.1 (S. 121, 128)	<u>Anmerkung:</u> Das USPSTF-Recommendation Statement „Behavioral Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults“ 2018 [28] wurde im Vorbericht als Leitlinie ausgeschlossen, weil „Nicht E10“, (S. 128) also nicht evidenzbasiert (S. 60) bzw. nicht konform A2.1.7 (S. 59-60) [2]. Das Recommendation Statement 2018 der USPSTF [28] basiert jedoch auf eine systematische Übersicht [29,30] von 80 RCTs bezüglich verhaltensorientierte Interventionen zur Gewichtsabnahme und 9 RCTs bezüglich verhaltensbasierte Interventionen zur Gewichtserhaltung. Die Autoren des USPSTF Recommendation Statements erläutern das „USPSTF Grading System“ und die „USPSTF Levels of Certainty Regarding Net Benefit“ [28]. Im USPSTF Procedure Manual 2015 ist zudem transparent dargelegt, wie evidenzbasierte Übersichtsarbeiten durch die USPSTF entwickelt werden [31]. Das Recommendation Statement 2018 mit USPSTF Grade B „The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is moderate, or there is moderate certainty that the net benefit is moderate to substantial.“ [28], das auf eine systematische Übersicht von insgesamt 89 RCTs basiert, wäre vergleichbar mit der Evidenzstufe Ia-Ib (Ia: systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe Ib; Ib: randomisiert kontrollierte Studien) nach Verfahrensordnung des G-BA, siehe S. 136 im Vorbericht [2]. **Es erschließt sich uns nicht, weshalb die USPSTF 2018 [28-30] nicht evidenzbasiert sein sollte.** **Das Recommendation Statement „The USPSTF recommends that clinicians offer or refer adults with a body mass index of 30 or higher to intensive, multicomponent behavioral interventions“ bezieht sich jedoch auf Erwachsenen, weshalb der Ausschlussgrund „Nicht E1“ (S. 121) sein sollte, also keine „Kinder und Jugendliche mit Adipositas“ (S. 60) bzw. nicht konform A2.1.1 Population (S. 58).** **<u>Vorgeschlagene Änderung:</u>** **Quelle Nr. 5 [28] unter A6.1 „Nicht E10“ auf S. 128 im Vorbericht [2] wird unter „Nicht E1“ auf S. 121 verschoben.**

(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. Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan. Auftrag: V21-07. Version: 1.0. Stand: 29.04.2022. Köln: IQWiG, 2022. 1-2, A1-A36. https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kiinder-und-jugendliche_da-berichtsplan_v1-0.pdf Zugriff: 06.05.2022.
2. IQWiG. Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche. Vorbericht (vorläufige Bewertung). Auftrag: V21-07. Version: 1.0. Stand: 29.04.2022. Köln: IQWiG, 2022. i-xi, 1 - 148. https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_vorbericht_v1-0.pdf Zugriff: 06.05.2022.
3. Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET): BerufsVerband Oecotrophologie e. V. (VDOE), Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e. V. (BDEM), Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e. V. (DAEM), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM), Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD). EMET Vision Nutrition. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET). Zusammenarbeit in der ambulanten ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Versorgung. 2022. 1-10. https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf Zugriff: 13.05.2022.
4. Browning LM, Hsieh SD, Ashwell M. A systematic review of waist-to-height ratio as a screening tool for the prediction of cardiovascular disease and diabetes: 0.5 could be a suitable global boundary value. Nutr Res Rev 2010;23(2):247-69. DOI: 10.1017/S0954422410000144. https://www.cambridge.org/core/journals/nutrition-research-reviews/article/systematic-review-of-waisttoheight-ratio-as-a-screening-tool-for-the-prediction-of-cardiovascular-disease-and-diabetes-05-could-be-a-suitable-global-boundary-value/A65EC8CCE2A120C247F82C5074C24C7D Zugriff: 28.05.2022.
5. Ashwell M, Gunn P, Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. Obes Rev 2012;13(3):275-86. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2011.00952.x.
6. Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A. Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Querschnittergebniss aus KiGGS Welle 2 und Trends. Overweight and obesity among children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. Journal of Health Monitoring 2018;3(1):16-23. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-005.2.
7. 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;11(1):9524. DOI: 10.1038/s41598-021-88951-9. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8096959/ Zugriff: 28.05.2022.
8. Kahn HS, Divers J, Fino NF, Dabelea D, Bell R, Liu LL, et al. 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;43(10):1940-50. DOI: 10.1038/s41366-019-0354-8.

9. Kromeyer-Hauschild K, Dortschy R, Stolzenberg H, Neuhauser H, Rosario AS. Nationally representative waist circumference percentiles in German adolescents aged 11.0-18.0 years. Int J Pediatr Obes 2011;6(2-2):e129-e37. DOI: 10.3109/17477166.2010.490267
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. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-002l_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf Zugriff: 18.05.2022.
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.
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.
13. 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. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2632511 Zugriff 23.05.2022.
14. 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. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK476325/pdf/Bookshelf_NBK476325.pdf Zugriff: 23.05.2022.
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. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6283429/ Zugriff: 24.05.2022.
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. https://academic.oup.com/jcem/article/102/3/758/2765058 Zugriff: 25.05.2022.
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. https://academic.oup.com/jcem/article/102/3/763/3061894 Zugriff: 25.05.2022.

18. Swiglo BA, Murad MH, Schunemann HJ, Kunz R, Vigersky RA, Guyatt GH, et al. A case for clarity, consistency, and helpfulness: state-of-the-art clinical practice guidelines in endocrinology using the grading of recommendations, assessment, development, and evaluation system. J Clin Endocrinol Metab 2008;93(3):666-73. DOI: 10.1210/jc.2007-1907. https://core.ac.uk/reader/18255942?utm_source=linkout Zugriff: 25.05.2022.

19. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2004;328(7454):1490. DOI: 10.1136/bmj.328.7454.1490. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC428525/pdf/bmj32801490.pdf Zugriff: 25.05.2022.

20. 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: 18.05.2022.
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/pqnew139.pdf Zugriff: 18.05.2022.
c. Academy of Nutrition and Dietetics. Pediatric Weight Management. Executive Summary of Recommendations (2015). https://www.andeal.org/vault/pqnew138.pdf Zugriff: 18.05.2022.
d. Academy of Nutrition and Dietetics. Pediatric Weight Management. Major Recommendations (2015). https://www.andeal.org/vault/pqnew140.pdf Zugriff: 18.05.2022.
e. Academy of Nutrition and Dietetics. Recommendation Ratings. https://www.andeal.org/recommendation-ratings Zugriff: 18.05.2022.

21. 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. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387033/pdf/1870411.pdf Zugriff: 27.05.2022.

22. 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. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382035/pdf/cmajo.20140047.pdf Zugriff: 27.05.2022, Appendices etc. https://www.cmajopen.ca/content/suppl/2015/02/24/3.1.E35.DC1 Zugriff: 27.05.2022.

23. 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. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK264165/pdf/Bookshelf_NBK264165.pdf bzw. https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/evidence/obesity-update-full-guideline-pdf-193342429 Zugriff 27.05.2022, Appendices A-Q https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK311323/ bzw. https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/evidence Zugriff 27.05.2022.

24. 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 28.05.2022.

25. 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. https://www.nice.org.uk/guidance/ph47/resources/weight-management-lifestyle-servicesfor-overweight-or-obese-children-and-young-people-pdf-1996362978757, Supporting evidence https://www.nice.org.uk/guidance/ph47/evidence, Zugriff: 27.05.2022.
26. 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. https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practice-guidelines-management-overweight-and-obesity#block-views-block-file-attachments-content-block-1 Zugriff: 20.05.2022.
27. National Health and Medical Research Council. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia – Systematic Review. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2013. p. 1-658. https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practice-guidelines-management-overweight-and-obesity#block-views-block-file-attachments-content-block-1 Zugriff: 20.05.2022.
28. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, 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. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2702878 Zugriff: 09.05.2022.
29. LeBlanc EL, Patnode CD, Webber EM, Redmond N, Rushkin M, O'Connor EA. Behavioral and Pharmacotherapy Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: An Updated Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. AHRQ publication 18-05239-EF-1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532379/pdf/Bookshelf_NBK532379.pdf Zugriff: 09.05.2022.
30. Leblanc ES, Patnode CD, Webber EM, Redmond N, Rushkin M, O'Connor EA. Behavioral and Pharmacotherapy Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2018;320(11):1172-91. DOI: 10.1001/jama.2018.7777. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2702877 Zugriff: 09.05.2022.
31. U.S. Preventive Services Task Force. Procedure Manual Section 4. Evidence Review Development. https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/about-uspstf/methods-and-processes/procedure-manual/procedure-manual-section-4-evidence-review-development Zugriff: 09.05.2022.

A.1.2 – Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) e. V., Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) e. V., Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie (DGPK) e. V., Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) e. V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) e. V.

Autorinnen und Autoren

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

Stellungnahme zum Vorbericht

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 *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
PD Dr. med. Susann Weihrauch-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 (DGKJ)

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 Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin Berufsverband der Kinder und Jugendärzte Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention Deutsche Diabetes Gesellschaft ☐ **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 29.04.2022 den Vorbericht zur Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche veröffentlicht. Wir dürfen nachfolgend in Namen der o.g. unterzeichnenden Fachgesellschaften eine fachliche Stellungnahme dazu übersenden. Wir begrüßen, dass vor dem Hintergrund der Leitliniensynopse Adipositas (auch für diese Altersgruppe) auf Basis des Sozialgesetzbuches (2021) als chronische Erkrankung anerkannt wird. Im Namen der AGA begrüßen wir die Würdigung der aktuellen S3-Leitlinie zur Therapie und Prävention der Adipositas (AGA 2019), die im Vergleich der berücksichtigten Leitlinien hohe standardisierte Domänenwerte erreicht hat (Tab. 23). Allerdings beziehen sich von den aktuell 6 integrierten Leitlinien nur 3 auf Kinder und Jugendliche mit Adipositas (AGA 2019; APP 2021; ISPE 2018), 2 beziehen sich auf Adipositaschirurgie (DGAV 2018; BOMSS 2020) und Fokus der ADA 2021/Children liegt auf Kinder und Jugendlichen mit Typ 1 bzw. Typ 2 Diabetes. Weiterhin wurden im Bericht auch häufig Leitlinien zitiert bzw. auf solche verwiesen, die nur einen standardisierten Domänenwert erzielt haben. Dadurch ergeben sich zahlreiche Analogieschlüsse, die allerdings nicht unbedingt den inhaltlichen und strukturellen Anforderungen eines DMPs gerecht werden. Wir möchten außerdem darauf hinweisen, dass die Leitlinie der Endocrine Society nicht berücksichtigt wurde: Styne DM et al., Pediatric Obesity—Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2017; 102(3):709–757. In dieser Leitlinie sind wichtige Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter enthalten. Die Leitlinie AWMF- 050 – 002 (Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter) enthält mit Ausnahme zur Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter keine Aussagen zur Diagnostik. Daher hält sich die AGA/DAG bzgl. der Diagnostik ganz an die Empfehlungen der Endocrine Society (Styne DM et al., 2017). Vorgeschlagene Änderung: Die Leitlinie der Endocrine Society (Styne DM et al., 2017) sollte unbedingt berücksichtigt werden.

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.
Auch die Einordnung der Arbeitsergebnisse fällt im Vorbericht unvollständig aus, da die Versorgungsaspekte in ihrer Gesamtheit, wie auch im Detailgrad, nicht ausreichend diskutiert werden. Insbesondere die Trennschärfe, was in der koordinierenden Praxis und was in möglichen Schulungen der Versicherten (s. Synopse 4.4.8.2; S, 48) umgesetzt werden soll, bleibt unscharf. So umfasst der Begriff „Schulungen“ multimodale Therapieansätze nach AGA bzw. KGAS und besteht in den Elementen der Basisprogramme (s.a. AGA-LL 2019; Punkt 3.1.2: „Grundlage einer Adipositastherapie in jeder Altersstufe sollte ein multimodales Programm sein, das die Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie umfasst, da isolierte Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapien nicht zu einem langfristigen Erfolg führen … LoE 1+“). Für die Ausgestaltung solcher ambulanten bzw. stationären Schulung gibt es in Deutschland Vorgaben der Kostenträger, z.B. des DRV sowie beispielhafte Verträge mit Krankenkassen wie der Vertrag zur besonderen Versorgung adipöser Kinder im Rheinland nach § 140a SGB V bzw. der Vertrag zur Durchführung einer Patientenschulungsmaßnahme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas nach § 38 SGB IX i. V. m. § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Vorgeschlagene Änderung: Wir bitten darum, diese Aspekte in der Spalte additive Hinweise zu ergänzen. Davon abgegrenzt werden müssen Schulungen der Leistungserbringer (s. Synopse 4.4.8.1; S.47). Hierzu gibt es in Deutschland von Krankenkassen anerkannte Trainerausbildungen nach AGA und KgAS, die im Rahmen einer DMP Ausgestaltung berücksichtigt werden. Vorgeschlagene Änderung: Wir bitten darum, auch diesen Aspekt in der Spalte additive Hinweise zu ergänzen Wünschenswert wäre, diese Limitationen des Vorberichtes im Zuge einer wissenschaftlichen Debatte vor Fertigstellung des Abschlussberichtes unter Berücksichtigung weiterer relevanter Literatur z.B. Cochrane Reviews zum „Obesity treatment“ auszuräumen (s. Al-Khoudary et al. 2017; Mead et al. 2017). Gerne bieten wir hierfür unsere Teilnahme und Expertise an. In den nachfolgenden spezifischen Aspekten haben wir bereits die aus unserer Sicht relevantesten Punkte aufgeführt.

(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** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
1 Absatz: „Betreffendes Krankheitsbild“ (S.16)	Anmerkung: In der Liste möglicher Einflussfaktoren fehlt der Medienkonsum/Sitzzeit. Die Begrenzung bzw. Reduktion vermeidbarer Sitzzeit ist ein wichtiger

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Bestandteil therapeutischer Ansätze und auch nicht gleichbedeutend mit Bewegungsmangel, s.a. Tabelle 33. <u>Vorgeschlagene Ergänzung:</u> • Medienzeit/Sitzendes Verhalten
s. 4.2 Tabelle 1 (S. 8)	<u>Anmerkung</u>: Kritisch ist die Integration der folgenden 3 Leitlinien: ADA 2021 children befasst sich mit dem Schwerpunkt Typ 1 und Typ 2 Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen; auch wenn T2DM eine Komorbidität der Adipositas darstellt, so beziehen sich die aufgeführten Empfehlungen auf die Population der Kinder und Jugendliche MIT bestehendem T1DM bzw. T2DM (s.a. American Diabetes Association; Diabetes Care 2021). Explizit wird in Tabelle 2 aufgeführt, dass in dieser LL Punkte zu den Versorgungsaspekten Diagnostik, therapeutische Maßnahmen, Komorbiditäten und Kooperation der Versorgungssektoren diskutiert werden. In der DGAV 2018 gibt es ein eigenes Kapitel zu adipositaschirurgischen/metabolischen Eingriffen im Kindes- und Jugendalter, das mit den Autoren der AGA Leitlinie abgestimmt wurde. Verfahren der Adipositaschirurgie stellen im Kindes- und Jugendalter nur eine Einzelfallentscheidung dar, wenn alle konservativen Therapiemaßnahmen nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben und weitere Einschlusskriterien erfüllt sind. Somit handelt es sich aus pädiatrischer Sicht um eine sehr kleine Gruppe, für die diese Therapieform in Frage kommt. Daher ist es kritisch zu sehen, wenn Schlüsse aus dieser LL für die Gesamtheit von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas gezogen werden. Analog gilt dies für BOMSS 2020: Es gibt lediglich Hinweise zur Operation (und nachfolgenden Substitution) bei Heranwachsenden. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> In den zusammengestellten Versorgungsinhalten muss explizit auf diese Limitationen hingewiesen werden.
Kapitel 4.4.1 Diagnostik	<u>Wir empfehlen, hier zusätzlich die Leitlinie der Endocrine Society (Styne et al. 2017) aufzunehmen und in Tab. 2 zu ergänzen</u>
Kapitel 4.4.2 (S. 12, 16, 17)	<u>Anmerkung und vorgeschlagene Änderung in Tabelle 5 „Additive Hinweise …“):</u>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Einleitend in das Kapitel „Basistherapie“ sollten, um die Struktur des DMPs aufzugreifen, einleitend die Hinweise von ISPE aufgegriffen werden: • “Primary care pediatricians represent the first level treatment. LOE III-A” Dies ist im Sinne der koordinierenden Arztpraxis zu verstehen. • „Health services should be organized in a network of services [150, 251–254].“ Diese Zusammenarbeit, auch im Sinne der Kooperation der Versorgungssektoren, gewährleistet die Umsetzung der geforderten multimodalen Therapie (s. hierzu Tabelle 5).
4.4.4.2 Basistherapie (V1.5.2) / S. 16	Anmerkung: „Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (ISPE 2018): ♣ allgemeine Aspekte Der Versorgungsaspekt mit dem jeweiligen Inhalt, der als potenziell DMP-relevant eingestuft wurde, ist in Tabelle 5 dargestellt.“ Die Empfehlungen der S3LL der AGA zur Basistherapie sind hier nicht berücksichtigt worden. Wir möchten an dieser Stelle explizit nochmals darauf hinweisen, dass es sich bei der Basistherapie um die Inhalte einer multimodalen Therapie im Rahmen ambulanter/stationärer Schulungen (für die Versicherten und deren Familien) handelt. Vorgeschlagene Änderung: Die entsprechenden Empfehlungen aus der o.g. S3-LL sollen sowohl im Kapitel 4.4.4.2. als auch in Tab. 5 aufgenommen werden.
Kapitel 4.4.4.2.4 Tabelle 9 (S. 26)	Anmerkung: Die Empfehlung hinsichtlich mind. 26 Kontakte schreiben die Autoren der APA 2018 Guideline, dass es sich um ein Minimum handelt und nur als erster Schritt verstanden werden sollte: “The panel supported adoption of the 26-contact hour recommendation as a necessary minimum treatment level. For many children and families, more contact hours, including ongoing support, will be necessary to have an impact on weight trajectory. Thus, the panel believes the guideline recommendations are a minimum first step toward addressing and treating childhood obesity.”

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Die Studien die dieser Empfehlung zugrunde gelegt wurden, haben auch immer Übergewicht neben Adipositas integriert. Nachweislich brauchen adipöse Kinder eine intensivere Behandlung (s.a. Graf et al. 2006). Zusätzlich sollte aus ISPE ergänzt werden, dass die Programme am erfolgreichsten hinsichtlich der SES Senkung waren, die zwischen 6 bis 12 Monate andauerten: „The scarce effect of treatment in the long term demands the development of long-lasting care models and their validation. LOE VI-B The effectiveness of treatment programs based on diet and lifestyle on BMI-SDS reduction was shown only in the short term (6–12 months) [167, 212]. In a European multicenter study, the success rate (BMI SDS reduction > 0.25) was 7% at 2 years; it reached 50% in a few number of centers, which differed for the greater intensity of intervention and training of the multi-disciplinary team [213, 214].” <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> In der Spalte additive Inhalte/ggf. Hinweise sollte folgendes ergänzt werden: Um einen nachhaltigen Erfolg zu erzielen, sollten die (Schulungs)Programme multimodal über einen Zeitraum von mind. 6 bis 12 Monate ausgestaltet werden.
Tabelle 7 (s. 22) bzw. Tabelle 33	<u>Anmerkung</u>: Ergänzend zu o.g. Punkt muss auf folgende Empfehlung hingewiesen werden: “Low evidence demonstrates that combining aerobic and resistance exercises results in fat mass reduction, especially with programs of at least 2 weekly sessions and duration > 60 min [173] (LOE I-B)” In den additiven Inhalten/ggf. Hinweisen muss daher darauf hingewiesen werden, dass diese Einheiten zusätzlich zu dem Minimum an 26 Kontakten stattfinden müssen. Letztlich muss sich in einem multimodalen Schulungsprogramm alles wiederfinden, was nachgewiesenermaßen erfolgreich ist. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> In Tabelle 7 ergänzen, dass es bislang keinen Hinweis gibt, dass eine Sportart einer anderen überlegen ist. Auch höhere Intensitäten bringen gegenüber geringeren keinen Vorteil. Es sollte mindestens 2x in der

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Woche mehr als 60 min ein kombiniertes Kraft-/Ausdauertraining durchgeführt werden (zusammengestellt aus ISPE 2018).
Tabelle 7 (s. 22)	Anmerkung: Wie bereits geschildert und u.a. von ISPE 2018 auch aufgeführt ist ein wichtiges Therapieziel auch die Reduktion vermeidbarer Sitzzeiten/des Medienkonsums. Vorgeschlagene Änderung: Reduktion von vermeidbarer Sitzzeiten/des Medienkonsums sollte in Tabelle 7 ergänzt werden
Tabelle 32	Anmerkung: ISPE 2018 wies im Kapitel darauf hin, dass es bislang keine ideale Bewegungsform für Kinder und Jugendliche mit Adipositas gibt: „It has not yet been proven which is the ideal exercise for obese children [170]. Low evidence demonstrates that combining aerobic and resistance exercises results in fat mass reduction, especially with programs of at least 2 weekly sessions and duration > 60 min [173] (LOE I-B)" In Tabelle 32 wurde allerdings nur der zweite Satz „Low evidence …" aufgenommen. Der erste Satz aber ist zur Ausgestaltung der Schulungen relevant, um zu vermeiden, dass die Bewegungsformen einseitig sind. Vorgeschlagene Änderung: Diesen Satz ebenfalls in Tabelle 32 ergänzen: „It has not yet been proven which is the ideal exercise for obese children [170]."
Tabelle 17 (S. 46)	Anmerkung: In dieser Tabelle ist unklar, was konkret unter „spezialisierten Zentren" zusammengefasst wird. ISPE 2018 weist explizit auf die Zusammenarbeit der im Gesundheitssystem tätigen hin, in dieser Tabelle aber scheint der Fokus v.a. auf der Adipositaschirurgie zu liegen. Vorgeschlagene Änderung: Klare Trennung in Tabelle 17 von Adipositaszentren, die neben einer möglichen Rolle als koordinierende Arztpraxis auch entsprechende

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	multimodale Schulungen anbieten, von Zentren, in denen Adipositaschirurgie angeboten wird.
Kap. 4.4.8.2 Schulungen der Versicherten (V1.9.2); S. 48; 49	Anmerkung: Folgender Satz auf S. 38 zur Schulung von Versicherten irritiert: „Es wurden keine potenziell DMP-relevanten Inhalte identifiziert." Zahlreiche LL wie AGA 2019, ISPE 2018 enthalten explizit Empfehlungen zu multimodalen Programmen. Die Bausteine der Basistherapie werden in einer solchen Schulung zusammengeführt, können aber auch als multimodale Schulungen stattfinden. Es ist unrealistisch, dass dies in der koordinierenden Arztpraxis stattfinden kann/wird, insbesondere da neben Bewegungs- und Ernährungstherapeut*innen auch Verhaltenstherapeut*innen gebraucht werden. Vorgeschlagene Änderung: Klarere Anpassung der Empfehlungen an die DMP Struktur
Fazit Kapitel 6, S. 55	Anmerkung: Dieser Abschnitt im Fazit ist überraschend: „Zu den Versorgungsaspekten Therapieziele und digitale medizinische Anwendungen fanden sich in den eingeschlossenen Leitlinien keine Empfehlungen. Das Thema digitale medizinische Anwendungen wird allerdings in einer Leitlinie diskutiert. Bis auf den Versorgungsaspekt Schulungen konnten für alle oben genannten übergeordneten Versorgungsaspekte potenziell DMP-relevante Inhalte identifiziert werden". So wird neben der Senkung des BMI SDS bzw. der Förderung einer gesunden Gewichtsentwicklung u.a. die Steigerung der Ernährungskompetenz (ISPE 2018) sowie Steigerung der Alltagsaktivität (AGA 2019) angestrebt. Diese Ziele stellen auch zentrale Outcome-Parameter in den Studien dar, die wiederum die Basis der genutzten Leitlinien war. Vorgeschlagene Ergänzung bei Therapie: • Bewusstmachung der Problematik • Frühzeitiges Therapie-Angebot • Verbesserung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas sowie Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen • Förderung einer gesunden körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung und Leistungsfähigkeit sowie • Reduktion krankheitsbedingter Einschränkungen an körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag (Teilhabe)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	• dauerhafte Veränderung des adipogenen Umfeldes durch Verbesserung des Ess- und Bewegungsverhaltens auch unter Einbeziehung der jeweiligen Familien sowie • Vermeidung bzw. frühzeitige Erkennung möglicher Folgeerkrankungen z.B. Diabetes mellitus Typ 2, kardiovaskulärer Risikofaktoren, Psychopathologien etc. • Transitionshilfe von pädiatrischen zu Erwachsenenversorgungssystemen
	Anmerkung: Vorgeschlagene Änderung:

(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. Al-Khudairy L, Loveman E, Colquitt JL, Mead E, Johnson RE, Fraser H, Olajide J, Murphy M, Velho RM, O'Malley C, Azevedo LB, Ells LJ, Metzendorf MI, Rees K. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years. Cochrane Database Syst Rev. 2017;6(6):CD012691. doi: 10.1002/14651858.CD012691. PMID: 28639320; PMCID: PMC6481371.
2. American Diabetes Association. 13. Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care. 2021 Jan;44(Suppl 1):S180-S199. doi: 10.2337/dc21-S013. PMID: 33298424.
3. Graf C, Koch B, Bjarnason-Wehrens B, Sreeram N, Brockmeier K, Tokarski W, Dordel S, Predel HG. Who benefits from intervention in, as opposed to screening of, overweight and obese children? Cardiol Young. 2006; 16(5):474-80. doi: 10.1017/S1047951106000667. PMID: 16984699.
4. Mead E, Brown T, Rees K, Azevedo LB, Whittaker V, Jones D, Olajide J, Mainardi GM, Corpeleijn E, O'Malley C, Beardsmore E, Al-Khudairy L, Baur L, Metzendorf MI, Demaio A, Ells LJ. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 6(6):CD012651. doi: 10.1002/14651858.CD012651. PMID: 28639319; PMCID: PMC6481885.
5. Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, Murad MH, Silverstein JH, Yanovski JA. Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017; 102(3):709-757. doi: 10.1210/jc.2016-2573. PMID: 28359099; PMCID: PMC6283429.

A.1.3 – Novo Nordisk Pharma GmbH

Autorinnen und Autoren

- Gemmel. Tobias
- Gollan, René
- Knerr-Rupp, Katrin
- Lüdtke, Eberhard

Stellungnahme zum Vorbericht

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 *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
Dr. Knerr-Rupp, Katrin / Market Access Manager
Dr. Gollan, René / Medical Advisor
Dr. Lüdtke, Eberhard / Senior Manager National Market Access
Gemmel, Tobias / Senior Director External Affairs

Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)

☒ **im Namen folgender Institution / Organisation: Novo Nordisk Pharma GmbH**

☐ **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 06.05.2022 auf der Webseite den Vorbericht veröffentlicht und ein Stellungnahmeverfahren eröffnet, das erlaubt diesen Vorbericht zu kommentieren. Davon möchte Novo Nordisk mit der nachfolgenden Stellungnahme gerne Gebrauch machen.

(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** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
Tabelle 1, S.8	Anmerkung: Die Leitlinie DGAV ist unzutreffend mit dem Jahr 2020 bezeichnet. Vorgeschlagene Änderung: Änderung in „DGAV 2018“
4.3 Definition der Adipositas 4.4.1 Diagnostik S. 9	Anmerkung: Der Abschnitt 4.3. (Definition der Adipositas) enthält den Verweis auf die nahezu gleichlautenden Formulierungen der einzelnen Leitlinien. Abweichend vom hier gewählten Vorgehen wurde in anderen Berichten zu Leitliniensynopsen für ein DMP die **Definition der Erkrankung** unter dem Punkt „Synthese der Empfehlungen“ **als Versorgungsaspekt** aufgeführt (vgl. z.B. Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen V15-02 [1]). Warum der Punkt „Definition der Adipositas“ bei dieser Erkrankung

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden.* *Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	anscheinend keinen Versorgungsaspekt darstellt, ist nicht nachvollziehbar. Inhaltlich wurde die Definition vom IQWiG auf S.1 (Betreffendes Krankheitsbild) zutreffend zusammengefasst: *„Adipositas ist eine chronische Erkrankung, die definiert ist als eine über die Norm hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Zur Klassifikation der Adipositas bei Erwachsenen hat sich der sog. Body-Mass-Index (BMI) als Berechnungsgrundlage etabliert. […] Um beurteilen zu können, ab wann ein Kind oder eine Jugendliche / ein Jugendlicher übergewichtig oder adipös ist, werden deshalb alters- und geschlechtsspezifische BMI-Referenzkurven bzw. BMI-Perzentile herangezogen“*. Eindeutig werden an dieser Stelle auch Grenzwerte genannt, ab denen Übergewicht bzw. Adipositas bei Kindern und Jugendlichen vorliegt: • *„Übergewicht: BMI-Perzentile > 90–97* • *Adipositas: BMI-Perzentile > 97–99,5* • *extreme Adipositas: BMI-Perzentile > 99,5”* Die zutreffende Bezeichnung der Adipositas als **chronische Erkrankung** folgt der Anerkennung von Adipositas durch die WHO im Jahr 2000 als eigenständige Krankheit, die **über den BMI definiert und klassifiziert** wird. Auch die maßgebliche deutsche S3-Leitlinie „Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ spricht von Adipositas als „chronische Krankheit“, die „einer kontinuierlichen langfristigen Behandlung“ bedarf. [2] Im Abschnitt „Betreffendes Krankheitsbild“ wird darüber hinaus der Bestimmung des BMI bzw. BMI-Perzentils **evidenzbasiert** eine wesentliche Bedeutung für die **Prognose** sowie eine positive **Korrelation** zwischen dem **BMI im Kindesalter und Erwachsenalter** zugeschrieben. Dies unterstreicht die Bedeutung der Bestimmung des BMI-Perzentils im Kindes- und Jugendalter. Unter dem Überbegriff „Diagnostik“ wurden lediglich in zwei Leitlinien zwei Versorgungsaspekte identifiziert („primäre klinische Diagnostik“ und „Screening auf Komorbiditäten“), wobei die zitierte Fundstelle zum Versorgungsaspekt „primäre klinische Diagnostik“ wiederum in ihrer Formulierung auf „Definition der Adipositas anhand von Perzentilen für den Body-Mass-Index oder des Gewichts-Längen […]“ verweist. [2]

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Die Definition der Adipositas wird in sämtlichen herangezogenen Leitlinien anhand des BMI vorgenommen. Nur beispielhaft sei die maßgebliche deutsche S3-Leitlinie „Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ angeführt, die unter dem Abschnitt „Definition von Übergewicht und Adipositas“ die Empfehlung abgibt, das 90. bzw. des 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentils als Grenzwert zur Definition von Übergewicht bzw. Adipositas zur verwenden und die extreme Adipositas über einen BMI >99,5. Perzentil definiert [2]. Auch in der Zusammenfassung zum Kapitel „Definition und Bestimmung des Ausmaßes der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ wird in der Leitlinie abschließend folgendes festgestellt: *„Die AGA empfiehlt im Kindes- und Jugendalter analog zum Erwachsenenalter den Body Mass Index zur Beurteilung von Übergewicht und Adipositas bzw. extremer Adipositas zu verwenden. Dabei werden die hier vorgestellten Perzentile als Referenz für deutsche Kinder empfohlen. Die Feststellung von Übergewicht bzw. Adipositas und extremer Adipositas soll dabei anhand des 90. bzw. des 97. und 99,5. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentils dieser Referenzdaten erfolgen.“* [2] Vor dem Hintergrund dieser Definition ergibt sich auch die **Diagnosestellung** für die chronische Erkrankung „Adipositas“ sowie deren Klassifikation in Schweregrade allein aus der **Bestimmung alters- und geschlechtsspezifischer BMI-Perzentile.** Dem folgend ist Adipositas auch im **ICD 10** anhand von BMI Grenzwerten für Kinder und Jugendliche hinterlegt. Der ICD 10 ist als amtliches Klassifikationsverzeichnis gemäß § 295 Abs.1 S.2 SGB V **gesetzlich vorgeschriebener** Maßstab für die **Kodierung ärztlicher Diagnosen**. Somit ist der **BMI hinreichend für eine gesicherte Diagnose** der Adipositas auch im Kindes- und Jugendalter. [11] Das Fehlen weiterer Hinweise zur eigentlichen Diagnosestellung der Adipositas inkl. des entsprechenden Schweregrades ergibt sich aus der im Vorbericht gewählten **getrennten Darstellung von Definition und Diagnostik,** die sich selbst anhand der in Tabelle 2 im Vorbericht gewählten Formulierungen nicht nachvollziehen lässt. Vor diesem

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass lediglich in zwei Leitlinie Hinweise zur „Diagnostik“ gefunden wurden. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Zusammenfassende Darstellung der Abschnitte „Definition der Adipositas“ sowie „Diagnostik“ mit dem Hinweis, dass sich die Diagnosestellung der Adipositas inkl. des entsprechenden Schweregrades über deren Definition und somit über die Bestimmung des BMI unter Heranziehen von alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Referenzkurven bzw. BMI-Perzentilen ergibt. Die für ein DMP maßgeblichen BMI-Perzentile ergeben sich auf Basis der Gewichtsverteilung der KiGGS-Studie, die repräsentativ für Deutschland ist. Sie erfolgt in einer Weise, die einen nahezu kontinuierlichen Übergang zu den festen Grenzwerten im Erwachsenenalter sicherstellt [2].
	<u>Anmerkung</u>: Die Empfehlung der Leitlinie ISPE 2018 zur Diagnostik und Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist in Tabelle 2 unvollständig wiedergegeben. Es fehlt die Empfehlung zur Diagnostik der schweren Adipositas. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Ergänzung der fehlenden Empfehlung der ISPE 2018 zur Diagnostik der schweren Adipositas in Tabelle 2: *„The cut-off to define severe obesity is represented by the BMI > 99th percentile. LOE VI-B“* [3]
4.4.2 Therapieziele, S 12	<u>Anmerkung</u>: In keiner der einbezogenen Leitlinien konnte das IQWiG Hinweise zu Therapiezielen auffinden.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden.* *Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Dass sämtliche eingeschlossene evidenzbasierte Leitlinien keinerlei Empfehlungen zu **Therapiezielen** abgeben, kann sinnvoll nur in der **Selbstverständlichkeit** begründet werden, dass eine **Reduktion des Körpergewichts vorrangiges Therapieziel** ist, wenn dessen **Übermaß** die zu behandelnde **Erkrankung definiert**. So empfiehlt beispielsweise die Leitlinie ISPE 2018 mit LoE I-A Änderungen in Ernährung und Lebensstil, **um den BMI zu reduzieren: „***Changes in diet and lifestyle leading to a negative caloric balance is recommended to gradually reduce the BMI. LOE I-A*“ [3] Die maßgebliche deutsche S3-Leitlinie „Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ postuliert die **Reduktion des BMI** als **geeignetes Qualitätsziel bzw. Qualitätsindikator**: *„Entwicklung des BMI-SDS als Maß für den Gewichtsstatus bei Patienten, die durch Einrichtungen oder in Programmen betreut werden. Dabei ist eine Reduktion des BMI-SDS um 0,2 in einem Jahr ein guter Erfolg.“* [2] Es zieht sich demnach nicht lediglich implizit durch sämtliche Leitlinien, dass selbstverständlich eine **Reduktion des krankhaft erhöhten Körpergewichts als Therapieziel** angestrebt wird - vielmehr ist das Ziel, den BMI zu reduzieren explizit in Empfehlungen mit hohem LoE (Level of Evidence, Evidenzlevel) enthalten. Die Indikation für einen chirurgischen Eingriff bei Kindern und Jugendlichen ist in den Empfehlungen der Leitlinie DGAV 2018 an das Nicht-Erreichen eines Therapieziels geknüpft: Eine „ausgeschöpfte [r] oder aussichtslose[r] konservative[r] Therapie“ ist demnach wie folgt definiert: *„wenn nach mindestens 6 Monaten umfassender Lebensstilintervention in den letzten zwei Jahren eine Reduktion des Ausgangsgewichts von >15% bei einem BMI von 35-39,9 kg/m² und von >20% bei einem BMI über 40 kg/m² nicht erreicht wurde. Expertenkonsens; starker Konsens“* [4]. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Benennung des übergeordneten Therapieziels einer Reduktion des krankhaft erhöhten Körpergewichts.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
4.4.4.4 Adjuvante medikamentöse Therapie, S. 29-30	Anmerkung: Die wiedergegebenen Empfehlungen zum Stellenwert der adjuvanten medikamentösen Therapie stammen aus zwei Leitlinien aus den Jahren 2018 und 2019. Mit der 2021 erfolgten Zulassung **Liraglutid zur Adipositastherapie für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren** ist eine Neubewertung des Stellenwertes der Pharmakotherapie zu erwarten, die in den herangezogenen Leitlinien noch nicht berücksichtigt werden konnte. Vorgeschlagene Änderung: Ergänzung um den folgenden Text: *„Es wird darauf verwiesen, dass inzwischen mit Liraglutid zur Adipositastherapie für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren sowie mit Setmelanotide bei Adipositas aufgrund eines seltenen Gendefektes neue medikamentöse Therapieoptionen zur Behandlung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen zugelassen sind, die in den recherchierten Leitlinien noch nicht benannt sind und daher im Rahmen des erteilten Auftrages zur Leitlinienrecherche nicht bewertet werden konnten. Diese haben womöglich Einfluss auf den künftigen Stellenwert der Arzneimitteltherapie zur Behandlung der Adipositas. Über eine etwaige Einbeziehung der entsprechend verfügbaren Evidenzen entscheidet der G-BA“.*
4.4.6 Komorbiditäten S.36-39	Anmerkung: Unter den Komorbiditäten findet sich für die relevant in Frage kommenden Atemwegserkrankungen lediglich ein allgemeiner Verweis auf das „Atmungssystem“. In den herangezogenen Leitlinien finden sich allerdings konkrete Atemwegserkrankungen, die als Komorbidität bei Adipositas von besonderer Bedeutung sind. So führt die italienische Leitlinie ISPE 2018 explizit **Asthma, Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) und Obesitas-Hypoventilationssyndrom (OHS)** auf: *„The prevalence of respiratory problems, such as asthma, obstructive sleep apnea syndrome (OSAS), and obesity hypoventilation syndrome*

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	(OHS) is higher in obese children and adolescents compared to the general population. OSAS affects 13–59% of obese children. The severity is strongly associated with excess weight..[…]" [3] Die deutsche S3-Leitlinie „Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter stellt Asthma und Schlafapnoe ebenfalls heraus: *„Bei hoch selektierten Jugendlichen mit morbider Adipositas können Adipositas-chirurgische Maßnahmen zu einem moderaten bis starken kurzzeitigen Gewichtsverlust führen und zu einigen sofortigen Gesundheitsnutzen durch die Auflösung von Komorbiditäten wie z.B. Schlafapnoe oder Asthma. Die Therapieschäden variieren je nach Prozedur (Whitlock et al. 2008 LoE 1++)."* [2] <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Konkretisierung des allgemeinen Verweises auf das „Atmungssystem" durch die Ergänzung: „z.B. Asthma, Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) und Obesitas-Hypoventilationssyndrom (OHS)".
A3.5.3.4. Adjuvante medikamentöse Therapie Tabelle 38, S.89	<u>Anmerkung</u>: Die Leitlinie ISPE 2018 wird wie folgt zitiert: *"Orlistat is the only drug available for the treatment of children and adolescents with severe obesity age".* Die Feststellung der ISPE aus dem Jahr 2018 hat keinen Empfehlungscharakter, sondern stellt lediglich den inzwischen **überholten Stand der Zulassung** aus dem Jahr 2018 dar. Zudem erweckt der Begriff „available" den Anschein, dass Orlistat für Kinder und Jugendliche zugelassen sei. Richtig ist vielmehr, dass die Fachinformationen von Orlistat darauf verweisen, dass **für Kinder und Jugendliche keinerlei Daten** vorlägen. [5, 6] Zutreffend wird im Diskussionsteil des Vorberichtes darauf verwiesen, dass seit 2021 **Liraglutid zur Adipositastherapie für Kinder und Jugendliche ab 12** Jahren sowie Setmelanotide bei Adipositas aufgrund eines seltenen Gendefektes **zugelassen** sind. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Da der Absatz keinen empfehlenden Charakter hat, sondern lediglich einen inzwischen nicht mehr zutreffende Sachverhalt wiedergibt, regen wir die Streichung des Abschnittes an.
Diskussion, S. 51-54	<u>Anmerkung:</u> Der Diskussionsteil sollte eine Einordnung und Schlussfolgerungen der identifizierten Versorgungsaspekten darstellen. Er befasst sich im Vorbericht mit einigen, aber nicht mit sämtlichen relevanten Aspekten der Leitliniensynopse. So fehlt es dem Abschnitt an einer Erörterung zu dem zusammenhängenden Themenkomplex „Diagnostik/Definition“. Hier hätte die einleitend in der Beschreibung des Krankheitsbildes vorgenommene Feststellung zur Definition und Diagnostik der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen eine komplettierende Funktion. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Es wird angeregt einen Abschnitt zu ergänzen, der die Inhalte, die in den Kapiteln „Krankheitsbild“, „Diagnostik“ und „Definition“ verteilt sind komprimiert darstellt: Im Abschnitt „Krankheitsbild“ wurde klargestellt, dass in Deutschland für eine einheitliche Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter die Verwendung der BMI-Perzentilkurven für Mädchen und Jungen nach Kromeyer-Hauschild [7] empfohlen wird. Vor diesem Hintergrund wäre das für Leitlinien ausgesprochen ungewöhnliche weitgehende Fehlen von Empfehlungen zur Diagnostik und zu Therapiezielen dahingehend einzuordnen, dass die **Bestimmung des BMI zur Diagnostik** genauso selbstverständlich ist wie eine **Reduktion des Körpergewichts als vorrangiges Therapieziel**, wenn dessen **Übermaß die zu behandelnde Erkrankung definiert**.
Diskussion, S. 51-54	<u>Anmerkung:</u> Die losgelöste Diskussion von „Diäten und hypokalorische Ernährung“ wirkt unvollständig. Insbesondere eine Befassung mit der auch in der S3-Leitlinine Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter intensiv thematisierte Bedeutung kombinierter

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden.* *Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	interdisziplinärer Therapieprogramme wäre an dieser Stelle gut aufgehoben. Insbesondere, da eine ausgeschöpfte konservative Therapie die Indikation für eine chirurgische Intervention mitbegründet, sollte hier Augenmerk auf eine **bestmögliche Ausschöpfung** aller **nicht operativer Verfahren** gelegt werden, was aufgrund der Zulassung von Arzneimitteln in dieser Altersgruppe perspektivisch auch die Anwendung von **Arzneimitteln** umfassen kann. Weiterhin sollte wenn möglich auch ein Blick über den aktuellen Stand der Leitlinien hinaus vorgenommen werden, insbesondere in Bereichen der Versorgung, die aufgrund einer **dynamischen Evidenzlage** in den einbezogenen Leitlinien noch nicht abgebildet sein konnten, die aber **erwartbar** für die Versorgung von **Relevanz** sein werden. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Es wird angeregt einen Abschnitt zu ergänzen, der sich mit der optimalen Ausschöpfung nicht operativer Verfahren befasst. Hiervon sind kombinierte interdisziplinäre Therapieprogramme genauso umfasst wie das Ausschöpfen neuer medikamentöser Verfahren, die künftig eine belastbare Therapieoption zur Vermeidung chirurgischer Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter darstellen kann.
Diskussion, S. 51-54	<u>Anmerkung:</u> Der Vorbericht erwähnt den Ausschluss von Arzneimitteln zur Behandlung der Adipositas als **„Lifestyle-Präparate“**. Weiterhin wird ein noch nicht in Kraft getretener Beschluss des G-BA erwähnt. Dieser sieht einen Ausnahmetatbestand hinsichtlich der Verordnungsfähigkeit von Setmelanotide bei Adipositas aufgrund eines seltenen Gendefektes vor. Dieser Beschluss ist zwischenzeitlich in Kraft getreten [8] und die in Abstimmung zwischen G-BA und der Rechtsaufsicht gefundene Möglichkeit einer **Öffnung des § 34** Absatz 1 Satz 8 SGB V („Lifestyle-Paragraph“) wird von Novo Nordisk ausdrücklich **begrüßt**. In der Beschlussbegründung des G-BA wird angeführt, dass bei der Behandlung mit Setmelanotide und aufgrund der Schwere der

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden.* *Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	zugrundeliegenden Erkrankung eine **medizinisch notwendige therapeutische Wirkung und keine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund** stehe. [9] Ergänzend ist anzumerken, dass die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer medizinisch notwendigen Therapie von der Ätiologie der Erkrankung unberührt ist und leistungsrechtlich nicht auf zugrunde liegende seltene Erkrankungen beschränkt werden kann. Vielmehr wird ein **Behandlungsanspruch** nach § 27 SGB V durch das Auftreten einer **behandlungsbedürftigen Krankheit** und nicht durch deren Ursache **ausgelöst**. Das DMP für Adipositas wird vor dem Hintergrund einer medizinisch begründeten Behandlungsnotwendigkeit erstellt. Die grundsätzliche Notwendigkeit der Behandlung von Adipositas wird auch durch die Gesetzgebung im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) bestätigt. In der Gesetzesbegründung heißt es: *„Zu einer leitlinienkonformen Adipositastherapie gehören individuelle und Gruppentherapien, ergänzende pharmakologische Therapien, die sogenannte bariatrische Chirurgie mit postoperativer Langzeittherapie und ggf. Supplementationstherapie bei starker Gewichtsreduktion*“. [10] Vor diesem Hintergrund wäre es erstrebenswert, die Rahmenbedingungen für die Behandlung von Adipositas dahingehend anzupassen, dass in **evidenzbasierten Leitlinien empfohlenen Therapieoptionen** auch **Regelleistungen** der **Gesetzlichen Krankenversicherung** darstellen. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Erwähnen des rechtskräftigen Beschlusses zu Ausnahmeregelung von der sog. Lifestyle-Regelung, wenn bei der Behandlung eine medizinisch notwendige therapeutische Wirkung und keine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.
Diskussion, S. 51-54	<u>Anmerkung:</u> Im Abschnitt „Adjuvante medikamentöse Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas“ stellt der Vorbericht die diesbezüglichen Empfehlungen erneut dar, die vor dem Hintergrund fehlender zugelassener Arzneimittel abgegeben wurden und damit auf einer

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	gänzlich anderen Evidenzbasis. Betont wird zudem der niedrige Empfehlungsgrad dieser Empfehlungen. Dass bei fehlender Zulassung jegliche Empfehlung in Leitlinien zurückhaltender Natur sein muss und zudem nicht evidenzbasiert sein kann, ist naheliegend. Ungeachtet der Tatsache, dass die Bewertung von Einzelevidenz nicht vom Auftrag des G-BA zur Leitlinienrecherche umfasst ist, würde es einem „Diskussionsteil" gut stehen, an dieser Stelle eine **differenzierte Betrachtung** vorzunehmen. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Es wird angeregt den Abschnitt „Adjuvante medikamentöse Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas" dahingehend zu diskutieren, dass vor dem Hintergrund der Zulassung von **Liraglutid zur Adipositastherapie für Kinder und Jugendliche ab 12** Jahren eine Neubewertung der Empfehlungen sinnvoll und erwartbar ist. Diese Diskussion wäre auch vor dem Hintergrund zu führen, dass das Ausschöpfen neuer medikamentöser Verfahren, künftig zur Vermeidung chirurgischer Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter beitragen können (vgl. Hinweis im Abschnitt zuvor).

(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 für ein DMP Depressionen, Abschlussbericht V15-02. 04.04.2017

2 Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. 2019

3 Valerio G, Maffeis C, Saggese G et al. Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the Italian Society of Pediatrics. Ital J Pediatr 2018; 44(1): 88.

4 Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) et al. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. 2018

5 European Medicines Agency. Alli - summary of product characteristics. Last update 06.01.2022

6 European Medicines Agency. Xenical - summary of product characteristics. Last update 07.05.2020

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. Monatsschr Kinderheilkd 2001; 149(8): 807-818

8 Bundesministerium für Gesundheit. Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage II (Lifestyle Arzneimittel) – Setmelanotide. 29. April 2022

9 Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage II (Lifestyle Arzneimittel) – Setmelanotide. 20. Januar 2022

10 Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) Drucksache 19/26822 (bundestag.de)

11 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), ICD-10-GM Version 2022, Kapitel IV Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90), Adipositas und sonstige Überernährung (E65-E68) BfArM - ICD-10-GM Version 2022 (dimdi.de)

A.2 – Stellungnahmen von Privatpersonen

A.2.1 – Dippel, Franz-Werner

Stellungnahme zum Vorbericht

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 *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
DIPPEL, Franz-Werner; Dr. rer. med.
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen) ☐ **im Namen folgender Institution / Organisation:** ☒ **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.
Auf diesem Wege möchte ich allen beteiligten Mitarbeitern des IQWiG für die Durchführung der aufwendigen Leitlinienrecherche sowie für die übersichtliche Zusammenstellung und gute Gliederung des Ergebnisberichts danken. Betrachten Sie meine Anmerkungen, Kommentare und Ergänzungen bitte nicht als Kritik an der Arbeit des IQWiG, sondern als ernsthaften Beitrag zur Versachlichung der wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Auseinandersetzung zur Etablierung eines leistungsfähigen DMP-Adipositas für Kinder und Jugendliche. Bitte sehen Sie es mir nach, dass ich als Privatperson nicht in der Lage bin, alle zitierten Publikationen im Volltext einzureichen. Im Gegensatz zu Fachgesellschaften oder Gesundheitsinstitutionen verfüge ich nicht über die entsprechenden personellen und technischen Ressourcen. Die überwiegende Zahl der Publikationen ist jedoch im Internet frei verfügbar und somit jedem zugänglich. Sollte dies ausnahmsweise einmal nicht der Fall sein, reiche ich die entsprechende Vollpublikation gerne nach. Für Ihr Verständnis bedanke ich mich im Voraus.

(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** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
Betreffendes **Krankheitsbild**; Seite 1	Anmerkung: Die primäre Adipositas hat mittlerweile epidemische Ausmaße erreicht. Nach Angaben des RKI sind zwei Drittel der Männer (67 %) und die Hälfte der Frauen (53 %) in Deutschland übergewichtig. Übergewicht ist somit zu einer neuen Normalität geworden. Fast ein Viertel der Erwachsenen (23 % der Männer und 24 % der Frauen) ist sogar adipös (BMI ≥ 30 kg/m^2). Das sind ca. 18 Mio. Menschen.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Gemäß der zweiten Welle der KIGGS-Studie des RKI sind 9,5% der Kinder und Jugendlichen (3-17 Jahre) übergewichtig, 5,9% sind adipös. Das sind etwa 2 Mio. übergewichtige und ca. 0.8 Mio. adipöse Kinder **[1]**. Kinder mit Übergewicht haben ein hohes Risiko für eine primäre Adipositas im Erwachsenenalter **[2]**. **Die Frage, ob Adipositas eine eigenständige Krankheit darstellt oder nicht, ist wissenschaftlich, gesundheitspolitisch und sozialrechtlich umstritten. Dieser Umstand sollte angemessen thematisiert, erörtert und durch entsprechende Quellen belegt werden.** **In diesem Zusammenhang sollte die primäre von der sekundären Adipositas abgegrenzt werden, da diesen beiden Formen unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen.** _____ Die primäre Adipositas kann nicht pauschal als eigenständige Krankheitsentität bezeichnet werden. Dafür gibt es keine Evidenz **[3-7]**. Im Gegensatz zu „klassischen“ Erkrankungen wie z.B. Krebs, Arteriosklerose oder Polyarthritis, zeichnet sich die primäre Adipositas durch einige **Besonderheiten** aus: (1) Die primäre Adipositas zeigt kein einheitliches **Erscheinungsbild**. Nicht jeder, der adipös ist, ist auch krank. Ansonsten würde man ca. 18 Mio. Erwachsene und etwa 0,8 Mio. Kinder zu Kranken erklären. Das wäre eine unzulässige Stigmatisierung bzw. soziale Ausgrenzung und könnte psychische Folgeerkrankungen bei den Betroffenen auslösen. Es gibt zahlreiche adipöse Menschen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene), die sich selbst als kerngesund betrachten und es objektiv auch sind. Vor allem Menschen mit einer Adipositas Grad 1 (ca. 71% aller adipösen Erwachsenen*****) fühlen sich oft nicht weniger gesund oder unwohler als schlankere Menschen **[8, 9]**. Was also macht die primäre Adipositas zu einer Krankheit? Ab wann wird Fettleibigkeit zu einer Gefahr für die Gesundheit?

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	* Nach Daten des Robert Koch-Instituts sind in Deutschland ca. 24 % aller Männer und Frauen stark übergewichtig. Davon haben etwa - 17 % eine Adipositas Grad 1 mit einem BMI zwischen 30 und 35 - 5 % eine Adipositas Grad 2 mit einem BMI zwischen 35 und 40 - 2 % eine Adipositas Grad 3 mit einem BMI über 40. Für Kinder liegen mir leider keine entsprechenden Daten vor. Das sieht auch der amtierende **Gesundheitsminister** Prof. Dr. Karl Lauterbach so. Anlässlich seiner Buchvorstellung in der taz-Kantine (Berlin) sagte er am 13. April 2022: „Es gibt da auch eine krankhafte Adipositas (*sekundäre Adipositas, Anmerkung des Verfassers*), die stoffwechselstörungsbedingt ist, aber die meisten, die stark übergewichtig sind (*primäre Adipositas, Anmerkung des Verfassers*), tragen zunächst einmal die Verantwortung dafür selbst, können aber trotzdem auch ein sehr gutes Leben haben**. Somit, ich weigere mich zu sagen, jeder der übergewichtig ist, ist automatisch krank.** Sondern das ist seine freie Entscheidung, auch die Entscheidung übergewichtig zu sein ist ok“ **[10]**. Nach Ansicht von Prof. Karl Lauterbach sind Ernährung und Gewichtsmanagement somit primär eine Angelegenheit der privaten Lebensführung und unterliegen nicht der Verantwortung ärztlichen Handelns. Der persönliche Lebensstil und das damit verbundene Körpergewicht ist die Privatsache jedes Einzelnen. (2) Laut **WHO** ist Adipositas eine „abnormale oder exzessive Fettakkumulation, die ein Gesundheitsrisiko darstellt“ **[11]**. (3) Auch die **Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM)** betrachtet die primäre Adipositas lediglich als einen Risikofaktor, der die Entwicklung zahlreicher nicht übertragbarer Erkrankungen wie z.B. Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen und Krebs begünstigt **[12]**. (4) Selbst die **Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)** hat die primäre Adipositas bislang ebenfalls nicht als eigene medizinische Krankheitsentität anerkannt. Konservative

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (Ernährung, Bewegung, Verhalten) werden nicht erstattet, weil deren Wirksamkeit bzw. Nutzen bisher nicht durch Studien (RCTs) belegt werden konnte (Wirtschaftlichkeitsgebot). Aus diesem Grund können die Kosten Adipositas-spezifischer Lebensstil-Interventionen bisher entweder gar nicht oder nur einzelfallabhängig bzw. anteilig (§ 43 SGB V) von den Gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden **[13]**. (5) Darüber hinaus gibt es auch zahlreiche Menschen mit einem normalen BMI und einer zentralen Adipositas. In der englischen Literatur werden sie als **TOFIs** bezeichnet (thin outside fat inside). Ebenso wie Übergewichtige sind die so genannten „dünnen Dicken“ gefährdet, an Bluthochdruck, Diabetes oder Herzkreislaufstörungen zu erkranken. Fast jeder fünfte augenscheinlich schlanke Mensch hat ein erhöhtes Risiko für Diabetes oder Herzkreislauferkrankungen **[14-16]**. (6) Außerdem gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass ein mäßig erhöhter BMI („**gutartige Adipositas“**) bei älteren Menschen und Menschen mit bestimmten Grunderkrankungen eine lebensverlängernde bzw. protektive Wirkung hat **[17-21]**. (7) Nicht zuletzt ist die gegenwärtige BMI-Definition bei bestimmten **ethnischen Gruppen**, wie z. B. Asiaten, Schwarzafrikanern oder Arabern, die verstärkt zu zentraler Adipositas neigen, problematisch. Für sie empfiehlt das NICE daher niedrigere Grenzwerte für Übergewicht (23 kg/m^2) und Adipositas (27,5 kg/m^2) [**22**]. (8) Im Übrigen wird in keiner der eingeschlossenen **Leitlinien** der vorliegenden Leitliniensynopse die primäre Adipositas explizit als eine chronische Erkrankung bezeichnet (Tabelle 24, Seite 72). (9) Die **Diagnostik** der primären Adipositas ist einfach. In den meisten Fällen genügt eine Blickdiagnose. Zur Quantifizierung können dann Körpergewicht, Körperlänge, BMI, Taillenumfang und Körperzusammensetzung ermittelt werden **[23]**.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	(10) Für eine „klassische“ Krankheit ist die **Ursache** oft unbekannt oder multifaktoriell. Die primäre Adipositas ist jedoch stets die Folge einer positiven Energiebilanz. (11) Die **Erstdiagnose** der primären Adipositas erfolgt bei Erwachsenen i.d.R. durch den Betroffenen selbst, wobei hier die Selbstwahrnehmung eine nicht unerhebliche Rolle spielt. Bei Kindern und Jugendlichen fällt die überdurchschnittliche Gewichtsentwicklung meist im Rahmen der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen (U1-U11, J1-J2) auf. Eine primäre Adipositas entwickelt sich nicht über Nacht. Ihr geht - auch bei Kindern und Jugendlichen in der Wachstumsphase - immer eine mehr oder weniger lange Zeit der kontinuierlichen Gewichtszunahme (Übergewicht) voraus. Die Entwicklung einer primären Adipositas ist für die Betroffenen sowie ihre Eltern somit unmittelbar erfahrbar (Selbstbeobachtung): - Das Gewicht ist mit einer einfachen Körperwaage messbar; - die Figur verändert sich sichtbar (Spiegel), - der Bundumfang (Konfektionsgröße) nimmt zu; coole Markenklamotten können oft nicht getragen werden; - die Sitze in Bus, Bahn und Kino sind zu eng; - die Schuhe können nicht mehr selbst geschnürt werden; - Schaukeln oder Rutschen auf dem Spielplatz ist nicht möglich. Die Betroffenen bzw. deren Eltern nehmen diese Entwicklung offenbar billigend in Kauf. Psychologen würden diesen Umstand als eingeschränkte Selbstwahrnehmung bezeichnen, Juristen als Unterlassung bzw. Fahrlässigkeit. (12) Eine primäre Adipositas Grad 1 ist durch eigenes **aktives Zutun** gezielt und spürbar zu beeinflussen und in vielen Fällen sogar reversibel. Das zeigen eindrucksvoll zahlreiche Einzelfallbeobachtungen, Fallserien und Studien (z.B. DIRECT-Studie, Look-AHEAD-Studie). Damit

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	kommen der persönlichen Verantwortung, der Selbstdisziplin sowie der Erziehung eine entscheidende Bedeutung zu. (13) Starkes Übergewicht wird von der breiten **Öffentlichkeit** als selbstverschuldet wahrgenommen. Das haben repräsentative Befragungen in Deutschland, Großbritannien und den USA ergeben **[24]**. Unabhängig von ihrer Einstufung als Krankheit wird die primäre Adipositas auch im deutschen Gesundheitssystem durchaus als bedeutsame Herausforderung angesehen, insbesondere aufgrund der hohen Kosten, die durch die Fettleibigkeit und deren Folgeerkrankungen für das Gesundheitssystem verursacht werden (Krankheitslast). Unter der Annahme einer weiterhin stetig zunehmenden Inzidenz und Prävalenz der primären Adipositas droht den sozialen Sicherungssystemen in Deutschland der finanzielle Kollaps. <u>Vorgeschlagene Änderung 1</u>: Die primäre Adipositas sollte von der sekundären Adipositas abgegrenzt werden, da diesen beiden Formen unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen. Die Frage, ob die primäre Adipositas eine eigenständige Krankheit darstellt oder nicht, sollte angemessen thematisiert, abgewogen und durch entsprechende Quellen belegt werden. Ansonsten sollte die ursprüngliche Definition der Adipositas beibehalten werden: „**Adipositas ist ein Körperzustand, der durch eine über die Norm hinausgehende Vermehrung des Körperfetts gekennzeichnet ist“**. oder: **„Eine Adipositas liegt vor, wenn der Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse pathologisch erhöht ist“.** <u>Vorgeschlagene Änderung 2:</u> Man könnte auch noch die zentrale von der generalisierten primären Adipositas medizinisch-wissenschaftlich abgrenzen.
Betreffendes **Krankheits-**	<u>Anmerkung 1</u>:

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
bild; Seite 2	Statt der Formulierung „Die **Ursachen der Adipositas** sind komplex und multifaktoriell“ schlage ich eine treffendere Formulierung vor. Damit wird sowohl der individuellen Verantwortung der Betroffenen (ungesunder Lebensstil) als auch der kollektiven Verantwortung der Gesellschaft (adipogene Umwelt) angemessen Rechnung getragen. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> „**Die Ursachen der primären Adipositas sind in einer komplexen Wechselwirkung von biologischen, verhaltens- und verhältnisbedingten Faktoren begründet**“. <u>Anmerkung 2:</u> Der Satz „Neben einer entsprechenden **genetischen Disposition** sind eine Reihe von biologischen, psychosozialen sowie umweltbedingten Faktoren ursächlich für die Entstehung einer Adipositas“ erweckt den Eindruck, dass die genetische Disposition die Hauptursache der Adipositas darstelle. Dafür gibt es jedoch keine wissenschaftliche Evidenz. Im Gegenteil: der Genpool dürfte in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland recht stabil geblieben sein, die Ernährungsumgebung jedoch nicht. Insofern kann die Genetik den dramatischen Anstieg der Adipositas nach dem 2. Weltkrieg nicht erklären. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass eine weitgehend konstante Genetik keine Chance hatte, sich innerhalb dieser kurzen Zeit an die stark veränderte (adipogene) Ernährungsumgebung anzupassen. Insofern wurde aus dem einstigen Überlebensvorteil der Frühmenschen, nämlich der Fähigkeit Energie zu speichern, ein Nachteil. Darüber hinaus kommen selbst seltene genetische Mutationen (SNPs) bei einer gesunden, d.h. artgerechten Ernährung mit einer ausgeglichenen Energiebilanz i.d.R. gar nicht zum Tragen („Genes load the gun – environment pulls the trigger“). <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Grundsätzlich sollten die biologisch, medizinisch und genetisch bedingten (seltenen) Adipositasformen als sekundäre Adipositas bezeichnet werden, und von der primären Adipositas, als der überwiegenden Form der Fettleibigkeit qualitativ und quantitativ abgegrenzt werden.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Umformulierung und Ergänzung: „Neben einer Reihe von umweltbedingten, biologischen sowie psychosozialen Faktoren kann in seltenen Fällen auch eine familiäre Disposition ursächlich für die Entstehung einer Adipositas sein“. „Der primären Adipositas liegt jedoch stets eine mangelnde Selbstregulationskompetenz (reduzierte Impulskontrolle) in Form eines gestörten Essverhaltens zugrunde“. Siehe dazu auch meine Anmerkungen zur Verhaltenstherapie (Seiten 21-24 dieser Stellungnahme).
Betreffendes **Krankheits-bild**; Seite 2	Anmerkung 1: Das Essverhalten sollte aus der Klammer hinter dem Punkt Ernährung herausgenommen und als „gestörtes Essverhalten“ hinter den Punkt Psychosoziale Faktoren eingeordnet werden. Außerdem sollte der Punkt stark verarbeitete Fertigprodukte (als die Hauptursache der Adipositas) an erster Stelle in die Klammer aufgenommen werden **[25]**. Zusätzlich sollte unter dem Punkt „Psychosoziale Faktoren“ die mangelnde Selbstregulationskompetenz in die Klammer aufgenommen werden. Vorgeschlagene Änderung: - Ernährung (z. B. Verzehr von industriell stark verarbeiteten Fertigprodukten, Fast Food, Süßwaren und zuckerhaltigen Getränken, Portionsgrößen). - Psychosoziale Faktoren (z.B. gestörtes Essverhalten, mangelnde Selbstregulationskompetenz) Anmerkung 2: Die sieben aufgeführten Einflussfaktoren für das Auftreten einer Adipositas sollten jeweils mit wenigstens einer seriösen Quelle belegt werden. Vorgeschlagene Änderung: - Ernährung (z.B. Verzehr von industriell stark verarbeiteten Fertigprodukten, Fast Food, Süßwaren und zuckerhaltigen Getränken, Portionsgrößen)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Aufnahme folgender Literatur: **[25, 26]** - Lebensmittelangebot im familiären und sonstigen sozialen Umfeld Aufnahme folgender Literatur: [**27, 28]** - Bewegungs- und Schlafmangel (Quellen ergänzen), Dazu sind mir keine (seriösen) Quellen bekannt. - Genetische bzw. familiäre Veranlagung für eine Adipositas Aufnahme folgender Literatur: **[29]** - pränatale und frühkindliche Faktoren (z. B. Diabetes mellitus der Mutter, hohes Geburtsgewicht), [Quellen ergänzen], Dazu sind mir keine (seriösen) Quellen bekannt. - psychosoziale Faktoren (gestörtes Essverhalten, mangelnde Selbstregulationskompetenz) Aufnahme folgender Literatur: **[30, 31]** - sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren (z. B. niedriger sozioökonomischer Status) [22,23]. Aufnahme folgender Literatur: **[32-36]**
Leitlinien; Seite 3	<u>Anmerkung:</u> Der Satz „Ihren Empfehlungen liegen eine systematische Überprüfung der Evidenz sowie eine Bewertung des Nutzens und Schadens der alternativen Behandlungsoptionen zugrunde [25,26]“ ist so nicht korrekt! Den **Allgemeinen Methoden des IQWiG** kann man entnehmen, dass im Gegensatz zur klassischen Nutzenbewertung (Kapitel 3), bei der die Effekte einer Intervention endpunktbezogen evaluiert werden und bei der eine Ableitung hinsichtlich des Nutzens oder Schadens erfolgt, eine diesbezügliche Prüfung bei einer Leitliniensynopse nicht durchgeführt wird. Eine inhaltliche Bewertung der in den Leitlinien empfohlenen Behandlungsmaßnahmen auf Basis von Einzelstudien (RCTs), Meta- bzw. Netzwerkanalysen oder indirekten Vergleichen ist somit nicht Gegenstand des vorliegenden Vorberichts **[37]**.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass jeder Leser bzw. Stellungnehmer diese Unterschiede in der Bewertung von Leitlinien und medizinischen Interventionen kennt! Vorgeschlagene Änderung: Ergänzung des Absatzes durch folgende Formulierung: **„Eine differenzierte Evidenzbeurteilung, wie sie das IQWiG bspw. im Rahmen einer AMNOG-Erörterung durchführt, bei der die Effekte einer Intervention endpunktbezogen evaluiert werden und bei der eine Ableitung hinsichtlich des Nutzens oder Schadens erfolgt, ist hier nicht vorgesehen. Für den Einschluss von Leitlinien in die Leitliniensynopsen erfolgt lediglich eine Prüfung auf formale Kriterien; eine inhaltliche Bewertung wird nicht durchgeführt“.**
Fragestellung; Seite 4	Anmerkung: Die Zielsetzung der Leitliniensynopse bleibt deutlich hinter den Erwartungen der Kostenträger (Krankenkassen) zurück. Im Rahmen eines DMP-Adipositas sollten ausschließlich geprüfte evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Behandlungsmethoden eingesetzt werden, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Begründung: § 12 SGB V, **Wirtschaftlichkeitsgebot**, Abs. 1: Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Vor der Einführung neuer Behandlungsmethoden in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung werden üblicherweise systematische Nutzenbewertungen durchgeführt, die gewährleisten sollen, dass die Beitragsmittel der Versicherten möglichst wirtschaftlich eingesetzt werden. Vorgeschlagene Änderung: Folgende Fragestellungen sollte in einer separaten endpunktbezogenen Nutzenbewertung analysiert und beantwortet werden: 1. Welche konservativen Behandlungsmaßnahmen (Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie) sind RCT-basiert und für die Versorgung von Kindern und

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Jugendlichen mit einer primären Adipositas nachweislich wirksam und nachhaltig? **2.** Welche Maßnahme bzw. Maßnahmenkombination gilt als „Goldstandard“ unter den Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapien der primären Adipositas?
Methodisches Vorgehen; Seite 5	Anmerkung: Bei der Leitliniensynopse handelt es sich lediglich um eine Zusammenstellung von Behandlungsempfehlungen mit unsicherem, weil nicht überprüftem Nutzen. Eine Nutzenbewertung einzelner Behandlungsmaßnahmen auf Basis von Einzelstudien (RCTs), Meta- bzw. Netzwerkanalysen oder indirekten Vergleichen erfolgte nicht (siehe oben). Der unsichere bzw. zweifelhafte Charakter mancher Leitlinie wird durch das Ergebnis der durchgeführten Literaturrecherche eindrucksvoll bestätigt. Von 95 recherchierten Dokumenten (Leitlinien?) konnten lediglich 6 relevante Leitlinien eingeschlossen werden (6,3%). **Leitlinienwatch**, das Transparenzportal für medizinische Behandlungsleitlinien, bewertet medizinische Behandlungsleitlinien auf ihre Unabhängigkeit von der pharmazeutischen Industrie. Maßnahmen, mit denen der Einfluss von Interessenkonflikten reduziert wird, werden durch Punkte belohnt (Gut = 11-18 Punkte, Achtung = 6-10 Punkte, Reformbedarf = 0-5 Punkte). Die Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV) wurde von Leitlinienwatch am 05.03.2018 mit 9 Punkten bewertet. Die Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) wurde von Leitlinienwatch am 10.11.2015 ebenfalls mit nur 9 Punkten bewertet. Von insgesamt 140 bewerteten AWMF-Leitlinien wurden lediglich 23% mit gut bewertet (Median: 7 Punkte). **[38]** Vorgeschlagene Änderung: Da der konservativen Behandlung (Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie) im Rahmen der Adipositas-Therapie die zentrale Bedeutung zukommt, sollten die extrahierten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltensempfehlungen zur Gewichtsreduktion mit der höchsten RCT-basierten Evidenz zusätzlich

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	einer Endpunkt-bezogenen Nutzenbewertung auf Basis von Einzelstudien, Meta- bzw. Netzwerkanalysen oder indirekten Vergleichen unterzogen werden. Nur Behandlungsmethoden, deren Nutzen auch eindeutig belegt ist, sollten im DMP-Adipositas berücksichtigt werden (Wirtschaftlichkeitsgebot).
Ergebnisse; Seite 7 **Therapieziele**	<u>Anmerkung:</u> **Tabelle 1** (Seite 8) gibt einen Überblick über Versorgungsaspekte, zu denen die jeweiligen Leitlinien Empfehlungen geben. Es fällt auf, dass der zentrale Versorgungsaspekt der **Prävention** völlig fehlt. Es bleibt offen, ob dieser Aspekt in den Leitlinien nicht vorkommt, oder ob danach nicht gesucht wurde. Dieser Umstand macht gleichzeitig das ganze Dilemma der Adipositas-Epidemie deutlich. Siehe dazu auch meine Anmerkungen zur Prävention auf den Seiten 28-31. Bemerkenswert ist auch, dass es zu dem Punkt **Therapieziele** in keiner Leitlinie potenziell DMP-relevante Empfehlungen mit hohem GoR bzw. LoE gibt. Was soll erreicht werden? Welcher Zustand wird angestrebt? Dieser Umstand wird durch ein Zitat von Mark Twain treffend charakterisiert: „Kaum verloren wir das Ziel aus den Augen, verdoppelten wir unsere Anstrengungen“. Oder um es mit Seneca zu sagen: "Wenn ein Mensch nicht weiß, welchen Hafen er ansteuert, ist kein Wind der richtige Wind“. Möglicherweise werden die Therapieziele deswegen ausgeklammert, weil die Ergebnisse der derzeit verfügbaren konservativen Behandlungsmaßnahmen weit hinter den Erwartungen zurückbleiben und die Rückfallquoten sehr hoch sind **[39-42]**. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Folgende Formulierung sollte in ein DMP-Adipositas aufgenommen werden: „Eine zwingende Therapieindikation bei einer primären Adipositas besteht nur, wenn zusätzliche Risikofaktoren oder Folgeerkrankungen vorliegen“.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Unter dieser Voraussetzung sollten vor Behandlungsbeginn folgende Aspekte verbindlich zwischen Arzt und Patient festgelegt werden: - Definition der Therapieziele (SMART) * spezifisch * messbar * akzeptiert (für die betroffene Person) * realistisch * terminiert - Art, Umfang und Intensität der Intervention - Auflistung der relevanten Outcomes in den einzelnen Therapiefeldern - Kriterien der Zielerreichung - Mitwirkungspflichten des Betroffenen (Kind bzw. Eltern). Die Therapieziele sowie die Kriterien der Zielerreichung sollten für jede Maßnahme, d.h. für die Ernährungs-, Bewegungs-, Verhaltens- und Medikamententherapie bzw. für eine Kombination von Maßnahmen eindeutig festgelegt werden. Z.B.: 1. Welche Gewichtsreduktion ist bei welchem Ausgangsgewicht bzw. BMI klinisch relevant? 2. Innerhalb welcher Zeit soll die Gewichtsreduktion erreicht werden? 3. Welches tägliche Energiedefizit ist dazu erforderlich? 4. Wie wird der Erfolg kontrolliert und durch wen? Darüber hinaus sollten die **Mitwirkungspflichten der Patienten** in den Einschreibevoraussetzungen präzisiert werden.
Basistherapie; Seite 16	<u>Anmerkung:</u> Die Kernfragen lauten: Was hilft dem Betroffenen wirklich? Für welche Behandlungsmaßnahmen ist der Nutzen durch hochwertige Studien (RCTs), Metaanalysen oder indirekte Vergleiche belegt? Im Text heißt es: „Empfohlen wird eine **negative Energiebilanz** durch Ernährungs- und Lebensstiländerungen zur Senkung des BMI“. Es wird aber nicht ausgeführt, wie dieses Ziel erreicht und kontrolliert werden soll. Noch dazu resultiert die Empfehlung aus einer Leitlinie mit einer geringen methodischen Qualität. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Aufnahme folgender Formulierung:

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	„Substanzielles Abnehmen sollte im Fokus jeder Therapie der primären Adipositas stehen. Eine wirksame und dauerhafte Gewichtsreduktion ist nur durch eine negative Energiebilanz zu erreichen. Zur Unterstützung der Ernährungsumstellung können verhaltens- und bewegungstherapeutische Maßnahmen ergänzend hinzukommen“. Siehe dazu auch meine Anmerkungen zum Aspekt Therapieziele (Seiten 13-14).
Ernährungstherapie; Seite 18	<u>Anmerkung:</u> Obwohl die **Ernährungstherapie** den Kernpunkt jeder Adipositas-Behandlung darstellt („Schlechtes Essen macht dick“), finden sich relevante Empfehlungen dazu in nur zwei von sechs Leitlinien. Unter dem Oberbegriff „Vermittlung von Ernährungskompetenz“ werden folgende Empfehlungen aufgeführt: - Beurteilung des Ernährungsverhaltens des Kindes und der Familie wie bspw. Zusammensetzung und Häufigkeit der Mahlzeiten, Lebensmittelvorlieben und -abneigungen - Steigerung der Zufuhr von Obst, Gemüse und ballaststoffreichen Kohlenhydraten - Begrenzung von Portionsgrößen - ausgewogene und variierende Diäten - wenn hypokalorische Diät indiziert, dann orientiert an nationalen Empfehlungen zur Energie- und Nährstoffzufuhr basierend auf Alter, Geschlecht sowie einem längenbezogenen Idealgewicht. Diese sehr allgemeinen Empfehlungen konnten die Zunahme der Adipositas-Inzidenz und -Prävalenz in der Vergangenheit nicht aufhalten. Wieso sollten sie es jetzt im Rahmen eines DMP-Adipositas tun? Obwohl unser Wissen über eine gesunde, gewichtsneutrale Ernährung noch nie so gut war wie heute, sind bisher alle Anstrengungen zur Eindämmung der Adipositas-Epidemie (Primär- und Sekundärprävention) über konservative Maßnahmen bzw. interdisziplinäre Therapieprogramme (Ernährungsumstellung, Bewegungsprogramme und Verhaltenstherapie) kläglich gescheitert.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Nach anfänglichen Erfolgen über die ersten sechs Monate (mittlerer Gewichtsverlust ca. 6%) ist die Zunahme des Gewichts nach Ende der Intervention vorprogrammiert (Jo-Jo-Effekt). Ergebnisse aus Langzeitstudien, die über zwei Jahre hinausgehen, fehlen bisher völlig. **[43-46]**. Worauf ist die niedrige langfristige Erfolgsquote konservativer Behandlungsmaßnahmen zurückzuführen? **Prof. Jens Aberle**, derzeitiger Präsident der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG), sagte dazu wörtlich, anlässlich eines von der Firma Novo Nordisk gesponsorten Webinars zum Thema Adipositas und Diabetes am 22. Februar 2022: „Üblicherweise definiert man in der Adipositas-Medizin eine erfolgreiche Therapie, wenn eine Gewichtsreduktion von etwa 10% erreicht wird. Das ist das, was sozusagen dann auch auf lange Sicht wirklich metabolische Effekte bringt, was kardiovaskuläre Vorteile bringt und man muss einfach sagen, und ich glaube, das ist allen bewusst, dass die rein konservative Therapie, ohne Unterstützung, auf lange Sicht bei fast niemandem erfolgreich ist“. „Jeder wird einzelne Menschen kennen, die dauerhaft Gewicht abgenommen haben. Wenn man sich aber die Studien anschaut und die Mittelwerte, dann sieht man immer das die Kurven wieder nach oben gehen, also diese Wiederzunahme“ **[47]**. Unter Ernährungsexperten gilt die primäre Adipositas als Ergebnis eines **ungesunden Lebensstils**. Mit anderen Worten: Wir essen zu viel (vom Falschen) und bewegen uns zu wenig. Dem gestörten Ess- und Bewegungsverhalten liegt eine mangelnde Selbstregulationskompetenz zugrunde (Kontrollminderung, Zwangshandlung), die wiederum durch den hohen Verarbeitungsgrad industrieller Fertigprodukte begünstigt bzw. gefördert wird **[25]**. Viele Ernährungsstrategien (Diäten) führen zur Gewichtsreduktion bzw. -stabilisierung. Allen gemeinsam ist ein mehr oder weniger stark ausgeprägtes Energiedefizit in Verbindung mit einem hohen Maß an Motivation und Selbstdisziplin (Mitwirkungspflicht des/der Betroffenen). Letztendlich lassen sich alle Ernährungskonzepte zur Gewichtsreduktion grundsätzlichen drei Ansätzen zuordnen:

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	1. **weniger essen** (Reduktion der Energie- bzw. Kalorienzufuhr um ca. 500 kcal/Tag) Beispiele: Formula-Diäten, Weight-Watchers etc. 2. **anders essen** (Veränderung der Makronährstoff-Zusammensetzung; z.B. Reduktion der Kohlenhydratmenge oder Verzicht auf tierisches Eiweiß) Beispiele: Low-Carb-Diät, Paläo-Diät, vegane Ernährung 3. **seltener essen** (Einlegung von kontrollierten Essenspausen; Auslassen von Mahlzeiten) Beispiele: Intervallfasten, Heilfasten Wirksame und nachhaltige Ernährungskonzepte basieren i.d.R. auf einer sinnvollen Kombination dieser drei Ansätze. Das legt auch schon der gesunde Menschenverstand auch ohne umfangreiche Ernährungsstudien nahe. Dabei steht die nachhaltige Umstellung auf eine **„artgerechte“ Ernährung** im Vordergrund und nicht der schnelle, aber kurzlebige Abnehmerfolg. Die wieder „erlernte“ gesunde Ernährung muss schließlich ein Leben lang durchgehalten werden. Dies gilt unter Ernährungsexperten als allgemein anerkannte Lösung. Am schnellsten erreicht man eine Gewichtsreduktion mit einer standardisierten **Formula-Diät** (bilanzierte Diät) wie z.B. Almased, Herbalife, Yokebe etc. Sie kann jedoch auf Dauer eine gesunde Ernährung nicht ersetzen (das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile). Die Formula-Diäten fallen unter § 14 der deutschen Diätverordnung. Darin ist festgelegt, dass eine Ernährung, die allein durch Formula-Produkte erfolgt, täglich mindestens 800 bis maximal 1200 kcal betragen darf. Werden alle Mahlzeiten durch Formula-Produkte ersetzt, ist der gesetzliche Hinweis „darf ohne ärztlichen Rat nicht länger als drei Wochen verwendet werden“ vorgeschrieben. Damit ist ihr Einsatz limitiert **[48]**. Nachhaltiger, gesünder und für die Betroffenen akzeptabler ist dagegen eine **kalorienreduzierte Mischkost** wie z.B. die mediterrane Diät **[49]**. Bei einer Ernährungsumstellung durch die **Umgewichtung der Makronährstoffe** werden gute Erfolge mit Low-Carb-Diäten, veganer Ernährung oder der Steinzeitdiät erreicht **[50-52]**.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Am wirkungsvollsten ist die Gewichtsreduktion über den kontrollierten **Nahrungsverzicht**. Hierbei zeigt das medizinische Heilfasten die besten Ergebnisse. Aussagekräftige Studien dazu liegen meines Wissens bisher jedoch nur für Erwachsene vor **[53-56].** Je besser das Ernährungskonzept an die individuellen Vorlieben, Bedürfnisse und Möglichkeiten des Betroffenen angepasst ist, desto höher ist die Compliance bzw. Adhärenz und damit der Langzeiterfolg. Die Tabelle 6 (Seite 19) der Leitliniensynopse zeigt exemplarisch die ganze medizinisch-wissenschaftliche Ratlosigkeit bei Adipositas. Evidenzbasierte und qualitätsgeprüfte Ansätze zur wirksamen und dauerhaften Gewichtsreduktion (Remission) fehlen bis heute völlig! **[57]**. **Von entscheidender Bedeutung für den Erfolg <u>jeder</u> Ernährungstherapie ist der Verzicht bzw. die massive Einschränkung des Verzehrs industriell stark verarbeiteter Nahrungsmittel! Es gilt als allgemein akzeptiert, dass naturbelassene, frische, weitgehend unverarbeitete Lebensmittel* artgerecht, gesund, sättigend und gewichtsneutral sind [25, 58].** *Frische, naturbelassene Lebensmittel sind solche, denen weder etwas weggenommen noch etwas hinzugefügt wurde. Das liegt zum einen an deren von Natur aus ausgewogener Beschaffenheit und Zusammensetzung, ihrer moderaten Energiedichte sowie ihrem hohen Sättigungsgrad. An diese vorteilhaften Eigenschaften haben sich die Menschen in einem mehrere Millionen Jahre andauernden Evolutionsprozess angepasst (artgerechte Ernährung). Der Verzehr stark verarbeiteter Fertigprodukte aus industrieller Herstellung ist dagegen eine noch sehr junge Entwicklung, die mit Beendigung des zweiten Weltkriegs auch in Deutschland an Dynamik gewonnen hat und zeitlich mit der Zunahme der Adipositas-Prävalenz einhergeht **[59]**. Bedingt durch den hohen Verarbeitungsgrad konsumieren Amerikaner heute 500 kcal pro Tag mehr als noch in den 1970-er

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Jahren. Die Beschaffenheit (Textur) und Zusammensetzung (Verhältnis der Makronährstoffe zueinander) stark verarbeiteter Fertigprodukte entscheidet nämlich darüber, wie effektiv der Organismus sie verdauen, aufnehmen und verwerten kann **[60]**. Zahlreiche **Beobachtungsstudien** weisen seit Jahrzehnten auf den Zusammenhang zwischen einer nicht artgerechten Ernährung mit industriell stark verarbeiteten Fertigprodukten und der Entwicklung von Übergewicht hin **[61-67**]. Die Assoziationen waren häufig dosisabhängig, was in epidemiologischen Studien als Hinweis auf einen kausalen Zusammenhang gilt. Auch die **Laienpresse** (Magazin „Der Spiegel“) hat unter dem Aufmacher „Die Menschen Mäster“ bereits 2013 auf die tatsächlichen Ursachen der Adipositas-Epidemie hingewiesen: Es ist der zunehmende Konsum industriell stark verarbeiteter Fertigprodukte, die überwiegend aus gehärteten und umgeesterten Fetten, raffiniertem Zucker, modifzierter Stärke, hydrolysierten Proteinen, viel Salz und zahlreichen künstlichen Zusatzstoffen zusammengesetzt sind. Diese hochkalorischen und gleichzeitig vitalstoffarmen Fertiggerichte überfordern die biologischen Regulationsmechanismen des menschlichen Organismus und begünstigen Essstörungen **[68]**. Dass es sich dabei um eine kausale Beziehung handelt, wurde 2019 durch eine randomisierte kontrollierte Studie auch erstmals wissenschaftlich belegt **[69]**. Die individuellen Patientendaten der o.g. Studie (SAS-Format) sind verfügbar unter: https://osf.io/fsqb7/ Es ist anzunehmen, dass diese Ergebnisse auch auf Kinder und Jugendliche übertragbar sind. Adipöse Kinder sind somit in erster Linie Opfer einer adipogenen Ernährungsumgebung. Gestützt werden diese Ergebnisse durch Beobachtungen an **Menschenaffen**, mit denen wir ca. 99% unserer Gene teilen. In ihrer natürlichen Nahrungsumgebung werden freilebende Menschenaffen niemals dick! Somit liegen bereits alle Fakten auf dem Tisch. Ernährungsumstellungen funktionieren aber trotzdem nicht, da jede Lebensstilintervention an der gegebenen Ernährungsumgebung scheitern

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	muss (Überangebot an stark verarbeiteten Fertigprodukten). Wir haben also kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem! Natürlich können wir weiter abwarten, bis zusätzliche kontrollierte Vergleichsstudien (RCTs) und Metaanalysen die o.g. Zusammenhänge zweifelsfrei auch für Kinder und Jugendliche nachweisen. Halbdunkel ist jedoch bereits hell genug um auf Basis der vorgenannten Studien sowie des gesunden Menschenverstands gezielte Maßnahmen zur Prävention und Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen einzuleiten. Dazu müssen insbesondere die Eltern der Kinder und Jugendlichen in die Pflicht genommen werden (Eltern haften für ihre dicken Kinder!). Dabei ist der Geldbeutel immer noch das empfindlichste Sinnesorgan der Betroffenen (finanzielle Eigenbeteiligung, Risikozuschläge zur Krankenversicherung etc.). <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Auf den Zusammenhang zwischen dem Konsum industrieller Fertigprodukte und der Entwicklung einer Adipositas sollte im Rahmen jeder Ernährungstherapie sowie den begleitenden Schulungsmaterialien verpflichtend hingewiesen werden. Der Schwerpunkt einer gesunden Ernährung muss wieder auf der Zubereitung und dem Verzehr von frischen, naturbelassenen Lebensmitteln liegen. Der weitgehende Verzicht auf den Verzehr industrieller Fertigprodukte sollte als Therapieziel jeder Gewichtsreduktion im DMP - Adipositas verankert werden. Aufnahme der Studienergebnisse von Hall et al. **[69]** in sämtliche Schulungsmaterialien für Versicherte und Leistungserbringer. Weitere Studien zur Untermauerung dieses Effektes sollten über den **Innovationsfonds** bevorzugt gefördert werden.
Bewegungstherapie; Seite 21	<u>Anmerkung</u> Bewegung liegt in der Natur des Menschen. Als Jäger und Sammler war der Mensch lange Zeit darauf angewiesen weite Strecken zurückzulegen. Auch als Bauern haben unsere Vorfahren im-

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	mer körperlich hart gearbeitet und waren dabei ständig in Bewegung. Im Laufe der Evolution hat der Homo sapiens deshalb einen sehr energieeffizienten Stoffwechsel entwickelt. Der Mensch kann mit vergleichsweise wenig Energie große Leistungen (physikalische Arbeit) vollbringen. Kein anderes Säugetier kann eine Marathonstrecke so effektiv und schnell bewältigen wie der Homo sapiens. Sportliche Betätigung ist deswegen nur bedingt zur Gewichtsabnahme geeignet, das legen zahlreiche Studien und sämtliche Energieverbrauchstabellen nahe. Darüber hinaus zeigen kalorimetrische Messungen, dass der tägliche Energieaufwand kaum vom Grad der physischen Aktivität abhängt **[70-73]**. Unser sitzender Lebensstil begünstigt und verstärkt jedoch die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas. Insofern kommt einer bedarfsgerechten Energiezufuhr eine sehr große Bedeutung zu. Es geht also primär darum die Energieaufnahme an den bewegungsarmen Lebensstil anzupassen und nicht umgekehrt durch vermehrte Bewegung den Energieüberschuss abzubauen. Es gilt das Diktum, wonach man einer schlechten Ernährung nicht davonlaufen kann. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Auf diese Tatsache sollte im Zusammenhang der Bewegungstherapie hingewiesen werden. Sport sollte in erster Linie dem Vergnügen der Betroffenen dienen und Spaß machen. Es kommt vorwiegend darauf an, die Sportart zu wählen, die von den Kindern und Jugendlichen nicht als zusätzliche Belastung empfunden wird. Ein relevanter gewichtsreduzierender Effekt ist im Bereich des regelmäßigen Freizeitsports jedoch nicht zu erwarten.
Verhaltenstherapie; Seite 23	<u>Anmerkung</u> Die Ursachen einer Adipositas können in drei Kategorien eingeteilt werden: a) Lebensstil-abhängige Faktoren wie z.B.: Über- und Fehlernährung, Bewegungsmangel (primäre Adipositas), b) Lebensstil-unabhängige Faktoren wie z.B.: psychosoziale, sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren (primäre Adipositas) sowie

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	c) biologisch-medizinische Faktoren wie z.B.: Grunderkrankungen, Medikamente, familiäre Disposition (sekundäre Adipositas) In letzter Konsequenz liegt der primären Adipositas eine mangelnde Selbstregulationskompetenz* bzw. eine eingeschränkte Impulskontrolle zugrunde. Unabhängig von allen anderen Einflussfaktoren entscheidet schlussendlich das Essverhalten über die Energiebilanz. Insofern trägt jeder Konsument die Entscheidung dafür, was er isst (alle Kalorien müssen durch den Mund) **[74-78]**. Somit ist das gestörte Essverhalten die zentrale Stellschraube sowohl für Über- als auch für Untergewicht. Eine Verhaltensmodifikation muss den persönlichen Umständen der Betroffenen individuell angepasst werden, mit dem Ziel eine negative bzw. ausgeglichene Energiebilanz zu erreichen. Bei Kindern und Jugendlichen sind dafür die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten verantwortlich! *Unter Selbstregulation verstehen Psychologen die Fähigkeit von Menschen, nicht sofort ihren Impulsen nachzugeben, sondern überlegt zu handeln. Die Selbstregulation lässt sich bereits im Kleinkindalter beurteilen. Die Bayley Scales of Infant Development kennt 4 Kennzeichen: - erstens die Fähigkeit des Kindes, mit Enttäuschungen umzugehen (Frustrationstoleranz), - zweitens die Fähigkeit, auf neue Untersuchungsgegenstände im Test einzugehen (Anpassungsfähigkeit), - drittens die Ausdauer, mit der Aufgaben gelöst werden (Persistenz) - viertens die Fähigkeit, sich auf eine Sache zu konzentrieren (Konzentrationsfähigkeit). Die Unfähigkeit, ein bestimmtes Verhalten zu vermeiden, obwohl es vorhersehbare schädliche Folgen hat, ist ein allgemeines Merkmal von Suchtkrankheiten. Sie findet sich auch bei übergewichtigen Menschen. Fast alle Fettleibigen geben an, weniger essen zu wollen. Dennoch nehmen sie weiterhin viel zu viel zu sich, obwohl sie sich der negativen Konsequenzen für ihre Gesundheit, ihre Lebensqualität und ihr Sozialleben bewusst sind **[79, 80]**. Studien zufolge aktiviert die exzessive Aufnahme von stark zucker- und fetthaltiger Nahrung (z.B. Nuss-Nougat-Creme,

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Kartoffelchips) - in Verbindung mit einer hohen Energiedichte - die Belohnungssysteme im menschlichen Gehirn, bei manchen Menschen so sehr, dass kein Sättigungsgefühl mehr entsteht. Industriell stark verarbeitete, unnatürlich zusammengesetzte Fertigprodukte setzen die biologischen Regulations- und Rückkopplungsmechanismen des menschlichen Körpers so effektiv außer Kraft, wie es mit natürlichen, unverarbeiteten Lebensmitteln gar nicht möglich ist **[69]**. Je mehr diese Menschen essen, desto stärker wächst ihr Verlangen nach weiterer Nahrung – ähnlich wie auch bei Alkoholikern und Rauschgiftsüchtigen die Gier nach der Droge mit dem Konsum zunimmt (Toleranzentwicklung). Destruktives Fehlverhalten, das kurzfristige Glücksgefühle verursacht, gefolgt vom Versuch davon loszukommen, und schließlich der Rückfall: Dieser Kreislauf ähnelt auffallend dem Verhaltensmuster einer Drogenabhängigkeit. Wegen dieser Gemeinsamkeiten zwischen primärer Adipositas und Suchterkrankungen liegt es nahe, Adipositas primär als psychische Störung einzustufen und sie mit den gleichen Methoden zu therapieren. Dazu wäre es sinnvoll die primäre Adipositas, ähnlich der Binge-Eating-Störung, in das „**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)**“ aufzunehmen. Laut den Ergebnissen eines HTA-Berichts stellt die Verhaltenstherapie eine wirkungsvolle Behandlungsoption der Adipositas dar. Die Ergebnisse der Studien belegen, dass die Verhaltenstherapie zumindest bei anhaltender Intervention einen messbaren Effekt in der Behandlung der primären Adipositas zeigt **[81]**. Die 5-Jahres-Wirksamkeit **psychotherapeutischer Interventionen** bei Patientinnen mit Magersucht (Anorexia nervosa) wird z.B. durch die dauerhafte Verbesserung des BMI in der ANTOP-Studie bestätigt. 82 % der durchweg weiblichen Patienten wurden als genesen oder partiell genesen (jeweils 41 %) eingestuft. Lediglich 18 % zeigten immer noch das Vollbild der Magersucht **[82, 83]**.

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Es ist zu vermuten, dass psychotherapeutischer Interventionen auch bei Adipositas wirksam sind. Insofern kommen der Psychotherapie sowie der kognitiven Verhaltenstherapie eine zentrale Rolle bei der Adipositas-Therapie zu (Verhaltensbasierte Gewichtsreduktionsprogramme). Vorgeschlagene Änderung: Anerkennung der primären Adipositas als psychische Störung (verminderte Impulskontrolle, mangelnde Selbstregulationskompetenz, Zwangshandlung). Entsprechende Ergänzung bzw. Konkretisierung der Psychotherapierichtlinie des GBA **[84]**.
Kombinierte interdisziplinäre Therapieprogramme; Seite 27	Anmerkung: Zur multimodalen Therapie der primären Adipositas (Kombination von Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie) wurden keine potenziell DMP-relevanten Inhalte identifiziert. Dennoch finden sich unter dem Versorgungsaspekt „Kooperation der Versorgungssektoren“ Empfehlungen zur multidisziplinären Zusammenarbeit (Seite 40) sowie zur Bildung von Netzwerken (Seite 53). Des Weiteren finden sich auch Empfehlungen zum Versorgungsaspekt „Koordinierende Ärztin / koordinierender Arzt“ (Seite 42) sowie zum Versorgungsaspekt „Überweisung von der koordinierenden Ärztin / vom koordinierenden Arzt zur qualifizierten Fachärztin / zum qualifizierten Facharzt“ (Seite 44). Vorgeschlagene Änderung: Wenn es keine evidenzbasierten und qualitätsgeprüften multimodalen Therapieprogramme gibt, dann erübrigen sich auch Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.
Langzeitbetreuung; Seite 34	Anmerkung: Zur Langzeitbetreuung im Rahmen der konservativen Therapie wurden keine potenziell DMP-relevanten Inhalte identifiziert. Meines Wissens gibt es keine Studien, die den anhaltenden Effekt konservativer Maßnahmen über mehr als 24 Monate bei Kindern und Jugendlichen belegen. Vorgeschlagene Änderung: Durchführung einer separaten Literaturrecherche nach qualitativ hochwertigen Langzeitstudien, Metaanalysen und indirekten Vergleichen zur Therapie der primären Adipositas bei Kindern

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	und Jugendlichen aus dem Bereich der Basistherapie (Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie). Durchführung einer systematischen Nutzenbewertung.
Schulungen der Leistungserbringer, Seite 47	Anmerkung: Zu diesem Versorgungsaspekt wurden weder potenziell DMP-relevante noch additive Inhalte identifiziert. Das verwundert nicht, da auch keine Therapieziele identifiziert werden konnten. Man kann allerdings nicht davon ausgehen, dass Gesundheitsanbieter und Leistungserbringer die Qualifikation für Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapien per se bzw. Approbation automatisch mitbringen. In diesem Zusammenhang sind auch privatwirtschaftlich organisierte und von der Industrie unterstützte Fortbildungen zum „Adipologen“ kritisch zu hinterfragen: https://www.adipologe-ggg.de/ Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage werden hier von der Ärztekammer Fortbildungspunkte vergeben? Welche autorisierte Stelle überprüft die Inhalte bzw. Lernziele? Vorgeschlagene Änderung: Entwicklung und Validierung eines Curriculums für das Medizinstudium sowie die ärztliche Fortbildung im Bereich der Adipositas-Therapie auf Basis der verfügbaren Evidenz, sowie die Verpflichtung der Leistungserbringer und Gesundheitsanbieter zur regelmäßigen Fortbildung auf diesem Gebiet. Möglicherweise wäre es auch sinnvoll die Behandlung von adipösen Kindern und Jugendlichen ausschließlich von Ernährungsmedizinern durchführen zu lassen bzw. von Pädiatern und Allgemeinmedizinern mit entsprechender Zusatzqualifikation.
Schulung der Versicherten; Seite 48	Anmerkung: Zu diesem Versorgungsaspekt wurden keine DMP-relevanten Inhalte identifiziert. Vorgeschlagene Änderung: Entwicklung und Validierung von geeigneten Schulungsunterlagen für Kinder, Jugendliche und deren Erziehungsberechtigte auf Basis der verfügbaren Evidenz (RCTs). Die Lernziele sowie deren Überprüfung sollten verbindlich festgelegt werden (z.B. Ernährungsführerschein).

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
Einordnung der Arbeits-ergebnisse, Seiten 51-54	Anmerkung: In lediglich zwei von fünf Leitlinien finden sich Empfehlungen zur **Ernährungstherapie**. In der Leitlinie ISPE 2018 wird eine hypokalorische Ernährung zur Gewichtsreduktion empfohlen (niedriger LoE, hoher GoR). In der Leitlinie AGA 2019 wird die o.g. Empfehlung bekräftigt, jedoch darauf hingewiesen, dass der Abnehmerfolg nicht dauerhaft gehalten werden kann (hoher LoE). Für eine langfristige Gewichtsreduktion seien eine kontinuierliche Nachbetreuung sowie die Aufrechterhaltung der Compliance notwendig, heißt es weiter. Der limitierte Einsatz einer hypokalorischen Diät wird unterstrichen. Bei der Vorbericht-Erstellung wurde nicht inhaltlich geprüft, ob den Empfehlungen tatsächlich die von den Leitlinienautoren in den Leitlinien dargelegte Studienqualität (RCTs, Metaanalysen) zugrunde liegt. Das fasst die therapeutische Ratlosigkeit in punkto Ernährungstherapie treffend zusammen. Einmal mehr wird deutlich, dass sich die diätetische Behandlung der primären Adipositas in der heutigen adipogenen Ernährungsumgebung (mit stark verarbeiteten Fertigprodukten, Fast Food und gezuckerten Softdrinks) nicht umsetzen lässt **[69]**. Zur **Bewegungs- und Verhaltenstherapie** finden sich in der Zusammenfassung keine Empfehlungen. Damit gibt es für zwei der drei Säulen der konservativen Therapie keine Evidenz! Empfehlungen zu **digitalen medizinischen Anwendungen** wurden in den eingeschlossenen Leitlinien nicht identifiziert. Dennoch nimmt dieser Punkt im Rahmen der Diskussion einen breiten Raum ein. Hier sollte besser das Ergebnis eines separaten HTAs, analog Multiple Sklerose (HT19-03: Führt die Nutzung von DiGAs im Selbstmanagement der Betroffenen zu besseren Ergebnissen?) abgewartet werden Die Bedeutung von **familienbasierten Interventionen** wird hervorgehoben, insbesondere den Einbezug der Eltern in verhal-

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	tenstherapeutische Maßnahmen. Validierte bzw. qualitätsgesicherte Programme gibt es jedoch nicht, geschweige denn einen Nachweis des Nutzens. Adipositas bedarf nach Meinung der Autoren einer kontinuierlichen und ggf. **lebenslangen Betreuung**, um die erreichten Therapieergebnisse dauerhaft zu halten. Bisher gibt es in Deutschland allerdings kein allgemeingültiges Nachsorgeprogramm für die Betreuung nach einer konservativen Therapie oder bariatrischen Operation. Was also soll das angedachte DMP-Adipositas bei Kindern und Jugendlichen leisten? Soll jedem Betroffenen bzw. der Familie der Betroffenen lebenslang eine Diätassistentin oder ein Ernährungsberater zur Seite gestellt werden? Selbst unter diesen Umständen wäre nicht sichergestellt, dass sich Gewicht und Gesundheitszustand der Betroffenen wirksam und dauerhaft verbessern würden, denn dazu fehlen bisher aussagekräftige Daten. Die adjuvante **medikamentöse Therapie** ist von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen, da es sich bei den Appetitzüglern um Lifestyle-Präparate handelt. Das sollte auch so bleiben, da es sich dabei um eine rein symptomatische und mit zahlreichen Nebenwirkungen behaftete Therapie handelt. Insgesamt bleibt unklar welche der wenigen Empfehlungen RCT-basiert sind und welche nicht. Das Fazit (S. 55) wird dem ernüchternden Ergebnis der Leitlinienrecherche nicht gerecht und sollte deshalb realistischer formuliert werden. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> In den vorliegenden Bericht konnten lediglich 5 von 95 Leitlinien-(dokumenten) einbezogen werden (Abb. 1, S. 67). 90 Dokumente mussten wegen Verletzung der Einschlusskriterien von der Auswertung ausgeschlossen werden (S. 121-130). Für zwei wesentliche Versorgungsaspekte (Therapieziele, Schulungen) konnten keine Empfehlungen abgeleitet werden (Tabelle 1, Seite 8). Zu den therapieentscheidenden Basismaßnahmen Ernährungstherapie (Tab. 6, S. 19), Bewegungstherapie (Tab. 7, S. 22) und

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Verhaltenstherapie (Tab. 8, S. 24) konnten keine RCT-basierten, endpunktbezogenen Empfehlungen identifiziert werden. Die gefundene Evidenz ist deshalb unzureichend, um auf deren Basis Empfehlungen zur konservativen Behandlung der primären Fettleibigkeit bei Kindern und Jugendlichen in Form eines DMP Adipositas zu etablieren.
Evaluierung des DMP	Anmerkung: Maßnahmen zur Erfolgskontrolle sowie zur medizinischen und ökonomischen Evaluation des DMP Adipositas fehlen im Vorbericht völlig. Möglicherweise gehört dieser Aspekt nicht zum Auftrag des IQWiG. Vorgeschlagene Änderung: Im Rahmen eines zukünftigen DMP-Adipositas sollten vom GBA folgende Fragen adressiert werden. - Welches ist die wirksamste konservative Therapie-Maßnahme zur Behandlung der primären Adipositas. - Wann gilt eine Adipositas-Therapie als erfolgreich? - Wie soll der Nutzennachweis geführt werden? - Um welche Größenordnung soll die Anzahl der Menschen mit Primärer Adipositas (Prävalenz) pro Jahr gesenkt werden? - Wo stiftet das eingesetzte Geld den größten Nutzen?
Sonstiges: **Prävention**	Anmerkung: Gesellschaftliche Entwicklungen machen es zunehmend schwieriger, Kalorienaufnahme und Kalorienverbrauch im Alltag in einem ausgeglichenen Verhältnis zu halten. Mit der Industrialisierung und Globalisierung haben sich sowohl die Ernährungs- als auch die Arbeits- und Lebensverhältnisse der Menschen innerhalb der letzten 150 Jahre gravierend verändert. Erstmals in der menschlichen Geschichte ist die Fettleibigkeit ein Massenphänomen. Die gegenwärtige Adipositas-Epidemie ist das Ergebnis eines langjährigen **Staatsversagens** im Bereich Ernährung, Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucher. Zu Vermeidung von starkem Übergewicht (Adipositas) ist deshalb zusätzlich zum DMP-Adipositas eine umfassende **Präventionsinitiative** nötig. Der Prävention der Adipositas sollte als Begleitprogramm des DMPs eine zentrale Rolle zukommen. Dabei sollten sowohl die ernährungsmedizinische als auch die gesundheitspolitische Prävention thematisiert werden. Das vorrangige

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Ziel sollte sein, Übergewicht zu verhindern, statt Fettleibigkeit zu behandeln. Solange es die Gesundheits-, Ernährungs-, Verbraucher- und Landwirtschaftspolitik nicht schafft, die Ernährung der Bevölkerung auf eine gesunde Basis zu stellen, solange werden wir es mit steigenden Zahlen von übergewichtigen und adipösen Menschen zu tun haben. Da ein Großteil der Personen, die bereits im Kindes- und/oder Jugendalter übergewichtig bzw. adipös sind, auch im Erwachsenenalter unter Adipositas leidet, ist bei der Adipositas-Prävention der Zeitpunkt für die Durchführung entsprechender Präventionsmaßnahmen von großer Bedeutung **[85].** Das DMP-Adipositas - als reiner Papiertiger - wird die Übergewichtskrise nicht aufhalten, sondern sie nur in die Regelversorgung überführen, sie also „kommerzialisieren“ und damit weiterhin von den individuellen und gesellschaftlichen Ursachen der Fettleibigkeit ablenken. Politische, wirtschaftliche, soziale, erzieherische sowie individuelle Defizite werden im Rahmen des DMP-Adipositas durch medizinische Verfahren mit zweifelhaftem bzw. nicht nachgewiesenen Nutzen ersetzt (Ernährungs-, Bewegungs-, Verhaltenstherapie), statt die Probleme an der Wurzel zu packen. Der Kollaps unseres Gesundheitssystems kann nur mit einer systematischen und konsequenten **Verhältnisprävention** verhindert werden. Es geht also darum, die Rahmenbedingungen für eine gesunde Ernährung der Bevölkerung zu verbessern **[86-89]**. Eine der wirkungsvollsten Maßnahmen mit hoher Lenkungswirkung ist nach Ansicht zahlreicher Wissenschaftler die **Einführung einer „gesunden Mehrwertsteuer“**. Dabei werden alle frischen, unverarbeiteten Grundnahrungsmittel von der Mehrwertsteuer freigestellt. Dazu gehören z.B. Gemüse, Salat, Kartoffeln, Vollkornprodukte, Obst, Beeren, Nüsse, Samen, Eier, Milch, Fleisch, Fisch und Geflügel, um nur die Wichtigsten zu nennen. Stark verarbeitete Zutaten (wie z.B. Zucker, Auszugsmehl, Proteinpulver (Hydrolysate), gehärtete Fette und reine

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	Öle) sowie daraus industriell oder handwerklich erzeugte Fertigprodukte (z.B. Müslis, Fertigpizzen, Softdrinks, Milchprodukte, Wurst- und Backwaren) behalten dagegen ihren bisherigen Mehrwertsteuersatz von 19 % bzw. werden auf diesen angehoben. Die gesunde Mehrwertsteuer sollte dann Schritt für Schritt durch weitere verhältnispräventive Maßnahmen flankiert werden. Diese Maßnahmen werden von zahlreichen medizinischen Fachgesellschaften, Verbraucherschutzorganisationen sowie der Deutschen Allianz für nichtübertragbare Krankheiten (DANK) unterstützt. Nur unter Einbeziehung ordnungs- und sozialpolitischer Maßnahmen kann die Übergewichtskrise ursächlich überwunden werden. Dabei dürfen die Mitwirkungspflichten von Patienten sowie der Lebensmittelindustrie nicht ausgespart bleiben. Der Kampf gegen Adipositas kann nur auf mehreren Ebenen gleichzeitig erfolgreich sein. Infektionskrankheiten, wie z.B. SARS-CoV-2, wurden ebenfalls erfolgreich durch ordnungspolitische Maßnahmen zurückgedrängt. So wie man Mikroorganismen als Auslöser von Infektionskrankheiten durch geeignete Hygienemaßnahmen bekämpft, so sollte man auch stark verarbeiteter Nahrungsmittel mit hoher Energiedichte als „Verursacher“ der primären Adipositas durch entsprechende gesundheitspolitische Präventionsmaßnahmen bekämpfen. Dies kann aber nicht allein der Einzelne lösen. Stattdessen müssen Regierung, Gesundheitsdienstleister und Lebensmittelhersteller gemeinsam daran arbeiten. Adipositas ist ein Querschnittsthema und sollte deshalb auch ressortübergreifend bearbeitet werden **[92-96]**. Dazu ist ein nationaler Aktionsplan erforderlich. <u>Vorgeschlagene Änderung bzw. Ergänzung:</u> Die Gesundheitspolitik wird aufgefordert die Rahmenbedingungen für eine gesunde Ernährung der Bevölkerung zur Vermeidung der primären Adipositas zu schaffen. Dazu werden zeitnah folgende Sofortmaßnahmen umgesetzt: 1. Einführung einer gesunden Mehrwertsteuer (Frische, unverarbeitete Lebensmittel werden steuerfrei gestellt, Fertigprodukte sowie stark verarbeitete Zutaten werden auf 19% angehoben), 2. Verbindliche Qualitätsstandards für gesundes Essen in öffentlichen Einrichtungen, Schulen und Kitas,

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
	3. Verbindliche Ziele für die Reduktion bzw. Anteile von Zucker, Fett und Salz in industriellen Fertigprodukten, 4. Eindeutige Kennzeichnungspflichten auf Lebensmittelverpackungen (verpflichtende Lebensmittelampel auf allen Fertigprodukten nach dem Vorschlag des Bundesverbands der Verbraucherzentralen), 5. Förderung von Schulsport und Sportvereinen, 6. Einführung bzw. Intensivierung der Ernährungsbildung in Kitas, Schulen und Betrieben, 7. Werbeverbot für ungesunde (Kinder)-Nahrungsmittel im Internet sowie im Fernsehen. 8. Einschränkung der Fernsehzeiten und Computernutzung für Kinder, 9. Schaffung von ökonomischen Anreizen für kommerzielle Anbieter, sich durch das Angebot gesunder Lebensmittel im Wettbewerb profilieren zu können (marktkonforme Lösung). Die Präventionsziele sollten eindeutig definiert und exakt quantifiziert werden. Der Präventionserfolg (Zielerreichungsgrad) sollte engmaschig (z.B. jährlich) überprüft werden. Die Eindämmung der Adipositas-Epidemie bei Kindern und Jugendlichen ist ein politisches, kein medizinisches Problem!

(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. A Schienkiewitz et al. Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 2018; 3(1): 16-23. https://www.researchgate.net/publication/327156230

2. F Lifshitz. Obesity in Children. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2008; 1: 53–60 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3005642/

3. S Heshka, DB Allison. Is obesity a disease? International Journal of Obesity 2001; 25: 1401–1404.

   https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11673757/
4. H Rosen. Is Obesity A Disease or A Behavior Abnormality? Did the AMA Get It Right? Missouri Medicine 2014, 111(2): 105.
   https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30323513/

5. J Hebebrand. Ist Adipositas eine Krankheit? Deutsches Ärzteblatt 2004; 101 (37): 2468-2474.
   https://www.aerzteblatt.de/archiv/43308/Ist-Adipositas-eine-Krankheit-Interdisziplinaere-Perspektiven

6. DL Katz. Obesity is not a disease. Nature 2014; 508. 57
   https://www.nature.com/articles/508S57a

7. KAO Tikkinen et al. What is a disease? Perspectives of the public, health professionals and legislators. BMJ Open 2012;2: e001632.
   https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e024265

8. Psychisches und physisches Wohlbefinden der Deutschen nach Körpergewicht bzw. Body-Mass-Index (BMI)* im Jahr 2006
   https://de.statista.com/statistik/daten/studie/37721/umfrage/wohlbefinden-physisch-und-psychisch-nach-koerpergewicht/

9. Subjektive psychische Ausgeglichenheit in Deutschland nach Körpergewicht im Jahr 2012
   https://de.statista.com/statistik/daten/studie/244446/umfrage/subjektive-psychische-ausgeglichenheit-in-deutschland-nach-koerpergewicht/

10. Prof. Dr. Karl Lauterbach. Buchvorstellung in der taz-Kantine (Berlin) am 13. April 2022
    https://taz.de/Karl-Lauterbach-live-in-der-Kantine/!5832790/
    (1:18:00 ff).

11. I Lingvay et al. Obesity management as a primary treatment goal for type 2 diabetes: time to reframe the conversation. Lancet 2022; 22-399(10322): 394-405
    https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34600604/

12. Hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas/ Übergewicht: DEGAM-Praxisempfehlung Nr.2; 2016.
    file:///C:/Users/Dippel/Downloads/DEGAM%20PE%20Adipositas_redakt_170327.pdf

13. Adipositas: Was zahlt die Krankenkasse?
    https://zanadio.de/adipositas-behandlung/kostenuebernahme-krankenkasse/

14. N Stefan et al. Causes, Characteristics, and Consequences of Metabolically Unhealthy Normal Weight in Humans Cell Metab 2017; 26(2): 292-300. https://doi.org/10.1016/j.cmet.2017.07.008

15. S Männistö et al. Dietary and lifestyle characteristics associated with normal-weight obesity: the National FINRISK 2007 Study. British Journal of Nutrition 2014; 111(5): 887 – 894. https://doi.org/10.1017/S0007114513002742

16. EL Thomas et al. Excess body fat in obese and normal-weight subjects. Nutrition Research Reviews 2012; 25(1):150–161. https://doi.org/10.1017/S0954422412000054

17. J. Woo et al. What is an optimal BMI after eighty? Nat Aging 2022. https://doi.org/10.1038/s43587-022-00212-0

18. A. Oreopoulos et al. Body mass index and mortality in heart failure: A meta-analysis. American Heart Journal 2008; 156(1): 13-22. https://doi.org/10.1016/j.ahj.2008.02.014

19. D. Schmidt et al. The obesity-survival paradox in hemodialysis patients: why do overweight hemodialysis patients live longer? Nutr Clin Pract 2007; 22(1): 11-15. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17242449/

20. KBF Gros. Identifikation und Charakterisierung der benignen Adipositas. Dissertation 2010. file:///D:/Archiv%201/Ern%C3%A4hrung/Adipositas/Gesunde%20Dicke/Benigne_Adipositas_Doktorarbeit.pdf

21. B Al-Khalidi et al. Metabolically healthy obesity, vitamin D, and all-cause and cardiometabolic mortality risk in NHANES III. Clin Nutr 2019; 38(2): 820-828. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29525513/

22. NICE: Obesity: identification and classification of overweight and obesity. Draft for consultation, April 2022. https://www.nice.org.uk/guidance/GID-NG10284/documents/draft-guideline

23. S. Herpertz et al. (Hrsg.), Handbuch Essstörungen und Adipositas 2015; Kapitel 46, Seite 358. Springer-Verlag Berlin Heidelberg https://rd.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-642-54573-3_46.pdf

24. J Mata, R Hertwig. Public beliefs about obesity relative to other major health risks: Representative cross-sectional surveys in the USA, the UK, and Germany. Annals of Behavioral Medicine 2018; 52(4): 273-286. https://academic.oup.com/abm/article/52/4/273/4823848

25. KD Hall et al. Cell Metabolism 2019; 30, 67–77. Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31105044/

26. CA. Monteiro et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. Public Health Nutrition: 2019; 22(5): 936–941. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30744710/

27. S. Schneider, K. Diehl. Adipogene Umwelten – was unsere Kinder dick macht. Public Health Forum 2019; 27(4): 283–286. https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0074

28. D Lange et al. Associations between neighbourhood characteristics, body mass index and health-related behaviours of adolescents in the Kiel Obesity Prevention Study: a multilevel analysis. European Journal of Clinical Nutrition (2011) 65, 711–719. https://doi.org/10.1038/ejcn.2011.21

29. M Brandkvist et al. Quantifying the impact of genes on body mass index during the obesity epidemic: longitudinal findings from the HUNT Study. BMJ 2019; 366: l4067. https://doi.org/10.1136/bmj.l4067

30. A. Lanfer et al. Einfluss der Ernährung und des Essverhaltens auf die Entwicklung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 690–698. https://doi.org/10.1007/s00103-010-1086-z

31. B. Renner et al. Why we eat what we eat. The Eating Motivation Survey (TEMS). Appetite 2021; 59: 117-128. http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.04.004

32. Lakes, K. Burkart. Childhood overweight in Berlin: intra-urban differences and underlying influencing factors. Int J Health Geogr 2016; 15:12-21. https://doi.org/10.1186/s12942-016-0041-0

33. L Jianghong et al. Long work hours of mothers and fathers are linked to increased risk for overweight and obesity among preschool children: longitudinal evidence from Germany. Epidemiol Community Health 2019; 73: 723–729. https://jech.bmj.com/content/73/8/723

34. M. He et al. Obesogenic neighbourhoods: the impact of neighbourhood restaurants and convenience stores on adolescents' food consumption behaviours. Public Health Nutrition 2012; 15(12): 2331–2339. https://doi.org/10.1017/S1368980012000584

35. T Lipek et al. Adipogene Umweltfaktoren. Welche Chance haben Verhältnis-modifizierende Präventionsansätze? Kinder- und Jugendmedizin 2015; 4: 267-271.
https://www.researchgate.net/publication/323950776_Adipogene_Umweltfaktoren_Welche_Chance_haben_Verhaltnismodifizierende_Praventionsansatze

36. MJ Müller et al. Soziale Ungleichheit im Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Auf dem Weg zu Lösungen eines gesellschaftlichen Problems. Ernährungs Umschau 2010; 57: 78–83.
https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2010/02_10/EU02_2010_078_083_Internet.qxd.pdf

37. IQWiG, Allgemeine Methoden Version 6.1, 5.2 Leitliniensynopsen (Seiten 121-125).
https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden-v6-1.pdf

38. Leitlinienwatch - Das Transparenzportal für medizinische Behandlungsleitlinien.
https://www.leitlinienwatch.de/

39. Y Mühlig et al. Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen. Systematische Übersicht und Auswertung von konservativen nichtpharmakologischen Adipositas-Behandlungsprogrammen. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 818–24.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25512008/

40. D Korczak, C Kister. Wirksamkeit von Diäten zur nachhaltigen Gewichtsreduktion bei Übergewicht und Adipositas. Schriftenreihe Health Technology Assessment Bd. 127 (2013).
https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta345_bericht_de.pdf

41. A Fildes et al. Probability of an Obese Person Attaining Normal Body Weight: Cohort Study Using Electronic Health Records. Am J Public Health. 2015; 105: e54–e59.
https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2015.302773

42. Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes. The Look AHEAD Research Group. N Engl J Med 2013; 369:145-154.
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1212914

43. TD Müller et al. Anti-obesity drug discovery: advances and challenges. Nature Reviews Drug Discovery 2022; 21: 201–223.
https://doi.org/10.1038/s41573-021-00337-8
M. Blüher: Update Adipositas. Info Diabetologie 2021; 15: 34-41.
https://doi.org/10.1007/s15034-021-3752-7

44. KD Hall et al. Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. Med Clin North Am. 2018; 102(1): 183–197.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29156185/

45. P Adab et al. Effectiveness of a childhood obesity prevention programme delivered through schools, targeting 6 and 7 year olds: cluster randomised controlled trial (WAVES study). BMJ 2018; 360: k211. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k211

46. LA Sim et al. Brief Primary Care Obesity Interventions: A Meta-analysis. Pediatrics. 2016;138(4): e20160149. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27621413/

47. J. Aberle: Webinar zum Thema Adipositas und Diabetes am 22. Februar 2022 https://www.streamed-up.com/adipositas-und-diabetes/

48. NM Astbury et al. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of meal replacements for weight loss. Obesity Reviews. 2019; 20: 569–587. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6849863/

49. HE Blomfield et al. Effects on Health Outcomes of a Mediterranean Diet With No Restriction on Fat Intake. A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med 2016; 165(7): 491-500. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27428849/

50. M Hession et al. Systematic review of randomized controlled trials of low-carbohydrate vs. low-fat/low-calorie diets in the management of obesity and its comorbidities. Obesity Reviews 2009; 10: 36–50. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18700873/

51. M Dinu et al. Vegetarian, vegan diets and multiple health outcomes: A systematic review with meta-analysis of observational studies, Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 2017; 57(17): 3640-3649. https://doi.org/10.1080/10408398.2016.1138447

52. SA Jebb. Carbohydrates and obesity: from evidence to policy in the UK. Proceedings of the Nutrition Society 2015; 74: 215–220. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25515729/

53. VD Longo, MP Mattson. Fasting: Molecular Mechanisms and Clinical Applications (Review). Cell Metabolism 2014; 19: 181-192. http://dx.doi.org/10.1016/j.cmet.2013.12.008

54. FW de Toledo et al. Safety, health improvement and well-being during a 4 to 21-day fasting period in an observational study including 1422 subjects. PLoS ONE 14(1): e0209353. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209353

55. C Patikorn et al. Intermittent Fasting and Obesity-Related Health Outcomes. An Umbrella Review of Meta-analyses of Randomized Clinical Trials. JAMA Network Open. 2021; 4(12): e2139558.

https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2787246

56. KA Varady et val. Clinical application of intermittent fasting for weight loss: progress and future directions. Nature Reviews Endocrinology 2022; 18: 309–321. https://doi.org/10.1038/s41574-022-00638-x

57. S Wiegand, P Kühnen: Adipositas ist nur selten heilbar. https://doi.org/10.1007/s00103-020-03164-1

58. J Laster et al. Beyond the Calories—Is the Problem in the Processing? Curr Treat Options Gastro 2019; 17: 577–586. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31786723/

59. S. Klein et al. Weißbuch Adipositas 2016, Epidemiologie in Deutschland und im internationalen Vergleich (S. 33-49). MMV Berlin. http://www.deutsches-netzwerk-adipositas.de/pdf/Weissbuch_Adipositas_2016.06.pdf

60. Entwicklung des Nährwerts ausgewählter Essensportionen in den USA https://de.statista.com/statistik/daten/studie/256740/umfrage/entwicklung-des-naehrwerts-ausgewaehlter-essensportionen-in-den-usa/

61. JM Poti et al. Ultra-processed Food Intake and Obesity: What Really Matters for Health-Processing or Nutrient Content? Curr Obes Rep. 2017; 6(4): 420-431; https://doi.org/10.1007/s13679-017-0285-4

62. CA Monteiro et al. Household availability of ultra-processed foods and obesity in nineteen European countries. Public Health Nutrition 2017; 21(1): 18-26. https://doi.org/10.1017/S1368980017001379

63. Robert Koch Institut. Ernährungsverhalten (von Kindern) in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2020; 5(1): 1-42. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/JoHM/2020/JoHM2020node.html

64. AR Filgueiras et al. Consumption of ultra-processed foods and body fat during childhood and adolescence: a systematic review. Public Health Nutr 2018; 21(1): 148-159. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28676132/

65. K Chang et al. Association Between Childhood Consumption of Ultraprocessed Food and Adiposity Trajectories in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children Birth Cohort. JAMA Pediatr. 2021;175(9): e211573. https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2780512

66. A Livingston et al. Ultra-Processed Food Consumption and Obesity Among US Children. Curr Dev Nutr. 2020; 4(Suppl 2): 1656. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7259311/

67. AR Filgueiras AR et al. Exploring the consumption of ultra-processed foods and its association with food addiction in overweight children. Appetite 2019; 135(1):137-145. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30439381/

68. Spiegel 2013; 10: 123-130. https://www.spiegel.de/politik/die-menschen-maester-a-4fb44c68-0002-0001-0000-000091346600

69. KD Hall et al. Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. Cell Metabolism 2019; 30, 67–77. https://doi.org/10.1016/j.cmet.2019.05.008

70. H Pontzer et al. Hunter-gatherer energetics and human obesity. PLoS One 2012; 7(7): e40503 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040503

71. H Pontzer et al. Constrained total energy expenditure and metabolic adaptation to physical activity in adult humans. Current Biology 2016; 26(3): 410-417 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26832439/

72. D Hahne. Gewichtsverlust durch Sport wird überschätzt. Dtsch Arztebl 2018; 115(6): A-247. https://www.aerzteblatt.de/archiv/196176/Adipositas-Gewichtsverlust-durch-Sport-wird-ueberschaetzt

73. A Godoy-Cumillaf et al. The Effects of Physical Activity and Diet Interventions on Body Mass Index in Latin American Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients 2020; 12: 1378. https://www.mdpi.com/2072-6643/12/5/1378

74. SE Anderson et al. Association of Self-regulation With Obesity in Boys vs Girls in a US National Sample. JAMA Pediatr. 2018; 172(9): 842-850. https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2687012

75. SD Donofry. A review of the relationship between eating behavior, obesity and functional brain network organization. Social Cognitive and Affective Neuroscience 2020; 15(10): 1157-1181. https://academic.oup.com/scan/article/15/10/1157/5611067

76. S Herpertz, W Senf. Psychotherapie der Adipositas. Deutsches Ärzteblatt 2003; 100(20): A-1367. https://www.aerzteblatt.de/archiv/36980/Psychotherapie-der-Adipositas

77. W Mischel. Der Marshmallow Test. Willensstärke, Belohnungsaufschub und die Entwicklung der Persönlichkeit. Verlagsgruppe Random House 2015; ISBN 978-3-8275-0043-4

78. S Becker et al. Verhaltenstherapie bei Adipositas. CARDIOVASC 2020; 20 (3): 35-39. https://www.springermedizin.de/ernaehrung/bewegungstherapie/verhaltenstherapie-bei-adipositas/18041924

79. B Campana et al. Obesity and food addiction: Similarities to drug addiction. Obesity Medicine 2019; 16: https://doi.org/10.1016/j.obmed.2019.100136

80. KD Hall et al. Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. Cell Metabolism 2019; 30, 67–77. https://doi.org/10.1016/j.cmet.2019.05.008

81. B Kossmann et al. Nichtmedikamentöse verhaltensbezogene Adipositas-therapie unter Berücksichtigung der zugelassenen Arzneimittelbehandlung. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 71, 2008. https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta214_bericht_de.pdf

82. W. Herzog et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in female outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): 5-year follow-up of a randomised controlled trial in Germany. Lancet Psychiatry 2022; 9(4): 280-290 https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366%2822%2900028-1/ppt

83. U Berger et al. Evaluierte Programme zur Prävention von Essstörungen. Ernährung 2008; 2: 159–168 https://doi.org/10.1007/s12082-008-0165-0

84. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [zuletzt geändert am 20. November 2020 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 17.02.2021 B1), in Kraft getreten am 18. Februar 2021]. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf

85. C Eichhorn, E Nagel. Prävention von Übergewicht und Adipositas-Aufgaben von Staat, Lebensmittelindustrie und Individuum. Gesundheitswesen 2010; 72: 10-16. http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1237737

86. B Fröschl et al. Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention). Schriftenreihe Health Technology Assessment 2009; Bd. 85.
https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta242_bericht_de.pdf

87. S Schneider, K Diehl. Adipogene Umwelten – was unsere Kinder dick macht. Public Health Forum 2019; 27(4): 283–286
https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0074

88. T Lipek et al. Adipogene Umweltfaktoren. Welche Chance haben Verhältnismodifizierende Präventionsansätze? Kinder- und Jugendmedizin 2015; 4: 267-271
https://www.researchgate.net/publication/323950776_Adipogene_Umweltfaktoren_Welche_Chance_haben_Verhaltnismodifizierende_Praventionsansatze

89. S Gerlach. Lebensmittel-bezogene Verhältnisprävention von Adipositas und nichtübertragbaren Krankheiten – der politische Prozess in Deutschland. Adipositas 2020; 14: 67-78.
https://doi.org/10.1055/a-1120-5316

90. T Effertz. Kindermarketing für ungesunde Lebensmittel. Monatsschr Kinderheilkd 2022; 1-6.
https://doi.org/10.1007/s00112-021-01404-5

91. J Norman et al. Sustained impact of energydense TV and online food advertising on children's dietary intake: a within-subject, randomised, crossover, counter-balanced trial. Int J Behav Nutr Phys Act. 2018; 15(1) :37.
https://doi.org/10.1186/s12966-018-0672-6

92. C Franck et al. Taxing Junk Food to Counter Obesity. American Journal of Public Health 2013; 103 (11):1949-1953.
https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2013.301279

93. D Garlichs. Nationale Strategien der Reduktion von Zucker, Fett und Salz in Lebensmitteln. Aktuel Ernahrungsmed 2018; 43, Supplement 1: S37–S41.
https://doi.org/10.1055/a-0659-6261

94. P von Philipsborn et al. Eine Steuer auf Süßgetränke ist an der Zeit. Dtsch Arztebl 2011; 114(4): A 160–5.
https://www.aerzteblatt.de/archiv/186014/Adipositas-Praevention-Eine-Steuer-auf-Suessgetraenke-ist-an-der-Zeit