

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin
-----------------	---

AWMF-Register Nr.: 050-002

Klasse: S3

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF25002 gefördert.

Langversion

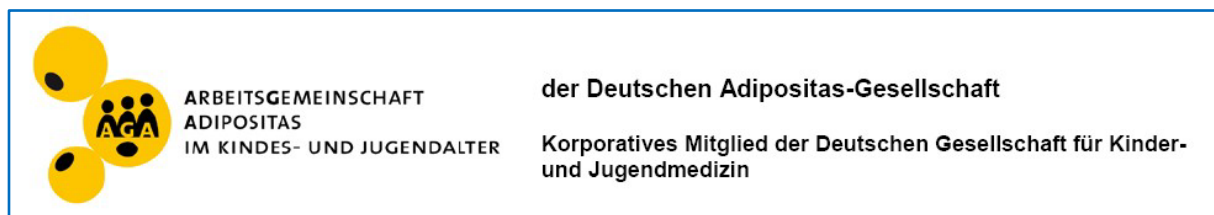
Version 5.0 (Konsultationsfassung)

Teilaktualisierung des Kapitels „Zusätzliche medikamentöse Therapie“
der S3-Leitlinie

Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter

der

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)



in Zusammenarbeit mit:

Fachgesellschaften

Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG)

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV)

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE)

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE)

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Deutsche Gesellschaft für Essstörungen DGESS e.V.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)

Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGPPS)

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention e.V. (DGPRP)

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED) e.V.

Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs)

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW)
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (Deutscher Sportärztebund) e.V.
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e. V. (GPGE)

Berufsverbände

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ)
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)

Weitere

AdipositasHilfe Deutschland e.V.
Adipositas Verband Deutschland e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAGKT)
Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche e.V. (KgAS)

Herausgebende

Federführende Fachgesellschaften:

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA)

www.a-g-a.de

Sprecher: Prof. Dr. med. Martin Wabitsch, Ulm

Email: aga-sekretariat@charite.de

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.

www.adipositas-gesellschaft.de

Präsident: Prof. Dr. med. Matthias Laudes ...

Sprecher: Prof. Dr. med. Matthias Blüher

Email: mail@adipositas-gesellschaft.de

Autor*innen des Leitlinienreports und der Leitlinie:

Prof. Dr. Martin Wabitsch, Dr. biol. hum. Stephanie Brandt-Heunemann (federführend)

Redaktionsgruppe:

J. Brauchmann, S. Brandt-Heunemann, F. Gorn, G. Torbahn, M. Wabitsch, S. Weihrauch-Blüher, S. Wiegand

Expertengruppe (alphabetisch):

U. Alexy, S. Brandt-Heunemann, C. Correll, A. Dietrich, S. Eehalt, I. Gellhaus, P. Gerner, R. Hanßen, A. Hilbert, R. Jaeschke, C. Joisten, T. Kauth, R. Kayser, M. Koch, S. Koch, F. Knöpfel, T. Kowala, T. Legenbauer, M. Merkel, R. Oberhoffer, R. Oepen, L. Otten, G. Paslakis, C. Posovszky, M. Rung-Friebe, R. Schmidt, J. Tuckermann, N. Volmer-Berthele, M. Wabitsch, S. Weihrauch-Blüher, S. Wirtz

AWMF-Beraterin:

Frauke Schwier

Bitte wie folgt zitieren:

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) und Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG): *Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter*, Langversion, Version 5.0 (Konsultationsfassung), 2026, AWMF-Registernummer: 050-002 <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-002> Zugriff am [tt.mm.jjjj]

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der Leitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet.

Die Benutzer*innen selbst bleiben verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urhebergesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der AGA unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der AGA reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwendung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

Die am Leitlinienprojekt beteiligten Autor*innen und Fachgesellschaften/Organisationen haben eine schriftliche Vereinbarung zu den Verwertungsrechten der Leitlinieninhalte getroffen, die besagt, dass die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) und Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) die Autor*innen (Leitliniengruppe) in Hinsicht auf die weitere Verwertung vertritt. Die Autor*innen, vertreten durch die federführenden Fachgesellschaft(en), räumen der AWMF das Nutzungsrecht für die elektronische Publikation im Informationssystem „AWMF online“ im World Wide Web (WWW) des Internet ein.

INHALT

<u>WAS GIBT ES NEUES?</u>	7
<u>DIE WICHTIGSTEN EMPFEHLUNGEN AUF EINEN BLICK</u>	7
<u>1. GELTUNGSBEREICH UND ZWECK</u>	8
1.1 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG	8
1.2 VERSORGUNGSBEREICH	8
1.3 PATIENT*INNENZIELGRUPPE	9
1.4 ANWENDENDENGRUPPE/ADRESSAT*INNEN	9
1.5 DOKUMENTE ZUR ANWENDUNG DER LEITLINIE	9
<u>2. ZUSAMMENSETZUNG DER LEITLINIENGRUPPE</u>	10
2.1 LEITLINIENKOORDINATION	10
2.2 BETEILIGTE FACHGESELLSCHAFTEN UND ORGANISATIONEN	10
2.3 PATIENT*INNEN/BÜGER*INNENBETEILIGUNG	12
2.4 METHODISCHE BEGLEITUNG	12
<u>3. DEFINITION UND BESTIMMUNG DES AUSMAßES DER ADIPOSITAS IM KINDES- UND JUGENDALTER (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)</u>	13
3.1 VORBEMERKUNG (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	13
3.2 BESONDERHEITEN BEI DER ANWENDUNG DES BMI IM KINDES- UND JUGENDALTER (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	13
3.3 REFERENZWERTE FÜR DEN BMI FÜR DEUTSCHE KINDER UND JUGENDLICHE (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	13
3.4 DEFINITION VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	13
3.5 WEITERE METHODEN ZUR ABSCHÄTZUNG DES INDIVIDUELLEN KÖRPERFETTANTEILS (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	13
3.6 ZUSAMMENFASSUNG (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	13
3.7 LITERATUR (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	13
3.8 TABELLEN UND ABBILDUNGEN (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	13
<u>4. THERAPIE DER ADIPOSITAS (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)</u>	14
4.1 EVIDENZBASIERTE THERAPIEMAßNAHMEN (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	14
4.1.1 EINLEITUNG (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	14
4.1.2 BASISPROGRAMM (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	14

4.1.3 KOMBINIERTE INTERDISZIPLINÄRE THERAPIEPROGRAMME (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	14
4.1.4 MODUL THERAPIEMAßNAHMEN ZUR ERNÄHRUNG (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	14
4.1.5 MODUL THERAPIEMAßNAHMEN ZUR BEWEGUNG (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	14
4.1.6 MODUL VERHALTENSTHERAPEUTISCHE MAßNAHMEN (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	14
4.1.7 BEDEUTUNG DER ELTERNSCHULUNG (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	14
4.1.8 AMBULANTE VS. STATIONÄRE THERAPIE – AUSFÜHRUNG UND EMPFEHLUNG (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	14
4.1.9 ZUSÄTZLICHE MEDIKAMENTÖSE THERAPIE (AKTUALISIERT 2025)	15
4.1.10 ADIPOSITAS-CHIRURGISCHE EINGRIFFE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	24
4.1.11 DIGITALE INTERVENTIONEN (MEDIEN) (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	24

5. PRÄVENTION VON ADIPOSITAS IM KINDES- UND JUGENDALTER (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	24
--	-----------

5.1 EVIDENZBASIERTE PRÄVENTIONSMAßNAHMEN (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	24
5.1.1 ERNÄHRUNG (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	24
5.1.2 KÖRPERLICHE AKTIVITÄT UND SPORT (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	24
5.1.3 MEDIENKONSUM (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	24
5.1.4 KOMBINIERT – SCHULBASIERT (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	24
5.1.5 ELTERNEINBEZUG – VERHALTENSTECHNIKEN (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	24
5.1.6 ALTERGRUPPE 0-6 JAHRE (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	24
5.1.7 FRÜHES UND MITTLERES SCHULALTER (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	24
5.1.8 JUGENDALTER (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	24
5.2 EINBEZIEHUNG ELEKTRONISCHER MEDIEN IN INTERVENTIONSANSÄTZE (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	25
5.2.1 INTERNET- UND COMPUTERBASIERTE PRÄVENTIONSSTRATEGIEN (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	25
5.2.2 TELEFONBASIERTE PRÄVENTION (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	25
5.3 AUFGABEN DES KINDER- UND JUGENDARZTES, DES HAUSARZTES UND DES ARZTES IM ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENST (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	25
5.4 SCHLUSSFOLGERUNG (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	25
5.5 LITERATUR (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	25

6. DIAGNOSTIK (VERÖFFENTLICHUNG DER GESAMTAKTUALISIERUNG GEPLANT FÜR JANUAR 2027)	25
--	-----------

7. VERWENDETE ABKÜRZUNGEN	25
----------------------------------	-----------

8. LITERATURVERZEICHNIS

26

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Mitglieder*innen der Leitliniengruppe	10
--	----

Was gibt es Neues?

Innerhalb der Leitliniengruppe wurde beschlossen, das Kapitel „Zusätzliche medikamentöse Therapie“ der Adipositas im Kindes- und Jugendalter vorzeitig im Sinne einer Teilaktualisierung zu überarbeiten. Anlass hierfür war eine relevante Veränderung der Evidenzbasis seit Veröffentlichung der ursprünglichen Empfehlung (Kapitel 3.1.9 aus Version 4.0 „Zusätzliche Medikamentöse Therapie“, Empfehlung 27), die den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht mehr adäquat abbildete. In den letzten Jahren wurden mehrere randomisierte kontrollierte Studien publiziert, die neue und belastbare Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit zur medikamentösen Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas gezeigt haben. Diese Evidenz war in der bisherigen Empfehlung (letzte Aktualisierung 2019) nicht berücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund, sowie vor dem Hintergrund der klinischen Relevanz der medikamentösen Therapie im therapeutischen Stufenkonzept sowie des Anspruchs der Leitlinie, zeitnah evidenzbasierte und konsenterte Handlungsempfehlungen bereitzustellen, wurde ein unmittelbarer Aktualisierungsbedarf identifiziert. Die Überarbeitung der entsprechenden Empfehlung wurde daher als Teilaktualisierung vorgezogen und unabhängig von der regulären turnusmäßigen Gesamtaktualisierung der Leitlinie umgesetzt, die im Jahr 2026 erfolgen wird und deren Veröffentlichung für Januar 2027 geplant ist.

Dieses Kapitel wurde überarbeitet:

- Kapitel 3.1.9 aus Version 4.0 „Zusätzliche Medikamentöse Therapie“

Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick

Aktualisierte Empfehlungen zur „Zusätzlichen Medikamentösen Therapie“:

Empfehlung 27_1

Eine Therapie mit Inkretinmimetika **kann** bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas ab dem jeweils zugelassenen Mindestalter als Ergänzung zu einer leitliniengerechten Lebensstilintervention **erwogen** werden (starker Konsens).

Empfehlung 27_2

Bei extremer Adipositas (BMI > 99,5. Perzentile) **sollte** eine Therapie mit einem Inkretinmemetikum ab dem jeweils zugelassenen Mindestalter als Ergänzung zu einer leitliniengerechter Lebensstilintervention in spezialisierten Zentren erwogen werden, wenn trotz leitliniengerechter Lebensstilintervention eine anhaltende und ausgeprägte Gewichtszunahme besteht und damit ein hohes Risiko für Krankheitsprogression vorliegt. Die Anwendung erfordert ein engmaschiges Monitoring mit vorab definierten Abbruchkriterien (z. B. fehlende Wirksamkeit oder Unverträglichkeit). Die Entscheidungsfindung erfolgt partizipativ. Bei Off-Label-Einsatz ist eine dokumentierte Aufklärung zwingend erforderlich (starker Konsens).

1. Geltungsbereich und Zweck

Die Ersterstellung der Leitlinie „Therapie und Prävention von Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ erfolgte im Jahr 2009. Eine Aktualisierung der Leitlinie veröffentlicht als Version 4.0 wurde im Jahr 2019 (Gültigkeit bis zum 30.08.2024) veröffentlicht. Von August bis Dezember 2025 erfolgte eine Teilaktualisierung der Leitlinie für das Kapitel „Zusätzliche Medikamentöse Therapie“. Die komplette Aktualisierung der Leitlinie ist für das Jahr 2026 und die Veröffentlichung dieser ist für Januar 2027 geplant.

Die aktuelle Version der Leitlinie, inklusive der Dokumente der Teilaktualisierung sind veröffentlicht unter:

- <http://www.a-g-a.de/>
- <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/050-002.html>

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Die hohe Prävalenz und Inzidenz der Adipositas im Kindes- und Jugendalter verlangen verstärkte Bemühungen um die Optimierung der Versorgung von Patient*innen mit Adipositas. Ziele der vorliegenden evidenzbasierten Leitlinie zur Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind,

- das Bewusstsein für das Gesundheitsproblem Adipositas zu stärken,
- Therapeut*innen und Patient*innen eine orientierende Hilfe zu geben und
- Informationen und Empfehlungen zur Therapie und Prävention der Adipositas für alle im Gesundheitswesen sowie in der Gesundheitspolitik tätigen Personen bereitzustellen.

Die Leitlinie soll dazu beitragen, eine angemessene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Eine weitere Aufgabe der Leitlinie ist, den Patientinnen und Patienten mit Übergewicht bzw. Adipositas angemessene, wissenschaftlich begründete und aktuelle Maßnahmen in der Prävention und Therapie anzubieten. Dadurch sollen die Morbidität und Mortalität von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht und Adipositas gesenkt und die Lebensqualität erhöht werden.

1.2 Versorgungsbereich

Die Empfehlungen dieser Leitlinie adressieren die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas entlang des gesamten Versorgungskontinuums. Sie finden Anwendung in der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung und beziehen sich auf Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.

Die Leitlinie richtet sich sowohl an die primärärztliche Versorgung, insbesondere im Rahmen der Prävention, Früherkennung und initialen Diagnostik, als auch an die spezialärztliche Versorgung, in der die weiterführende Diagnostik.

Ziel ist es, durch sektorenübergreifend konsistente, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen eine qualitätsgesicherte Versorgung über alle Versorgungsbereiche hinweg zu unterstützen.

1.3 Patient*innenzielgruppe

Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas mit und ohne Folgeerkrankungen. Für Erwachsene existiert eine eigene Leitlinie.

1.4 Anwendendengruppe/Adressat*innen

Die Leitlinie richtet sich an Ernährungsmediziner*innen, Kinder- und Jugendmediziner*innen, Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Kinderendokrinolog*innen und -diabetolog*innen, Rehabilitationswissenschaftler*innen, Ärzt*innen für Sozial- und Jugendmedizin, Sportmediziner*innen, Fachärzt*innen für Adipositaschirurgie und Patient*innen/Betroffene und deren Eltern. Sie dient zur Information für übergeordnete Organisationen wie z.B. Krankenkassen, Rentenversicherung, Sozialrichter, Einrichtungen der ärztlichen Selbstverwaltung und die interessierte Fachöffentlichkeit.

1.5 Dokumente zur Anwendung der Leitlinie

Zusätzlich zu dieser Langversion der Leitlinien, liegt der Leitlinienreport Version 5.0 vor. Dort ist das methodische Vorgehen sowie Angaben zur Bewertung und zum Umgang mit Interessenkonflikten im Rahmen der Teilaktualisierung der S3-Leitlinie *Therapie und Prävention von Adipositas im Kindes- und Jugendalter* dargestellt.

Die Teilaktualisierung der Leitlinie beruht auf den bereits veröffentlichten Vorgängerversionen, die bei der AWMF und den Fachgesellschaften, die die Leitlinie federführend korrodinieren, angefragt werden können.

Alle Inhalte der Leitlinie sind abrufbar unter:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-002>

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) e.V. hat in Zusammenarbeit mit zahlreichen Fachgesellschaften und Verbänden die Version 4.0 der S3- Leitlinie zur Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter aus dem Jahr 2019 im Jahr 2025 teilaktualisiert.

2.1 Leitlinienkoordination

Leitlinienkoordination:

Prof. Dr. med. Martin Wabitsch

Leitliniensekretariat:

Dr. biol. hum. Stephanie Brandt-Heunemann
Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Ulm
Eythstr. 24
89075 Ulm
Tel.: 0731 – 500 57401
Email: stephanie.brandt-heunemann@uniklinik-ulm.de
martin.wabitsch@uniklinik-ulm.de

2.2 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften haben auf dem Gebiet der Adipositas fachlich anerkannte und klinisch erfahrene Expert*innen offiziell als abstimmungsberechtigte Mandatsträger*innen benannt. Die bei der Teilüberarbeitung 2025 beteiligten Personen der Leitliniengruppe können aus **Tabelle 1** entnommen werden.

Tabelle 1: Mitglieder*innen der Leitliniengruppe

Name	Organisation	Version
U. Alexy	DGE	Version 5.0
S. Brandt-Heunemann	DGPAED,Redaktionsgruppe	Version 5.0
J. Brauchmann	Redaktionsgruppe	Version 5.0
S. Weihrauch-Blüher	DGEM,DGPAED	Version 5.0
C. Correll	DGKJP	Version 5.0
A. Dietrich	DGAV	Version 5.0
S. Ehehalt	DAG, DDG , DGKJ	Version 5.0
I. Gellhaus	DGRW, KGAS	Version 5.0
P. Gerner	DGPE,	Version 5.0
F. Gorn	Redaktionsgruppe	Version 5.0
R. Jaeschke	KGAS	Version 5.0
C. Joisten	DAG, DGSP	Version 5.0

Name	Organisation	Version
R. Hanßen	DGEndokrinologie	Version 5.0
A. Hilbert	DGPs	Version 5.0
T. Kauth	BVKJ	Version 5.0
R. Kayser	BDP	Version 5.0
F. Knöpfel	DGSPJ, DGPRP	Version 5.0
M. Koch	DGSPJ, DGPRP	Version 5.0
S. Koch	BAG KT	Version 5.0
T. Kowala	DGPPS	Version 5.0
T. Legenbauer	DGKJP	Version 5.0
M. Merkel	DGEndokrinologie	Version 5.0
R. Oberhoffer	DGSP	Version 5.0
R. Oepen	BAG KT	Version 5.0
L. Otten	DGEM	Version 5.0
G. Paslakis	DGESS	Version 5.0
C. Posovszky	DGPE	Version 5.0
M. Runge-Friebe	Adipositas Verband Deutschland e.V.	Version 5.0
R. Schmidt	DGPs	Version 5.0
G. Torbahn	Redaktionsgruppe	Version 5.0
J. Tuckermann	DGEndokrinologie	Version 5.0
N. Volmer-Berthele	DGRW	Version 5.0
M. Wabitsch	DGKJ, Redaktionsgruppe	Version 5.0
S. Wiegand	AGA, Redaktionsgruppe	Version 5.0
S. Wirtz	Adipositas Hilfe Deutschland	Version 5.0

Beteiligte Fachgesellschaften

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG)

Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG)

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV)

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e.V. (DGESS)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS)

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Rehabilitation und Prävention e.V. (DGPRP)

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie e.V. (DGPAED)

Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs)

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW)

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)

Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (Deutscher Sportärztebund) e.V. (DGSP)

Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE)

Andere Institutionen / Personen

Adipositas Verband Deutschland e.V.

AdipositasHilfe Deutschland e.V.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ)

Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT)

Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche e.V. (KGAS)

2.3 Patient*innen/Bürger*innenbeteiligung

Ziel der Beteiligung von Patientenvertreter*innen bei der Erstellung dieser Leitlinie war es, die Patientensicht zu berücksichtigen. Die Beteiligung von Patient*innen in unserer Zielgruppe ist schwierig, da es sich um Kinder und Jugendliche handelt. Im Rahmen der Überarbeitung waren Patient*innen und Betroffene durch die Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen AdipositasHilfe Deutschland e.V. und dem Adipositas Verband Deutschland e.V. an den Konsensprozessen und der Abstimmung der Empfehlungen beteiligt.

2.4 Methodische Begleitung

Bei der Teilaktualisierung wurde die Leitlinie durch Frauke Schwier, AWMF Leitlinienberaterin, methodisch beraten und neutral moderiert.

3. Definition und Bestimmung des Ausmaßes der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

3.1 Vorbemerkung (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

3.2 Besonderheiten bei der Anwendung des BMI im Kindes- und Jugendalter (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

3.3 Referenzwerte für den BMI für deutsche Kinder und Jugendliche (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

3.4 Definition von Übergewicht und Adipositas (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

3.5 Weitere Methoden zur Abschätzung des individuellen Körperfettanteils (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

3.6 Zusammenfassung (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

3.7 Literatur (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

3.8 Tabellen und Abbildungen (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

4. Therapie der Adipositas (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

4.1 Evidenzbasierte Therapiemaßnahmen (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

4.1.1 Einleitung (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

4.1.2 Basisprogramm (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

4.1.3 Kombinierte interdisziplinäre Therapieprogramme (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

4.1.4 Modul Therapiemaßnahmen zur Ernährung (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

4.1.5 Modul Therapiemaßnahmen zur Bewegung (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

4.1.6 Modul verhaltenstherapeutische Maßnahmen (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

4.1.7 Bedeutung der Elternschulung (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

4.1.8 Ambulante vs. Stationäre Therapie – Ausführung und Empfehlung (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

4.1.9 Zusätzliche medikamentöse Therapie (Aktualisiert 2025)

27_1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu/ Dezember 2025
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Eine Therapie mit Inkretinmimetika kann bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas ab dem jeweils zugelassenen Mindestalter als Ergänzung zu einer leitliniengerechten Lebensstilintervention erwogen werden.	
Qualität der Evidenz		
Kritisch: Lebensqualität (HRoL-IWQoL): sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Depression: Keine Evidenz Angst: Keine Evidenz Sehr wichtig: BMi: niedrig ⊕⊕⊖⊖ Wichtig, aber nicht kritisch: BMI: moderat ⊕⊕⊕⊖ Körpergewicht: moderat ⊕⊕⊕⊖ Blutdruck (systolisch): moderat ⊕⊕⊕⊖ Blutdruck (diastolisch): moderat ⊕⊕⊕⊖ Gesamt Cholesterin: niedrig ⊕⊕⊖⊖ HDL-Cholesterin: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Die Basis für die Ableitung dieser Empfehlung stellen die publizierten Evidenzprofile der kanadischen Clinical Practice Guideline „ <i>Managing obesity in children: a clinical practice guideline</i> “ (Ball et al. 2025 PMID: 40228835) für die Empfehlung „Therapie mit GLP-1 RA“ dar. Die Basis dieser sind die Ergebnisse der Meta-Analyse von Wahi et al. „ <i>Effectiveness of pharmacological interventions for managing obesity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis framed using minimal important difference estimates based on GRADE guidance to inform a clinical practice guideline</i> “ (Wahi et al., 2024: PMID: 39238400) in der folgende RCTs berücksichtigt wurden: • Diene et al., 2022: PMID: 36181471 • Fox et al., 2022: PMID: 35403350 • Weghuber et al., 2022: PMID: 36322838 • Roth et al., 2021: PMID: 33026160 • Kelly et al., 2020: PMID: 32233338 • Kelly et al., 2013: PMID: 23380890 • Weghuber et al., 2020: PMID: 32062862 Zusätzlich eingeschlossene Literatur nach Update der Literaturrecherche der Meta-Analyse von Wahi et al. (Nov 2022-Aug 2025): • Fox et al., 2025: PMID: 39258838	

LDL-Cholesterin: niedrig ⊕⊕⊖⊖ Triglyzeride: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Nüchterninsulin: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ HOMA-IR: niedrig ⊕⊕⊖⊖ ALT: niedrig ⊕⊕⊖⊖	
	Konsensstärke: starker Konsens

Darlegung der Evidenzgrundlage

Entsprechend dem AWMF-Regelwerk, das auch die Adaptation und Adoption bestehender evidenzbasierter Leitlinien vorsieht, wurde im Rahmen des Amendments zunächst eine systematische Recherche nach bestehenden nationalen und internationalen evidenzbasierten Leitlinien zur Behandlung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter durchgeführt. Im Ergebnis wurde die kanadische Leitlinie „*Managing obesity in children: a clinical practice guideline*“ identifiziert, methodisch bewertet und aufgrund ihrer hohen methodischen Qualität, der transparenten Anwendung des GRADE-Evidence-to-Decision-Frameworks sowie der Aktualität der zugrunde liegenden Evidenz als geeignete Quelleitlinie ausgewählt. Die in kanadischen Leitlinie dargestellte Evidenz zur medikamentösen Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas stellt die zentrale Grundlage für die Ableitung der vorliegenden Empfehlung dar. In einem weiteren Schritt wurde diese Evidenz durch eine aktualisierte systematische Literaturrecherche ergänzt, um relevante neu publizierte randomisierte kontrollierte Studien zu identifizieren und in die Evidenzbewertung einzubeziehen. Eine weitere randomisierte kontrollierte Studie wurde identifiziert und in die Evidenzsynthese integriert (Fox et al. 2025 | PMID: 39258838). Auf Basis der zugrunde liegenden Evidenz sowie der aktualisierten Literatur wurde die Empfehlung für die deutsche S3-Leitlinie unter Berücksichtigung des AWMF-„soll/sollte/kann“-Schemas und einer strukturierten Nutzen-Schaden-Abwägung abgeleitet.

Die aktualisierte Metaanalyse zeigt, dass GLP-1-basierte Therapien bei Jugendlichen mit Adipositas zu einer moderaten, klinisch relevanten Reduktion von BMI und Körpergewicht (wichtiger Endpunkt) führen (gepoolte Effektstärken SMD -0,56 bis -0,60). Subgruppenanalysen deuten auf größere Effekte für Semaglutid hin, während für Liraglutid kleinere, aber konsistente Effekte beobachtet wurden. Für die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigten sich insgesamt geringe bis keine Effekte; die Evidenz ist hier durch Inkonsistenz und Ungenauigkeit limitiert. Kardiometabolische Effekte (z. B. systolischer Blutdruck) waren im Mittel gering und nicht durchgängig klinisch relevant. Die Evidenz hinsichtlich eines erhöhten Risikos für schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (kritischer

Endpunkt) war unklar. Es könnte ein geringfügig erhöhtes Risiko für leichte bis mittelschwere unerwünschte Ereignisse unter GLP-1-Rezeptoragonisten bestehen, wobei Ausmaß und Häufigkeit zwischen den Studien variierten. Der überwiegende Teil der Evidenz basiert auf Studien mit Jugendlichen im Alter von 12 Jahren und älter.

Die Evidenz basiert auf randomisierten kontrollierten Studien mit moderater bis hoher interner Validität. Die Qualität der Evidenz wurde je nach Endpunkt als sehr niedrig bis moderat bewertet. Für die zentralen anthropometrischen Endpunkte ergab sich insgesamt eine moderate Vertrauenswürdigkeit der Evidenz. Gründe für eine Herabstufung waren unter anderem heterogene Effekte ($I^2 > 70\%$), begrenzte Stichprobengrößen, kurze Beobachtungszeiträume sowie fehlende Langzeitdaten, insbesondere zu Wachstum, Pubertätsentwicklung und langfristigen psychosozialen Effekten.

Begründung des Empfehlungsgrades

Die Leitliniengruppe bewertete die verfügbare Evidenz unter Anwendung des GRADE-Evidence-to-Decision-Frameworks wie folgt:

Nutzen:

Eine Therapie der Adipositas mit GLP-1-Rezeptoragonisten führt bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas zu einer signifikanten Verbesserung anthropometrischer Parameter, insbesondere von BMI und Körpergewicht. Diese Effekte sind als klinisch relevant einzustufen. Für weitere patientenrelevante Endpunkte wie gesundheitsbezogene Lebensqualität oder kardiometabolische Parameter liegen hingegen zur Zeit nur begrenzte oder inkonsistente Effekte vor.

Risiken und Schäden:

In den eingeschlossenen Studien zeigte sich ein leicht erhöhtes Risiko für milde bis moderate unerwünschte Ereignisse, überwiegend gastrointestinaler Natur. Für schwerwiegende unerwünschte Ereignisse konnte kein erhöhtes Risiko nachgewiesen werden. Aufgrund der begrenzten Evidenzbasis und der kurzen Nachbeobachtungszeiträume ist die Sicherheitseinschätzung jedoch mit relevanten Unsicherheiten verbunden.

Abwägung:

Die verfügbare Evidenz weist auf einen Nutzen hinsichtlich anthropometrischer Endpunkte hin. Die Bewertung potenzieller Risiken, insbesondere im Hinblick auf Langzeitwirkungen und patientenberichtete Outcomes, ist aufgrund der begrenzten Evidenzlage mit Unsicherheiten behaftet.

Werte und Präferenzen:

Erwartungen an den Effekt der Therapie auf BMI und Körpergewicht, psychosoziale Belastungen sowie individuelle Therapiepräferenzen sollten berücksichtigt werden. Eine partizipative Entscheidungsfindung ist essenziell.

Ressourcen und Umsetzbarkeit:

Die zusätzliche medikamentöse Therapie mit GLP-1-Rezeptoragonisten sollte als Ergänzung zu einer strukturierten leitliniengerechten Lebensstilintervention erwogen werden. Die Anwendung setzt das jeweils zugelassene Mindestalter voraus und erfordert eine regelmäßige Evaluation von Wirksamkeit und Verträglichkeit. Eine strukturierte Aufklärung über potenziellen Nutzen, Risiken und bestehende Unsicherheiten ist obligat. Bei ausbleibendem Therapieansprechen oder bei relevanten unerwünschten Ereignissen ist die Behandlung zu beenden. Eine Anwendung in spezialisierten Zentren wird empfohlen.

Obwohl für die medikamentöse Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen Evidenz für einen Nutzen auf Gewichtsparameter vorliegt, ist diese Therapie in Deutschland gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V derzeit von der Regelversorgung ausgeschlossen. Eine regelhafte Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt derzeit nicht. Eine Erstattung ist lediglich in begründeten Einzelfällen nach individueller Antragstellung möglich. Diese Rahmenbedingungen stellen eine wesentliche Einschränkung der Implementierbarkeit dar. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Evidenz ergibt sich hieraus eine relevante Diskrepanz zwischen leitlinienbasierter Empfehlung und aktueller Versorgungspraxis.

Versorgungskontext:

Die medikamentöse Therapie stellt eine Ergänzung im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzepts dar und ersetzt keine strukturierte leitliniengerechte Lebensstilintervention.

27_2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu/ Dezember 2025
Empfehlungsgrad B ↑	Bei extremer Adipositas (BMI > 99,5. Perzentile) sollte eine Therapie mit einem Inkretinmemetikum ab dem jeweils zugelassenen Mindestalter als Ergänzung zu einer leitliniengerechter Lebensstilintervention in spezialisierten Zentren erwogen werden, wenn trotz leitliniengerechter Lebensstilintervention eine anhaltende und ausgeprägte Gewichtszunahme besteht und damit ein hohes Risiko für Krankheitsprogression vorliegt. Die Anwendung erfordert ein engmaschiges Monitoring mit vorab definierten Abbruchkriterien (z. B. fehlende Wirksamkeit oder Unverträglichkeit). Die Entscheidungsfindung erfolgt partizipativ. Bei Off-Label-Einsatz ist eine dokumentierte Aufklärung zwingend erforderlich.	
Qualität der Evidenz		
Kritisch: Lebensqualität (HROl-IWQoL): sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Depression: Keine Evidenz Angst: Keine Evidenz Sehr wichtig: BMIz: niedrig ⊕⊕⊖⊖ Wichtig, aber nicht kritisch: BMI: moderat ⊕⊕⊕⊖ Körpergewicht: moderat ⊕⊕⊕⊖	Die Basis für die Ableitung dieser Empfehlung stellen die publizierten Evidenzprofile der kanadischen Clinical Practice Guideline „<i>Managing obesity in children: a clinical practice guideline</i>“ (Ball et al. 2025 PMID: 40228835) für die Empfehlung „Therapie mit GLP-1 RA“ dar. Die Basis dieser sind die Ergebnisse der Meta-Analyse von Wahi et al. „<i>Effectiveness of pharmacological interventions for managing obesity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis framed using minimal important difference estimates based on GRADE guidance to inform a clinical practice guideline</i>“ (Wahi et al., 2024: PMID: 39238400) in der folgende RCTs berücksichtigt wurden: • Diene et al., 2022: PMID: 36181471 • Fox et al., 2022: PMID: 35403350 • Weghuber et al., 2022: PMID: 36322838 • Roth et al., 2021: PMID: 33026160 • Kelly et al., 2020: PMID: 32233338 • Kelly et al., 2013: PMID: 23380890 • Weghuber et al., 2020: PMID: 32062862 Zusätzlich eingeschlossene Litertaur nach Update der Literturrechere der Meta-Analyse von Wahi et al. (Nov 2022-Aug 2025): • Fox et al., 2025: PMID: 39258838	

Blutdruck (systolisch): moderat ⊕⊕⊕⊖ Blutdruck (diastolisch): moderat ⊕⊕⊕⊖ Gesamt Cholesterol: niedrig ⊕⊕⊕⊖ HDL-Cholesterin: niedrig ⊕⊕⊕⊖ LDL-Cholesterin: niedrig ⊕⊕⊕⊖ Triglyzeride: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Nüchterninsulin: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ HOMA-IR: niedrig ⊕⊕⊕⊖ ALT: niedrig ⊕⊕⊕⊖	Spezifische Subgruppenanalysen für extreme Adipositas sind nicht publiziert. Die Baseline-Charakteristika der eingeschlossenen Kohorten zeigen jedoch, dass ein Großteil der Teilnehmenden sehr hohe BMI-/BMI-SDS-Werte (suggerierend extreme Adipositas) aufwies, sodass keine relevante Indirektheit der Population angenommen wurde. Weitere Hintergrundliteratur: • Lennerz et al. 2019, PMID: 30368525 • Danielsson et al. 2012, PMID: 23108856 • Geserick et al, 2018 PMID: 30281992 • Twig et al., 2016; PMID: 27074389 • Juonola et al. 2011; PMID: 22087679 • Jacobs et al. 2022; PMID: 35373933
	Konsensstärke: starker Konsens

Subgruppe „Kinder und Jugendliche mit extremer Adipositas“ – Darlegung der Evidenzgrundlage

Es wurde geprüft, inwieweit die bislang eingeschlossenen randomisierten kontrollierten Studien Subgruppenanalysen zu Kindern und Jugendlichen mit extremer Adipositas enthalten oder entsprechende Auswertungen nachträglich von den Studienautor*innen verfügbar gemacht werden können. Ziel war es zu bewerten, ob sich für diese Subgruppe Hinweise auf eine abweichende Wirksamkeit oder Sicherheit der medikamentösen Therapie ergeben und inwieweit die bestehende Evidenzbasis die Ableitung einer spezifischen Empfehlung für Jugendliche mit extremer Adipositas trägt. Hierzu wurden alle in die Leitlinie eingeschlossenen Studien systematisch gesichtet, einschließlich der Volltexte und verfügbaren Supplement-Materialien. Zusätzlich wurden die korrespondierenden Autor*innen kontaktiert, um potenzielle unveröffentlichte Subgruppenanalysen zu erfragen. Parallel wurden die Baseline-Charakteristika der eingeschlossenen Kohorten (insbesondere die Verteilung von BMI und BMI-SDS) analysiert.

Ergebnisse der Subgruppenprüfung und Populationscharakteristika

In keiner der publizierten randomisierten kontrollierten Studien, die in die Evidenzbasis der Leitlinie eingegangen sind, wurden formale Subgruppenanalysen speziell für Kinder und Jugendliche mit extremer Adipositas berichtet. Als Hauptgründe hierfür wurden von den Studienautor*innen überwiegend zu geringe Fallzahlen für valide Subgruppenanalysen oder die Tatsache genannt, dass der überwiegende Teil der eingeschlossenen Teilnehmenden bereits eine extreme Adipositas aufwies, sodass separate Analysen nicht vorgesehen waren.

Die Analyse der Baseline-Charakteristika zeigte jedoch, dass die Mehrheit der eingeschlossenen Kinder und Jugendlichen einen BMI-SDS>3 aufwies und damit der Gruppe mit extremer Adipositas zuzuordnen ist. Kinder und Jugendliche mit sehr hohen BMI- und BMI-SDS-Werten waren in allen relevanten Studien klar repräsentiert. Damit ist die Studienpopulation insgesamt sehr gut mit der Zielgruppe vergleichbar, für die die vorliegende Empfehlung formuliert wurde. Eine Ausnahme stellt die STEP TEENS-Studie (Semaglutid) dar, für die eine publizierte Sekundäranalyse vorliegt. Diese zeigte eine deutliche Reduktion des Anteils von Jugendlichen mit Adipositas Grad III unter Semaglutid, jedoch keine signifikanten Interaktionen zwischen dem Therapieeffekt und dem Ausgangs-Adipositasgrad (Grad I/II/III). Damit ergab sich kein Hinweis auf eine unterschiedliche Wirksamkeit in Abhängigkeit vom Schweregrad der Adipositas. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass diese Analyse nicht primär für die Beantwortung dieser Fragestellung gepowert war.

Bewertung im Rahmen des GRADE-Frameworks

Für die GRADE-Domäne Indirectness ergibt sich trotz fehlender Studien, die direkt auf Kinder und Jugendliche mit extremer Adipositas ohne manifeste Komorbiditäten ausgerichtet sind, keine wesentliche indirekte Evidenz („not serious“). Dies begründet sich dadurch, dass Kinder und Jugendliche mit extremer Adipositas in den eingeschlossenen Studien klar vertreten waren und die untersuchte Population der Leitlinienzielgruppe weitgehend entspricht.

Begründung des Empfehlungsgrades bei extremer Adipositas

Die Leitliniengruppe bewertete die verfügbare Evidenz unter Anwendung des GRADE-Evidence-to-Decision-Frameworks wie folgt:

Nutzen:

Meta-analytisch zeigt sich für die Therapie mit GLP-1-Rezeptoragonisten ein moderater, klinisch relevanter Effekt auf BMI und Körpergewicht. Angesichts des hohen Ausgangsrisikos bei Kindern und Jugendlichen mit extremer Adipositas ist der potenzielle absolute Nutzen als relevant einzustufen. Effekte auf kardiometabolische Parameter (z. B. Blutdruck) waren auf Basis der aktuellen Studienlage im Mittel gering und nicht konsistent.

Risiken und Schäden:

Das bekannte Nebenwirkungsprofil ist überwiegend mild bis moderat und meist gastrointestinaler Natur sowie potenziell reversibel. Die Sicherheit der Evidenz wird aufgrund fehlender direkt auf diese Population ausgerichteter Studien und begrenzter Langzeitdaten als niedrig bewertet. Aussagen zu langfristigen Effekten auf Wachstum, Pubertätsentwicklung, Essverhalten und psychosoziale Outcomes sind mit Unsicherheiten behaftet.

Abwägung:

Bei Kindern und Jugendlichen mit extremer Adipositas ist das Ausgangsrisiko für frühe Folgeerkrankungen sowie für psychosoziale Beeinträchtigungen substantiell erhöht (Lennerz et al. 2019 | PMID: 30368525), und konservative Interventionen sind nicht ausreichend

wirksam (Danielsson et al. 2012 | PMID: 23108856). Es ist bekannt, dass BMI-Werte von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter mitgeführt werden („tracking“). Insbesondere bei früh einsetzender und ausgeprägter Adipositas ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Adipositas bis ins Jugend- und Erwachsenenalter bestehen bleibt (Geserick et al, 2018 | PMID: 30281992). Große populationsbasierte Langzeitstudien belegen zudem einen engen Zusammenhang zwischen erhöhten BMI-Werten im Kindes- und Jugendalter und einem erhöhten Risiko für spätere kardiovaskuläre Erkrankungen sowie für eine erhöhte kardiovaskuläre Mortalität im Erwachsenenalter (Twig et al., 2016 | PMID: 27074389; Juonola et al. 2011 | PMID: 22087679; Jacobs et al. 2022 | PMID: 35373933).

Unter Berücksichtigung des hohen Krankheitsdrucks, der biologischen Plausibilität des Therapieeffekts, des überwiegend milden und reversiblen Nebenwirkungsprofils sowie der Möglichkeit, die Behandlung bei fehlendem Ansprechen zu beenden, wird insgesamt eine bedingte („sollte“) Empfehlung als gerechtfertigt angesehen. Für Kinder und Jugendliche mit extremer Adipositas wurde aufgrund des deutlich erhöhten Ausgangsrisikos für Krankheitsprogression, Komorbiditäten und psychosoziale Beeinträchtigungen eine gesonderte, stärker gewichtete Empfehlung abgeleitet, da in dieser Subpopulation von einem vergleichbaren oder größeren Therapieeffekt bei insgesamt akzeptablem Risikoprofil auszugehen ist und die pharmakologische Therapie im klinischen Stufenmodell eine relevante Alternative zur bariatrisch-chirurgischen Therapie darstellen kann.

Werte und Präferenzen:

Aufgrund der hohen Krankheitslast und der häufig langen Vorbehandlung mit frustranen Therapieerfahrungen kommt der partizipativen Entscheidungsfindung mit Kindern, Jugendlichen und Sorgeberechtigten eine besondere Bedeutung zu.

Ressourcen und Umsetzbarkeit / Versorgungskontext:

Die Anwendung von GLP-1 Rezeptoragonisten erfolgt im Rahmen eines multimodalen Stufenmodells als zusätzliche medikamentöse Therapie und ersetzt nicht die strukturierte Lebensstilintervention. Sie kommt insbesondere in Betracht, wenn trotz intensiver nichtmedikamentöser Maßnahmen eine anhaltende und ausgeprägte Gewichtszunahme besteht oder ein hohes Risiko für Krankheitsprogression vorliegt. Voraussetzung ist ein multidisziplinäres Setting mit Erfahrung in der Therapie im Kindes- und Jugendalter. Eine Therapie der extremen Adipositas mit GLP-1 Rezeptoragonisten sollte vor einer bariatrisch-chirurgischen Maßnahme durchgeführt werden.

Vor Einleitung der Therapie sind Therapieziele, Erwartungen und potenzielle Nebenwirkungen ausführlich mit Patient*innen und Sorgeberechtigten zu erörtern. Ein dokumentierter Informed-Consent-Prozess ist insbesondere bei Off-Label-Anwendung obligat. Aufgrund begrenzter Langzeitdaten wird empfohlen, Wachstum, Pubertätsverlauf, Essverhalten und psychosoziale Effekte strukturiert zu beobachten. Eine langfristige Fortführung setzt ein anhaltend positives Nutzen-Risiko-Verhältnis voraus.

Obwohl für die medikamentöse Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen Evidenz für einen Nutzen auf Gewichtsparameter vorliegt, ist diese Therapie in Deutschland gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V derzeit von der Regelversorgung ausgeschlossen. Eine regelhafte Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt nicht; eine Erstattung ist lediglich in begründeten Einzelfällen nach individueller Antragstellung möglich. Diese Rahmenbedingungen stellen eine wesentliche Einschränkung der Implementierbarkeit dar und führen zu einer begrenzten und potenziell sozial ungleichen Zugänglichkeit der Therapie. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Evidenz ergibt sich hieraus eine relevante Diskrepanz zwischen leitlinienbasierter Empfehlung und aktueller Versorgungspraxis.

Literatur

Ball GD, Ho J, Henderson M, et al. Managing obesity in children: a clinical practice guideline. Canadian Medical Association Journal (CMAJ). 2025.

Danielsson P, Kowalski J, Ekblom O, et al. Response of severely obese children and adolescents to behavioral treatment. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012 Dec;166(12):1103–1108.

Diene G, Angulo M, Hale PM, et al. Liraglutide for weight management in children and adolescents with Prader–Willi syndrome and obesity. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2022;108(1):4–12. PMID: 36181471.

Fox CK, Barrientos-Pérez M, Bomberg EM, et al. Exenatide for weight-loss maintenance in adolescents with severe obesity: a randomized, placebo-controlled trial. Obesity (Silver Spring). 2022;30(5):1105–1115.

Fox CK, Barrientos-Pérez M, Bomberg EM, et al. Liraglutide for children 6 to <12 years of age with obesity. New England Journal of Medicine. 2025.

Geserick M, Vogel M, Gausche R, et al. Acceleration of BMI in early childhood and risk of sustained obesity. New England Journal of Medicine. 2018;379(14):1303–1312.

Jacobs DR, Woo JG, Sinaiko AR, et al. Childhood cardiovascular risk factors and adult cardiovascular events. New England Journal of Medicine. 2022;386(20):1877–1888.

Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. New England Journal of Medicine. 2011;365(20).

Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Pérez M, et al. A randomized, controlled trial of liraglutide for adolescents with obesity. New England Journal of Medicine. 2020;382(22):2117–2128.

Kelly AS, Metzger AM, Rudser KD, et al. The effect of glucagon-like peptide-1 receptor agonist therapy on body mass index in adolescents with severe obesity: a randomized, placebo-controlled, clinical trial. JAMA Pediatrics. 2013;167(4):355–360.

Lennerz BS, Moss A, von Schnurbein J, et al. Do adolescents with extreme obesity differ according to previous treatment seeking behavior? The Youth with Extreme Obesity Study (YES) cohort. International Journal of Obesity (Lond). 2019 Jan;43(1):103–115.

Roth CL, Perez FA, Whitlock KB, et al. A phase 3 randomized clinical trial using a once-weekly glucagon-like peptide-1 receptor agonist in adolescents and young adults with hypothalamic obesity. Diabetes, Obesity and Metabolism. 2021;23(2):363–373.

Twig G, Yaniv G, Levine H, et al. Body-mass index in 2.3 million adolescents and cardiovascular death in adulthood. *New England Journal of Medicine*. 2016;374(25):2430–2440.

Wahi G, St-Pierre J, Johnston BC, et al. Effectiveness of pharmacological interventions for managing obesity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis framed using minimal important difference estimates based on GRADE guidance to inform a clinical practice guideline. *Pediatr Obes*. 2024 Nov;19(11):e13169. doi: 10.1111/ijpo.13169. Epub 2024 Sep 6. PMID: 39238400.

Weghuber D, Forslund A, Ahlström H, et al. A 6-month randomized, double-blind, placebo-controlled trial of weekly exenatide in adolescents with obesity. *Pediatric Obesity*. 2020;15(7):e12624.

Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, et al. Once-weekly semaglutide in adolescents with obesity. *New England Journal of Medicine*. 2022;387(24):2245–2257.

4.1.10 Adipositas-chirurgische Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

4.1.11 Digitale Interventionen (Medien) (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5. Prävention von Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.1 Evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.1.1 Ernährung (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.1.2 Körperliche Aktivität und Sport (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.1.3 Medienkonsum (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.1.4 Kombiniert – Schulbasiert (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.1.5 Elterneinbezug – Verhaltenstechniken (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.1.6 Altersgruppe 0-6 Jahre (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.1.7 Frühes und mittleres Schulalter (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.1.8 Jugendalter (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.2 Einbeziehung elektronischer Medien in Interventionsansätze (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.2.1 Internet- und computerbasierte Präventionsstrategien (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.2.2 Telefonbasierte Prävention (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.3 Aufgaben des Kinder- und Jugendarztes, des Hausarztes und des Arztes im öffentlichen Gesundheitsdienst (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.4 Schlussfolgerung (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

5.5 Literatur (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

6. Diagnostik (Veröffentlichung der Gesamtaktualisierung geplant für Januar 2027)

7. Verwendete Abkürzungen

ALT	Alanin-Aminotransferase
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BMI	Body Mass Index
BMI-SDS	Body Mass Index – Standard Deviation Score
GLP-1	Glucagon-like Peptide 1

8. Literaturverzeichnis

Ball GD, Ho J, Henderson M, et al. Managing obesity in children: a clinical practice guideline. Canadian Medical Association Journal (CMAJ). 2025.

Danielsson P, Kowalski J, Ekblom O, et al. Response of severely obese children and adolescents to behavioral treatment. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012 Dec;166(12):1103–1108.

Diene G, Angulo M, Hale PM, et al. Liraglutide for weight management in children and adolescents with Prader–Willi syndrome and obesity. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2022;108(1):4–12. PMID: 36181471.

Fox CK, Barrientos-Pérez M, Bomberg EM, et al. Exenatide for weight-loss maintenance in adolescents with severe obesity: a randomized, placebo-controlled trial. Obesity (Silver Spring). 2022;30(5):1105–1115.

Fox CK, Barrientos-Pérez M, Bomberg EM, et al. Liraglutide for children 6 to <12 years of age with obesity. New England Journal of Medicine. 2025.

Geserick M, Vogel M, Gausche R, et al. Acceleration of BMI in early childhood and risk of sustained obesity. New England Journal of Medicine. 2018;379(14):1303–1312.

Jacobs DR, Woo JG, Sinaiko AR, et al. Childhood cardiovascular risk factors and adult cardiovascular events. New England Journal of Medicine. 2022;386(20):1877–1888.

Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. New England Journal of Medicine. 2011;365(20).

Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Pérez M, et al. A randomized, controlled trial of liraglutide for adolescents with obesity. New England Journal of Medicine. 2020;382(22):2117–2128.

Kelly AS, Metzger AM, Rudser KD, et al. The effect of glucagon-like peptide-1 receptor agonist therapy on body mass index in adolescents with severe obesity: a randomized, placebo-controlled, clinical trial. JAMA Pediatrics. 2013;167(4):355–360.

Lennerz BS, Moss A, von Schnurbein J, et al. Do adolescents with extreme obesity differ according to previous treatment seeking behavior? The Youth with Extreme Obesity Study (YES) cohort. International Journal of Obesity (Lond). 2019 Jan;43(1):103–115.

Roth CL, Perez FA, Whitlock KB, et al. A phase 3 randomized clinical trial using a once-weekly glucagon-like peptide-1 receptor agonist in adolescents and young adults with hypothalamic obesity. Diabetes, Obesity and Metabolism. 2021;23(2):363–373.

Twig G, Yaniv G, Levine H, et al. Body-mass index in 2.3 million adolescents and cardiovascular death in adulthood. New England Journal of Medicine. 2016;374(25):2430–2440.

Wahi G, St-Pierre J, Johnston BC, et al. Effectiveness of pharmacological interventions for managing obesity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis framed

using minimal important difference estimates based on GRADE guidance to inform a clinical practice guideline. *Pediatr Obes.* 2024 Nov;19(11):e13169. doi: 10.1111/ijpo.13169. Epub 2024 Sep 6. PMID: 39238400.

Weghuber D, Forslund A, Ahlström H, et al. A 6-month randomized, double-blind, placebo-controlled trial of weekly exenatide in adolescents with obesity. *Pediatric Obesity.* 2020;15(7):e12624.

Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, et al. Once-weekly semaglutide in adolescents with obesity. *New England Journal of Medicine.* 2022;387(24):2245–2257.

Versionsnummer:	5.0
Erstveröffentlichung:	10/2000
Letzte inhaltliche Überarbeitung:	01/2026
Nächste Überprüfung geplant:	2026

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online