



Medikamentöse Adipositasstherapie

12. Kammerkolloquium Kindergesundheit
Ess- und Ernährungsstörungen bei Kindern und
Jugendlichen

Ärzttekammer Nordrhein, 28.06.2025

Dr. med. André Barth

Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln,
Universität Witten/Herdecke

Medikamentöse Adipositas therapie

Gibt es zur Adipositas therapie empfohlene und zugelassene Medikamente im Kindes- und Jugendalter?

Medikamentöse Adipositas therapie

[AWMF Leitlinien-Register](#)[AWMF-Webseite ↗](#)[Interessenerklärung ↗](#)

Portal der wissenschaftlichen Medizin

Registernummer 050 - 002

LEITLINIE

S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Version:	4.0
Stand:	31.08.2019
Gültig bis:	30.08.2024

Verfügbare Dokumente:

Langfassung der Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter	Download
Leitlinienreport	Download

Medikamentöse Adipositas therapie

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

S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter



ARBEITSGEMEINSCHAFT
ADIPOSITAS
IM KINDES- UND JUGENDALTER

der Deutschen Adipositas-Gesellschaft
Korporatives Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

**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 und Prävention der
Adipositas
im Kindes- und Jugendalter**

**AWMF-Nr. 050-002
Version August 2019**

in Zusammenarbeit mit:

Fachgesellschaften
Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)
Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED)
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie (CAADIP)

Berufsverbände
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)

Weitere
Konsensusgruppe Adipositas schulung für Kinder und Jugendliche e.V. (KGAS)
Patientenvertreter/Betroffene

1

3.1.9 Zusätzliche medikamentöse Therapie

Die Indikation für eine zusätzliche Pharmakotherapie zur Gewichtssenkung kann unter folgenden Voraussetzungen gestellt werden: Bei Adipositas mit erheblicher Komorbidität und einem extrem erhöhten Gesundheitsrisiko sowie Versagen einer herkömmlichen verhaltensorientierten Therapie über mindestens 9-12 Monate kann in Einzelfällen eine medikamentöse Therapie erwogen werden (Wabitsch und Kunze et al. 2015 EK IV). Die Indikation sollte durch einen auf dem Gebiet der Adipositas im Kindes- und Jugendalter erfahrenen Therapeuten gestellt werden. Klar definierte Kriterien (z.B. Alter, Grad der Adipositas, Ergebnis bisheriger verhaltenstherapeutischer Maßnahmen usw.) zur Indikation für die zusätzliche medikamentöse Behandlung liegen aufgrund mangelnder Studien nicht vor. Grundsätzlich gilt auch hier, dass jede therapeutische Maßnahme im Rahmen eines langfristig angelegten, interdisziplinären Therapieprogramms durchgeführt werden muss.

Empfehlung 27 (geprüft 2019, redaktionelle Änderung)

Bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter kann in Einzelfällen eine zusätzliche medikamentöse Therapie zur Übergewichtsreduktion erwogen werden insbesondere bei Patienten mit erheblicher Komorbidität und einem extrem erhöhten Gesundheitsrisiko sowie Versagen einer herkömmlichen verhaltensorientierten Therapie über mindestens 9-12 Monate. [LoE IV, Expertenkonsens], EG 0, starker Konsens.

Das Ergebnis der ursprünglichen Literaturrecherche (bis 2006) und Auswahl durch die Expertengruppe zeigte 15 Studien mit ca. 1610 Probanden, die eine pharmakologische Behandlung im Rahmen der Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter einschlossen. Die Anzahl der behandelten Patienten ist geringer als bei den Erwachsenen. Der Beobachtungszeitraum lag im Mittel bei 7,6 Monaten. Die Aufteilung nach Medikament ergab 7 Studien (n = 833) zu Sibutramin, 5 Studien (n = 664) zu Orlistat sowie 3 Studien (n = 81) zu Metformin und 1 Studie (n = 32) zu Epinephrin. Ab dem Jahr 2006 wurde neue Literatur in Form von Meta-Analysen und systematischen Reviews eingeschlossen. Aufgrund der Vielzahl der Studien wurde die genaue Probandenzahl nicht erneut bestimmt.

3.1.9.1 Medikamente zur Adipositastherapie mit gewichtssenkendem Potential

Grundsätzlich gibt es 2 verschiedene Kategorien an Medikamenten:

1. Medikamente, die durch eine Reduktion des Appetits oder eine Steigerung der Sättigung (Appetitzügler) die Nahrungszufuhr hemmen und
2. Medikamente, die die Nährstoffabsorption hemmen

Aktuell sind in Deutschland keine der diesbezüglich vorhandenen Medikamente für Kinder und Jugendliche zugelassen. Ein individueller Heilversuch erscheint jedoch bei ausgewählten Patienten, bei mangelnden Alternativen und dringender Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion sinnvoll.

ERSTES ARZNEIMITTEL FÜR ADIPOSE 12- BIS 17-JÄHRIGE

Liraglutid erhält Zulassung bei Jugendlichen mit Adipositas

STUTT GART - 08.06.2021, 10:45 UHR



Liraglutid darf nun auch bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren zur Adipositasbehandlung eingesetzt werden.
(Foto: Africa Studio / AdobeStock)

Das ursprünglich zur Therapie des Diabetes mellitus entwickelte und zugelassene Liraglutid darf seit 2015 auch zur Adipositasbehandlung bei Erwachsenen eingesetzt werden. Auch bei Jugendlichen konnte das GLP-1-Analogon in Studien nun das Gewicht reduzieren – es geht um 4,5 Kilogramm nach einem starken Jahr Liraglutidtherapie. Der EMA genügte dies, Saxenda darf nun auch bei adipösen Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren zur Gewichtsreduktion eingesetzt werden.

Glucagon-like Peptide 1

- Peptidhormon
- Synthese in den neuroendokrinen L-Zellen im Ileum und Colon als Reaktion auf Glukose-Influx
- Kurze HWZ: Abbau durch DDP 4 (Dipeptidylpeptidase 4) innerhalb weniger Minuten
- Pleiotropes Hormon:
 - Wirkungen u.a. auf
 - Pankreas (u.a. Stimulation der Glukose-abhängigen Insulinsekretion)
 - Leber (u.a. Reduktion der Glukoneogenese)
 - Gehirn (u.a. Sättigung durch Bindung an Rezeptoren in der Area postrema)
 - Muskel (u.a. Steigerung der Insulinsensitivität)
 - Gastrointestinaltrakt (u.a. Verlangsamung der Magenentleerung)

Review

Glucagon-like peptide 1 (GLP-1)

T.D. Müller^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27}, B. Finan¹, S.R. Bloom⁵, D. D'Alessio⁶, D.J. Drucker⁷, P.R. Flatt⁸, A. Fritsche^{2,9,10}, F. Gribble¹¹, H.J. Grill¹², J.F. Habener¹³, J.J. Holst¹⁴, W. Langhans¹⁵, J.J. Meier¹⁶, M.A. Nauck¹⁷, D. Perez-Tilve¹⁸, A. Pocai¹⁹, F. Reimann¹¹, D.A. Sandoval²⁰ ... M.H. Tschöp^{2,26,27}

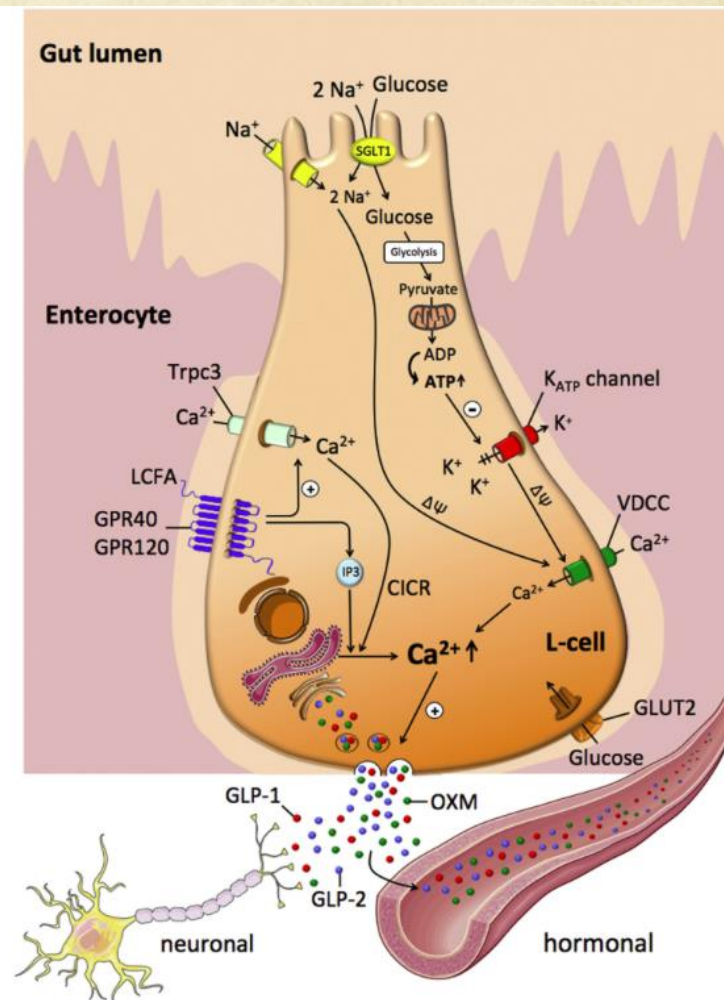
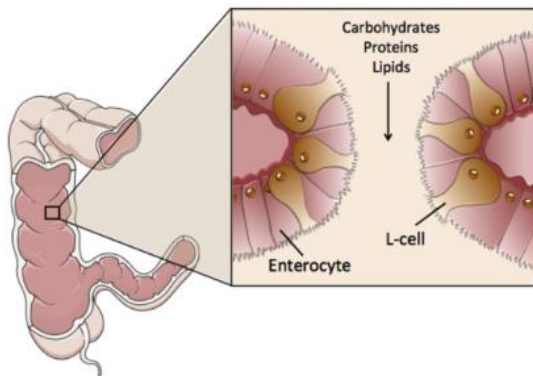
Show more

Share Cite

<https://doi.org/10.1016/j.molmet.2019.09.010>
Under a Creative Commons license

Get rights and content
Open access

Synthese in den neuroendokrinen L-Zellen im Ileum und Colon als Reaktion auf Glukose-Influx:



Glucagon-like Peptide 1

- Peptidhormon
- Synthese in den neuroendokrinen L-Zellen im Ileum und Colon als Reaktion auf Glukose-Influx
- Kurze HWZ: Abbau durch DDP 4 (Dipeptidylpeptidase 4) innerhalb weniger Minuten
- Pleiotropes Hormon:
 - Wirkungen u.a. auf
 - Pankreas (u.a. Stimulation der Glukose-abhängigen Insulinsekretion)
 - Leber (u.a. Reduktion der Glukoneogenese)
 - Gehirn (u.a. Sättigung durch Bindung an Rezeptoren in der Area postrema)
 - Muskel (u.a. Steigerung der Insulinsensitivität)
 - Gastrointestinaltrakt (u.a. Verlangsamung der Magenentleerung)

Review

Glucagon-like peptide 1 (GLP-1)

T.D. Müller^{1,2,3,8,9}, B. Finan⁴, S.R. Bloom⁵, D. D'Alessio⁶, D.J. Drucker⁷, P.R. Flatt⁸, A. Fritsche^{2,9,10}, F. Gribble¹¹, H.J. Grill¹², J.F. Habener¹³, J.J. Holst¹⁴, W. Langhans¹⁵, J.J. Meier¹⁶, M.A. Nauck¹⁷, D. Perez-Tilve¹⁸, A. Pocai¹⁹, F. Reimann¹¹, D.A. Sandoval²⁰ ... M.H. Tschöp^{2,26,27}

Show more

Share Cite

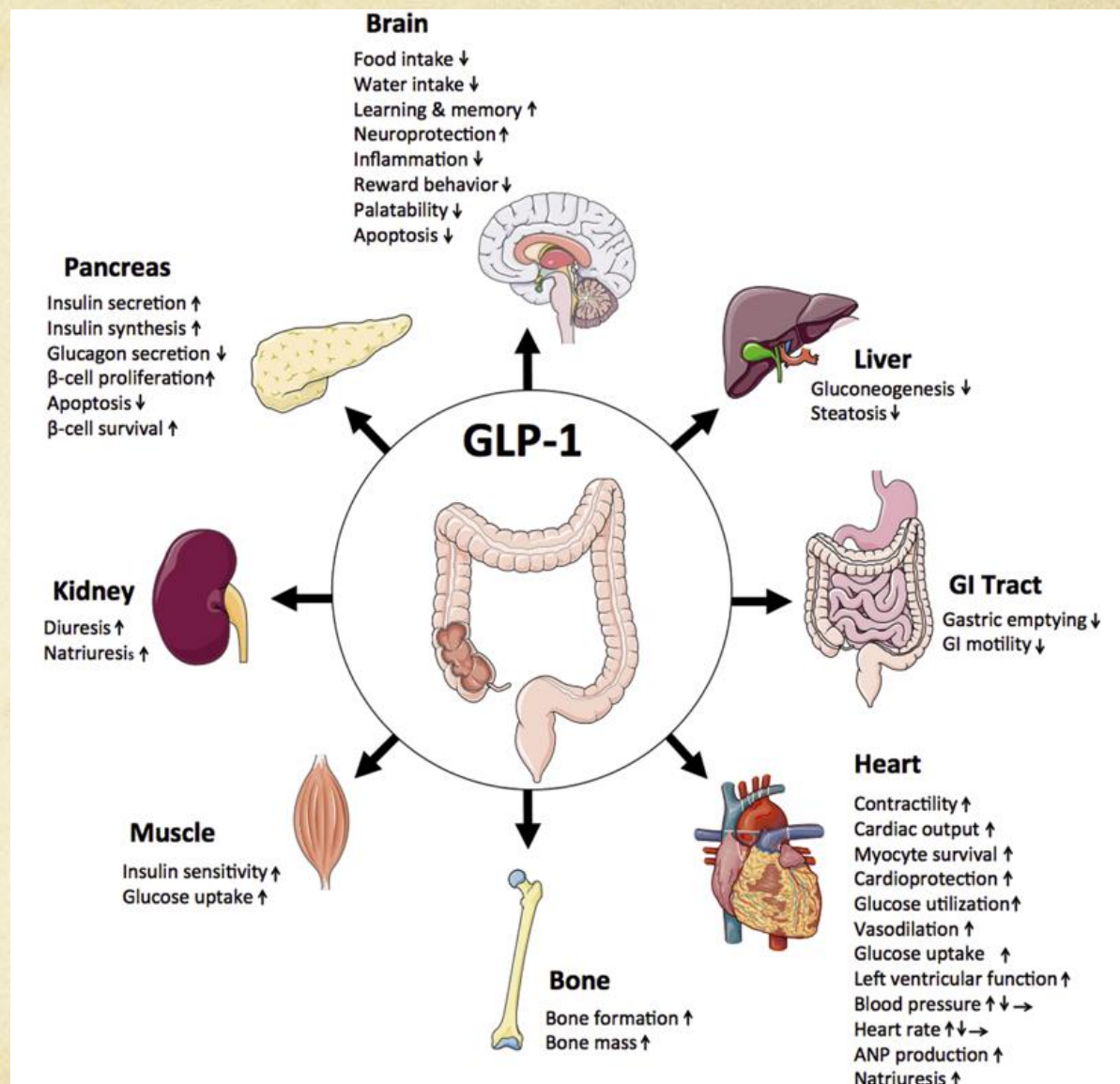
<https://doi.org/10.1016/j.molmet.2019.09.010>

Under a Creative Commons license

Get rights and content

Open access

Pleiotropes Hormon:



Review

Glucagon-like peptide 1 (GLP-1)

T.D. Müller^{1, 2, 3}  , B. Finan⁴, S.R. Bloom⁵, D. D'Alessio⁶, D.J. Drucker⁷, P.R. Flatt⁸, A. Fritsche^{2, 9, 10}, F. Gribble¹¹, H.J. Grill¹², J.F. Habener¹³, J.J. Holst¹⁴, W. Langhans¹⁵, J.J. Meier¹⁶, M.A. Nauck¹⁷, D. Perez-Tilve¹⁸, A. Pocai¹⁹, F. Reimann¹¹, D.A. Sandoval²⁰ ... M.H. Tschöp^{2, 26, 27}

Show more 

 Share  Cite

<https://doi.org/10.1016/j.molmet.2019.09.010>

Under a Creative Commons [license](#)

Get rights and content

 Open access

Review

Glucagon-like peptide 1 (GLP-1)

T.D. Müller^{1,2,3,8,9}, B. Finan⁴, S.R. Bloom⁵, D. D'Alessio⁶, D.J. Drucker⁷, P.R. Flatt⁸, A. Fritsche^{2,9,10}, F. Gribble¹¹, H.J. Grill¹², J.F. Habener¹³, J.J. Holst¹⁴, W. Langhans¹⁵, J.J. Meier¹⁶, M.A. Nauck¹⁷, D. Perez-Tilve¹⁸, A. Pocai¹⁹, F. Reimann¹¹, D.A. Sandoval²⁰ ... M.H. Tschöp^{2,26,27}

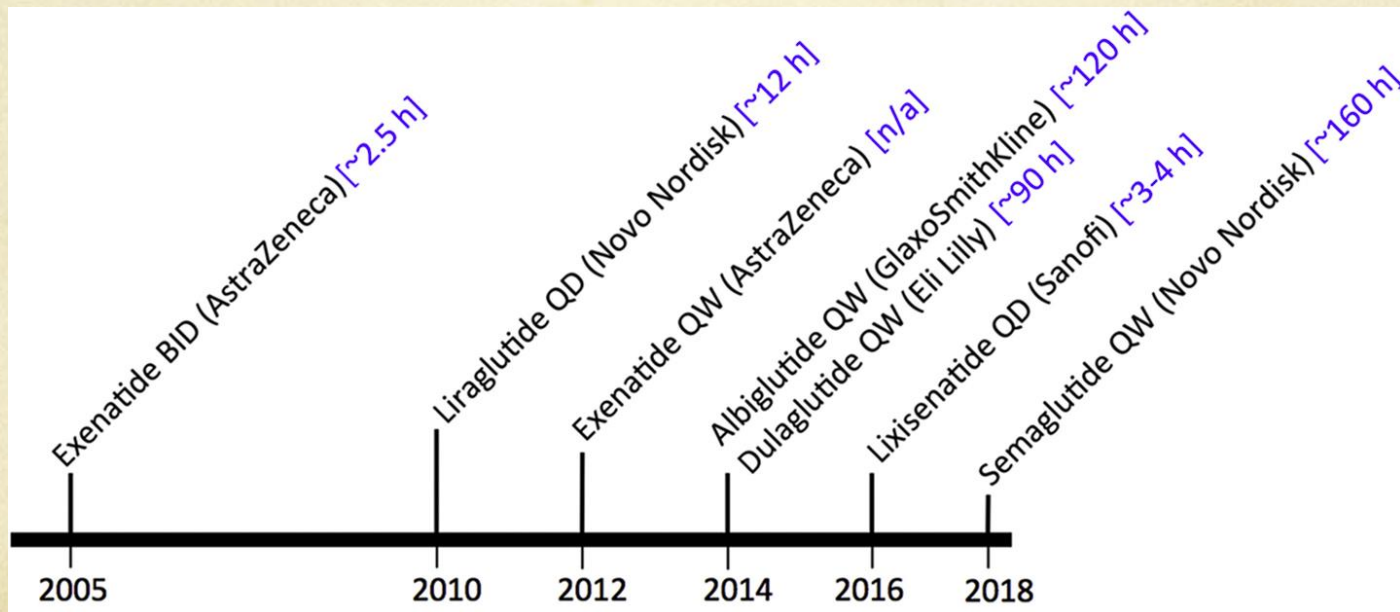
Show more

Share Cite

<https://doi.org/10.1016/j.molmet.2019.09.010>
Under a Creative Commons license

Get rights and content
Open access

Im Verlauf Entwicklung verschiedener GLP-1-Analoga mit verlängerter HWZ:



Review

Glucagon-like peptide 1 (GLP-1)

T.D. Müller^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27}, S.R. Bloom⁵, D. D'Alessio⁶, D.J. Drucker⁷, P.R. Flatt⁸, A. Fritsche^{2,9,10}, F. Gribble¹¹, H.J. Grill¹², J.F. Habener¹³, J.J. Holst¹⁴, W. Langhans¹⁵, J.J. Meier¹⁶, M.A. Nauck¹⁷, D. Perez-Tilve¹⁸, A. Pocai¹⁹, F. Reimann¹¹, D.A. Sandoval²⁰ ... M.H. Tschöp^{2,26,27}

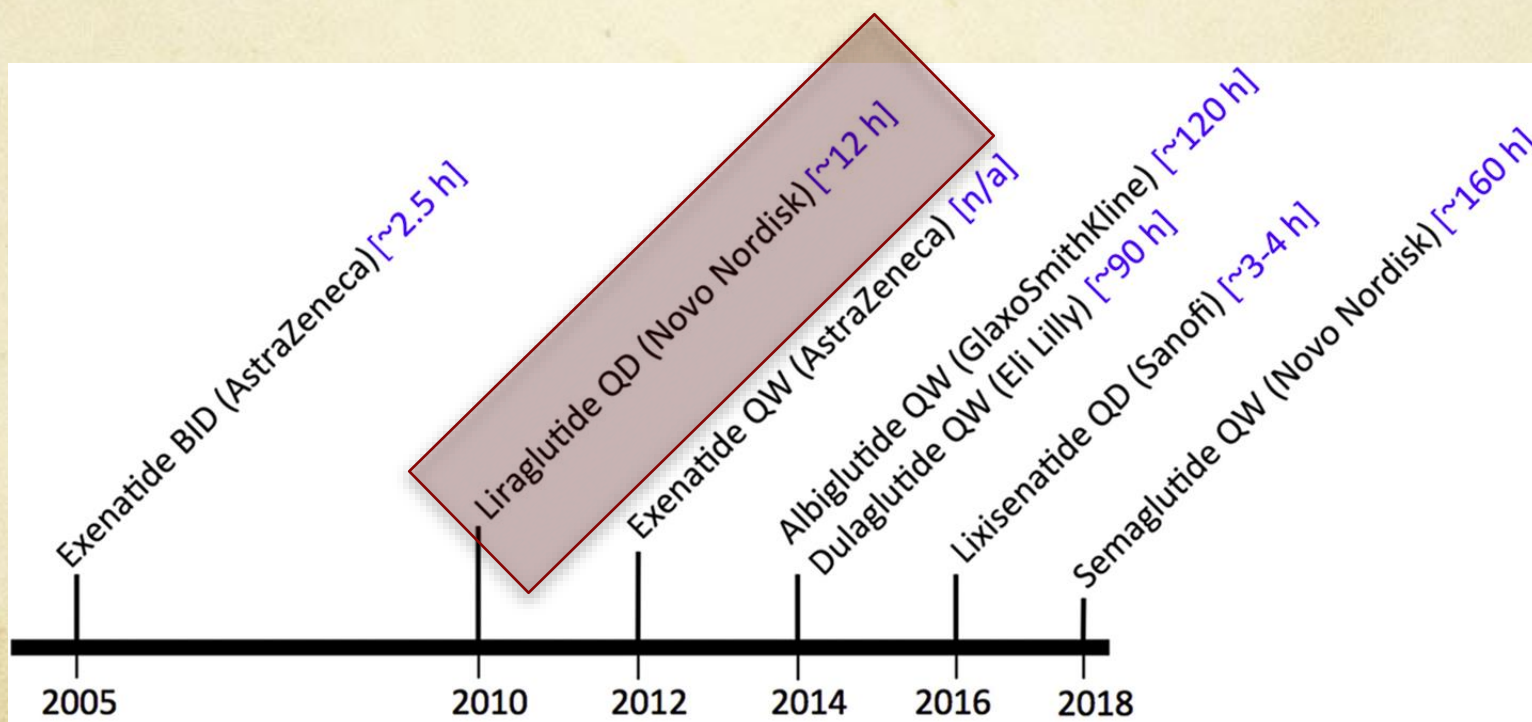
Show more

Share Cite

<https://doi.org/10.1016/j.molmet.2019.09.010>
Under a Creative Commons license

Get rights and content
Open access

Im Verlauf Entwicklung verschiedener GLP-1-Analoga mit verlängerter HWZ:



ORIGINAL ARTICLE

A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity

Aaron S. Kelly, Ph.D., Pernille Auerbach, M.D., Ph.D., Margarita Barrientos-Perez, M.D., Inge Gies, M.D., Ph.D., Paula M. Hale, M.D., Claude Marcus, M.D., Ph.D., Lucy D. Mastrandrea, M.D., Ph.D., Nandana Prabhu, M.Sc., and Silva Arslanian, M.D., for the NN8022-4180 Trial Investigators*

ABSTRACT

BACKGROUND

Obesity is a chronic disease with limited treatment options in pediatric patients. Liraglutide may be useful for weight management in adolescents with obesity.

METHODS

In this randomized, double-blind trial, which consisted of a 56-week treatment period and a 26-week follow-up period, we enrolled adolescents (12 to <18 years of age) with obesity and a poor response to lifestyle therapy alone. Participants were randomly assigned (1:1) to receive either liraglutide (3.0 mg) or placebo subcutaneously once daily, in addition to lifestyle therapy. The primary end point was the change from baseline in the body-mass index (BMI; the weight in kilograms divided by the square of the height in meters) standard-deviation score at week 56.

A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity

Aaron S. Kelly, Ph.D., Pernille Auerbach, M.D., Ph.D., Margarita Barrientos-Perez, M.D., Inge Gies, M.D., Ph.D., Paula M. Hale, M.D., Claude Marcus, M.D., Ph.D., Lucy D. Mastrandrea, M.D., Ph.D., Nandana Prabhu, M.Sc., and Silva Arslanian, M.D., for the NN8022-4180 Trial Investigators*

Table 1. Characteristics of the Participants at Baseline.*

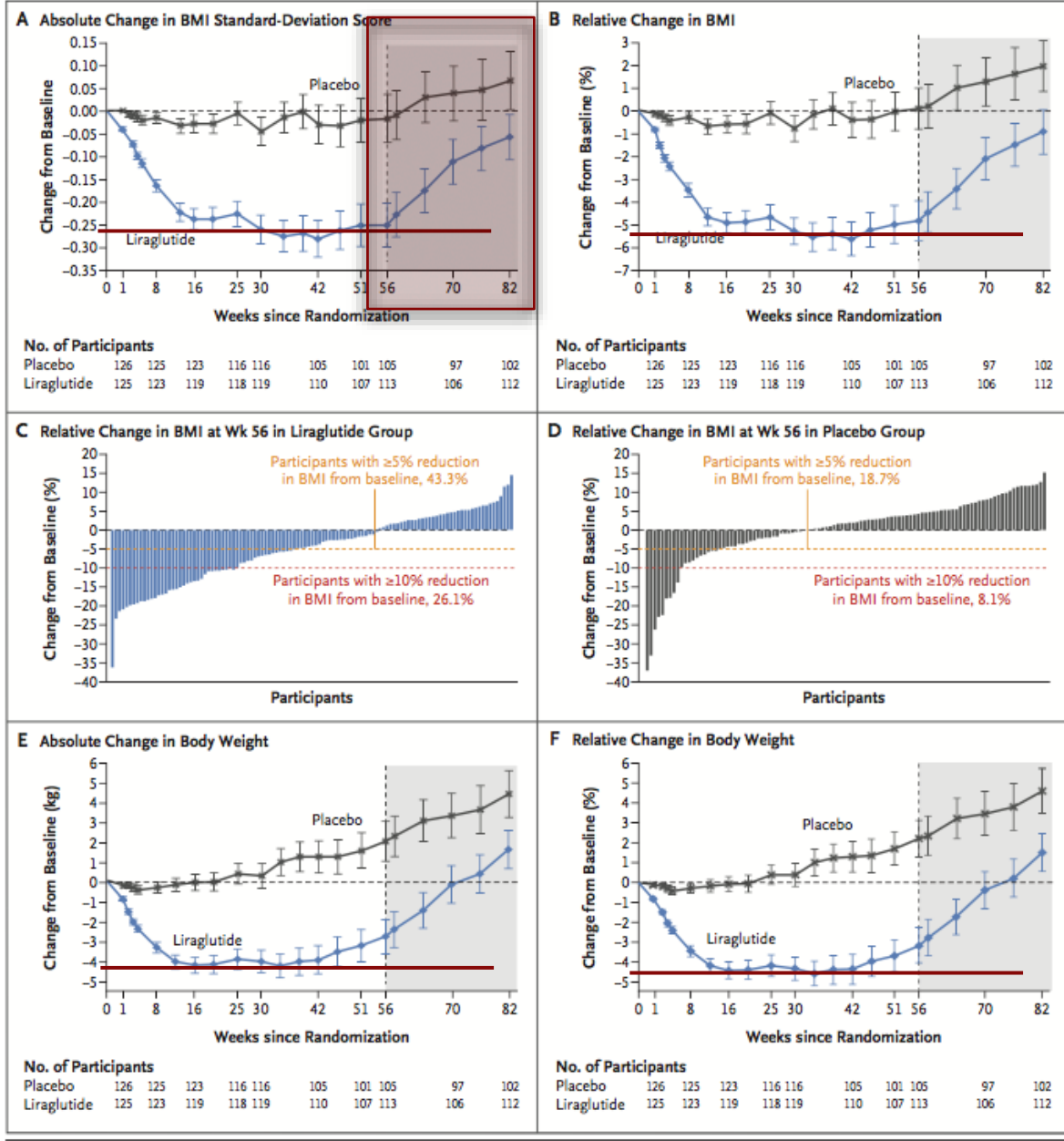
Characteristic	Liraglutide (N=125)	Placebo (N=126)
Female sex — no. (%)	71 (56.8)	78 (61.9)
Age — yr	14.6±1.6	14.5±1.6
Race or ethnic group — no. (%)†		
White	105 (84.0)	115 (91.3)
Black	14 (11.2)	6 (4.8)
Asian	2 (1.6)	0
American Indian or Alaska Native	0	1 (0.8)
Other	4 (3.2)	4 (3.2)
Hispanic ethnic group — no. (%)‡	32 (25.6)	24 (19.0)
Tanner stage — no. (%)§		
2	6 (4.8)	8 (6.3)
3	16 (12.8)	13 (10.3)
4	38 (30.4)	40 (31.7)
5	65 (52.0)	65 (51.6)
Height — m	1.7±0.1	1.7±0.1
Body weight — kg	99.3±19.7	102.2±21.6
BMI¶	35.3±5.1	35.8±5.7
BMI standard-deviation score¶¶	3.14±0.65	3.20±0.77
BMI as percentage of the 95th percentile — %	137.7±18.0	139.6±21.4
Waist circumference — cm	104.87±12.67	106.99±13.57
Waist:hip ratio	0.908±0.079	0.915±0.080
Glycated hemoglobin — %	5.3±0.4	5.3±0.4
Fasting plasma glucose — mg/dl	94.1±7.6	94.5±11.1
Dysglycemia — no. (%)	32 (25.6)	33 (26.2)
Blood pressure — mm Hg		
Systolic	116±10	117±12
Diastolic	72±8	73±8
Cholesterol — mg/dl		
Total	156.4±27.0	154.9±29.6
High-density lipoprotein	43.8±10.0	43.8±10.3
Low-density lipoprotein	88.6±24.0	86.6±25.2
Triglycerides — mg/dl	121.0±59.4	124.5±62.5
Free fatty acids — mg/dl	13.1±5.4	14.3±5.5
Total score on IWQOL-Kids questionnaire**	84.5±12.4	82.4±14.5

Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Perez M, et al. A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity. *N Engl J Med.* 2020;382(22):2117-2128. doi:10.1056/NEJMoa1916038

© <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1916038>, Tabelle1, Seite 2121

A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity

Aaron S. Kelly, Ph.D., Pernille Auerbach, M.D., Ph.D., Margarita Barrientos-Perez, M.D., Inge Gies, M.D., Ph.D., Paula M. Hale, M.D., Claude Marcus, M.D., Ph.D., Lucy D. Mastrandrea, M.D., Ph.D., Nandana Prabhu, M.Sc., and Silva Arslanian, M.D., for the NN8022-4180 Trial Investigators*



Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Perez M, et al. A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity. *N Engl J Med*. 2020;382(22):2117-2128. doi:10.1056/NEJMoa1916038

© <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1916038>, Abbildung 1, Seite 2122

A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity

Aaron S. Kelly, Ph.D., Pernille Auerbach, M.D., Ph.D., Margarita Barrientos-Perez, M.D., Inge Gies, M.D., Ph.D., Paula M. Hale, M.D., Claude Marcus, M.D., Ph.D., Lucy D. Mastrandrea, M.D., Ph.D., Nandana Prabhu, M.Sc., and Silva Arslanian, M.D., for the NN8022-4180 Trial Investigators*

Table 2. Estimated Mean Change from Baseline in Primary and Supportive Secondary Efficacy End Points at Week 56.*

End Point	Change from Baseline		Liraglutide vs. Placebo (95% CI)
	Liraglutide (N=125)	Placebo (N=126)	
BMI standard-deviation score			
Absolute change	 <u>-0.23±0.05</u>	-0.00±0.05	-0.22 (-0.37 to -0.08)
Relative change — %	-8.32±1.68	-0.68±1.74	-7.64 (-12.41 to -2.87)
BMI			
Absolute change	 <u>-1.39±0.31</u>	0.19±0.33	-1.58 (-2.47 to -0.69)
Relative change — %	-4.29±0.88	0.35±0.91	-4.64 (-7.14 to -2.14)
BMI as percentage of the 95th percentile — percentage points	-5.47±1.22	0.77±1.27	-6.24 (-9.70 to -2.79)
Body weight			
Absolute change — kg	 <u>-2.26±0.94</u>	2.25±0.98	-4.50 (-7.17 to -1.84)
Relative change — %	-2.65±0.93	2.37±0.95	-5.01 (-7.63 to -2.39)
Waist circumference — cm	-4.35±0.85	-1.42±0.88	-2.93 (-5.24 to -0.63)
Waist:hip ratio	-0.02±0.005	-0.02±0.005	0.00 (-0.02 to 0.01)
Glycated hemoglobin — percentage points	-0.10±0.03	-0.03±0.03	-0.06 (-0.14 to 0.01)
Fasting plasma glucose — mg/dl	-1.98±0.85	-0.16±0.86	-1.82 (-4.14 to 0.51)

Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Perez M, et al. A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity. *N Engl J Med.* 2020;382(22):2117-2128. doi:10.1056/NEJMoa1916038

© <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1916038>, Tabelle 2, Seite 2124

A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity

Aaron S. Kelly, Ph.D., Pernille Auerbach, M.D., Ph.D., Margarita Barrientos-Perez, M.D., Inge Gies, M.D., Ph.D., Paula M. Hale, M.D., Claude Marcus, M.D., Ph.D., Lucy D. Mastrandrea, M.D., Ph.D., Nandana Prabhu, M.Sc., and Silva Arslanian, M.D., for the NN8022-4180 Trial Investigators*

Table 2. Estimated Mean Change from Baseline in Primary and Supportive Secondary Efficacy End Points at Week 56.*

End Point	Change from Baseline		Liraglutide vs. Placebo (95% CI)
	Liraglutide (N=125)	Placebo (N=126)	
BMI standard-deviation score			
Blood pressure — mm Hg			
Systolic	−1.21±0.90	0.84±0.90	−2.05 (−4.53 to 0.43)
Diastolic	0.77±0.69	−0.46±0.69	1.24 (−0.66 to 3.14)
Heart rate — beats/min	1.87±0.91	−0.14±0.95	2.01 (−0.50 to 4.52)
Cholesterol†			
Total	1.00±0.01	0.99±0.01	1.01 (0.97 to 1.04)
High-density lipoprotein	1.04±0.02	1.01±0.02	1.02 (0.97 to 1.07)
Low-density lipoprotein	1.00±0.02	1.00 ±0.02	1.00 (0.94 to 1.05)
Non-high-density lipoprotein	0.98±0.02	0.98±0.02	1.00 (0.95 to 1.05)
Very-low-density lipoprotein	0.92±0.04	0.93±0.04	0.98 (0.89 to 1.08)
Triglycerides†	0.92±0.04	0.93±0.04	0.98 (0.89 to 1.08)
Free fatty acids†	0.97±0.04	0.97±0.04	1.00 (0.90 to 1.10)
Fasting insulin†	1.03±0.06	1.14±0.06	0.91 (0.77 to 1.06)
Fasting C-peptide†	0.97±0.04	1.01±0.04	0.96 (0.86 to 1.06)
β-cell function on HOMA†	1.11±0.05	1.14±0.05	0.97 (0.85 to 1.12)
Insulin resistance on HOMA†	1.01±0.06	1.11±0.06	0.91 (0.77 to 1.08)
High-sensitivity C-reactive protein†	0.81±0.08	0.93±0.08	0.87 (0.70 to 1.09)
Total score on IWQOL-Kids questionnaire	7.88±1.04	6.57±1.06	1.31 (−1.57 to 4.20)

Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Perez M, et al. A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity. *N Engl J Med*. 2020;382(22):2117-2128. doi:10.1056/NEJMoa1916038

© <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1916038>, modifizierte Tabelle 2, Seite 2124

A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity

Aaron S. Kelly, Ph.D., Pernille Auerbach, M.D., Ph.D., Margarita Barrientos-Perez, M.D., Inge Gies, M.D., Ph.D., Paula M. Hale, M.D., Claude Marcus, M.D., Ph.D., Lucy D. Mastrandrea, M.D., Ph.D., Nandana Prabhu, M.Sc., and Silva Arslanian, M.D., for the NN8022-4180 Trial Investigators*

Table 3. Adverse Events during the Treatment Period.*

Event	Liraglutide (N = 125)			Placebo (N = 126)			P Value
	no. of participants (%)	no. of events	events/1000 exposure-yr	no. of participants (%)	no. of events	events/1000 exposure-yr	
Any adverse events	111 (88.8)	777	6187.8	107 (84.9)	627	5018.5	0.07†
Gastrointestinal adverse events	81 (64.8)	319	2540.4	46 (36.5)	121	968.5	0.001†
Serious adverse events‡	3 (2.4)	3	23.9	5 (4.0)	6	48.0	0.72§
Adverse events that led to treatment discontinuation	13 (10.4)	19	151.3	0	0	0	<0.001§
Adverse events that occurred in ≥5% of participants							
Nasopharyngitis	34 (27.2)	68	541.5	38 (30.2)	80	640.3	0.60¶
Nausea	53 (42.4)	101	804.3	18 (14.3)	25	200.1	<0.001¶
Headache	29 (23.2)	43	342.4	35 (27.8)	53	424.2	0.41¶
Vomiting	43 (34.4)	85	676.9	5 (4.0)	8	64.0	<0.001¶
Diarrhea	28 (22.4)	44	350.4	18 (14.3)	29	232.1	0.10¶
Upper abdominal pain	17 (13.6)	25	199.1	17 (13.5)	23	184.1	0.98¶
Oropharyngeal pain	11 (8.8)	11	87.6	15 (11.9)	18	144.1	0.42¶
Influenza	11 (8.8)	11	87.6	12 (9.5)	12	96.0	0.84¶
Gastroenteritis	16 (12.8)	22	175.2	6 (4.8)	9	72.0	0.02¶
Upper respiratory tract infection	11 (8.8)	14	111.5	11 (8.7)	16	128.1	0.98¶
Abdominal pain	10 (8.0)	15	119.5	11 (8.7)	15	120.1	0.83¶
Pyrexia	10 (8.0)	11	87.6	9 (7.1)	11	88.0	0.80¶
Dizziness	13 (10.4)	15	119.5	4 (3.2)	5	40.0	0.02¶
Dysmenorrhea	4 (3.2)	5	39.8	8 (6.3)	16	128.1	0.38§
Arthralgia	3 (2.4)	3	23.9	8 (6.3)	8	64.0	0.22§
Pharyngitis	4 (3.2)	5	39.8	7 (5.6)	7	56.0	0.54§

Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Perez M, et al. A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity. *N Engl J Med*.

2020;382(22):2117-2128. doi:10.1056/NEJMoa1916038

© <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1916038>, Tabelle 3, Seite 2124

https://www.focus.de/gesundheit/news/wirkstoff-risiko-kosten-das-steckt-hinter-hollywoods-neuer-abnehm-spritze-wegovy_id_166608967.html



Politik Finanzen Perspektiven Klima Wissen Gesundheit Unterhaltung Panoramen

Nachrichten > Gesundheit > News > „Wegovy“: Das steckt hinter Hollywoods neuer Abnehm-Spritze

Elon Musk schwört darauf

Das steckt hinter Hollywoods neuer Abnehm-Spritze

Teilen Pocket



„Wegovy“: Das steckt hinter Hollywoods neuer Abnehm-Spritze

Getty Images

Mittwoch, 19.10.2022, 18:38

Hollywood hat offenbar eine neue „Wunderdroge“: „Wegovy“. Das eigentlich für Diabetes zugelassene Mittel wird mittlerweile unter neuem Namen als Abnehm-Spritze verabreicht. Wie das Medikament funktioniert und ob es gefährlich ist, lesen Sie hier.

Abnehmen wie Kim Kardashian ohne Diät - Auch Top-Wissenschaftler begeistert: „Neue Medikamente sind ein Durchbruch“

Erstellt: 05.03.2023 Aktualisiert: 05.03.2023, 12:09 Uhr

Von: [Andreas Beez](#)

Kommentare



Der Hollywood-Hype schwappt nach Deutschland: Kim Kardashian schwärmt vom Abnehm-Mittel Ozempic. © JEAN-BAPTISTE LACROIX

Neue Medikamente wie Ozempic und Wegovy ermöglichen Abnehmen ohne Diät und Sport. Hier analysieren Münchner Top-Wissenschaftler die neue Therapie und ihre Nebenwirkungen.

<https://www.24vita.de/gesundheit/abnehmen-wie-kim-kardashian-ohne-diaet-nebenwirkungen-im-check-zr-92124851.html>

Review

Glucagon-like peptide 1 (GLP-1)

T.D. Müller^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20}, S.R. Bloom⁵, D. D'Alessio⁶, D.J. Drucker⁷, P.R. Flatt⁸, A. Fritsche^{2,9,10}, F. Gribble¹¹, H.J. Grill¹², J.F. Habener¹³, J.J. Holst¹⁴, W. Langhans¹⁵, J.J. Meier¹⁶, M.A. Nauck¹⁷, D. Perez-Tilve¹⁸, A. Pocai¹⁹, F. Reimann¹¹, D.A. Sandoval²⁰ ... M.H. Tschöp^{2,26,27}

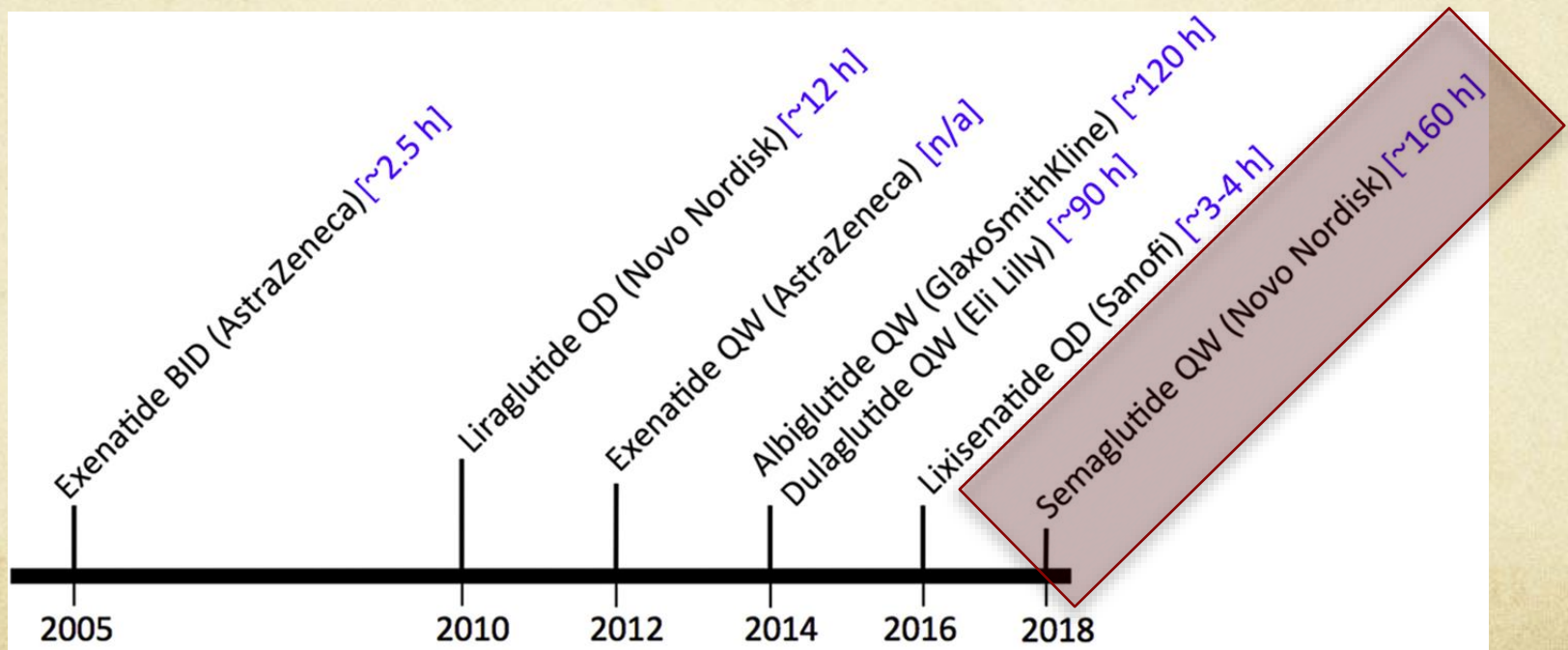
Show more

Share Cite

<https://doi.org/10.1016/j.molmet.2019.09.010>
Under a Creative Commons license

Get rights and content
Open access

Im Verlauf Entwicklung verschiedener GLP-1-Analoga mit verlängerter HWZ:



ORIGINAL ARTICLE

Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity

Daniel Weghuber, M.D., Timothy Barrett, Ph.D., Margarita Barrientos-Pérez, M.D., Inge Gies, Ph.D., Dan Hesse, Ph.D., Ole K. Jeppesen, M.Sc., Aaron S. Kelly, Ph.D., Lucy D. Mastrandrea, M.D., Rasmus Sørrig, Ph.D., and Silva Arslanian, M.D.,
for the STEP TEENS Investigators*

ABSTRACT

BACKGROUND

A once-weekly, 2.4-mg dose of subcutaneous semaglutide, a glucagon-like peptide-1 receptor agonist, is used to treat obesity in adults, but assessment of the drug in adolescents has been lacking.

METHODS

In this double-blind, parallel-group, randomized, placebo-controlled trial, we enrolled adolescents (12 to <18 years of age) with obesity (a body-mass index [BMI] in the 95th percentile or higher) or with overweight (a BMI in the 85th percentile or higher) and at least one weight-related coexisting condition. Participants were randomly assigned in a 2:1 ratio to receive once-weekly subcutaneous semaglutide (at a dose of 2.4 mg) or placebo for 68 weeks, plus lifestyle intervention. The primary end point was the percentage change in BMI from baseline to week 68; the secondary confirmatory end point was weight loss of at least 5% at week 68.

ORIGINAL ARTICLE

Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity

Daniel Weghuber, M.D., Timothy Barrett, Ph.D., Margarita Barrientos-Pérez, M.D., Inge Gies, Ph.D., Dan Hesse, Ph.D., Ole K. Jeppesen, M.Sc., Aaron S. Kelly, Ph.D., Lucy D. Mastrandrea, M.D., Rasmus Sørrig, Ph.D., and Silva Arslanian, M.D., for the STEP TEENS Investigators*

Table 1. Characteristics of the Participants at Baseline.*

Characteristic	Semaglutide (N = 134)	Placebo (N = 67)	Total (N = 201)
Sex — no. (%)			
Male	50 (37)	26 (39)	76 (38)
Female	84 (63)	41 (61)	125 (62)
Age — yr	15.5±1.5	15.3±1.6	15.4±1.6
Age group — no. (%)			
12 to <15	47 (35)	25 (37)	72 (36)
15 to <18	87 (65)	42 (63)	129 (64)
Race — no. (%) †			
Asian	3 (2)	1 (1)	4 (2)
Black	11 (8)	5 (7)	16 (8)
White	104 (78)	55 (82)	159 (79)
Other	16 (12)	6 (9)	22 (11)
Hispanic or Latino ethnic group — no. (%) †	14 (10)	8 (12)	22 (11)
Tanner stage — no. (%) ‡			
2	3 (2)	5 (7)	8 (4)
3	11 (8)	3 (4)	14 (7)
4	40 (30)	14 (21)	54 (27)
5	80 (60)	45 (67)	125 (62)
Height — cm	170.1±9.4	168.8±10.6	169.7±9.8
Body weight — kg	109.9±25.2	102.6±22.3	107.5±24.5
BMI §			
Mean	37.7±6.7	35.7±5.4	37.0±6.4
Percentage of 95th percentile	133.8±22.7	127.8±17.6	131.8±21.2
Standard-deviation score	3.39±0.92	3.15±0.71	3.31±0.86
Waist circumference — cm	111.9±16.9	107.3±13.4	110.4±16.0
Glycated hemoglobin level — %	5.5±0.4	5.5±0.4	5.5±0.4
Blood pressure — mm Hg			
Systolic	120±11	120±12	120±11
Diastolic	73±9	73±9	73±9
Geometric mean lipid levels — mg/dl			
HDL cholesterol	43.7	43.3	43.5
Coefficient of variation	23.1	22.2	22.8
Triglycerides	111.3	108.1	110.2
Coefficient of variation	47.5	48.7	47.8

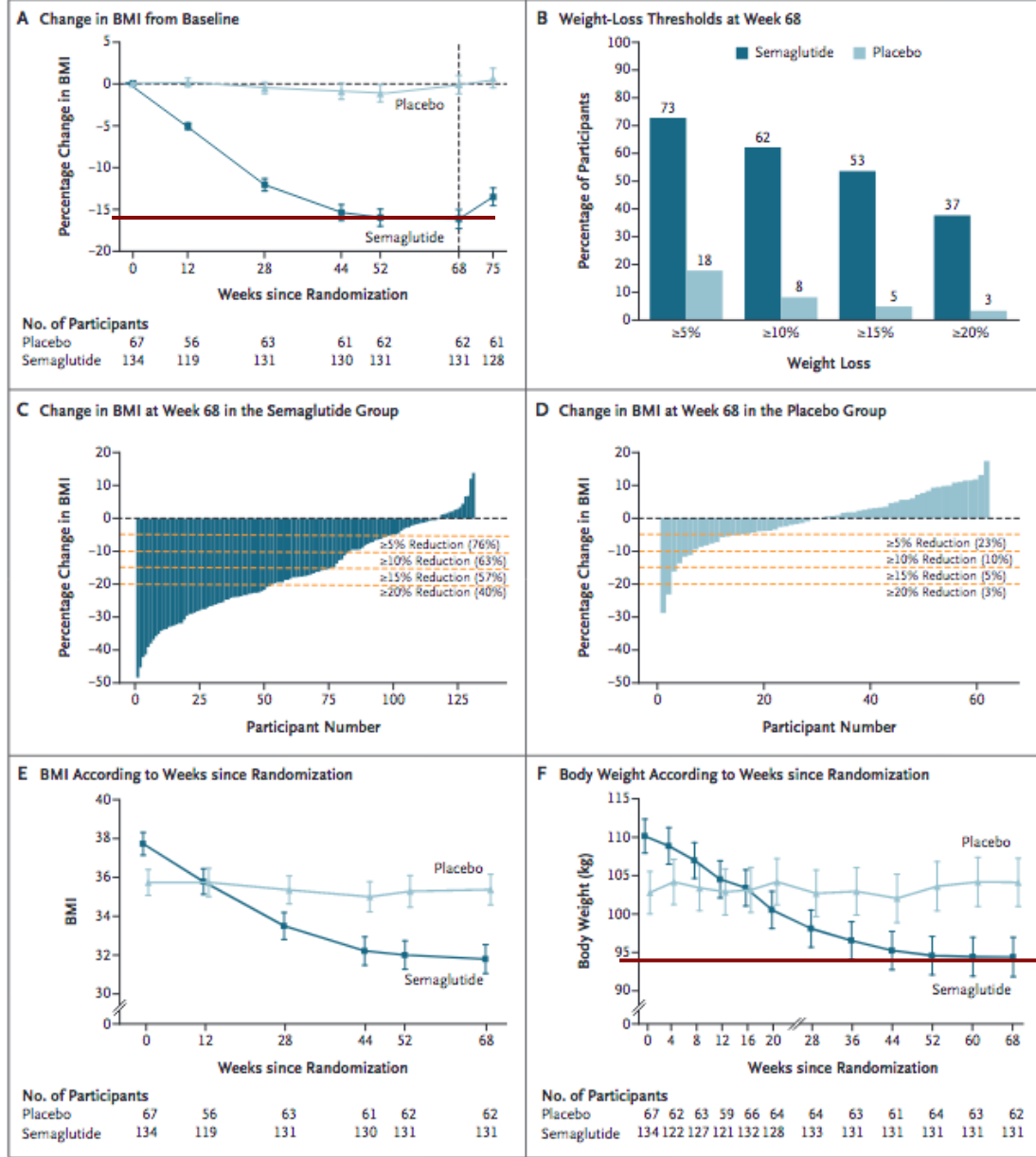
Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity. N Engl J Med. 2022;387(24):2245-2257. doi:10.1056/NEJMoa2208601

© <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2208601>, Tabelle1, Seite 2248

ORIGINAL ARTICLE

Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity

Daniel Weghuber, M.D., Timothy Barrett, Ph.D., Margarita Barrientos-Pérez, M.D., Inge Gies, Ph.D., Dan Hesse, Ph.D., Ole K. Jeppesen, M.Sc., Aaron S. Kelly, Ph.D., Lucy D. Mastrandrea, M.D., Rasmus Sørrig, Ph.D., and Silva Arslanian, M.D., for the STEP TEENS Investigators*



Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity. *N Engl J Med*.

2022;387(24):2245-2257. doi:10.1056/NEJMoa2208601

© <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2208601>, Abbildung 1, Seite 2252

ORIGINAL ARTICLE

Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity

Daniel Weghuber, M.D., Timothy Barrett, Ph.D., Margarita Barrientos-Pérez, M.D., Inge Gies, Ph.D., Dan Hesse, Ph.D., Ole K. Jeppesen, M.Sc., Aaron S. Kelly, Ph.D., Lucy D. Mastrandrea, M.D., Rasmus Sørrig, Ph.D. for the STEP TEENS Investigators

Table 2. End Points at Week 68 (Treatment Policy Estimand).*

End Point	Semaglutide (N=134)	Placebo (N=67)	Difference, Semaglutide vs. Placebo (95% CI) [†]	P Value
Primary end point				
Change in BMI — %	<u>-16.1</u>	0.6	-16.7 (-20.3 to -13.2)	<0.001
Secondary confirmatory end point				
≥5% reduction in body weight — no. of participants/total no. (%) [‡]	95/131 (73)	11/62 (18)	14.0 (6.3 to 31.0)	<0.001
Secondary supportive end points				
Change in BMI	<u>-5.8</u>	0.1	-6.0 (-7.3 to -4.6)	
Change in BMI as percentage of 95th percentile — percentage points [§]	-24.6	-4.2	-20.4 (-25.0 to -15.8)	
Change in BMI standard-deviation score [¶]	-1.1	-0.1	-1.0 (-1.3 to -0.8)	
BMI reduction of ≥5% — no. of participants/total no. (%) [‡]	99/131 (76)	14/62 (23)	13.8 (6.3 to 30.0)	
Change in body weight				
Absolute change — kg	<u>-15.3</u>	2.4	-17.7 (-21.8 to -13.7)	
Relative change — %	-14.7	2.7	-17.4 (-21.1 to -13.7)	
Reduction in body weight — no. of participants/total no. (%)[‡]				
≥10% reduction	<u>81/131 (62)</u>	5/62 (8)	23.0 (8.3 to 63.7)	
≥15% reduction	<u>70/131 (53)</u>	3/62 (5)	25.8 (7.6 to 88.0)	
≥20% reduction	<u>49/131 (37)</u>	2/62 (3)	20.0 (4.6 to 86.3)	
Change in waist circumference — cm	-12.7	-0.6	-12.1 (-15.6 to -8.7)	

Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity. N Engl J Med.

2022;387(24):2245-2257. doi:10.1056/NEJMoa2208601

© <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2208601>, Tabelle2, Seite 2250

Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity

Daniel Weghuber, M.D., Timothy Barrett, Ph.D., Margarita Barrientos-Pérez, M.D., Inge Gies, Ph.D., Dan Hesse, Ph.D., Ole K. Jeppesen, M.Sc., Aaron S. Kelly, Ph.D., Lucy D. Mastrandrea, M.D., Rasmus Sørrig, Ph.D., and Silva Arslanian, M.D., for the STEP TEENS Investigators*

Table 2. End Points at Week 68 (Treatment Policy Estimand).*

End Point	Semaglutide (N = 134)	Placebo (N = 67)	Difference, Semaglutide vs. Placebo (95% CI) [†]	P Value
Change in glycated hemoglobin level — percentage points				
Participants without type 2 diabetes	−0.4	−0.1	−0.2 (−0.3 to −0.1)	
All participants ^{**}	−0.4	−0.1	−0.3 (−0.3 to −0.2)	
Change in blood pressure — mm Hg				
Systolic	−2.7	−0.8	−1.9 (−5.0 to 1.1)	
Diastolic	−1.4	−0.8	−0.6 (−3.0 to 1.8)	
Percentage change in lipid levels ^{††}				
Total cholesterol	−8.3	−1.3	−7.1 (−10.5 to −3.5)	
HDL cholesterol	8.0	3.2	4.7 (−1.0 to 10.7)	
LDL cholesterol	−10.2	−3.4	−7.0 (−11.9 to −1.8)	
VLDL cholesterol	−28.4	1.6	−29.5 (−37.3 to −20.8)	
Triglycerides	−28.4	2.6	−30.2 (−38.0 to −21.5)	
Percentage change in ALT level ^{††}	−18.3	−4.9	−14.1 (−25.2 to −1.4)	

Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity. N Engl J Med.

2022;387(24):2245-2257. doi:10.1056/NEJMoa2208601

© <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2208601>, modifizierte Tabelle 2, Seite 2250

ORIGINAL ARTICLE

Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity

Daniel Weghuber, M.D., Timothy Barrett, Ph.D., Margarita Barrientos-Pérez, M.D., Inge Gies, Ph.D., Dan Hesse, Ph.D., Ole K. Jeppesen, M.Sc., Aaron S. Kelly, Ph.D., Lucy D. Mastrandrea, M.D., Rasmus Sørrig, Ph.D., and Silva Arslanian, M.D., for the STEP TEENS Investigators*

Table 3. Adverse Events.*

Event	Semaglutide (N = 133)			Placebo (N = 67)		
	<i>no. of participants (%)</i>	<i>no. of events</i>	<i>events/ 100 person-yr</i>	<i>no. of participants (%)</i>	<i>no. of events</i>	<i>events/ 100 person-yr</i>
Any adverse event	105 (79)	792	435.7	55 (82)	328	362.9
Serious adverse events	15 (11)	17	9.4	6 (9)	7	7.7
Adverse events leading to discontinuation of trial regimen	6 (5)	6	3.3	3 (4)	3	3.3
Gastrointestinal disorders	3 (2)	3	1.7	1 (1)	1	1.1
Fatal adverse events†	0	—	—	0	—	—
Adverse events reported in ≥5% of participants in either group‡						
Nausea	56 (42)	127	69.9	12 (18)	29	32.1
Vomiting	48 (36)	106	58.3	7 (10)	18	19.9
Diarrhea	29 (22)	54	29.7	13 (19)	19	21.0
Headache	22 (17)	52	28.6	11 (16)	20	22.1
Abdominal pain	20 (15)	32	17.6	4 (6)	4	4.4
Covid-19	16 (12)	17	9.4	10 (15)	10	11.1
Nasopharyngitis	16 (12)	21	11.6	7 (10)	12	13.3
Abdominal pain upper	11 (8)	19	10.5	9 (13)	12	13.3
Dizziness	10 (8)	13	7.2	2 (3)	3	3.3
Gastroenteritis	9 (7)	9	5.0	2 (3)	2	2.2
Constipation	8 (6)	8	4.4	1 (1)	1	1.1
Decreased appetite	8 (6)	8	4.4	3 (4)	4	4.4
Pyrexia	5 (4)	5	2.8	5 (7)	5	5.5
Acne	4 (3)	4	2.2	4 (6)	4	4.4
Cough	4 (3)	5	2.8	4 (6)	4	4.4
Fatigue	4 (3)	4	2.2	5 (7)	5	5.5
Contusion	2 (2)	2	1.1	5 (7)	5	5.5
Dysmenorrhea	2 (2)	3	1.7	4 (6)	7	7.7
Blood creatinine phosphokinase increased	1 (1)	1	0.6	4 (6)	4	4.4



Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity. N Engl J Med.

2022;387(24):2245-2257. doi:10.1056/NEJMoa2208601

© <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2208601>, Tabelle3, Seite 2254

Tirzepatid

- Twinkretin: Agonist am
 - GLP-1-Rezeptor
 - GIP (Glukose-abhängiges insulinotropes Peptid)-Rezeptor
- Erhöhte Effektivität durch dualen Wirkmechanismus
- Initial Zulassung als Antidiabetikum (Mounjaro®) im September 2022
- Im Dezember 2023 Zulassung zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem BMI ≥ 30 kg/m² oder ≥ 27 kg/m² mit mindestens einer gewichtsbedingten Komorbidität

Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity

Ania M. Jastreboff, M.D., Ph.D., Louis J. Aronne, M.D., Nadia N. Ahmad, M.D., M.P.H.,
Sean Wharton, M.D., Pharm.D., Lisa Connery, M.D., Breno Alves, M.D., Arihiro Kiyosue, M.D., Ph.D.,
Shuyu Zhang, M.S., Bing Liu, Ph.D., Mathijs C. Bunck, M.D., Ph.D., and Adam Stefanski, M.D., Ph.D., for the
SURMOUNT-1 Investigators*

BACKGROUND

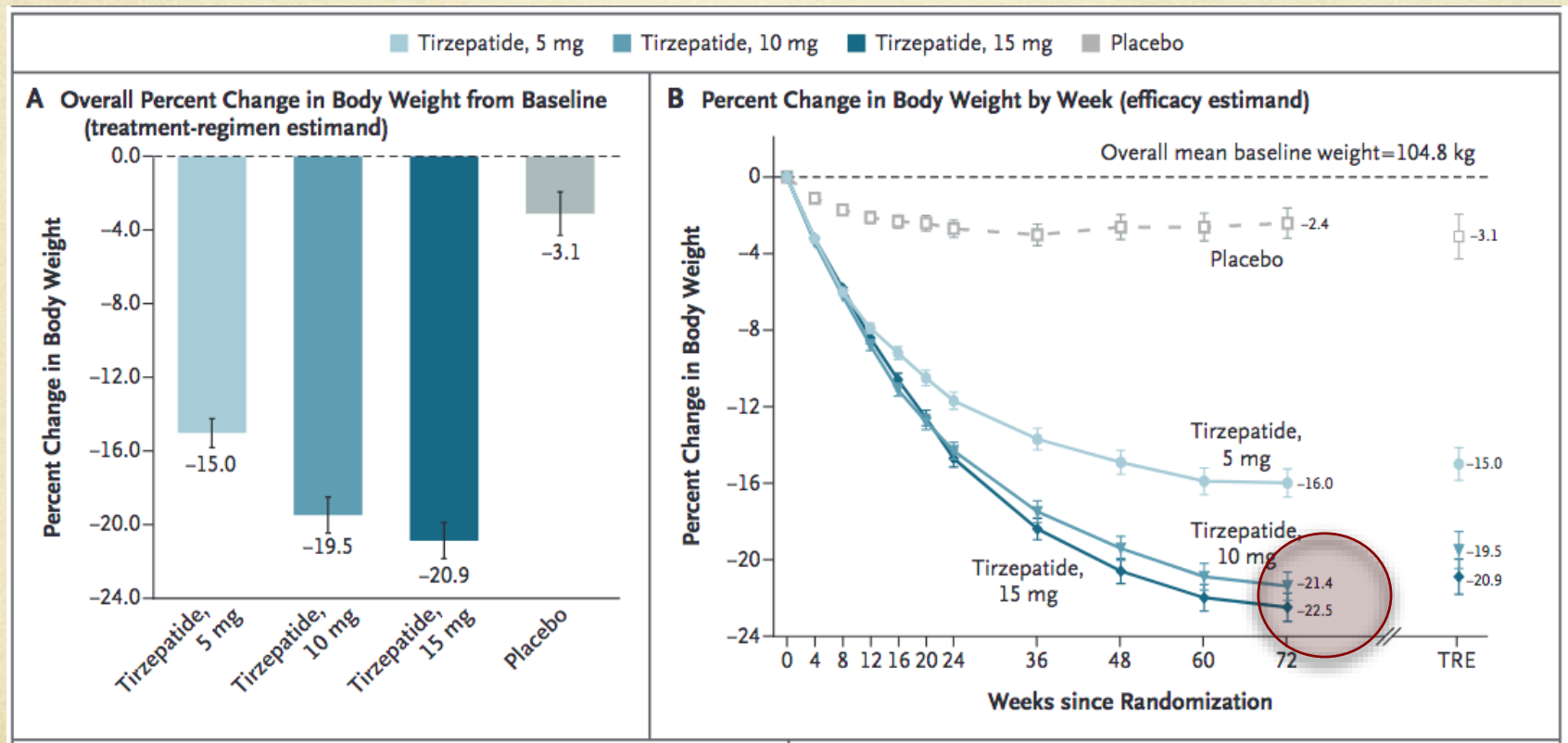
Obesity is a chronic disease that results in substantial global morbidity and mortality. The efficacy and safety of tirzepatide, a novel glucose-dependent insulinotropic polypeptide and glucagon-like peptide-1 receptor agonist, in people with obesity are not known.

METHODS

In this phase 3 double-blind, randomized, controlled trial, we assigned 2539 adults with a body-mass index (BMI; the weight in kilograms divided by the square of the height in meters) of 30 or more, or 27 or more and at least one weight-related complication, excluding diabetes, in a 1:1:1:1 ratio to receive once-weekly, subcutaneous tirzepatide (5 mg, 10 mg, or 15 mg) or placebo for 72 weeks, including a 20-week dose-escalation period. Coprimary end points were the percentage change in weight from baseline and a weight reduction of 5% or more. The treatment-regimen estimand assessed effects regardless of treatment discontinuation in the intention-to-treat population.

Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity

Ania M. Jastreboff, M.D., Ph.D., Louis J. Aronne, M.D., Nadia N. Ahmad, M.D., M.P.H., Sean Wharton, M.D., Pharm.D., Lisa Connery, M.D., Breno Alves, M.D., Arihiro Kiyosue, M.D., Ph.D., Shuyu Zhang, M.S., Bing Liu, Ph.D., Mathijs C. Bunck, M.D., Ph.D., and Adam Stefanski, M.D., Ph.D., for the SURMOUNT-1 Investigators*

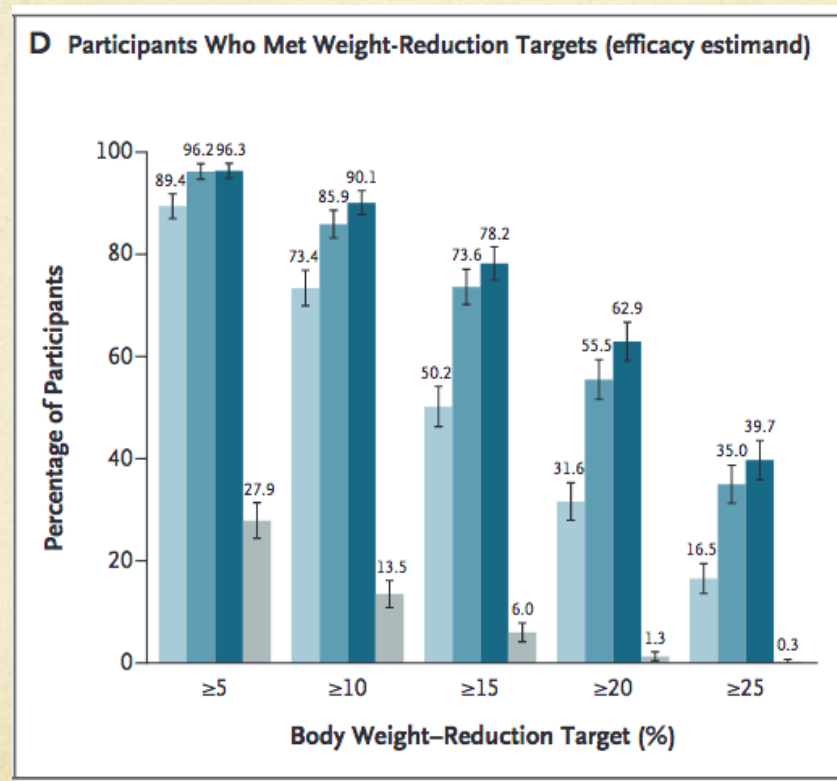


Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. N Engl J Med. 2022;387(3):205-216. doi:10.1056/NEJMoa2206038

© <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2206038>, modifizierte Abbildung 1, Seite 210

Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity

Ania M. Jastreboff, M.D., Ph.D., Louis J. Aronne, M.D., Nadia N. Ahmad, M.D., M.P.H.,
Sean Wharton, M.D., Pharm.D., Lisa Connery, M.D., Breno Alves, M.D., Arihiro Kiyosue, M.D., Ph.D.,
Shuyu Zhang, M.S., Bing Liu, Ph.D., Mathijs C. Bunck, M.D., Ph.D., and Adam Stefanski, M.D., Ph.D., for the
SURMOUNT-1 Investigators*



Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. N Engl J Med. 2022;387(3):205-216.
doi:10.1056/NEJMoa2206038

© <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2206038>, modifizierte Abbildung 1, Seite 210

● Patientenaufnahme

Eine Studie zu Tirzepatid bei Jugendlichen mit Adipositas und gewichtsbedingten Komorbiditäten (SURMOUNT-ADOLESCENTS-2)

I8F-MC-GPIX - [ClinicalTrials.gov - NCT06439277](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT06439277)

Das Ziel der Studie ist die Beurteilung, wie sich Tirzepatid auf das Körpergewicht und kardiovaskuläre Risikofaktoren auswirkt, wenn es in Verbindung mit gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität bei Jugendlichen mit Adipositas und mehreren gewichtsbedingten Komorbiditäten angewendet wird.

Zusammenfassung der Studie

Altersbereich	12 - 17 Jahre
Erkrankung für die Teilnahme an dieser Studie 	Adipositas
Was wird in der Studie untersucht? 	Tirzepatid
Kann ich ein Placebo erhalten? 	Ja
Aufnahmeziel 	300
Studiendaten 	Jun 3, 2024 - Jun 2027
Wie lange dauert meine Teilnahme an dieser Studie?	The study will last approximately 76 weeks and may include up to 23 visits.
Studienphase 	III

Wichtige Anforderungen

Für klinische Studien gelten Einschluss- und Ausschlusskriterien, um festzustellen, welche Personen für die Teilnahme geeignet sind. Im Folgenden sind die wichtigsten Anforderungen für diese klinische Studie aufgeführt, aber es kann zusätzliche Anforderungen geben, um sich zu qualifizieren.



Aufnahme in die Studie möglich, wenn:

- Alter 12 bis 17 Jahre
- Adipositas diagnostiziert (ein BMI gleich oder über dem 95. Perzentil für Alter und Geschlecht in CDC-NCHS 2022) mit mindestens 2 gewichtsbedingten Komorbiditäten (hoher Blutdruck, abnorme Lipide oder Prädiabetes)
- Teilnehmende nicht in der Lage waren, bei gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität abzunehmen
- Pubertät hat bereits eingesetzt hat



Aufnahme in die Studie nicht möglich, wenn:

- Teilnehmende eine Operation zur Gewichtsabnahme hatten oder während der Studie planen
- Teilnehmende in den 90 Tagen vor dem Screening mehr als 5 kg (11 engl. Pfund) abgenommen haben
- bei Typ-1-Diabetes
- bei Typ-2-Diabetes
- mit Pankreatitis in der Vorgeschichte
- bei medularem Schilddrüsenkarzinom (MTC) oder multiples endokrines Neoplasie(MEN)-Syndrom Typ 2 in der Familie oder in der eigenen Vorgeschichte

Intervention *	ICMJE • Drug: Tirzepatide ◦ Administered SC ◦ Other Names: ▪ LY3298176 • Drug: Placebo ◦ Administered SC
Study Arms *	ICMJE • Experimental: Tirzepatide ◦ Participants will receive tirzepatide subcutaneously (SC). ◦ Interventions: ▪ Drug: Tirzepatide • Placebo Comparator: Placebo ◦ Participants will receive placebo SC. ◦ Interventions: ▪ Drug: Placebo

Outcome Measures

Change History		See all versions of this study
Primary (Current) *	ICMJE	- Percent Change from Baseline in Body Mass Index (BMI) [Time Frame: Baseline, Week 72] - A Composite Endpoint of Normalization or Clinically Significant Improvement in At Least 2 Predefined Weight-Related Comorbidities Present at Screening Without Development of New Predefined Comorbidity or Worsening of Existing Predefined Comorbidity [Time Frame: Baseline, Week 72]
(Submitted: 2024-05-28)		
Primary (Original) *	ICMJE	Same as current
Secondary (Current) [*]	ICMJE	- Percentage of Participants Who Achieve BMI Reduction of $\geq 5\%$ [Time Frame: Week 72] - Percentage of Participants Who Achieve BMI Reduction of $\geq 10\%$ [Time Frame: Week 72] - Percentage of Participants Who Achieve BMI Reduction of $\geq 15\%$ [Time Frame: Week 72] - Percentage of Participants Who Achieve BMI Reduction of $\geq 20\%$ [Time Frame: Week 72] - Change from Baseline in Hemoglobin A1c (HbA1c) [Time Frame: Baseline, Week 72] - Percent Change from Baseline in Triglycerides [Time Frame: Baseline, Week 72] - Change from Baseline in Systolic Blood Pressure (SBP) [Time Frame: Baseline, Week 72] - Change from Baseline in Peripheral Apnea-Hypopnea Index (pAHI) [Time Frame: Baseline, Week 72] - Percent Change from Baseline in Total Body Fat Mass as Determined by Dual energy X-ray Absorptiometry (DXA) [Time Frame: Baseline, Week 72] - Change from Baseline in Diastolic Blood Pressure (DBP) [Time Frame: Baseline, Week 72] - Percent Change from Baseline in Body Weight [Time Frame: Baseline, Week 72] - Change from Baseline in Waist Circumference [Time Frame: Baseline, Week 72]
(Submitted: 2024-05-28)		
Secondary (Original) [*]	ICMJE	Same as current
Other Pre-specified (Current)		Not provided
Other Pre-specified (Original)		Not provided

Zusammenfassung: GLP-1-Agonisten

- Deutliche Reduktion des Ausmaßes der Adipositas möglich
 - Liraglutid: Reduktion des BMI: Ca. 5 %
 - Semaglutid: Reduktion des BMI: Ca. 16 %
 - Tirzepatid: Reduktion des Gewichts: Ca. 21-22 % (Erwachsene)
- Notwendigkeit einer Dauertherapie
- Applikation s.c. (Liraglutid tgl., Semaglutid/Tirzepatid: 1x/Woche)
- V.a. gastrointestinale Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Gallensteine) -> Aufdosierung über mehrere Wochen
- Abbruchquote aufgrund von UAW: Ca. 6-7 %
- Kontraindikation: Multiple endokrine Neoplasie Typ 2 und/oder medulläres Schilddrüsen-CA in der Eigen- oder Familienanamnese

Zusammenfassung: GLP-1-Agonisten-

- Zulassungen zur Adipositas therapie:
 - Liraglutid: Bei Jugendlichen ab 12 Jahren und bei Erwachsenen
 - Semaglutid: Bei Jugendlichen ab 12 Jahren und bei Erwachsenen
 - Tirzepatid: Bei Erwachsenen

Zusammenfassung: GLP-1-Agonisten-

Was ist in der Pipeline?

- Mehrere Co-Agonisten in Entwicklung (Phase 1 und 2 Studien)
u.a. auch Tripleagonisten:
 - Z.B. GLP-1-GIP-Glukagon-Rezeptor-Agonisten
 - Wirkung nochmal stärker als Tirzepatid, potentiell Gewichtsreduktionen bis zu 30 % möglich – vergleichbar mit dem Wirkpotential der bariatrischen Chirurgie

GLP-1-Agonisten

Kosten?

- Keine Kostenübernahme zur Behandlung der Adipositas durch die Krankenkassen
 - > durch Patientenfamilien selbst zu bezahlen



🏠 > Presse > Pressemitteilungen und Meldungen > G-BA vollzieht den gesetzlichen Verordnungsausschluss für das Abmagerungsmittel Wegovy® nach

Meldung | Arzneimittel

G-BA vollzieht den gesetzlichen Verordnungsausschluss für das Abmagerungsmittel Wegovy® nach

Berlin, 21. März 2024 – Arzneimittel, die zum Abnehmen eingesetzt werden, hat der Gesetzgeber bereits im Jahr 2004 als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Solche Arzneimittel gelten als sogenannte Lifestyle-Arzneimittel (§ 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V). Dieser gesetzliche Verordnungsausschluss greift auch für das Fertigarzneimittel Wegovy® mit dem Wirkstoff Semaglutid, das zur Gewichtsreduktion zugelassen ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den Ausschluss als Kassenleistung heute durch einen Beschluss formal nachvollzogen und Wegovy®, auch bekannt als „Abnehmspritze“, in der Arzneimittel-Richtlinie (Anlage II – Lifestyle-Arzneimittel) entsprechend gelistet. Die gesetzliche Regelung zum Verordnungsausschluss galt aber bereits zuvor. Arzneimittel mit dem Wirkstoff Semaglutid, die nicht zur Gewichtsregulierung zugelassen sind und bei anderen Indikationen wie dem Diabetes mellitus Typ 2 angewendet werden, fallen nicht unter den gesetzlichen Verordnungsausschluss.

Im Stimmungsverfahren zum Beschlussentwurf hatte sich der G-BA intensiv mit Forderungen auseinandergesetzt, für Wegovy® Sonderregelungen zumindest bei starkem Übergewicht (ab einem BMI über 30) aufgrund des erhöhten Risikos für das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen in diesen Fällen zu treffen. Einen solchen Entscheidungsspielraum sah der G-BA aufgrund des generellen gesetzlichen Verordnungsausschlusses jedoch nicht.

Pressemitteilungen und Meldungen

Gesetzesaufträge

Stellungnahmen

Der G-BA in den Medien

Pressefotos

Ansprechpartnerinnen für die Presse:

Ann Marini (Ltg.)
Gudrun Köster
Annette Steger

030 275838-811
presse@g-ba.de ✉

G-BA-Infodienst

GLP-1-Agonisten

Kosten?

- Keine Kostenübernahme zur Behandlung der Adipositas durch die Krankenkassen
 - > durch Patientenfamilien selbst zu bezahlen

Semaglutid:

Wegovy 2,4 mg FlexTouch Injektionslösung Fertigpen, 1X3 ml



Darreichungsform: Injektionslösung
Packungsgröße: 1X3 ml
PZN: 18299347
Anbieter/Hersteller: Novo Nordisk Pharma GmbH
Marke/Präparat: Wegovy

Abweichungen der Zuzahlung je nach Krankenkasse möglich. Für genaue Angaben wenden Sie sich bitte an unsere pharmazeutische Beratung.

Kassenzuzahlung ⓘ
10,00 €

Eigenanteil ⓘ
0,00 €

Privatrezept
276,83 €

Versandkostenfrei mit Rezept

[REZEPT EINLÖSEN](#) ⓘ



Abbildung / Farbe kann abweichen


Sichere Zahlung


Schnelle Lieferung


Geprüfter Shop

<https://www.aponeo.de/rx/18299347-wegovy-2-4-mg-flextouch-injektionslsg-fertigpen.html>

Jährliche Therapiekosten: $276,83 \text{ €} : 4 = 69,21 \text{ €} \times 52 = 3.598,78 \text{ €}$

Lebenslange Therapiekosten (z.B. 12. bis 82. Lebensjahr): Ca. 251.915 €

Tirzepatid:

Mounjaro 15 mg / Dosis Kwikpen Injektionslösung Fertigpen, 1 St



Abbildung / Farbe kann abweichen

Darreichungsform: Injektionslösung
Packungsgröße: 1 St
PZN: 18253693
Anbieter/Hersteller: LILLY DEUTSCHLAND GmbH

Abweichungen der Zuzahlung je nach Krankenkasse möglich. Für genaue Angaben wenden Sie sich bitte an unsere pharmazeutische Beratung.

Alle Packungsgrößen:

	1 St	Kassenzuzahlung	10,00 €
	3 St	Kassenzuzahlung	10,00 €

Kassenzuzahlung ⓘ

10,00 €

Eigenanteil ⓘ

0,00 €

Privatrezept

489,23 €

Versandkostenfrei mit Rezept

[REZEPT EINLÖSEN](#) 

https://www.aponeo.de/rx/18253693-mounjaro-15-mg-dosis-kwikpen-inj-lsg-fertigpen.html?q=18253693+suggest_type_in+mounjaro%20

Jährliche Therapiekosten: $489,23 : 4 \times 52 = 6.359,99 \text{ €}$

Lebenslange Therapiekosten (z.B. 12. bis 82. Lebensjahr): Ca. 445.200 €

Tirzepatid:

Mounjaro 15 mg / Dosis Kwikpen Injektionslösung Fertigpen, 1 St



Abbildung / Farbe kann abweichen

Darreichungsform: Injektionslösung
Packungsgröße: 1 St
PZN: 18253693
Anbieter/Hersteller: LILLY DEUTSCHLAND GmbH

Abweichungen der Zuzahlung je nach Krankenkasse möglich. Für genaue Angaben wenden Sie sich bitte an unsere pharmazeutische Beratung.

Alle Packungsgrößen:

1 St	Kassenzuzahlung	10,00 €
3 St	Kassenzuzahlung	10,00 €

Kassenzuzahlung ⓘ

10,00 €

Eigenanteil ⓘ

0,00 €

Privatrezept

489,23 €

Versandkostenfrei mit Rezept

REZEPT EINLÖSEN 🛒

https://www.aponeo.de/rx/18253693-mounjaro-15-mg-dosis-kwikpen-inj-lsg-fertigpen.html?q=18253693+suggest_type_in+mounjaro%20

Jährliche Therapiekosten: $489,23 \text{ €} : 4 = 122,31 \text{ €} \times 52 = 6.359,99 \text{ €}$

Jährliche Therapiekosten: $6.359,99 \text{ €} \times 16.000.000 \text{ adipöse Erwachsene in BRD}$
 $= 101.759.840.000 \text{ €} / \text{Jahr}$

Tirzepatid:

GKV - Leistungsausgaben
in Milliarden EUR
2014 - 2024



Ausgabenbereiche*	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024**
Krankenhaus	67,9	70,3	73,0	74,9	77,2	80,3	81,5	85,9	88,1	94,0	101,7
Arzneimittel	33,4	34,8	36,3	37,7	38,7	41,0	43,3	46,6	48,8	50,2	55,2
Ärztl. Behandlung	33,4	34,9	36,5	38,1	39,4	41,1	44,0	44,8	46,1	47,1	50,1
Krankengeld	10,6	11,2	11,7	12,3	13,1	14,4	16,0	16,6	17,9	19,1	20,5
Zahnärztl. Behandlung (ohne Zahnersatz)	9,8	10,2	10,5	10,8	11,1	11,5	11,7	12,4	12,9	13,6	14,1
Zahnersatz	3,2	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,3	3,9	3,9	4,0	4,2
Heilmittel	5,7	6,1	6,5	6,8	7,6	8,7	8,9	10,4	10,9	12,1	13,3
Hilfsmittel	7,4	7,6	7,8	8,1	8,4	9,0	9,3	9,8	10,4	11,2	11,7
Vorsorge / Rehabilitation	3,2	3,3	3,4	3,5	3,5	3,7	3,1	3,5	3,8	4,2	4,6
Prävention / Selbsthilfe / Soziale Dienste	1,8	1,9	2,1	2,2	2,3	2,7	2,7	3,0	3,3	3,7	4,2
Leistungsausgaben insgesamt	193,6	202,0	210,4	217,8	226,2	239,5	248,9	263,4	274,2	288,6	311,7

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach BMG

*Ausgewählte Ausgabenbereiche
**2024: vorläufiges Rechenergebnis

© https://www.vdek.com/presse/daten/d_versorgung_leistungsausgaben.html

= 101.759.840.000 € / Jahr

Leitlinienänderung aufgrund
der exzellenten Daten?

Volume 151, Issue 2
February 2023



FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS | CLINICAL PRACTICE GUIDELINE |
JANUARY 09 2023

Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity

FREE

Sarah E. Hampl, MD, FAAP ; Sandra G. Hassink, MD, FAAP; Asheley C. Skinner, PhD; Sarah C. Armstrong, MD, FAAP; Sarah E. Barlow, MD, MPH, FAAP; Christopher F. Bolling, MD, FAAP; Kimberly C. Avila Edwards, MD, FAAP; Ihuoma Eneli, MD, MS, FAAP; Robin Hamre, MPH; Madeline M. Joseph, MD, FAAP; Doug Lunsford, MD; Eneida Mendonca, MD, PhD, FAAP; Marc P. Michalsky, MD, MBA, FAAP; Nazrat Mirza, MD, ScD, FAAP; Eduardo R. Ochoa, Jr, MD, FAAP; Mona Sharifi, MD, MPH, FAAP; Amanda E. Staiano, PhD, MPP; Ashley E. Weedn, MD, MPH, FAAP; Susan K. Flinn, MA; Jeanne Lindros, MPH; Kymika Okechukwu, MPA

Address correspondence to Sarah Hampl, MD. E-mail: shampl@cmh.edu

FINANCIAL/CONFLICT OF INTEREST DISCLOSURES: An Independent review for bias was completed by the American Academy of Pediatrics. Dr Barlow has disclosed a financial relationship with the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development as a co-investigator.

Pediatrics (2023) 151 (2): e2022060640.

<https://doi.org/10.1542/peds.2022-060640>

Article history 

[< Previous Article](#) [Next Article >](#)

Article Contents

I. Introduction

Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity [published correction appears in *Pediatrics*. 2024 Jan 1;153(1):e2023064612. doi: 10.1542/peds.2023-064612.]. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022060640. doi:10.1542/peds.2022-060640
<https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/2/e2022060640/190443/Clinical-Practice-Guideline-for-the-Evaluation-and?autologincheck=redirected>



Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity

Sarah E. Hampl, MD, FAAP,¹ Sandra G. Hassink, MD, FAAP,² Ashley C. Skinner, PhD,³ Sarah C. Armstrong, MD, FAAP,⁴ Sarah E. Barlow, MD, MPH, FAAP,⁵ Christopher F. Bolling, MD, FAAP,⁶ Kimberly C. Avila Edwards, MD, FAAP,⁷ Ihuoma Eneli, MD, MS, FAAP,⁸ Robin Hamre, MPH,⁹ Madeline M. Joseph, MD, FAAP,¹⁰ Doug Lunsford, MD,¹¹ Eneida Mendonca, MD, PhD, FAAP,¹² Marc P. Michalsky, MD, MBA, FAAP,¹³ Nazrat Mirza, MD, ScD, FAAP,¹⁴ Eduardo R. Ochoa, Jr, MD, FAAP,¹⁵ Mona Sharifi, MD, MPH, FAAP,¹⁶ Amanda E. Staiano, PhD, MPH,¹⁷ Ashley E. Weedon, MD, MPH, FAAP,¹⁸ Susan K. Flinn, MA,¹⁹ Jeanne Lindros, MPH,²⁰ Kymika Okechukwu, MPA²¹

Greetings

You have in your hands, or at your fingertips, the first edition of the American Academy of Pediatrics clinical practice guideline for evaluation and management of children and adolescents with overweight and obesity. Putting together this guideline was no small task, and the Academy is grateful to the efforts of all the professionals who contributed to the production of this document. This work is a true testament to their passion and dedication to combatting childhood and adolescent overweight and obesity.

The Subcommittee responsible for developing this guideline comprises a diverse group of professionals from a variety of disciplines representing both governmental entities and private institutions. Experts all, they are united by a common desire to provide the finest, most effective care and treatment to children and adolescents with overweight and obesity. Over the course of several months, the members of the Subcommittee reviewed the technical reports produced from the study review, then worked in concert to develop the Key Action Statements and Expert Consensus Recommendations contained within this guideline. These were crafted with meticulous care by the Subcommittee members, to align with current literature and to place appropriate emphasis on each statement.

While representing such a broad spectrum of perspectives, the members of this committee are all keenly aware of the multitude of barriers to treatment that patients and their families face. These barriers impact not only their access to treatment, but their ability to follow prescribed treatment plans. Whereas some patients are able to adopt the lifestyle changes and habituate elements of their prescribed treatment plans, so many others struggle to do so for a wide variety of reasons. The members of the Subcommittee understand all of this. To assist with optimizing health equity and overcoming these barriers, guidance on a number of multilevel factors related to barriers to treatment have been included in this guideline. During the course of their work, members of the Subcommittee acknowledged that, although so much has been learned to advance the treatment of children and adolescents with overweight and obesity, there is still so much we have yet

¹Children's Mercy Kansas City Center for Children's Healthy Lifestyles & Nutrition, University of Missouri-Kansas City School of Medicine, Kansas City, Missouri; ²Medical Director, American Academy of Pediatrics, Institute for Healthy Childhood Weight, Wilmington, Delaware; ³Department of Population Health Sciences, Duke University School of Medicine, Durham, North Carolina; ⁴Departments of Pediatrics and Population Health Sciences, Duke Clinical Research Institute, Duke University, Durham, North Carolina; ⁵Department of Pediatrics, University of Texas Southwestern Medical Center, Children's Medical Center of Dallas, Dallas, Texas; ⁶Department of Pediatrics, University of Cincinnati College of Medicine, Cincinnati, Ohio; ⁷Children's Health Policy & Advocacy, Assessor, Department of Pediatrics, Dell Medical School at The University of Texas at Austin, Austin, Texas; ⁸Department of Pediatrics, The Ohio State University, Center for Healthy Weight and Nutrition, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; ⁹Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; ¹⁰Division of Pediatric Emergency Medicine, Department of Emergency Medicine, University of Florida College of Medicine-Jacksonville, Jacksonville, Florida; ¹¹Family Representative; ¹²Departments of Pediatrics and Biostatistics & Health Data Science, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, Indiana; ¹³Department of Pediatric Surgery, The Ohio State University College of Medicine, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; ¹⁴Children's National Hospital, George Washington University, Washington, DC; ¹⁵Department of Pediatrics, University of Arkansas for Medical Sciences, Arkansas Children's Hospital, Little Rock, Arkansas; ¹⁶Department of Pediatrics, Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut; ¹⁷Louisiana State University Pennington Biomedical Research Center, Baton Rouge, Louisiana; ¹⁸Department of Pediatrics, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City, Oklahoma; ¹⁹Medical Writer/Consultant, Washington, DC; ²⁰American Academy of Pediatrics, Itasca, Illinois, and ²¹American Academy of Pediatrics, Itasca, Illinois

This document is copyrighted and is property of the American Academy of Pediatrics and its Board of Directors. All authors have

To cite: Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022060640.

Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity [published correction appears in *Pediatrics*. 2024 Jan 1;153(1):e2023064612. doi: 10.1542/peds.2023-064612.]. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022060640. doi:10.1542/peds.2022-060640

Medication Use and Mechanisms of Action

Glucagon-like peptide-1 receptor

agonists, such as liraglutide, exenatide, dulaglutide, and semaglutide, decrease hunger by slowing gastric emptying and by acting on targets in the central nervous system. Depending on the medication, the formulation is either oral or a daily or weekly subcutaneous injection. Two small studies of exenatide (weekly injection) among children as young as 8 years showed BMI reduction ranging from 0.9 to 1.18 U but with significant adverse effects. Exenatide is currently approved in children 10 to 17 years of age with T2DM. A recent randomized controlled trial found liraglutide (daily injection) more effective than placebo in weight loss at 1 year among patients 12 years and older with obesity who did not respond to lifestyle treatment.⁷¹⁰ The magnitude of the difference was approximately 4.5 kg body weight lost, or 5% BMI reduction. The starting dose is 0.6 mg

per day up to a maximum dose of 3.0 mg per day, by subcutaneous injection. Adverse effects include nausea and vomiting, and among patients with a family history of multiple endocrine neoplasia, a slightly increased risk of medullary thyroid cancer.⁷¹⁰ Liraglutide is FDA approved for long-term treatment of obesity (with or without T2DM) in children 12 years and older.

Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity [published correction appears in Pediatrics. 2024 Jan 1;153(1):e2023064612. doi: 10.1542/peds.2023-064612.]. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022060640. doi:10.1542/peds.2022-060640

Bewertung der medikamentösen Adipositastherapie in den USA

- „Evidence-based“
- Kinder > 12 Jahre: Medikamentöse Adipositastherapie nicht „in Einzelfällen“ (aktuelle deutsche Leitlinie), sondern als Standard-Zusatz zu einer intensiven lifestyle-Intervention

Concurrent treatment of obesity and obesity-related comorbidities is crucial as is the provision of weight loss pharmacologic treatment and metabolic and bariatric surgery to patients according to indications, risks, and benefits of these modalities. Weight loss pharmacotherapy and metabolic bariatric surgery are evidence-based obesity treatment modalities that

should be available and offered to patients when indicated and should always occur along with IHBLT. Pediatricians and other PHCPs should offer adolescents 12 years and older with obesity weight loss pharmacotherapy, according to medication indications, risks, and benefits, as an adjunct to IHBLT (KAS 12). Pediatricians and other

Empfehlung 27 (geprüft 2019, redaktionelle Änderung)

Bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter kann in **Einzelfällen** eine zusätzliche medikamentöse Therapie zur Übergewichtsreduktion erwogen werden insbesondere bei Patienten mit erheblicher Komorbidität und einem extrem erhöhten Gesundheitsrisiko sowie Versagen einer herkömmlichen verhaltensorientierten Therapie über mindestens 9-12 Monate. [LoE IV, Expertenkonsens], EG 0, starker Konsens.

https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002l_S3_Therapie-Prävention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2024-09-abgelaufen.pdf, Seite 47

Hampel SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity [published correction appears in Pediatrics. 2024 Jan 1;153(1):e2023064612. doi: 10.1542/peds.2023-064612.]. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022060640. doi:10.1542/peds.2022-060640

Bewertung der medikamentösen Adipositas­therapie in den USA

TABLE 22 Role of the Pediatrician or PCHP

The Continuum of Obesity Care and the Role of PCP or PHCP	
Focus	Role of the Pediatrician or PHCP
Diagnosis and measurement	✓Measure height and weight ✓Calculate BMI and assess BMI Percentile ✓Communicate BMI and weight status to patient and family
Risk factors	✓Assess individual, structural, and contextual risk factors
Evaluation	✓Perform comprehensive patient history ✓Conduct physical exam ✓Evaluate for comorbidities ✓Order relevant diagnostic studies and laboratories ✓Assess readiness to change
Treat comorbidities	✓Treat obesity and comorbidities concurrently
Treat obesity	✓Manage children with overweight & obesity following principles of chronic care model and medical home ✓Deliver nonstigmatizing care ✓Use MI to engage patient and families in addressing overweight and obesity, set goals and promote participation or utilization of local resources or programs ✓Promptly engage and refer children to intensive HBL T treatment, if available. If intensive HBL T treatment is not available in your area, deliver highest intensity HBL T treatment possible. ✓Foster self-management strategies ✓Refer to subspecialists if needed ✓Serve as medical home, coordinate care, advocate for family, and support transition to adult care. ✓Offer weight loss pharmacotherapy, to eligible patients, according to medication indications, risks, and benefits, as an adjunct to HBL T. ✓For eligible patients with severe obesity, offer referral to a local or regional comprehensive multidisciplinary pediatric metabolic and bariatric surgery center for surgical evaluation.

This CPG uses "evaluation" to describe patient assessment, and "test" to describe specific tests conducted as part of the evaluation.

Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity [published correction appears in Pediatrics. 2024 Jan 1;153(1):e2023064612. doi: 10.1542/peds.2023-064612.]. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022060640. doi:10.1542/peds.2022-060640

Bewertung der medikamentösen Adipositas­therapie in den USA

Prescriber Qualifications

Weight loss medications require the same oversight and expertise in management as other medications used in pediatric care. To adequately inform patients and parents about the risks and benefits of off-label or experimental use of new therapies, pediatricians and other PHCPs who prescribe weight loss medications should have knowledge of the patient selection criteria, medication efficacy, adverse effects, and follow-up monitoring guidelines. In addition, injectable medications may require additional teaching for families that is not available in all primary care offices. Pediatricians and other PHCPs may choose to refer to pediatric obesity experts or treatment centers for prescribing weight loss medication.

No current evidence supports weight loss medication use as a monotherapy; thus, pediatricians and other PHCPs who prescribe weight loss medication to children should provide or refer to intensive behavioral interventions for patients and families as an adjunct to medication therapy.

⇒ Medikamentöse Adipositas­therapie nicht als Monotherapie, nur in Kombination mit einer intensiven lifestyle-Intervention

Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity [published correction appears in Pediatrics. 2024 Jan 1;153(1):e2023064612. doi: 10.1542/peds.2023-064612.]. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022060640. doi:10.1542/peds.2022-060640

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



<https://x.com/MlCartoons/status/364803880959213569>