

KINDER MIT ADIPOSITAS

**Ein Leitfaden für das Gespräch
mit Patient:in und Familie**

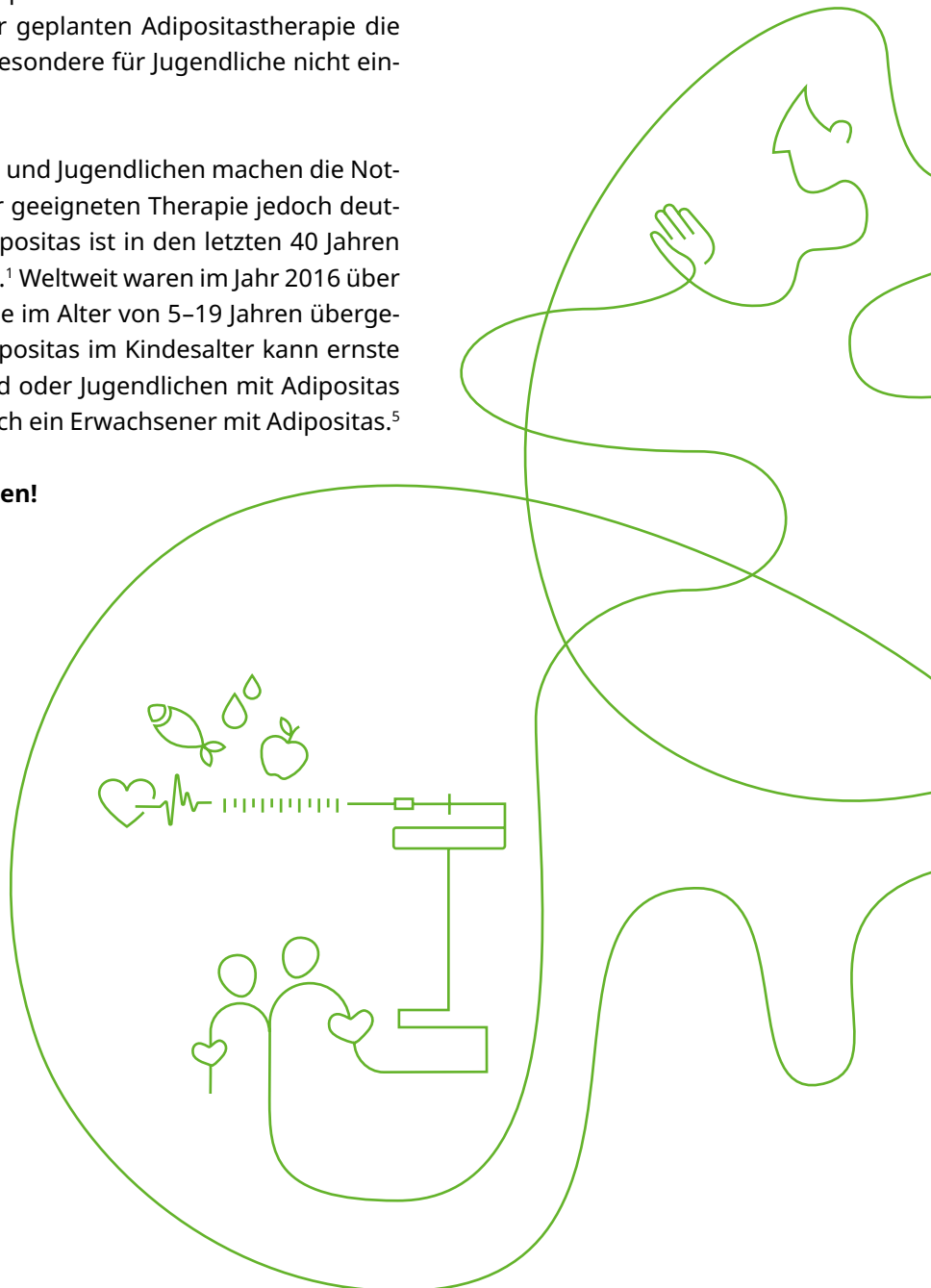
DIE ADIPOSITAS- THERAPIE BEGINNT MIT IHNEN ...

Mit unserem Leitfaden können Sie behutsam das notwendige Gespräch über Adipositas mit Ihren Patientinnen bzw. Patienten und deren Eltern aufnehmen und die **Therapie in 5 Schritten** begleiten.

Das eigene Gewicht ist für viele Menschen ein sensibles Thema. Das Gespräch über Adipositas ist daher nicht einfach. Bei Kindern und Jugendlichen kommen häufig altersspezifische Reaktionen und Verhaltensweisen hinzu. Auch ist bei einer geplanten Adipositas-therapie die Familie mit einzubeziehen, was insbesondere für Jugendliche nicht einfach ist.

Die Zahlen zu Adipositas bei Kindern und Jugendlichen machen die Notwendigkeit des Gesprächs und einer geeigneten Therapie jedoch deutlich: Die Prävalenz pädiatrischer Adipositas ist in den letzten 40 Jahren um mehr als das 10-Fache gestiegen.¹ Weltweit waren im Jahr 2016 über 340 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter von 5–19 Jahren übergewichtig oder hatten Adipositas.² Adipositas im Kindesalter kann ernste Folgen haben.^{3,4} Und aus einem Kind oder Jugendlichen mit Adipositas wird in mindestens 75 % der Fälle auch ein Erwachsener mit Adipositas.⁵

Sie können den Unterschied machen!



1_ INITIIEREN

Um Zustimmung bitten
Erstgespräch beginnen

2_ DIAGNOSTIZIEREN

Patientinnen und Patienten wiegen
BMI und Taillenumfang bestimmen

3_ BESPRECHEN

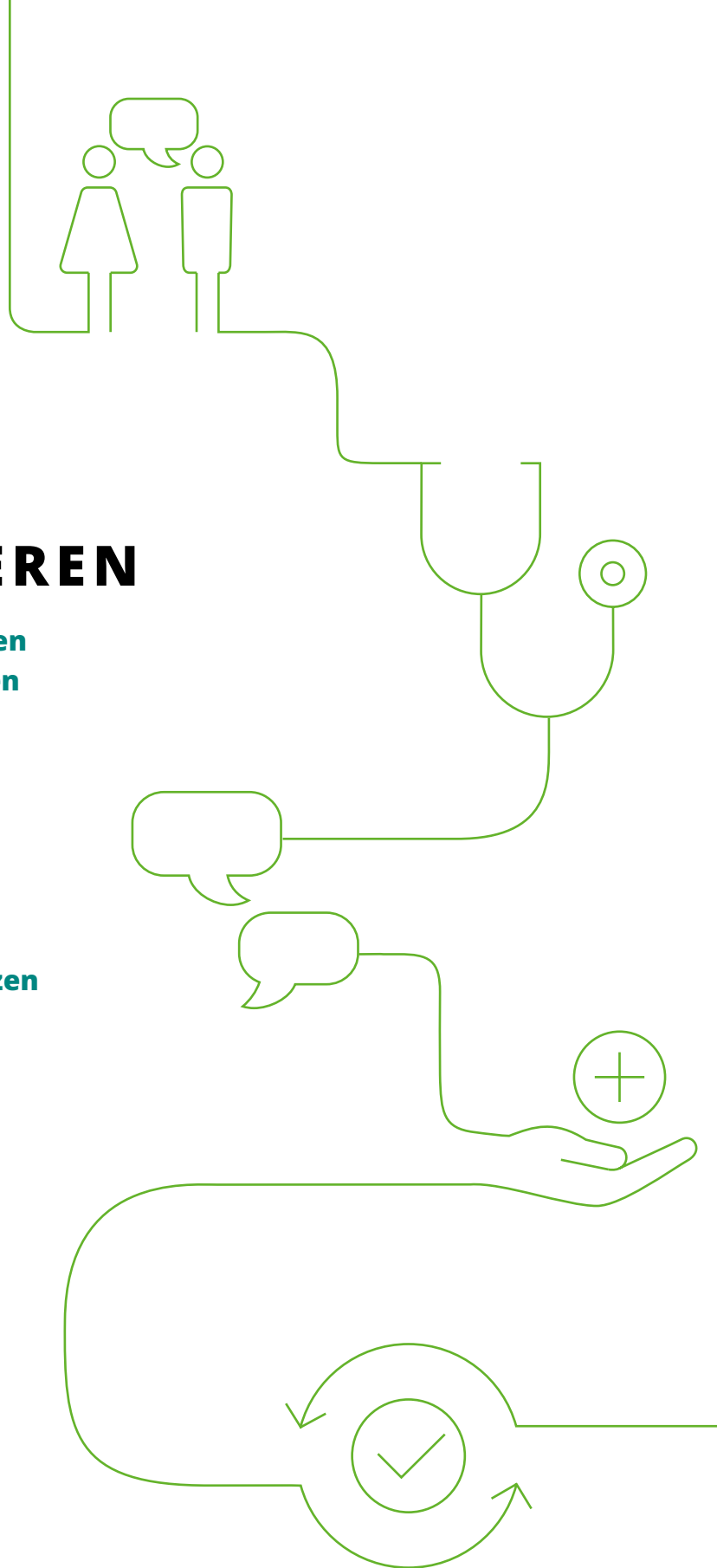
Folgegespräch beginnen
Gewichtshistorie erheben
Gemeinsam erreichbare Ziele setzen

4_ BEHANDELN

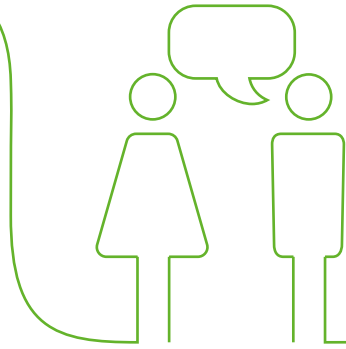
Lebensstiltherapie
Pharmakotherapie
Bariatrische Chirurgie

5_ NACHSORGE

Fortschritte festhalten
Behandlung anpassen
Neuen Termin vereinbaren



1_ INITIIEREN



Um Zustimmung bitten

Während Sie bei Erwachsenen oft die Auslöser von Übergewicht erkennen und die Notwendigkeit einer Veränderung ansprechen können oder selbst angesprochen werden, ist dies bei Kindern und Jugendlichen anders. Untersuchungen zeigten beispielsweise, dass nur ein Drittel der Erziehungsberechtigten von sich aus das Gespräch über Gewichtsreduktion mit Ihnen als Arzt oder Ärztin suchen.^{6,7} Daher ist es umso wichtiger, dass Sie mit einer einleitenden Frage um Zustimmung bitten – von Eltern und Kind bzw. Jugendlichen.⁸

Beispielfrage für den Einstieg:

„Ist es für dich in Ordnung, wenn wir über dein Gewicht sprechen?“

Wie dieses erste Gespräch über das Gewicht Ihres Patienten, Ihrer Patientin verläuft, entscheidet tatsächlich mit über den weiteren Verlauf der Adipositas therapie.⁹ Sie finden hier rechts ein paar hilfreiche Tipps für das Erstgespräch.

Wenn ein Kind oder sein Elternteil keine Zustimmung erteilt, drängen Sie sie bitte nicht. Signalisieren Sie lieber Ihre Bereitschaft, da zu sein, wenn das Kind und/oder seine Eltern ihre Meinung ändern und das Gespräch mit Ihnen suchen.¹⁰

Tipps für ein gutes Erstgespräch:^{9,11,12}

- ▶ Vermitteln Sie durch aktives Zuhören Verständnis und Offenheit.
- ▶ Stellen Sie offene Fragen, um zu verstehen.
- ▶ Verwenden Sie überwiegend Wörter wie „Wachstum“ und „Gesundheit“, nicht nur „Adipositas“ und „Übergewicht“.
- ▶ Versuchen Sie zu ergründen, wie diese Familie „tickt“, um mit diesem Wissen die Adipositas therapie gut begleiten zu können.



Erstgespräch beginnen

Eine positive und motivierende Ansprache des Patienten, der Patientin und der Angehörigen ermöglicht es Ihnen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.¹³ Auf dieser Basis kann es gelingen, die gesamte Familie zu erreichen. Denn nicht selten sind Übergewicht und Adipositas Themen der ganzen Familie.¹⁴ Ist eine nachhaltige Änderung des Lebensstils insgesamt möglich, stärken Sie so auch den langfristigen Therapieerfolg Ihres Patienten, Ihrer Patientin.¹⁴

Die Techniken des Aktiven Zuhörens wie Fragen stellen und das Gesagte nochmal mit eigenen Worten zusammenfassen können Ihre Unterstützung ausdrücken. Ihr Gegenüber fühlt sich gehört und die Gewichtsreduktion wird so zum gemeinsamen Anliegen.

Hier finden Sie einige Beispielsätze, die Ihnen den Einstieg erleichtern, wenn Sie bei einem Kind Übergewicht oder Adipositas erkennen:^{9,11,12}

„Vielen Dank, dass du und Sie mir erlauben, heute über dein Gewicht zu sprechen.“

„Ich möchte gern hören, was du darüber denkst, und gucken, wie ich dich unterstützen kann.“

„Ich kenne gute Behandlungsmöglichkeiten, wie wir gemeinsam ein gesundes Gewicht erreichen können.“

„Wenn wir jetzt mit einer Gewichtsreduktion beginnen, kannst du/kann Ihr Kind bald wieder gesünder und beweglicher werden. Wie findest du/finden Sie das?“

2_DIAGNOSTIZIEREN

Patientinnen und Patienten wiegen

Mit dem Body-Mass-Index (BMI) steht Ihnen neben dem visuellen Eindruck eine wichtige Messgröße für die Diagnose Adipositas zur Verfügung. Hierfür bestimmen Sie zunächst das aktuelle Gewicht Ihrer Patientin, Ihres Patienten.⁸

BMI und Taillenumfang bestimmen

Der BMI ist ein wichtiger Messwert, weil Sie damit die adipositasbedingten Gesundheitsrisiken beurteilen können.^{16,17} Die Beurteilung des BMI bei Kindern ist komplizierter als bei Erwachsenen, weil der BMI sich mit dem Wachstum und der Reife verändert. Darüber hinaus unterscheiden sich die Wachstumsmuster zwischen Jungen und Mädchen. Für die Beurteilung sind immer auch das Geschlecht und die Altersperzentilen wichtig.^{18,19} Zunächst berechnen Sie den BMI des Kindes und zeichnen ihn dann in das geschlechtsspezifische BMI-Altersperzentilen-Diagramm ein, um den Gewichtsstatus des Kindes zu bestimmen.

Klassifikation	Perzentil-Bereich
Übergewicht	BMI im 85. bis 95. Perzentil für Geschlecht und Alter
Adipositas	BMI \geq 95. Perzentil für Geschlecht und Alter
Schwere Adipositas	BMI \geq 120% des 95. Perzentils für Geschlecht und Alter oder BMI \geq 35 kg/m ²

Abhängig von der Familienanamnese des Kindes (siehe nächste Seite) sollten Sie auch den Taillenumfang messen, um das Gesundheitsrisiko im Zusammenhang mit Adipositas, einschließlich Typ 2 Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zu bestimmen.²⁰⁻²²

Ein Taille-Höhe-Verhältnis von $\geq 0,5$ kann bei der Vorhersage des kardiovaskulären Risikos nützlich sein.²²

Tipps für ein diskretes Wiegen:¹⁵

- ▶ Ihre Waage steht am besten in einem geschützten Bereich ohne Einblick.
- ▶ Die Gewichtsangabe sollte Bestandteil des vertraulichen Gesprächs in Ihrem Sprechzimmer sein.
- ▶ Ein geschlechtsspezifisches BMI-Altersperzentilen-Diagramm finden Sie im Ordner sowie im Downloadbereich von **rethink-obesity.de**.



Taillenumfang (in cm)
Größe (in cm)

3_BESPRECHEN



Folgegespräch beginnen

Nachdem Sie den BMI erhoben und die Diagnose Adipositas gestellt haben, gilt es nun, mit dem Folgegespräch einen schmalen Grat zu bewandern. Dieser liegt bei Ihrer Patientin, Ihrem Patienten und den Angehörigen zwischen dem Erkennen der ernststen Gewichtsproblematik und der Motivation zum Mitmachen. Beginnen Sie das Gespräch daher behutsam und achten Sie darauf, von „wir“ zu sprechen. So vermitteln Sie das Gefühl, bei der notwendigen Gewichtsreduktion gemeinsam an einem Strang zu ziehen.

Beispiele für den Einstieg in das Folgegespräch:

„Ich möchte heute gerne mit dir darüber sprechen, was wir gemeinsam tun können, damit du gesund und fit bleibst. Ist das für dich in Ordnung?“

„Können wir uns ein paar Minuten Zeit nehmen, um über deine Gesundheit und dein Gewicht zu sprechen?“

„Ich habe da ein paar Ideen, was wir tun können, damit du dich mit deinem Gewicht wohler fühlst und gesund bleibst. Magst du die mal hören?“

Eventuell stellen Sie ziemlich schnell fest, dass Ihre Patientin, Ihr Patient wenig Engagement zur Mitarbeit zeigt. Lassen Sie sich davon nicht täuschen: Auch wenn einige Kinder mit Adipositas ihr Gewicht oberflächlich zu leugnen scheinen, deuten Erkenntnisse darauf hin, dass dies ein Abwehrmechanismus sein könnte. Dieser dient zur Vermeidung, das Problem anzuerkennen oder anzugehen.⁷



Gewichtshistorie erheben

Hier sind auch die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten gefragt! Adipositas hat immer eine Vorgeschichte, diese finden Sie gemeinsam mit der Familie heraus. Versuchen Sie, so umfassend wie möglich die medizinische, chirurgische, soziale und familiäre Vorgeschichte zu erheben.⁸ Dazu gehören die Überprüfung eventueller Medikation und eine körperliche Untersuchung.⁸ Wenn Sie es schaffen, so einen Blick auf die Ursachen der Adipositas zu erhalten und das Ess- und Aktivitätsverhalten Ihrer Patientin, Ihres Patienten zu verstehen, können Sie sie oder ihn individueller begleiten.

Versuchen Sie außerdem, die Motivationsfaktoren der Patientin, des Patienten und seiner Familie herauszufinden. Schöner aussehen, sich besser fühlen oder mehr dazugehören – die Motivation kann viele Aspekte haben, die Sie sich in der Therapie zunutze machen können. Denn vielen Kindern fehlt der Sinn für eine langfristige Perspektive. Sie begreifen die zukünftigen Risiken für ihre Gesundheit nicht und wollen ihr Gewicht nur in den Griff bekommen, um gut auszusehen, sich wohler zu fühlen und sich besser in ihren Freundeskreis zu integrieren.⁷

Gemeinsam erreichbare Ziele setzen

Wenn Sie die Zustimmung und die Motivation der Patientin, des Patienten haben sowie den Lebensstil und die individuellen Bedürfnisse kennen, können Sie gemeinsam mit den Eltern realistische Ziele besprechen und festlegen. Berücksichtigen Sie sowohl klinische Ziele (Gewicht und BMI) als auch Ziele zur Änderung des Lebensstils.¹⁰



Klinische Ziele

Überlegen Sie zunächst, ob ein Gewichtserhalt für das wachsende Kind eventuell kurzfristig sinnvoll wäre. Dieses „Ins-Gewicht-Hineinwachsen“ führt im Laufe der Zeit zu einem deutlich niedrigeren BMI.²² Beim Ziel der Gewichtsreduktion mag eine Reduzierung des BMI um 1,5 kg/m² wenig erscheinen.²⁵ Wenn sie aber langfristig beibehalten wird, können Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas im Wachstum davon profitieren. Die Fettmasse reduziert sich, die fettfreie Körpermasse wird erhöht.²⁵

Eine Gewichtsreduktion von 7% kann ein realistischeres Ziel für Jugendliche mit schwerer Adipositas sein (BMI \geq 35 kg/m²).²⁵

Ziele zur Änderung des Lebensstils

Werden Ziele als kurzfristig erreichbar angesehen, haben sie bei Kindern oftmals eine größere Wirkung.²² Doch selbst kleine Änderungen des Lebensstils können bei Kindern schwierig umzusetzen sein, wenn nicht die ganze Familie mit einbezogen wird und/oder sich die Routinen ändern.^{6,14,25} Alle gesetzten Ziele sollten daher erreichbar sein und von der ganzen Familie mitgetragen werden. Oft schätzen Erziehungsberechtigte und Patientinnen wie Patienten eine gesunden Gewichtsreduktion höher, als sie sein muss.²⁵ Im Rahmen des Zielsetzungsprozesses ist es wichtig, dass Sie auch darüber aufklären und durch erreichbare Ziele die Motivation erhalten bleibt.

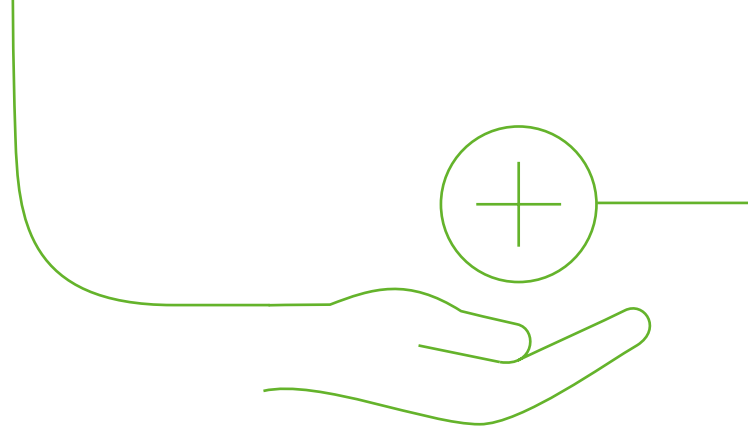
Wie Sie motivierend über Zielsetzungen sprechen:

„Ich möchte euch/Ihnen als Familie helfen, es reichen manchmal schon ein paar Änderungen im täglichen Ablauf aus, um eine Gewichtsreduktion zu erreichen.“

„Wir schauen uns gemeinsam an, an welchen Punkten eine Veränderung möglich ist.“

„Es geht nicht nur darum, anders zu essen, wo können Sie als Familie auch gemeinsam aktiv werden, Neues entdecken und so gesünder werden?“

4_BEHANDELN



Therapieoptionen bei Adipositas

Beim langfristigen Gewichtsmanagement können mehrere Ansätze Kindern mit Adipositas helfen.^{8,26} Wie bei anderen chronischen Erkrankungen bei Jugendlichen sollte sich Ihre Wahl der Behandlung nach Alter und Pubertätsstatus, Schweregrad der Adipositas, psychosozialen Faktoren und Komplikationen richten.^{8,26} Lebensstiländerungen sind für jedes Gewichtsmanagement bei Kindern von Bedeutung. Diese reichen aber nicht immer aus, um das gewünschte Ziel zu erreichen.^{8,26}

Lebensstiländerungen

Studien haben gezeigt, dass jede Kombination von Ernährungs-, Bewegungs- oder Lebensstilmaßnahmen eine kleine, aber signifikante Wirkung auf den BMI hat.²⁷

Ernährung

Im Gespräch über Ess- und Trinkgewohnheiten sollten Sie mit Ihrer Patientin, Ihrem Patienten konkrete Maßnahmen besprechen, die die Quantität der zu sich genommenen Lebensmittel reduzieren und die Qualität erhöhen.⁸

Bewegung

Ihre Patientin, Ihr Patient sollte täglich auf mindestens 60 Minuten körperliche Aktivität kommen, davon sollten 20 Minuten mäßig bis intensiv sein und Aktivitäten umfassen, die ihm, ihr Spaß machen.^{8,21,25,28} Kinder und Jugendliche sind meist technikaffin, weshalb der Einsatz von Apps und Smartwatches oder Aktivitäts-Trackern den Erfolg unterstützen können.⁶ Zu Fuß oder mit dem Fahrrad zur Schule – das ist eine erste sinnvolle Maßnahme, die Sie besprechen sollten.

Schlaf

Wenn Kinder einen gesunden Schlafrhythmus haben, ist die Wahrscheinlichkeit, eine Adipositas zu entwickeln, geringer, denn gestörter Schlaf kann Stoffwechsel und Kalorienzufuhr verändern.²⁵ Daher sollten Sie gemeinsam mit den Eltern über das jeweils erforderliche Schlafbedürfnis ihres Kindes und gute Schlafenszeitroutinen sprechen.

Beispiele für Ernährungsmaßnahmen:

- ▶ Portionen verkleinern
- ▶ Mehr natürliche, nicht hochverarbeitete Lebensmittel essen, z. B. mehr Obst und Gemüse
- ▶ Zuckerhaltige Getränke durch Tee und Wasser ersetzen
- ▶ Regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten mit der Familie



Arzneimitteltherapie

Die Behandlung sollte in jedem Fall in einer spezialisierten pädiatrischen Einrichtung von erfahrenen multidisziplinären Teams eingeleitet und überwacht werden.^{21,25}

Bei Jugendlichen mit einem hohen BMI-Perzentil und mindestens einer signifikanten Komplikation im Zusammenhang mit Adipositas kommt eine maßgeschneiderte klinische Intervention in Kombination mit Lebensstilinterventionen in Betracht.⁸

Eine Arzneimitteltherapie bei Kindern mit Adipositas kann die Compliance bei der Durchführung von Lebensstilinterventionen fördern, adipositasbedingte Gesundheitsrisiken reduzieren – wie z.B. Atemprobleme, Atherosklerose, Insulinresistenz, Typ 2 Diabetes oder Dyslipidämie – und die Lebensqualität verbessern.²¹

Bariatrische Chirurgie

Eine bariatrische Operation kommt als Behandlungsoption für Jugendliche mit schwerer Adipositas in Betracht, d. h. für Jugendliche mit einem BMI von $\geq 140\%$ des 95. Perzentils für Alter und Geschlecht oder einem BMI von $\geq 120\%$ des 95. Perzentils mit mindestens einer signifikanten adipositasbedingten Komplikation.^{8,21,25,28}

Die metabolischen und psychosozialen Bedürfnisse des Patienten oder der Patientin und der Familie sollten langfristig zu verfolgen sein.²⁵ Nach der Operation sollten Kinder und ihre Familien Unterstützung erhalten, einschließlich Lebensstilmanagement und Überwachung von adipositasbedingten Gesundheitsrisiken.²¹ Auch die Arzneimitteltherapie nach bariatrischen Eingriffen und die Überprüfung der Medikation spielen eine Rolle.²⁹

Weitere Informationen finden Sie in den Leitlinien zum Adipositas-Management bei Kindern und Jugendlichen:

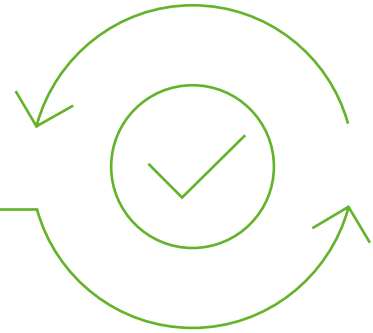
- ▶ S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/050-002.html>



- ▶ WHO Primary Health-care Guidelines 2017
<https://www.who.int/publications/item/9789241550123>



5_NACHSORGE



Fortschritte festhalten

Mindestens einmal jährlich sollten Sie das BMI-Perzentil eines Kindes berechnen und überprüfen.²⁵ Im Folgetermin geht es darum, was gut funktioniert hat und mit welchen Herausforderungen Ihre Patientin, Ihr Patient sich konfrontiert sah. Wichtig: Das Messen des Gewichts ist nicht der einzige Faktor, andere Erfolge, wie z. B. mehr zu Fuß zu gehen oder sich gesünder zu ernähren, sind auch entscheidend für eine erfolgreiche langfristige Gewichtsreduktion.

Behandlung anpassen

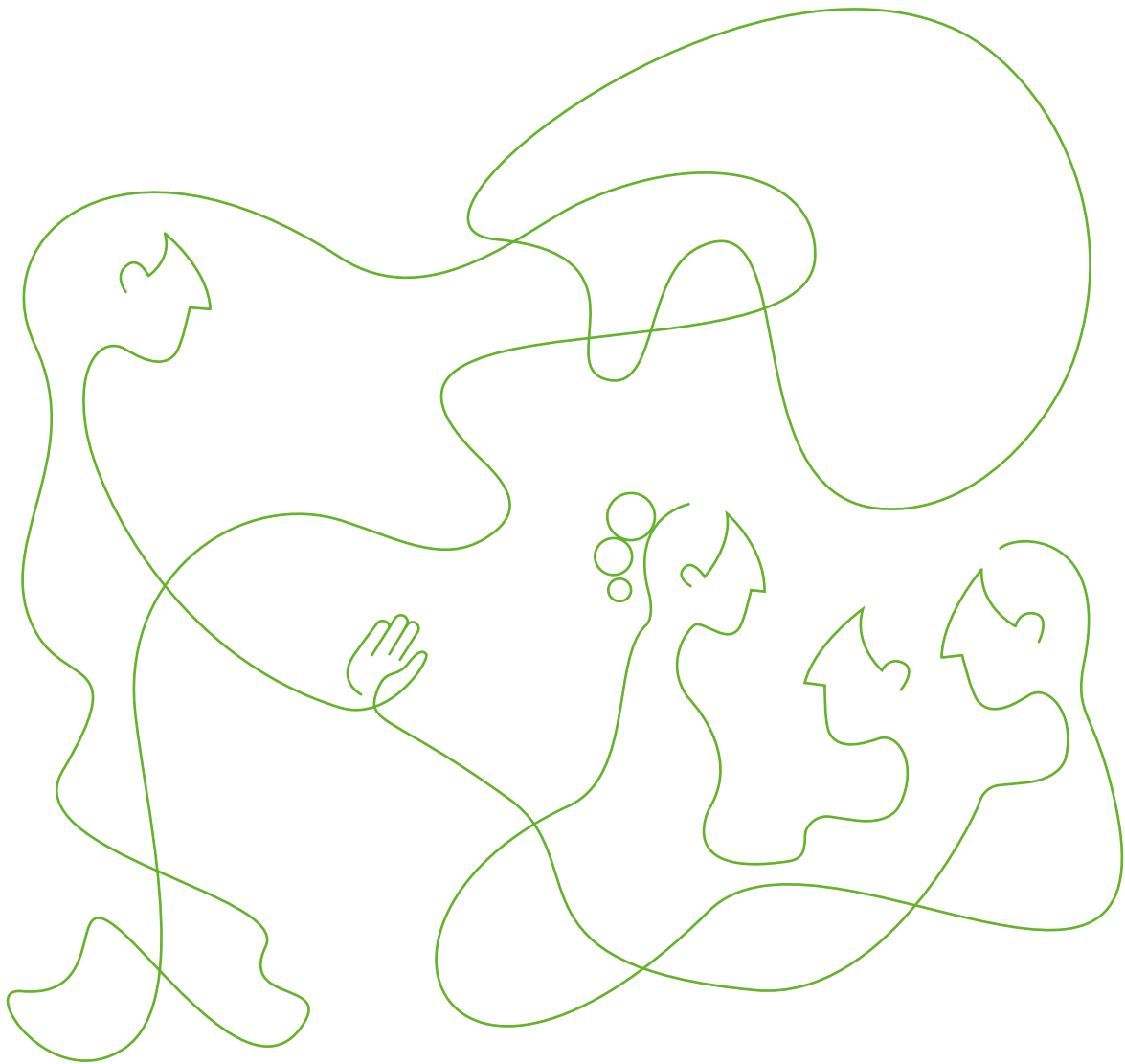
Wenn das BMI-Perzentil des Kindes zu steigen beginnt oder wenn die Familie Sie auf Bedenken hinsichtlich seines Gewichts oder anhaltender Verhaltensänderungen anspricht, ergründen Sie die möglichen Ursachen und erwägen Sie, die Behandlung anzupassen.²¹

Neuen Termin vereinbaren

Unterstützen Sie Ihre Patientin, Ihren Patienten, indem Sie immer gleich einen Folgetermin mit ihnen vereinbaren. So bleiben Sie in Kontakt auf dem Weg der Gewichtsreduktion, Sie behalten den Überblick und unterstützen sie bzw. ihn darin, am Ball zu bleiben.

- ▶ Weitere Services zur Unterstützung von Gesprächen mit Ihren Patient:innen finden Sie auf **rethink-obesity.de**.
- ▶ Zusätzlich können Sie Ihre Patient:innen auf **über-gewicht.de** verweisen, um weitere Informationen zu erhalten.





Referenzen

1 WHO. Taking action on childhood obesity report 2018. Verfügbar unter <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf>. Letzter Zugriff: März 2023. 2 WHO. Obesity and overweight. Verfügbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Letzter Zugriff: März 2023. 3 AMA. Recognition of Obesity as a Disease H-440.842. Verfügbar unter <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/recognition%20of%20obesity%20as%20a%20disease?uri=%2FAMADoc%2FHOD.xml-0-3858.xml>. Letzter Zugriff: März 2023. 4 WHO. Childhood overweight and obesity. Verfügbar unter <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>. Letzter Zugriff: Februar 2022. 5 Lifshitz F. Obesity in children. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2008;1:53–60. 6 Novo Nordisk Obesity Insights 2018 Research: Global Market Insights Report. 7 Novo Nordisk Adolescents with Obesity Insights and Opportunity Identification 2019. 8 Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med* 2011;365:1876–1885. 9 McPherson AC, Hamilton J, Kingsnorth S et al. Communicating with children and families about obesity and weight-related topics: a scoping review of best practices. *Obes Rev* 2017;18:164–182. 10 Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM et al. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Can Family Physician* 2013;59:27–31. 11 APA. Fostering positive weight-related conversations: Evidence and real-life learnings from the heart of care. A Knowledge Translation Casebook for healthcare professionals. Verfügbar unter <https://www.apa.org/obesity-guideline/discussing-weight/weight-related-conversations.pdf>. Letzter Zugriff: März 2023. 12 Safefood Health Promotion. A Guide for Health Professionals Assisting Parents and Guardians in communicating with their children about body weight. Verfügbar unter <https://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPM00860.pdf>. Letzter Zugriff: März 2023. 13 Wadden T and Didie E. What's in a Name? Patients' Preferred Terms for Describing Obesity. *Obesity Research* 2003;11:1140–1146. 14 Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, et al. Childhood obesity: causes and consequences. *J Family Med Prim Care* 2015;4:187–192. 15 NHLBI. The Practical Guide Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2003/>. Letzter Zugriff: März 2023. 16 Shue CK, Whitt JK, Daniel L et al. Promoting conversations between physicians and families about childhood obesity: evaluation of physician communication training within a clinical practice improvement initiative. *Health Commun* 2016;31:408–416. 17 WHO. Adipositas: Preventing and managing the global epidemic. Verfügbar unter <http://www.who.int/iris/handle/10665/42330>. Letzter Zugriff: März 2023. 18 OAC. Boys Weight-for-Age Percentile Chart. Verfügbar unter <https://www.obesityaction.org/get-educated/understanding-childhood-obesity/what-is-childhood-obesity/boys-bmi-chart/>. Letzter Zugriff: März 2023. 19 OAC. Girls BMI-for-Age Percentile Chart. Verfügbar unter <https://www.obesityaction.org/get-educated/understanding-childhood-obesity/what-is-childhood-obesity/girls-bmi-for-age-percentile-chart/>. Letzter Zugriff: März 2023. 20 Bassali R, Waller JL, Gower B et al. Utility of waist circumference percentile for risk evaluation in obese children. *Int J Pediatr Obes* 2010;5:97–101. 21 National Institutes of Health. Clinical Guidelines On The Identification, Evaluation, And Treatment Of Overweight And Obesity In Adults. Verfügbar unter http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf. Letzter Zugriff: März 2023. 22 Australian Government. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia 2013. Verfügbar unter <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practice-guidelines-management-overweight-and-obesity>. Letzter Zugriff: März 2023. 23 Greydanus DE, Agana M, Kamboj MK et al. Pediatric obesity: Current concepts. *Dis Mon* 2018;64:98–156. 24 Kumar S und Kelly AS. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. *Mayo Clin Proc* 2017;92:251–265. 25 Styne DM, Arslanian SA, Connor EL et al. Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102:709–757. 26 Matson KL und Fallon RM. Treatment of obesity in children and adolescents. *J Pediatr Pharmacol Ther* 2012;17:45–57. 27 WHO. Guideline: Assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. Verfügbar unter <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550123>. Letzter Zugriff: März 2023. 28 Summerbell C und Brown T. Childhood obesity: the guideline for primary care should form part of a whole-system approach. *CMAJ* 2015;187:389–390. 29 Czepiel KS, Perez NP, Campoverde Reyes KJ et al. Pharmacotherapy for the Treatment of Overweight and Obesity in Children, Adolescents, and Young Adults in a Large Health System in the US. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2020;11:290.