



Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Prof. Dr. Susanna Wiegand Charité Universitätsmedizin Berlin SPZ - Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Förderkennzeichen:	01VS22014
Akronym:	TransitADI
Projekttitel:	Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin
Autorinnen und Autoren:	in alphabetischer Reihenfolge: Dr. Jana Brauchmann, PD Dr. Gundula Ernst, Luise Laudenbach, PD. Dr. Antje Tannen, Nicole Vanersa, Prof. Dr Susanna Wiegand
Förderzeitraum:	01.04.2022 – 30.09.2025
Ansprechpartner:	Prof Dr. Susanna Wiegand susanna.wiegand@charite.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt TransitADI wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VS22014 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Übergang in das Erwachsenenalter stellt für junge Menschen mit Adipositas eine besondere Herausforderung dar, da körperliche und psychosoziale Entwicklungsprozesse, Diskriminierungserfahrungen und das Auflösen stabilisierender Strukturen zusammentreffen. Hinzu kommt das Ende der pädiatrischen Versorgung. Infolgedessen besteht ein erhöhtes Risiko für den Abbruch der kontinuierlichen medizinischen Betreuung, das Verstärken der Adipositas sowie das Entwickeln von körperlichen und psychischen Komorbiditäten. Ziel dieser S3-Leitlinie ist es daher, die Transition von jungen Menschen mit Adipositas in das Erwachsenenalter und insbesondere in die Erwachsenenmedizin strukturiert zu unterstützen.

Methodik: Zuerst erfolgte eine systematische Suche nach aktuellen Leitlinien zur Therapie der Adipositas im Kindes- und Erwachsenenalter, um versorgungsrelevante Empfehlungen zu vergleichen und bestehende Diskrepanzen und Lücken zu identifizieren. Im zweiten Schritt wurde eine systematische Literaturrecherche nach Transitionsinterventionen in MEDLINE, Embase und CENTRAL durchgeführt. Einschlussfähige Publikationen wurden als Volltexte analysiert, relevante Daten extrahiert und die Evidenzqualität nach GRADE bewertet.

Ergebnisse: Mithilfe der ersten systematischen Suche wurden 39 Leitlinien eingeschlossen. Unterschiede zwischen pädiatrischer und erwachsenenmedizinischer Versorgung zeigten sich insbesondere in der Diagnostik sowie in der lebensstilbezogenen Therapie. Zudem wurden Versorgungslücken in den Empfehlungen zur bariatrischen Chirurgie, Pharmakotherapie sowie zur (Notfall-) Kontrazeption identifiziert. Die zweite systematische Literatursuche identifizierte 22 Publikationen aus 17 Studien zu Transitionsinterventionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen. Die Studien waren hinsichtlich Population, Interventionen und Outcomes heterogen und bestanden zum überwiegenden Teil aus Studien mit jungen Menschen mit Typ-1-Diabetes. Die untersuchten Transitionsinterventionen umfassten u. a. zusätzlichen Kontakt mit Gesundheitsfachkräften, Case-Management, Kontinuität der ärztlichen Betreuung sowie digitale und multikomponentenbasierte Ansätze. Die bewerteten Outcomes umfassten somatische Parameter ebenso wie Selbstmanagementfähigkeiten, Transitionsbereitschaft und Versorgungskontinuität. Aufgrund eines überwiegend hohen Verzerrungspotenzials, unzureichender Präzision und Indirektheit wurde die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE für alle Outcomes als *sehr gering* eingestuft. Die daraus abgeleiteten acht evidenzbasierten und sieben konsensbasierten Empfehlungen wurden in einer Konsensuskonferenz unter Beteiligung von 21 Fachgesellschaften und vier Patientenvertreter:innen diskutiert, modifiziert und verabschiedet; Empfehlungs- und Konsensstärke wurden dabei abschließend festgelegt.

Diskussion: Die neue S3-Leitlinie stellt einen wichtigen Meilenstein in der Versorgung junger Menschen mit Adipositas dar. Bislang fehlen in Deutschland strukturierte Transitionsangebote, einschließlich eines Netzwerks spezialisierter Behandler:innen für Adipositas. Es konnten keine Transitionsstudien für junge Menschen mit Adipositas identifiziert werden. Die Empfehlungen stützen sich daher auf Evidenz aus vergleichbaren Erkrankungen. Dies unterstreicht den dringenden Bedarf an strukturierten Interventionen in dieser Population.

Schlagworte: Adipositas, Transition, Arztwechsel, Jugendliche, junge Erwachsene

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	4
II	Abbildungsverzeichnis	4
III	Tabellenverzeichnis	4
1	Projektziele	5
2	Projektdurchführung	6
2.1	Projektbeteiligte	6
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts	9
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	10
2.4	Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen	10
3	Methodik	11
4	Projektergebnisse	14
5	Diskussion der Projektergebnisse	18
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	19
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	20
IV	Literaturverzeichnis	22
V	Anlagen	24

I Abkürzungsverzeichnis

AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas
AJE	Adoleszente und junge Erwachsene
BMI	Body Mass Index
CED	Chronisch entzündliche Darmerkrankung
DAG	Deutsche Adipositas Gesellschaft
DiGAs	Digitale Gesundheitsanwendungen
EMA	European Medicines Agency
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GIP	Glucose-dependent insulinotropic polypeptide
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GfTM	Gesellschaft für Transitionsmedizin
i.d.R	In der Regel
HrQoL	Health related quality of life
IA	Innovationsausschuss
k.A.	Keine Angabe
KI	Konfidenzintervall
MASLD	Metabolische Dysfunktions-assoziierte Steatotische Lebererkrankung
MD	Mittelwertdifferenz
Mon.	Monat
NRSI	Nicht-randomisierte Interventionsstudie (Non-Randomized Study of Intervention)
PICOS	Patient (P), Intervention (I), Comparison (C)/Vergleich, Outcome (O)/Ergebnis, Study Design/Studiendesign (S)
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie (Randomized Controlled Trial)
RR	Relatives Risiko
SMD	Standardisierte Mittelwertsdifferenz

II Abbildungsverzeichnis

Keine Einträge

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konsortialführung und Konsortialpartner:innen	6
Tabelle 2: Kooperationspartner:innen.....	7
Tabelle 3: Wissenschaftliche Mitarbeiter:innen	7
Tabelle 4: Beteiligte Fachgesellschaften und stimmberechtigte Mandatstragende	8
Tabelle 5: Beteiligte Selbsthilfeorganisationen und stimmberechtigte Mandatstragende	9
Tabelle 6: PICOS-Schema.....	12
Tabelle 7: Evidenzbasierte Empfehlungen.....	16
Tabelle 8: Konsensbasierte Empfehlungen.....	17
Tabelle 9: Publikationen in internationalen Fachzeitschriften und Wissenschaftsportalen ...	20
Tabelle 10: Kongressbeiträge	21

1 Projektziele

In Deutschland leben ca. 1,9 Mio. Kinder und Jugendliche mit Übergewicht (15,4%), ca. 5,9% davon erfüllen die Kriterien einer Adipositas (Schienkiewitz et al., 2018). Damit gehört die Adipositas zu den häufigsten chronischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Ihre Folge- und Begleiterkrankungen sind vielfältig und umfassen Bluthochdruck, Typ 2 Diabetes, Störungen des Zucker- und Fettstoffwechsels (Metabolisches Syndrom), Fettlebererkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie psychische Erkrankungen wie Essstörungen oder Depressionen. Oft treten sie bereits bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas auf und persistieren im Erwachsenenalter fort (Wiegand et al., 2020). Eine umfassende Langzeitversorgung von jungen Menschen mit Adipositas hat daher eine hohe Relevanz für den Einzelnen, aber auch für das Gesundheits- und Sozialsystem.

Für die Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas existiert eine entsprechende S3-Leitlinie [AWMF Reg.Nr.: 050 – 002; Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 2019]. Sie sieht die Betreuung durch ein multiprofessionelles Lebensstilbezogenes Therapieprogramm vor. Die S3-Leitlinie zur Prävention und Behandlung der Adipositas für Erwachsene [AWMF Reg.Nr.: 050 – 001, Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), 2024] stellt eher einzelne individuelle Maßnahmen u.a. zur Ernährung und Bewegung in den Vordergrund, die bei Bedarf kombiniert werden können. Zudem nehmen Therapieoptionen einen größeren Raum ein, die bei Kindern und Jugendlichen eine untergeordnete Rolle spielen, so z. B. medikamentöse Therapie oder metabolische Chirurgie. Hinzu kommt eine Vielzahl von Leitlinien, die sich mit der Behandlung einzelner Komorbiditäten und Risikofaktoren beschäftigen, die sich vorrangig an Erwachsene richten. Spezielle Empfehlungen für junge Menschen fehlen, was ihre qualitätsgesicherte Versorgung erschwert.

Eine weitere Herausforderung stellt die strukturierte Begleitung der Transition dar, also des Übergangs junger Menschen mit chronischen Erkrankungen in das Erwachsenenalter und die Erwachsenenmedizin (Ernst, 2025). Die Transition ist bei jungen Menschen mit Adipositas durch individuelle und strukturelle Barrieren besonders erschwert. Einerseits sind junge Menschen mit Adipositas vielfach Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen ausgesetzt (Chiupitu-Plath et al., 2018), was ihren Selbstwert nachteilig beeinflusst und negative Auswirkungen auf ihre Selbstwirksamkeitserwartung sowie die Fähigkeit hat, Therapieempfehlungen umzusetzen und langfristig beizubehalten. Hinzu kommt die erhöhte Prävalenz von Risikofaktoren wie sozialer Benachteiligung und Migrationshintergrund, die mit einer niedrigeren Gesundheitskompetenz einhergehen (Schaeffer et al., 2021). Andererseits ist die medizinische Anbindung von Erwachsenen mit Adipositas nicht eindeutig geklärt. Primäre Anlaufstelle und Schnittstelle zu anderen medizinischen Disziplinen, wie z. B. Kardiologie, Orthopädie und Psychosomatik, ist vermutlich die Allgemeinmedizinische Praxis. Die DEGAM bewertet eine Adipositas erst als chronische Erkrankung, wenn sie mit Folge- oder Begleiterkrankungen einhergeht. Ähnlich verhält es sich mit niedergelassenen Endokrinolog:innen. Eine lückenlose Anbindung an Behandlungseinrichtungen der Erwachsenenmedizin kann dadurch erschwert werden.

Genau da setzt die neue S3-Leitlinie für die Transition junger Menschen mit Adipositas an. Sie soll Entscheidungshilfen für eine abgestimmte, multiprofessionelle Behandlung von jungen

Menschen mit Adipositas geben und deren kontinuierliche Versorgung auch im Erwachsenenalter sicherstellen. Die Leitlinie soll gezielt die Widersprüche existierender, für Adipositas relevanter Leitlinien adressieren und transitionsspezifische Lücken schließen. Dies erfolgt auf Basis der vorhandenen Evidenz und unter Beteiligung einer breiten fachlichen Expertengruppe sowie Patientenvertretern.

Im Einzelnen beschäftigte sich das Projekt TransitADI mit folgenden Fragestellungen:

1. Welche nationalen und internationalen Leitlinien adressieren junge Menschen mit Adipositas, sowie deren mögliche Begleiterkrankungen und Teilhabestörungen?
2. Welche Widersprüche in den Empfehlungen der bestehenden Leitlinien lassen sich für Jugendliche und junge Erwachsene identifizieren?
3. Welche Aspekte müssen für die Betreuung von jungen Menschen mit Adipositas und für die Definition eines strukturierten Transitionspfads evidenzbasiert berücksichtigt werden?

Übergreifend will TransitADI dazu beitragen, dass junge Menschen mit Adipositas ab Beginn der Pubertät durch eine gute, multiprofessionelle Schulung und Beratung in die Lage versetzt werden, die Langzeittherapie besser in ihrem Alltag umzusetzen und mit anderen Entwicklungsaufgaben (u.a. Identitätsfindung, Berufswahl, Partnerschaft und Familienplanung) zu vereinbaren (*Selbstmanagement*) sowie für sie geeignete Zukunftsentscheidungen zu treffen (*Empowerment*). Dies soll dem Fortschreiten der Adipositas und ihrer Begleiterkrankungen entgegenwirken. Die Morbidität und Mortalität im Erwachsenenalter soll damit reduziert, sowie die Lebensqualität und die soziale Teilhabe verbessert werden

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Tabelle 1: Konsortialführung und Konsortialpartner:innen

Person	Einrichtung	Institut	Funktion
Konsortialführung			
Prof. Dr. Susanna Wiegand	Charité – Universitätsmedizin Berlin CC17	Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	Projektleitung Konsortialführung
Konsortialpartner:innen			
PD Dr. Gundula Ernst	Medizinische Hochschule Hannover	Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie	Leitlinienkoordination Steuergruppe, federführende Formulierung der Leitlinie

PD Dr. Antje Tannen MPH	Charité – Universitätsmedizin Berlin CC01	Institut für klinische Pflegewissenschaft	Steuergruppe, Formulierung der Leitlinie
Prof. Dr. Jörg Meerpohl	Universitätsklinikum Freiburg	Institut für Evidenz in der Medizin	Methodische Beratung

Tabelle 2: Kooperationspartner:innen

Person	Einrichtung	Institut	Funktion
Prof. Dr. Susann Wehrauch-Blüher	Universitätsklinikum Halle	Department für operative und konservative Kinder- und Jugendmedizin	Fachliche Beratung
M.Sc. Gabriel Torbahn	Klinikum Nürnberg	Klinik für Neugeborene, Kinder und Jugendliche	Methodische Beratung

Tabelle 3: Wissenschaftliche Mitarbeiter:innen

Person	Einrichtung	Institut	Funktion
Dr. Jana Brauchmann	Charité – Universitätsmedizin Berlin CC17	Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
M.Sc. Luise Laudenbach	Medizinische Hochschule Hannover	Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
M.Sc. Philipp Kapp	Universitätsklinikum Freiburg	Institut für Evidenz in der Medizin	Wissenschaftlicher Mitarbeiter
B.Sc. Nicole Vanersa	Charité – Universitätsmedizin Berlin CC01	Institut für klinische Pflegewissenschaft	Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Tabelle 4: Beteiligte Fachgesellschaften und stimmberechtigte Mandatstragende

Beteiligte Fachgesellschaften	Stimmberechtigte Mandatstragende
Berliner TransitionsProgramm	Dr. Silvia Mütter
Berufsverband für Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)	Dr. Gabriele Trost-Brinkhues
Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD)	Dana Morawski
Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG)	Prof. Dr. Susanna Wiegand
Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)	Dr. Thomas Kapellen
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)	Prof. Dr. Tanja Legenbauer
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)	Dr. Lena Herzer
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)	Prof. Dr. Mirko Otto
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Lisa Degener PD Dr. Heidrun Lingner
Deutsche Gesellschaft für Essstörungen (DGESS)	Prof. Dr. Georgios Paslakis
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	PD Dr. Monika Rau
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)	Prof. Dr. Wiebke Fenske
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Prof. Dr. Hans Georg Koch
Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED)	Dr. Felix Reschke
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	Dr. Britta Pehlke
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)	Dr. Ines Gellhaus
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	Dr. Britta Pehlke

Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE)	Prof. Dr. Patrick Gerner
Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)	PD Dr. Gundula Ernst
Kompetenznetz Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter (KomPaS)	PD Dr. Gundula Ernst
Konsensusgruppe Adipositaschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS)	Dr. Markus Röbl

Tabelle 5: Beteiligte Selbsthilfeorganisationen und stimmberechtigte Mandatstragende

Selbsthilfe-Organisationen	Stimmberechtigte Mandatstragende
Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e.V.	Melanie Bahlke
AdipositasHilfe Deutschland e.V.	Michael Wirtz
Adipositas Verband Deutschland e.V.	Marion Rung-Friebe
Kindernetzwerk (knw) e.V	Dr. Johannes Oepen

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Im TransitADI-Projekt wurde eine S3-Leitlinie für die Transition junger Menschen mit Adipositas entwickelt (Anlage 1). Eine solche Leitlinie existierte bisher nicht. Sie ergänzt die bestehenden Leitlinien zur Prävention und Behandlung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (AWMF Reg.Nr.: 050 – 002) sowie bei Erwachsenen (AWMF Reg.Nr.: 050 – 001). Dabei erweitert und spezifiziert sie die generische Leitlinie zur Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin (AWMF Reg.Nr.: 186 - 001). Mit der Entwicklungsstufe S3 basiert die neue Leitlinie auf einer systematischen Literaturanalyse und auf einem interdisziplinären Konsensprozess.

Die enthaltenen Empfehlungen gelten für Jugendliche und junge Erwachsene mit Adipositas sowie solche mit Übergewicht plus bereits bestehenden Begleiterkrankungen. Die Definition von Übergewicht und Adipositas stützt sich dabei auf die jeweils aktuellen Leitlinien zur Prävention und Behandlung von Adipositas. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gilt für die Definition der Adipositas ein Body Mass Index (BMI, kg/m^2) oberhalb der 97. Perzentile und für Übergewicht ein BMI oberhalb der 90. Perzentile bis einschließlich der 97. Perzentile. Ab dem 18. Geburtstag gilt ein BMI $> 25\text{-}29 \text{ kg}/\text{m}^2$ als Übergewicht und ein BMI ab $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ als Adipositas.

Die Leitlinie adressiert alle Versorgungsbereiche, die an der Diagnostik und Therapie von jungen Menschen mit Adipositas beteiligt sind. Dies ist in erster Linie die ambulante Versorgung in der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin sowie der hausärztlichen oder internistischen Praxis. Die multiprofessionelle Therapie umfasst neben der medizinischen Versorgung zusätzlich aber auch eine Ernährungs- und Bewegungstherapie und ggf. psychotherapeutische Betreuung. Die Therapie kann dabei ambulant oder stationär beispielsweise im Rahmen einer Jugendrehabilitationsmaßnahme erfolgen.

Die Leitlinie (AWMF Registernummer: 050-003) und die Begleitdokumente (Leitlinienreport und Patient:innenleitlinie) werden zeitnah unter folgendem Link abrufbar sein: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003>

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Der Förderzeitraum dauerte vom 1. April 2023 bis 30. September 2025. Der ursprüngliche Projektplan wurde eingehalten. Es gab keine relevanten Änderungen im Projektverlauf und alle Meilensteine wurden fristgerecht erreicht.

Um eine evidenzbasierte S3-Leitlinie zu erstellen, musste die zugrunde liegende Evidenz synthetisiert werden. Als Vorbereitung dafür wurde zunächst, im Sinne einer „Evidence Map“, eine systematische Recherche und Gegenüberstellung von Empfehlungen aus nationalen und internationalen evidenzbasierten Leitlinien zur Behandlung von Adipositas sowohl für die Pädiatrie als auch die Erwachsenenmedizin durchgeführt. Dabei wurden Widersprüche und Lücken zwischen Empfehlungen für die pädiatrische und erwachsene Population herausgearbeitet. Dieser Zwischenschritt sollte aufzeigen, welche evidenzbasierten Empfehlungen bereits vorliegen und wo es an Entscheidungsgrundlagen in der Versorgung von Jugendlichen mit Adipositas fehlt.

Danach wurden die inhaltlichen Eckpunkte für die weiteren Rechenschritte festgelegt (in Anlehnung an das PICO-Schema, inkl. Einschlusskriterien). Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken Medline, Embase und CENTRAL. Nach Screening von Titel und Abstract und anschließender Sichtung der Volltexte bei Relevanz konnten insgesamt n=13 RCTs und n=4 NRSIs eingeschlossen werden. Es folgte eine strukturierte Datenextraktion und eine Endpunkt-basierte Bewertung der Studien mittels Risk of Bias 2 und ROBINS-I, sowie eine Bewertung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (nach Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)) und die Erstellung von Evidenzprofilen (Summary-of-findings-Tabellen) für die a-priori festgelegten Endpunkte.

Auf dieser Grundlage wurden acht evidenzbasierte und sieben konsensbasierte Empfehlungen zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenversorgung formuliert. Diese wurden an alle Mitglieder der Leitliniengruppe mit Möglichkeit einer Vorabstimmung versendet. Da die Teilnahmerate nicht ausreichte, konnte keine Konsentierung im Vorhinein erfolgen. Die anschließende Konsensuskonferenz fand online statt. Nur zu wenigen Punkten gab es tiefergehenden oder kontroversen Diskussionsbedarf. Abstimmungsergebnisse, Rückmeldungen und Formulierungsanpassungen wurden dokumentiert und in die endgültige Fassung der Leitlinie und des Leitlinienreports eingearbeitet. Der Prozess der Leitlinienentwicklung (inkl. Moderation der Konsensuskonferenz) wurde von Dr. Monika Nothacker und Dr. Frauke Schwier (AWMF) begleitet. Dieser Prozess ist im Detail im Leitlinienreport (Anlage 2) dargelegt.

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

Da die Leitlinie im Rahmen des Projektes neu entwickelt wurde, liegen aktuell noch keine Erfahrungen mit der Implementierung vor. Die Leitlinie ist zudem noch nicht veröffentlicht. Sobald die Freigabe durch die AWMF erfolgt, wird die Leitlinie dort veröffentlicht und auf den Websites der Deutschen Adipositas-Gesellschaft sowie der Gesellschaft für Transitionsmedizin verlinkt. Hier sind dann auch die Patientenversionen der Leitlinie in 8 verschiedenen Sprachen

(Deutsch, Englisch, Polnisch, Türkisch, Arabisch, Spanisch, Französisch und Portugiesisch) verfügbar (Anlage 3). Diese vereinfachte und verkürzte Version der Leitlinie wurde mit den Patientenvertreter:innen abgestimmt. Beide Versionen werden durch weitere geeignete Maßnahmen zusätzlich publik gemacht. So werden beispielsweise zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Leitlinie bei der AWMF Pressemitteilungen der federführenden Fachgesellschaften erscheinen. Dieser Prozess wird durch die Publikationen und Kongressbeiträge erleichtert:

Während des gesamten Projektzeitraums wurde mittels Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, Vorträgen auf Fachtagungen und Gesprächen mit Fach- und Patientenvertreter:innen an der Dissemination des Themas und der Ergebnisse gearbeitet (s. Abschnitt 7).

Diese Aktivitäten haben dazu beigetragen, dass das Thema Transition in das DMP Adipositas Kinder und Jugendliche aufgenommen wurde. Dort heißt es unter Punkt 1.4.3 „Überleitung: Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, soll die Überleitung für Jugendliche in die Erwachsenenmedizin gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin sowie den nach Maßgabe der Nummer 1.4 einbezogenen Betreuungspersonen oder Personensorgeberechtigten geplant und strukturiert gestaltet werden“ (G-BA, 2024). Mit der Verankerung im DMP ist ein wesentlicher Grundstein für die Implementierung der Leitlinien-Empfehlungen in die klinische Praxis gelegt worden. Ein weiterer wichtiger Schritt war die Aufnahme von Adipositas in das Berliner Transitionsprogramm. Damit ist die strukturierte Begleitung von jungen Menschen mit Adipositas während des Arztwechsels mit vielen gesetzlichen Krankenkassen abrechenbar. Zudem wird die Implementierung der neuen Leitlinie durch die Aktualisierung der S3-Leitlinie zur Prävention und Behandlung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gefördert. Diese kann auf die vorliegende Leitlinie zurückgreifen, um die Planung und Begleitung der Transition von jungen Menschen mit Adipositas auch zum integralen Bestandteil der Betreuung zu machen und dies in der aktualisierten Version der Adipositas-Therapie-Leitlinie fest zu verankern.

3 Methodik

Die Methodik zur Erstellung dieser S3-Leitlinie richtet sich nach dem AWMF-Regelwerk (Version 2.2 vom 22.05.2025, <https://www.awmf.org/regelwerk/>). Die Erstellung der S3-Leitlinie „Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin“ (AWMF Registernummer 050 - 003) erfolgte unter der Federführung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und der Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM) und soll der Entstehung von Versorgungslücken in der Behandlung von jungen Menschen mit Adipositas während des Übergangs von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin entgegenwirken.

Es wurden im Rahmen des Projekts zwei systematische Literaturrecherchen durchgeführt:

1. nach aktuellen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Adipositas bei Kindern/Jugendlichen sowie Erwachsenen,
2. nach Transitionsinterventionen.

Die systematische Suche nach aktuellen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Adipositas bei Kindern/Jugendlichen sowie Erwachsenen hatte zum Ziel, Unterschiede und Lücken in den Empfehlungen für die pädiatrischen und für die erwachsenen Zielgruppen zu identifizieren, die bei jungen Menschen mit Adipositas während der Transition berücksichtigt werden sollten, und ist als Vorarbeit zu verstehen. Die Methoden für diese systematische Suche inklusive Suchstrategie, Datenbanken sowie Ein- und Ausschlusskriterien sind im Detail in der Publikation von Brauchmann & Laudenbach et al. (2025) dargestellt. Die daraus hervorgegangenen Ergebnisse sollten auch als Grundlage für die konsensbasierten Empfehlungen der neuen S3-Leitlinie dienen.

Für die systematische Literatursuche nach Transitionsinterventionen, die als Grundlage für die evidenzbasierten Empfehlungen der neuen S3-Leitlinie gelten sollten, wurde eine PICOS-basierte Suchstrategie auf Grundlage der konsentierten Schlüsselfrage erstellt. Die Schlüsselfrage der Leitlinie wurde von den klinischen und methodischen Leitlinienkoordinator:innen vorbereitend erarbeitet:

„Haben Interventionen zur Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin bei jungen Menschen mit Adipositas und vergleichbaren Erkrankungen einen Einfluss auf die Kontinuität der Versorgung, die Transitionsbereitschaft und -befähigung, die psychische und körperliche Gesundheit sowie die Gesundheitskompetenz und das Selbstmanagement?“

Das in Tabelle 6 dargestellte PICOS-Schema wurde als Grundlage für die systematische Literatursuche und zur Ableitung der evidenzbasierten Empfehlungen verwendet.

Tabelle 6: PICOS-Schema

Population (P)	<p>Junge Menschen (11-26 Jahre) mit:</p> <p>Chronischen Erkrankungen, ohne Einschränkungen auf Adipositas übertragbar:</p> <p>Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2</p> <p>Anderen chronischen Erkrankungen, gute Übertragbarkeit auf Adipositas:</p> <p>Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED/IBD; Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)</p> <p>Rheumatische Erkrankungen, (meist Juvenile Idiopathische Arthritis)</p> <p>Asthma bronchiale</p>
Intervention (I)	<p>Interventionen zur Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin</p> <p>z. B. Bewertung und Planung der Transition, pädagogische Interventionen (Schulungen, Workshops, auch in virtueller Form), Fallmanagement (Transitionskoordinator:innen) oder Qualifikation der Angehörigen der Gesundheitsberufe (z. B. Weiterbildung Transitionstraining/Transitionsmanagement)</p>
Control (C)	<p>Andere Interventionen zur Transition mit geringerer Intensität, Regelversorgung (care as usual, routine care)</p>

Outcomes (O)	<p>1) Kontinuität der Versorgung (z. B. Wahrnehmung von Arztterminen; Zeit bis zum ersten Termin nach der Überweisung, Loss-to-follow-up)</p> <p>2) Transitionsbereitschaft und -befähigung (transition readiness)</p> <p>3) (krankheitsspezifischer) Gesundheitszustand (z. B. Body-Mass-Index (BMI), HbA1c (%), time-in-range (%), medizinische Komplikationen (z.B. bei Diabetes: Hospitalisierungen, Ketoazidosen, mikrovaskuläre Ereignisse)</p> <p>4) Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit (z.B., gesundheitsbezogene Lebensqualität, Selbstwirksamkeit, emotionales Wohlbefinden, Depressions- und Angstsymptome)</p> <p>5) Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement (z. B. Fähigkeit und Wissen zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen, Kommunikationsfähigkeiten, Selbstmanagementverhalten)</p> <p>6) soziale, schulische oder berufliche Teilhabe (z. B. Fehlzeiten, Arbeitslosigkeit)</p> <p>7) Vertrauen in die Versorgung/ Zufriedenheit der Patient:innen mit der Versorgung</p> <p>8) Transferrate und Terminadhärenz</p> <p>Es wurden keine Einschränkungen hinsichtlich des Versorgungskontexts (z. B. Krankenhaus, Primärversorgung und Gemeinde) oder des Landes vorgenommen.</p>
Study type (S)	<p>RCTs und NRSI: Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1</p> <p>Nur RCTs: Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Rheumatoide Arthritis, Asthma bronchiale</p>

Zur Vorbereitung und Orientierung erfolgte vor der systematischen Literatursuche eine orientierende Recherche in der PubMed Literaturdatenbank, bei der keine Studien gefunden werden konnten, die spezifische Interventionen zur Transition für junge Menschen mit Adipositas untersuchten. Daher wurden weitere chronische Erkrankungen in die Suchstrategie eingeschlossen, die sich u.a. in Hinblick auf den Umfang des Krankheitsmanagements auf Adipositas übertragen lassen (siehe Tabelle 6).

Folgende Datenbanken wurden am 24. Januar 2024 durchsucht: MEDLINE All (über OVID SP), Embase (über OVID SP), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). Die Suchstrategien für die jeweilige Datenbank sind im Leitlinienreport (Anlage 2, Abschnitt 10.1) dargestellt. Um auch laufende oder nicht veröffentlichte Studien zu identifizieren, wurde am 26. Januar 2024 das Studienregister ClinicalTrials.gov durchsucht. Darüber hinaus wurden die Referenzlisten der eingeschlossenen Studien sowie relevante systematische Übersichtsarbeiten geprüft, um weitere potenziell relevante Studien zu identifizieren. Zusätzlich wurden zwei Transitions-relevante Zeitschriften (Health Care Transitions (<https://www.sciencedirect.com/journal/health-care-transitions>) und Journal of Transition Medicine (<https://www.degruyter.com/journal/key/jtm/html?lang=en>), die nicht in PubMed gelistet sind, nach potenziell relevanten Studien überprüft.

Eingeschlossen wurden randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und nicht-randomisierte Interventionsstudien (NRSI), darunter auch Studien, in denen die Zuweisung zu Interventions-

und Kontrollgruppen mithilfe nicht-zufälliger Methoden erfolgte, sowie Beobachtungsstudien, z. B. prospektive Kohortenstudien mit Kontrollgruppe oder „interrupted time series“-Studien. Details zu den Ein- und Ausschlusskriterien sind im Leitlinienreport (Anlage 2, Abschnitt 4.1.1) beschrieben. Die Suchergebnisse wurden anschließend zur Durchführung des Titel-, Abstract- und Volltextscreenings in die Software Covidence (Veritas Health Innovation, Melbourne, Australien) importiert. Studien, die auf Basis des definierten PICOS-Schemas als potenziell relevant eingestuft wurden, wurden im Volltext geprüft, um ihre endgültige Eignung zu bewerten. Der Auswahlprozess erfolgte durch zwei unabhängige Reviewer:innen. Bei Unsicherheiten oder Meinungsverschiedenheiten wurde zunächst eine Klärung durch Diskussion angestrebt; sofern keine Einigung erzielt werden konnte, wurde eine dritte Person hinzugezogen.

Aus den im Volltext identifizierten Studien wurden von zwei Reviewer:innen anhand eines pilotierten Extraktionsformulars alle relevanten Daten extrahiert (siehe Anlage 2, Abschnitt 4.1.4). Die eingeschlossenen Interventionsstudien wurden nach Inhalt, methodischem Ansatz und Zielgruppe klassifiziert; innerhalb der Kategorien erfolgten Subgruppenanalysen unter Berücksichtigung quantitativer und narrativer Ergebnisse. Die Datensynthese umfasste tabellarische Übersichten der Studienmerkmale und -ergebnisse. Dichotome Endpunkte wurden als relatives Risiko, kontinuierliche Endpunkte als Mittelwertdifferenz bzw. standardisierte Mittelwertdifferenz mit 95 %-Konfidenzintervallen dargestellt. Metaanalysen wurden – sofern möglich – mittels Random-Effects-Modell durchgeführt; andernfalls erfolgte eine narrative Synthese mit strukturierter Darstellung potenzieller Heterogenitätsquellen. Die statistische Heterogenität wurde mittels χ^2 -Test und I^2 -Statistik bewertet. Das Verzerrungspotenzial der relevanten Outcomes wurde von zwei Reviewer:innen beurteilt, für RCTs mit dem Cochrane Risk of Bias 2.0 Tool und für NRSI mit dem ROBINS-I-Tool. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde endpunktbezogen nach der GRADE-Methodik bewertet und in Summary-of-Findings-Tabellen zusammengefasst.

Auf Grundlage der gesichteten Literatur wurden Entwürfe für die Empfehlungen in der Leitliniengruppe erarbeitet, modifiziert und abgestimmt. Parallel dazu wurde die Empfehlungsstärke festgelegt. Die jeweilige Konsensusstärke der Empfehlungen ging aus der anschließenden Konsensuskonferenz hervor, die am 19. März 2025 stattfand. Details zum Ablauf der Konsensuskonferenz befinden sich im Leitlinienreport (Anlage 2, Abschnitt 5.1).

4 Projektergebnisse

Die systematische Literatursuche nach Transitionsinterventionen resultierte in 22 Referenzen von 17 Studien, die zur Generierung der evidenzbasierten Empfehlungen herangezogen wurden. Das PRISMA Flowchart der systematischen Literatursuche ist im Leitlinienreport dargestellt (Anlage 2, Abschnitt 4.2.1 Abbildung 1) sowie auch in der Publikation von Torbahn et al. (2025) ausführlich beschrieben. Bei 13 der 17 eingeschlossenen Studien handelte es sich um randomisierte kontrollierte Studien (RCTs). Die übrigen vier Studien waren nicht-randomisierte Interventionsstudien (NRSI). Sechs Studien stammen aus Europa, acht Studien aus Nordamerika, zwei Studien aus Ozeanien und eine Studie aus Nordafrika. Neun Studien rekrutierten die Studienteilnehmenden an mehreren Zentren und acht Studien an einem Standort. Die Anzahl der Studienteilnehmenden lag zwischen 13 Personen bis zu 352 Personen. Der Großteil der Studien hatte zwischen 60 und 150 Studienteilnehmende.

Zielgruppe aller Interventionen waren Adoleszente und junge Erwachsene (AJE). In vier Studien wurden Eltern aktiv mit einbezogen. Die Transitionsinterventionen wurden auf Grundlage ihrer Hauptmerkmale in acht Kategorien unterteilt:

- Zusätzlicher Kontakt durch eine Gesundheitsfachkraft
- Terminerinnerungen
- Kontinuität durch dieselbe ärztliche Betreuung im pädiatrischen und Erwachsenenbereich
- Multimodale Transitionsprogramme
- Krankheitsmanagement
- Smartphone-App oder Website zur Informationsvermittlung
- Multikomponenten Interventionen mit mehr als einer Komponente

Die Interventionsdauer war unterschiedlich und reichte von sehr kurzen Maßnahmen, etwa zweitägigen Schulungen, bis zu längerfristigen Interventionen mit einer Laufzeit von 12 bis 18 Monaten. Acht Studien fanden in der pädiatrischen Versorgung statt, fünf Studien adressierten gezielt den Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung, und vier Studien wurden im Erwachsenenbereich durchgeführt. Die eingeschlossenen Studienpopulationen waren hinsichtlich Erkrankung, Alter und Geschlecht heterogen. Zehn Studien schlossen Teilnehmende mit einer spezifischen chronischen Erkrankung ein, überwiegend Adoleszente und junge Erwachsene (AJE) mit Diabetes Typ I (n = 8); jeweils eine Studie untersuchte AJE mit juveniler idiopathischer Arthritis bzw. chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Vier weitere Studien bezogen AJE mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen ein. Das Alter bei Studieneinschluss lag zwischen 11 und 26 Jahren. Der Anteil weiblicher Teilnehmerinnen variierte zwischen 36,1 % und 88,0 %, wobei die Mehrheit der Studien ein annähernd ausgewogenes Geschlechterverhältnis mit einem Frauenanteil von 44 % bis 67 % aufwies. Alle Details zu den Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind im Leitlinienreport dargestellt (Anlage 2, Abschnitt 4.2.2 - Abschnitt 4.2.4 Tabellen 7 - 9) sowie in der Publikation von Torbahn et al. (2025) zu finden.

Die in den eingeschlossenen Studien untersuchten Outcomes und die verwendeten Messinstrumente waren sehr unterschiedlich und wurden in folgende Kategorien unterteilt:

- Krankheitsbezogene körperliche Gesundheit
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität, mentale Gesundheit
- Selbstwirksamkeit
- Selbstmanagement
- Gesundheitskompetenz
- Transitionsbereitschaft und -befähigung
- Kontinuität der Versorgung

Eine detaillierte Beschreibung der Outcomes inklusive der genutzten Messinstrumente befindet sich im Leitlinienreport (Anlage 2, Abschnitt 4.2.5 Tabelle 10)

Neun der 13 RCTs und drei der vier NRSIs wiesen ein hohes Verzerrungspotenzial auf, vor allem aufgrund fehlender Ergebnisdaten in den RCTs und Verzerrungen aufgrund von Störgrößen (Confounding) in den NRSI (Anlage 2, Abschnitt 4.2.6 Abbildungen 2 und 3).

Alle Daten für die nach GRADE bewerteten Outcomes sowie die Summary of Findings Tabellen sind im Leitlinienreport (siehe Anlage 2, Abschnitt 4.2.8 Tabellen 12 - 25 und Abschnitt 4.2.9 Tabellen 26 - 34) zu finden.

Zur Graduierung der evidenzbasierten Empfehlungen wurde die durch GRADE bewertete Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz sowie die durch die GRADE working group empfohlene sprachliche Umsetzung zur Ableitung von Empfehlungen herangezogen.

Der Evidenzgrad für alle Empfehlungen wurde als *sehr gering* eingestuft. Hauptgründe waren schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Limitationen hinsichtlich des Verzerrungspotentials, unzureichende Präzision (v.a. aufgrund kleiner Fallzahlen und selten berichteter Outcomes) und Indirektheit aufgrund fehlender Studien in der Primärpopulation.

Der Empfehlungsgrad wurde innerhalb der Redaktionsgruppe auf Grundlage der Expertenmeinung diskutiert und festgelegt. In diesen Prozess flossen sowohl die jeweilige GRADE-Bewertung als auch weitere relevante Kriterien des Evidence-to-Decision-(EtD-)Frameworks ein (Alonso-Coello et al., 2016). Für diese Leitlinie wurden insbesondere folgende EtD-Kriterien berücksichtigt: die Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden der Intervention, die Präferenzen der Betroffenen, der Ressourcenverbrauch beziehungsweise der erforderliche Aufwand sowie die Akzeptanz und Machbarkeit der Intervention.

Im Anschluss wurden die endgültigen Versionen der Empfehlungen im Rahmen der Konsensuskonferenz beschlossen, Details zur Konsensuskonferenz befinden sich im Leitlinienreport (Anlage 2, Abschnitt 5.3 und folgende).

Im Rahmen der Leitlinienarbeit wurden die üblichen Dokumente – eine Langfassung, ein Leitlinienreport, ein Leitlinienbericht sowie eine Patientenversion in verschiedenen Sprachen – erstellt und veröffentlicht (vgl. Anlage 1, Anlage 2 und Anlage 3). Die vorliegende Leitlinie umfasst insgesamt 15 Empfehlungen, davon acht evidenzbasierte und sieben konsensbasierte, die in der nachfolgenden Tabelle 7 zusammengefasst dargestellt sind.

Tabelle 7: Evidenzbasierte Empfehlungen

	Evidenzgrad (GRADE)	Empfehlungsgrad
#1: Zur Verbesserung des Selbstmanagements, der Transitionsbereitschaft und -befähigung und der Patient:innenaktivierung sollten kompakte Schulungen für Jugendliche mit Adipositas und ggf. ihre Eltern angeboten werden, in denen sie gezielt auf das Erwachsenenleben und den Übergang in die Erwachsenenmedizin vorbereitet werden.	Sehr gering (⊕○○○)	B
#2: Behandlungsbegleitende, am individuellen Bedarf orientierte Schulungs- und Beratungsangebote für junge Menschen mit Adipositas sollen zur Verbesserung des krankheitsbezogenen Selbstmanagements sowie der Transitionsbereitschaft und - befähigung eingesetzt werden.	Sehr gering (⊕○○○)	A

#3: Komplexe, aus mehreren Komponenten bestehende Transitionsprogramme können für junge Menschen mit Adipositas erwogen werden, um somatische und psychische Outcomes zu verbessern.	Sehr gering (⊕○○○)	0
#4: Zur Verbesserung des Selbstmanagements von jungen Menschen mit Adipositas sollte unterstützend die Nutzung von validierten web- oder appbasierten Anwendungen empfohlen werden.	Sehr gering (⊕○○○)	B
#5: Auf inhaltlich sehr beschränkte digitale Tools sollte zur Verbesserung somatischer oder psychosozialer Parameter verzichtet werden (z.B. ausschließlich zur Kommunikation mit dem Betreuungsteam geeignete Apps).	Sehr gering (⊕○○○)	B
#6: Zur Verbesserung der Termintreue von jungen Menschen mit Adipositas sollten Terminerinnerungen und ggf. Maßnahmen zur Terminverfolgung eingesetzt werden.	Sehr gering (⊕○○○)	B
#7: Zur Verbesserung der Transfer-Rate in die Erwachsenenmedizin kann bei Jugendlichen mit Adipositas die Möglichkeit erwogen werden, bereits in der Pädiatrie ihre Weiterbehandler:innen kennenzulernen (z.B. durch gemeinsame Sprechstunden).	Sehr gering (⊕○○○)	0
#8: Eine längerfristige, strukturierte Begleitung (z.B. durch eine/n Transitionskoordinator:in oder ein/e Casemanager:in) sollte jungen Menschen mit Adipositas angeboten werden, um die Wahrscheinlichkeit der regelmäßigen und adäquaten medizinischen Versorgung im Erwachsenenalter zu erhöhen.	Sehr gering (⊕○○○)	B

Tabelle 8: Konsensbasierte Empfehlungen

	Evidenz-grad (GRADE)	Empfehlung s-grad
#9: Die Auswahl der Weiterbehandler:innen für junge Menschen mit Adipositas und das Vereinbaren eines ersten Termins bereits im pädiatrischen Setting kann zur besseren Anbindung in der Erwachsenenmedizin erwogen werden.	k.A.	0
#10: Im Transitionsprozess von Jugendlichen mit Adipositas sollten relevante Themen, wie z.B. Sexualität, Familienplanung, Schlaf-Wach-Rhythmus, Stressmanagement, Medien- und Substanzkonsum und deren Wechselwirkung mit der Erkrankung und Therapie vom Behandlungsteam angesprochen und ggf. Beratungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.	k.A.	B
#11: Junge Menschen mit Adipositas sollten über die Unterschiede in den therapeutischen Empfehlungen zwischen der Jugend- und Erwachsenenmedizin aufgeklärt werden (u.a. zur Ernährung, Bewegung, medikamentösen und chirurgischen Therapieoptionen).	k.A.	B
#12: Junge Menschen mit Adipositas und bestehenden Komorbiditäten sollten auf sich verändernde fachärztliche Versorgungsstrukturen, sowie	k.A.	B

mögliche individuelle Therapieänderungen im Transitionsprozess hingewiesen werden.		
#13: Junge Menschen mit Adipositas sollten regelmäßig auf somatische und psychische Komorbiditäten gescreent werden; bestmöglich unter Verwendung etablierter diagnostischer Assessmentverfahren.	k.A.	B
#14: Um frühzeitig potentielle oder bestehende psychosoziale Belastungen, individuelle Ressourcen und fördernde Faktoren zu erkennen, sollten junge Menschen mit Adipositas regelmäßig dazu befragt werden.	k.A.	B
#15: Eine Stuserhebung zu Teilhabechancen von jungen Menschen mit Adipositas in den Bereichen Bildung, Arbeit und Freizeit sollte regelmäßig stattfinden und die Betroffenen sollten über Möglichkeiten der Teilhabeförderung und über Angebote von Adipositas-Selbsthilfvereinigungen aufgeklärt werden.	k.A.	B

5 Diskussion der Projektergebnisse

Die im TransitADI-Projekt entwickelte S3-Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin verfolgt das Ziel, eine altersangemessene Versorgung in der Phase der Transition von Jugendlichen (12-17 Jahre) und jungen Erwachsenen (18-26 Jahre) mit Adipositas in Deutschland sicherzustellen.

Die Verbesserung der Versorgungskontinuität kann Langzeitfolgen und daraus resultierende hohe Kosten für das Gesundheitssystem vorbeugen. Wie wichtig dies ist, zeigt eine aktuelle Studie aus Leipzig, die eindrücklich die Verbreitung von Begleit- und Folgeerkrankungen unter jungen Erwachsenen mit Adipositas sowie das Abreißen der Versorgung im Übergang in das Erwachsenenleben aufzeigt (Riedel et al., 2025).

Die Verabschiedung von Disease-Management-Programmen (DMP) für Adipositas über die gesamte Lebensspanne unterstreicht die gesundheitspolitische Bedeutung. Das DMP Adipositas für erwachsene Patienten wurde bereits verabschiedet (Beschluss G-BA 1. April 2024, regionale Verträge seit 1. Juli 2024 möglich). Das DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche (ab 5 Jahren) ist zum 1. Juli 2025 in Kraft getreten. Es muss nun eine schrittweise Aufnahme in die Regelversorgung erfolgen. Die Fachgesellschaften fordern eine zügige und flächendeckende Implementierung der DMP-Verträge, sowohl für Erwachsene als auch für Kinder. Die Umsetzung erfordert nicht zuletzt einen klar definierten Diagnostik- und Behandlungspfad.

Im vorliegenden Projekt wurden deshalb die Empfehlungen hinsichtlich Diagnostik und Therapie der Adipositas für die Pädiatrie und für die Erwachsenenmedizin systematisch wissenschaftlich aufgearbeitet. In einem weiteren Schritt wurden Unterschiede identifiziert und damit Widersprüche, aber auch Lücken explizit deutlich gemacht. Widersprüche gab es hinsichtlich diagnostischer Parameter, aber auch hinsichtlich der Beeinflussung von Lebensgewohnheiten. Lücken betrafen vor allem Empfehlungen für Jugendliche bzgl. bariatrischer Eingriffe, Pharmakotherapie und (Notfall-) Verhütung.

Es folgte die systematische Literaturrecherche und -bewertung von Transitionsinterventionen, wie im Leitlinienreport detailliert beschrieben. Eine (erwartete) Limitation resultierte aus der Tatsache, dass bis dato keine publizierten Transitionsinterventionen für Menschen mit Adipositas vorliegen, weshalb die Verwendung von indirekter Evidenz notwendig war. Dazu wurden weitere chronische Erkrankungen, die sowohl Jugendliche als auch Erwachsene betreffen können, bezüglich ihrer Übertragbarkeit analysiert.

Das Vertrauen in die Effektschätzer in Bezug auf Transitions-Interventionen für Menschen mit Adipositas ist sehr schwach (very low nach GRADE), so gab es keine Studie mit ausreichender methodischer Qualität in der Zielpopulation. Es wurden jedoch Studien aus anderen Populationen (z.B. Diabetes mellitus) eingeschlossen.

Es wurden acht evidenzbasierte und sieben konsensbasierte Empfehlungen konsentiert, die den an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen, den Betroffenen und ihren Angehörigen eine wichtige Entscheidungshilfe bieten.

Bis dato sind im Rahmen des Projektes bereits vier Publikationen erschienen und die Ergebnisse wurden in 7 Kongress-Beiträgen und mehreren Vorträgen auf Fachveranstaltungen dargestellt und diskutiert. Dies ist in diesem Umfang für ein nationales Leitlinienprojekt ungewöhnlich. Es zeigt einerseits das große Interesse der Fachöffentlichkeit an diesem Thema, andererseits die hohe Ergebnisqualität, insbesondere aufgrund der Expertise und des Engagements der Projektmitarbeitenden.

Wir sehen darin aber auch einen Ansporn zur Entwicklung und Durchführung von Adipositas-spezifischen Transitionsinterventionen mit wissenschaftlicher Begleitung und Evaluation. Dazu bietet die Aufnahme der Adipositas als weitere Erkrankung in das Berliner Transitionsprogramm, dessen Leistungen bereits von vielen GKVEn übernommen werden, eine wichtige Grundlage. Die besondere Berücksichtigung von Adipositas-Risikogruppen (Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und/oder Familien mit Migrationskontext) wird dabei ein Schwerpunkt sein.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Leitlinie wird in verschiedenen Formaten publiziert, darunter die Langfassung, der Leitlinienreport (inkl. Evidenztabellen) und die Patientenversion der Leitlinie (in Deutsch, Englisch, Polnisch, Türkisch, Arabisch, Spanisch, Französisch und Portugiesisch). Die genannten Formate der Leitlinie werden auf den Internetseiten der folgenden Organisationen frei verfügbar sein:

- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft
- Gesellschaft für Transitionsmedizin

Die Leitlinie wird außerdem über die beteiligten Fachgesellschaften verbreitet. Bisher sind bereits vier internationale Publikationen zu den Ergebnissen der Evidenzrecherche veröffentlicht worden und es fanden diverse Vorträge auf Fachveranstaltungen statt. Eine

weitere englischsprachige Publikation zur Verbreitung der Leitlinienempfehlungen befindet sich in der Vorbereitung.

Da die strukturierte und geplante Transition von jungen Menschen mit Adipositas explizit im DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche genannt wird, ist die neue S3-Leitlinie auch eine wichtige Handreichung für Praktiker:innen, Kostenträger und Patient:innen.

In das Berliner Transitionsprogramm: <https://www.btp-ev.de/berliner-transitionsprogramm/> ist Adipositas als weitere chronische Erkrankung aufgenommen und die notwendigen Transitionspfade werden nun schrittweise implementiert. Die o.g. Verabschiedung des DMP Adipositas sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche kann dafür eine gute Grundlage schaffen, da perspektivisch über das Netz der einschreibenden Praxen (Pädiatrie bzw. Innere Medizin/hausärztliche Versorgung) die Versorgungsstruktur sichtbarer (und hoffentlich besser) wird. Die entwickelte Leitlinie ist deshalb eine wertvolle Handreichung, sowohl für das medizinische Fachpersonal, als auch (in der Patientenversion) für die Betroffenen. Die Verbreitung der Patientenversionen wird in engem Austausch mit der Selbsthilfe erfolgen; sie können über die jeweiligen Medien genutzt werden (z.B. Homepage der jeweiligen Selbsthilfe-Organisationen). Die gute Nutzbarkeit für die Zielgruppe wurde durch die direkte und aktive Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen insbesondere bei der Erstellung der Patientenversionen gewährleistet. Durch die Online-Verfügbarkeit aller Leitlinien-Versionen (nach endgültiger Verabschiedung durch den G-BA) ist eine flächendeckende Implementierung im deutsch-sprachigen Raum zeitnah zu erwarten.

Die im Rahmen des Leitlinienprojektes entstandenen Publikationen und die Vorstellung der Ergebnisse auf Fachtagungen haben schon jetzt einen wichtigen Diskussionsprozess angestoßen. So werden sich die beteiligten Fachgesellschaften mit den dargestellten Diskrepanzen bei Diagnostik und Therapie befassen und mögliche Anpassungen der Empfehlungen diskutieren. Dies hat dann wiederum einen direkten Einfluss auf laufende Leitlinienprojekte, so z. B. die Aktualisierung der S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (ebenfalls vom Innovationsfond gefördert).

Diese vielfältigen Möglichkeiten der Verwendung und Verbreitung der S3- Leitlinie Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin waren zum Zeitpunkt der Antragstellung nur bedingt absehbar. Umso erfreulicher ist diese Gesamtentwicklung und die damit verbundene Hoffnung auf eine substanzielle Verbesserung der Versorgungssituation von jungen Menschen mit Adipositas.

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Tabelle 9: Publikationen in internationalen Fachzeitschriften und Wissenschaftsportalen

Torbahn, G., Kapp, P., Brauchmann, J., Laudенbach, L., Vanersa, N., Accioly Rocha, E. P. A., Grummich, K., Lischka, J., Ernst, G., Meerpohl, J. J., Tannen, A., Weghuber, D., Weihrauch-Blüher, S., & Wiegand, S. (2025). Transition of care for adolescents and young adults living with obesity: a systematic review with indirect evidence from conditions deemed being transferable. *Obesity facts*, 1–22. Advance online publication. <https://doi.org/10.1159/000549333>

<p>Brauchmann, J., Laudenbach, L., Kapp, P., Grummich, K., Lischka, J., Vanersa, N., Rocha, E. P. A. A., Ernst, G., Meerpohl, J. J., Tannen, A., Weghuber, D., Weihrauch-Blüher, S., Wiegand, S., & Torbahn, G. (2025). Discrepancies between recommendations in evidence-based guidelines for the management of obesity in adolescents and adults: An evidence map. <i>Obesity Reviews</i>, 26(10), e13945. https://doi.org/10.1111/obr.13945</p>
<p>Torbahn, G., Kapp, P., Brauchmann, J., Laudenbach, L., Alves Accioly Rocha, E. P., Grummich, K., Lischka, J., Vanersa, N., Ernst, G., Meerpohl, J. J., Tannen, A., Weghuber, D., & Wiegand, S. (2024). Effects of transition of care interventions for adolescents and young adults living with obesity: A systematic review (PROSPERO Registration No. CRD42024513411). <i>PROSPERO</i>. https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42024513411</p>
<p>Brauchmann, J., & Torbahn, G. (2023, October 30). Recommendations for diagnosis and treatment for obesity in adolescent versus adult guidelines: a study protocol of an evidence map of discrepancies. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q85PZ</p>

Tabelle 10: Kongressbeiträge

<p>Laudenbach, L. (12. Dezember 2025). <i>S3-Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas</i> [Vortrag]. Update Transition der Gesellschaft für Transitionsmedizin, online</p>
<p>Torbahn, G. (26. – 28. November 2025). <i>Transition of care for adolescents and young adults with obesity: a systematic review with indirect evidence to inform a clinical practice guideline</i> [Kurzvortrag]. Congress of the European Childhood Obesity Group, Uppsala, Schweden.</p>
<p>Torbahn, G. (13. – 15. November 2025). <i>S3-Leitlinie zur Transition von Jugendlichen mit Adipositas in die Erwachsenenmedizin</i> [Vortrag]. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie, Leipzig.</p>
<p>Brauchmann, K. (8. – 10. Oktober 2025). <i>Aktuelle S3-LL zur Transition von Jugendlichen mit Adipositas in die Erwachsenenmedizin</i> [Vortrag]. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Stuttgart.</p>
<p>Torbahn, G. (8. – 10. Oktober 2025). <i>Transitionsinterventionen für Jugendliche und junge Erwachsene mit Adipositas: eine systematische Übersichtsarbeit mit indirekter Evidenz als Grundlage für eine evidenzbasierte Leitlinie</i> [Vortrag]. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Stuttgart.</p>
<p>Brauchmann, J. (25. September 2025). <i>Transition junger Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin: Entwicklung einer deutschen S3-Leitlinie</i> [Posterbeitrag]. Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2025, Leipzig.</p>
<p>Lischka, J. (10. September 2025). <i>Transition of care for adolescents and young adults with obesity: a systematic review with indirect evidence to inform a clinical practice guideline</i> [Posterbeitrag]. 63. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde ÖGKJ, Graz, Österreich.</p>
<p>Torbahn, G. (11. – 14. Mai 2025). <i>Transition of care for adolescents and young adults with obesity: a systematic review with indirect evidence to inform a clinical practice guideline</i> [Posterbeitrag]. European Congress on Obesity (ECO) 2025, Málaga, Spanien.</p>

Torbahn, G. & Kapp, P. (16. März 2025). <i>Herausforderungen bei der Verwendung von indirekter Evidenz mit sehr geringer Vertrauenswürdigkeit zur Ableitung von Empfehlungen für eine S3-Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas (#178)</i> [Posterbeitrag]. EbM-Kongress 2025, Freiburg.
Torbahn, G. (8. - 10. Oktober 2024). <i>Lack of specific diet recommendations for young people living with obesity in transition age– an evidence map of recommendations from evidence-based guidelines</i> [Posterbeitrag]. Kongress der European Childhood Obesity Group (ECOG), Gent, Belgien.
Brauchmann, J. (16. – 18. Oktober 2024). <i>Unterschiede in den Leitlinienempfehlungen zur Adipositasbehandlung: Herausforderungen im Übergang von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin</i> [Vortrag]. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Köln.
Ernst, G. (16. – 18. Oktober 2024). <i>Von der generischen zur fachspezifischen Transition bei Adipositas</i> [Vortrag]. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Köln.
Wiegand, S. und Torbahn, G. (16. – 18. Oktober 2024). <i>Transition bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Adipositas</i> [Symposium]. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Köln.
Ernst, G. (13. September 2024). <i>Unterschiede der Empfehlungen für Erwachsene und Kinder am Beispiel der S3-Leitlinie „Transition bei genetischer und nicht genetischer Adipositas“</i> [Vortrag]. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin, Rostock.
Torbahn, G. (12. – 15. Mai 2024). <i>Lack of specific diet recommendations for young people living with obesity in transition age– an evidence map of recommendations from evidence-based guidelines</i> [Posterbeitrag]. Kongress der European Association for the Study of Obesity (EASO). <i>Obes Facts</i> (2024) 17 (Suppl. 1): 7–515. https://doi.org/10.1159/000538577

Die Verbreitung der Leitlinie erfolgt über die Website der AWMF: <http://www.awmf-online.de> sowie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft: <https://adipositas-gesellschaft.de/> und der Gesellschaft für Transitionsmedizin <https://transitionsmedizin.net/>

Darüber hinaus wurden einzelne Inhalte der Leitlinie auf Kongressen und in Form von Publikationen verbreitet.

IV Literaturverzeichnis

Agarwal, S., Garvey, K. C., Raymond, J. K., & Schutta, M. H. (2017). Perspectives on care for young adults with type 1 diabetes transitioning from pediatric to adult health systems: A national survey of pediatric endocrinologists. *Pediatr Diabetes*, 18(7), 524-531.
<https://doi.org/10.1111/pedi.12436>

Alonso-Coello P, Schünemann H J, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl E A, Davoli M et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction *BMJ* 2016; 353:i2016
<https://doi.org/10.1136/bmj.i2016>

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

- (2019). *S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter* (AWMF-Registernr. 050-002). Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002l_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2024-09-abgelaufen.pdf
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2023). AWMF-Regelwerk Leitlinien. Version 2.1. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/regelwerk/>
- Brauchmann, J., Laudenbach, L., Kapp, P., Grummich, K., Lischka, J., Vanersa, N., Rocha, E. P. A. A., Ernst, G., Meerpohl, J. J., Tannen, A., Weghuber, D., Weihrauch-Blüher, S., Wiegand, S., & Torbahn, G. (2025). Discrepancies between recommendations in evidence-based guidelines for the management of obesity in adolescents and adults: An evidence map. *Obesity Reviews*, 26(10), e13945. <https://doi.org/10.1111/obr.13945>
- Ciupitu-Plath, C., Wiegand, S., & Babitsch, B. (2018). The Weight Bias Internalization Scale for Youth: Validation of a specific tool for assessing internalized weight bias among treatment-seeking German adolescents with overweight. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(1), 40–51. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx079>
- Covidence systematic review software, Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia. Verfügbar unter: www.covidence.org.
- Datz, N., Kordonouri, O., & Danne, T. (2021). When people with type 1 diabetes become adults - Diabetes technology and transition - do we need new models? *Dtsch Med Wochenschr*, 146(18), 1200-1205. <https://doi.org/10.1055/a-1332-4603>
- Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) (2024). *S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas* (AWMF-Registernr. 050-001), Version 5.0. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-001l_S3_Praevention-Therapie-Adipositas_2024-10.pdf
- Ernst, G. (2025). Die Zukunft bahnen: Jugendliche bei der Transition in die Erwachsenenmedizin unterstützen. *Pädiatrie*, 37(S2), 38–42. <https://doi.org/10.1007/s15014-025-5703-6>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 36. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlagen 2, 23 und 24, Ergänzung der Anlage 25 (DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche) und der Anlage 26 (Adipositas – Kinder und Jugendliche – Dokumentation)*.
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., DeBeer, H., Jaeschke, R., Rind, D., Meerpohl, J., Dahm, P., & Schünemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of clinical epidemiology*, 64(4), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>
- Nittari, G., Scuri, S., Petrelli, F., Pirillo, I., di Luca, N. M., & Grappasonni, I. (2019). Fighting obesity in children from European World Health Organization member states. Epidemiological data, medical-social aspects, and prevention programs. *Clin Ter*, 170(3), e223-e230. <https://doi.org/10.7417/ct.2019.2137>

- Raymond, J. K. (2017). Models of Care for Adolescents and Young Adults with Type 1 Diabetes in Transition: Shared Medical Appointments and Telemedicine. *Pediatr Ann*, 46(5), e193-e197. <https://doi.org/10.3928/19382359-20170425-01>
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D., Hurrelmann, K. (2021). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona-Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2*. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/29>
- Schienkiewitz, A., Brettschneider, A. K., Damerow, S., & Schaffrath Rosario, A. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 16–23.
- Torbahn, G., Kapp, P., Brauchmann, J., Laudenbach, L., Vanersa, N., Accioly Rocha, E. P. A., Grummich, K., Lischka, J., Ernst, G., Meerpohl, J. J., Tannen, A., Weghuber, D., Weihrauch-Blüher, S., & Wiegand, S. (2025). Transition of care for adolescents and young adults living with obesity: a systematic review with indirect evidence from conditions deemed being transferable. *Obesity facts*, 1–22. Advance online publication. <https://doi.org/10.1159/000549333>
- Wiegand, S., & Kühnen, P. (2020). Adipositas ist nur selten heilbar: Individuelle Konzepte und Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 63(7), 821–830. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03164-1>

V Anlagen

- Anlage 1: S3 Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin
- Anlage 2: Leitlinienreport
- Anlage 3: Patient:innenleitlinien



**S3-Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der
Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin**

der

**Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen
Adipositas-Gesellschaft (DAG)**

und

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)



AGA

Arbeitsgemeinschaft
Adipositas im Kindes-
und Jugendalter



Deutsche
Gesellschaft für
Transitions-
medizin e.V.

Version 1.0 / 03. Juni 2026

AWMF-Registernummer: 050-003

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF22014 gefördert.

Inhalt

Herausgebende	1
Federführende Fachgesellschaften.....	1
Zitierweise	1
Die Empfehlungen auf einen Blick.....	2
Geltungsbereich und Zweck	3
1.1 Zielsetzung und Fragestellung	3
1.2 Versorgungsbereich.....	5
1.3 Patient:innenzielgruppe	6
1.4 Adressat:innen.....	7
1.5 Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie	8
2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe	8
2.1 Leitlinienkoordinatorinnen/Ansprechpartnerinnen.....	8
2.2 Methodische Unterstützung.....	8
2.3 Wissenschaftliche Mitarbeiter:innen.....	9
2.4 Expertise zu medizinischen Themen.....	9
2.5 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen	9
2.6 Patient:innenbeteiligung	10
3. Informationen zu dieser Leitlinie	11
3.1 Grundlagen der Methodik	11
3.2. Spezifizierung der Fragestellung anhand des PICOS-Schemas	11
3.3 Systematische Literaturrecherche	13
3.4 Bewertung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz.....	13
3.5 Strukturierte Konsensfindung.....	13
3.6 Graduierung der Empfehlungen und Feststellung der Konsensstärke.....	14
4. Redaktionelle Unabhängigkeit.....	15
4.1 Finanzierung der Leitlinie	15
4.2 Unabhängigkeit und Darlegung von Interessenkonflikten.....	15
5. Konsultation und Verabschiedung.....	16
5.1 Verbreitung und Implementierung.....	17
6. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren	17
7. Abkürzungsverzeichnis	19
8. Wichtige Forschungsfragen	20

8.1 Hintergrund	20
8.2 Diskrepanzen in den Empfehlungen für die Pädiatrie und Erwachsenenmedizin	21
8.3 Fragestellung der Leitlinie.....	24
9. Empfehlungen	26
9.1 Evidenzbasierte Empfehlungen	26
9.1.1 Förderung des Krankheits- und Selbstmanagements	26
9.1.2 Einsatz von SMS, App- und webbasierten Anwendungen.....	38
9.1.3 Begleitete Transition und Verbesserung der Transferrate.....	45
9.2 Konsensbasierte Empfehlungen	50
9.2.1 Einführung und Grundlagen.....	50
9.2.2 Ernährung	57
9.2.3 Bewegung	58
9.2.4 Medikamentöse Therapie der Adipositas	60
9.2.5 Metabolische Chirurgie.....	61
9.2.6 Strukturelle Veränderungen in der Versorgung.....	65
9.2.7 Empfohlene Screenings	70
Literaturverzeichnis.....	78

Herausgebende

Federführende Fachgesellschaften

Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft

Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA)

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.

Geschäftsstelle

Fraunhoferstr. 5

82152 Martinsried

Tel. 089 – 710 48 358

E-Mail: mail@adipositas-gesellschaft.de

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM) e.V.

Geschäftsstelle

c/o Kirsten Gerber

Grethe-Jürgens-Straße 30

30655 Hannover

Zitierweise

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Gesellschaft für Transitionsmedizin. S3-Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin. Version 1.0, 2025. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003>. Zugriff am TT.MM.JJJJ

Die Empfehlungen auf einen Blick

Tabelle 1: Alle evidenzbasierten und konsensbasierten Empfehlungen im Überblick.

	Evidenz-grad (GRADE)	Empfehlungs-grad
Evidenzbasierte Empfehlungen		
#1: Zur Verbesserung des Selbstmanagements, der Transitionsbereitschaft und - befähigung und der Patient:innenaktivierung sollten kompakte Schulungen für Jugendliche mit Adipositas und ggf. ihre Eltern angeboten werden, in denen sie gezielt auf das Erwachsenenleben und den Übergang in die Erwachsenenmedizin vorbereitet werden.	Sehr gering (⊕○○○)	B
#2: Behandlungsbegleitende, am individuellen Bedarf orientierte Schulungs- und Beratungsangebote für junge Menschen mit Adipositas sollen zur Verbesserung des krankheitsbezogenen Selbstmanagements sowie der Transitionsbereitschaft und - befähigung eingesetzt werden.	Sehr gering (⊕○○○)	A
#3: Komplexe, aus mehreren Komponenten bestehende Transitionsprogramme können für junge Menschen mit Adipositas erwogen werden, um somatische und psychische Outcomes zu verbessern.	Sehr gering (⊕○○○)	0
#4: Zur Verbesserung des Selbstmanagements von jungen Menschen mit Adipositas sollte unterstützend die Nutzung von validierten web- oder appbasierten Anwendungen empfohlen werden.	Sehr gering (⊕○○○)	B
#5: Auf inhaltlich sehr beschränkte digitale Tools sollte zur Verbesserung somatischer oder psychosozialer Parameter verzichtet werden (z.B. ausschließlich zur Kommunikation mit dem Betreuungsteam geeignete Apps).	Sehr gering (⊕○○○)	B
#6: Zur Verbesserung der Termintreue von jungen Menschen mit Adipositas sollten Terminerinnerungen und ggf. Maßnahmen zur Terminverfolgung eingesetzt werden.	Sehr gering (⊕○○○)	B
#7: Zur Verbesserung der Transfer-Rate in die Erwachsenenmedizin kann bei Jugendlichen mit Adipositas die Möglichkeit erwogen werden, bereits in der Pädiatrie ihre Weiterbehandler:innen kennenzulernen (z.B. durch gemeinsame Sprechstunden).	Sehr gering (⊕○○○)	0
#8: Eine längerfristige, strukturierte Begleitung (z.B. durch eine/n Transitionskoordinator:in oder ein/e Casemanager:in) sollte jungen Menschen mit Adipositas angeboten werden, um die Wahrscheinlichkeit der regelmäßigen und adäquaten medizinischen Versorgung im Erwachsenenalter zu erhöhen.	Sehr gering (⊕○○○)	B
Konsensbasierte Empfehlungen		
#9: Die Auswahl der Weiterbehandler:innen für junge Menschen mit Adipositas und das Vereinbaren eines ersten Termins bereits im pädiatrischen Setting kann zur besseren Anbindung in der Erwachsenenmedizin erwogen werden.	k.A.	0
#10: Im Transitionsprozess von Jugendlichen mit Adipositas sollten relevante Themen, wie z.B. Sexualität, Familienplanung, Schlaf-Wach-Rhythmus, Stressmanagement, Medien- und Substanzkonsum und deren Wechselwirkung mit der Erkrankung und Therapie vom Behandlungsteam angesprochen und ggf. Beratungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.	k.A.	B

#11: Junge Menschen mit Adipositas sollten über die Unterschiede in den therapeutischen Empfehlungen zwischen der Jugend- und Erwachsenenmedizin aufgeklärt werden (u.a. zur Ernährung, Bewegung, medikamentösen und chirurgischen Therapieoptionen).	k.A.	B
#12: Junge Menschen mit Adipositas und bestehenden Komorbiditäten sollten auf sich verändernde fachärztliche Versorgungsstrukturen, sowie mögliche individuelle Therapieänderungen im Transitionsprozess hingewiesen werden.	k.A.	B
#13: Junge Menschen mit Adipositas sollten regelmäßig auf somatische und psychische Komorbiditäten gescreent werden; bestmöglich unter Verwendung etablierter diagnostischer Assessmentverfahren.	k.A.	B
#14: Um frühzeitig potentielle oder bestehende psychosoziale Belastungen, individuelle Ressourcen und fördernde Faktoren zu erkennen, sollten junge Menschen mit Adipositas regelmäßig dazu befragt werden.	k.A.	B
#15: Eine Stuserhebung zu Teilhabechancen von jungen Menschen mit Adipositas in den Bereichen Bildung, Arbeit und Freizeit sollte regelmäßig stattfinden und die Betroffenen sollten über Möglichkeiten der Teilhabeförderung und über Angebote von Adipositas- Selbsthilfevereinigungen aufgeklärt werden.	k.A.	B

Geltungsbereich und Zweck

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der Leitlinie ist die altersangepasste Betreuung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Adipositas, die sich im Übergang in das Erwachsenenleben befinden.

Im folgenden Leitlinientext werden die Begriffe entsprechend der Definition der WHO mit den folgenden Altersgruppen präzisiert: ‚Jugendliche‘ (12 bis 17 Jahre) und ‚junge Erwachsene‘ (18 bis 24/26 Jahre). Junge Menschen mit Adipositas beziehen beide Altersgruppen ein.

Ab Beginn der Pubertät sollen Jugendliche mit Adipositas in krankheitsrelevanten Lebensbereichen (Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit) zunehmend in die Lage versetzt werden, Eigenverantwortung für ihre Behandlung zu übernehmen. Langfristige Ziele sind die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und die Verringerung der Adipositas-spezifischen Morbidität und Mortalität im Erwachsenenalter.

Junge Menschen mit Adipositas haben besondere Bedarfe im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung, die weder in der Therapieleitlinie für Kinder mit Adipositas noch in der Leitlinie für Erwachsene mit Adipositas ausreichend abgebildet sind. Dazu gehören beispielsweise Fragen nach dem Einfluss der Adipositas auf Verhütung, Kinderwunsch, Berufswahl und andere Zukunftsthemen.

Letztlich findet mit dem Erwachsenwerden auch der Wechsel in Versorgungseinrichtungen der Erwachsenenmedizin statt. Der Übergang von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin soll gut vorbereitet und strukturiert begleitet werden, damit Jugendliche mit Adipositas durch eine spezialisierte medizinische und multiprofessionelle Versorgung eine kontinuierliche Betreuung ihrer chronischen Erkrankung auch nach dem Wechsel erhalten. Dieser findet in der Regel um den 18. Geburtstag statt, und muss spätestens bis zum 21. Geburtstag vollzogen sein (Bewertungsausschuss, 2025). Wenn keine Begleiterkrankungen oder Komplikationen vorliegen, wechseln junge Menschen mit Adipositas häufig schon deutlich früher in die (erwachsenenmedizinische) hausärztliche Versorgung. Auch in diesem Fall sollte sich um einen strukturierten Übergang bemüht werden (z.B. Informationsweitergabe). Zudem muss die Weiterbetreuung durch andere fachärztliche Disziplinen im Blick behalten werden.

Aufgrund der Häufigkeit der Adipositas und ihrer Begleit- bzw. Folgeerkrankungen kommt dem erfolgreichen Transitionsprozess darüber hinaus eine erhebliche gesundheitsökonomische Bedeutung zu. Bei Jugendlichen mit Adipositas bleibt diese mit hoher Wahrscheinlichkeit im Erwachsenenalter bestehen (Nittari et al., 2019). Adipositas ist allerdings erst seit Kurzem als chronische Erkrankung anerkannt (Bundesministerium für Gesundheit, 2024). Etablierte Versorgungsstrukturen sind nicht flächendeckend vorhanden und die Angebote sind darüber hinaus sehr heterogen. Deshalb stellen sich im Rahmen der Leitlinienentwicklung übergeordnete Forschungsfragen (siehe Abschnitt 3).

Behandlungsteams (Ärztinnen, Ärzte und Gesundheitsfachkräfte, siehe Abschnitt 1.4) stehen zudem vor der Herausforderung einer angemessenen Diagnostik und Therapie bei dieser Altersgruppe. In eigenen Vorarbeiten wurden erhebliche Diskrepanzen zwischen den Empfehlungen bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas und Erwachsenen mit Adipositas gefunden (siehe Abschnitt 8). Behandlungsteams brauchen Orientierungshilfen für die Entscheidung, welche Empfehlung im Einzelfall Anwendung finden soll. Ziel der vorliegenden Leitlinie ist daher auch die wissenschaftliche Aufarbeitung der Diskrepanzen zur Diagnostik und Therapie der Adipositas zwischen der Pädiatrie und der Erwachsenenmedizin. Weiterhin soll diese Leitlinie dazu beitragen, die Phase der Transition gut zu begleiten und wirksame Maßnahmen zur Unterstützung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Adipositas auszuwählen.

Für die Erarbeitung der vorliegenden Leitlinie werden vier weitere, bereits vorhandene AWMF-Leitlinien berücksichtigt:

- S3-Leitlinie Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin (Registernummer 186 - 001)
- S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen (Registernummer 088 - 001)
- S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Registernummer 050 - 002)
- S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (Registernummer 050 - 001)

Insbesondere bei jungen Menschen mit Adipositas gehört zu einer ganzheitlichen Betreuung auch die Sicherung der Lebensqualität und der sozialen Teilhabe, so dass ggf. eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Institutionen außerhalb des Gesundheitswesens notwendig ist (z.B. Jugendamt, Agentur für Arbeit). Die Darstellung des Transitionsprozesses und die daraus abgeleiteten Empfehlungen berücksichtigen in Abgrenzung zur generischen Leitlinie zur Transition (Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V. (GfTM), 2021) krankheitsspezifische Aspekte.

1.2 Versorgungsbereich

Die Leitlinie adressiert alle Versorgungsbereiche, die an der Diagnostik und Therapie von jungen Menschen mit Adipositas (siehe Abschnitt 1.3) beteiligt sind. Dies ist in erster Linie die ambulante Versorgung in der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, der hausärztlichen oder internistischen Praxis. Die multiprofessionelle Therapie umfasst neben der medizinischen Versorgung zusätzlich eine Ernährungs- und Bewegungstherapie. Die Therapiemodule können in spezialisierten ambulanten Einrichtungen oder im Rahmen von Kooperationen von z.B. ambulanter Ernährungstherapie und Physiotherapie erbracht werden, soweit eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung gegeben ist.

Eine stationäre Versorgung von jungen Menschen mit Adipositas ist indiziert, wenn ambulante Maßnahmen über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten nicht erfolgreich waren (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 2019). Die stationäre Behandlung wird meist in Reha-Kliniken angeboten. Die Kosten werden dabei entweder von der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Rentenversicherung (bei Jugendlichen die Rentenversicherung eines Elternteils) übernommen.

Begleiterkrankungen der Adipositas können bei jungen Menschen die Beteiligung weiterer Versorgungsbereiche erfordern, z.B. Kardiologie bei Hypertonie, Orthopädie bei Muskel- oder Gelenkbeschwerden, Gastroenterologie bei metabolischer Lebererkrankung (MASLD) oder Einrichtungen der Schlafmedizin bei Adipositas-bedingten Atemstörungen (siehe auch Abschnitt 1.4).

Grundsätzlich soll diese Leitlinie dazu beitragen, dass Leistungen zur Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin von jungen Menschen mit Adipositas regelhaft zur Versorgung gehören und gesichert von den Kostenträgern finanziert werden.

1.3 Patient:innenzielgruppe

Die vorliegende Leitlinie und die enthaltenen Empfehlungen gelten für Jugendliche ab der Pubertät und junge Erwachsene mit Adipositas sowie Jugendliche mit Übergewicht und bereits bestehenden Begleiterkrankungen. Die adressierten Jugendlichen sollten über eine altersentsprechende Selbstständigkeit verfügen und die jungen Erwachsenen zu einer weitgehend selbständigen Lebensführung in der Lage sein. Für junge Menschen mit Adipositas, die aufgrund körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen besondere Bedarfe haben oder dauerhaft auf zusätzliche Unterstützung angewiesen sind, gelten die Empfehlungen der vorliegenden Leitlinie nur eingeschränkt. Eine Nutzung in modifizierter Form ist möglich, z.B. durch die Schulung von Betreuungspersonen im familiären, schulischen oder beruflichen Umfeld. Diese Patient:innen können bei einer Aktualisierung der vorliegenden Leitlinie stärker berücksichtigt werden, sofern bis dahin eine ausreichende Evidenz zur Formulierung von Empfehlungen vorliegt.

Patient:innen mit monogener und syndromaler Adipositas stellen in diesem Zusammenhang eine besondere Herausforderung dar. Diese Erkrankungen sind sehr selten und die Behandlung erfordert ein spezialisiertes Team, welches über langjährige Erfahrung in der Betreuung dieser Menschen mit besonderen Adipositasformen verfügt. Diese finden sich in Zentren für seltene Erkrankungen (Aichinger et al., 2023), die jedoch bisher nicht flächendeckend verfügbar sind.

Die Definition von Übergewicht und Adipositas berücksichtigt das Lebensalter. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gilt für die Definition der Adipositas ein Body Mass Index (BMI, kg/m²) oberhalb der 97. Perzentile und für Übergewicht ein BMI oberhalb der 90. Perzentile bis einschließlich der 97. Perzentile.

Die diagnostischen Kriterien sind den jeweils gültigen Versionen der S3-Leitlinie zur Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 2019) bzw. der S3-Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas (Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG), 2024) zu entnehmen.

Ab dem 18. Geburtstag gilt ein BMI > 25 - 29 kg/m² als Übergewicht und ein BMI ab 30 kg/m² als Adipositas. Für Jugendliche mit Übergewicht (BMI >90 .- 97 . Perz.) und Begleiterkrankungen (metabolisch, orthopädisch, psychologisch) ist eine Therapieindikation gegeben, nicht jedoch für junge Erwachsene mit einem BMI 25 - 29 kg/m² und Begleiterkrankungen. Dadurch kann für junge Menschen mit Vollendung des 18. Lebensjahres eine Versorgungslücke bezüglich der Leistungen zur Transition entstehen. Hier kann die vorliegende Leitlinie zu einer besseren Wahrnehmung dieser Problemkonstellation beitragen und die beteiligten Institutionen (Kostenträger, Fachgesellschaften) dazu anregen, Lösungsvorschläge zu erarbeiten.

1.4 Adressat:innen

Diese Leitlinie richtet sich vorrangig an medizinische Fachrichtungen, die junge Menschen mit Adipositas primär versorgen: Kinder- und Jugendmediziner:innen, Allgemeinmediziner:innen sowie Internist:innen. Außerdem adressiert sie alle weiteren an der Diagnostik und Therapie der Adipositas (einschließlich Begleit- und Folgeerkrankungen) beteiligten Fachgebiete: Endokrinologie und Diabetologie, Chirurgie, Gastroenterologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie/Neuropädiatrie, Pneumologie, Psychosomatische Medizin/Psychotherapie sowie Schlafmedizin. Sie dient darüber hinaus der Information der Gesundheitsfachberufe und der nicht-medizinischen Berufsgruppen, die an der multiprofessionellen Behandlung von jungen Menschen mit Adipositas beteiligt sind, z.B. Ernährungsfachkräfte, Sport- und Physiotherapeut:innen, Sozialpädagog:innen, Psychotherapeut:innen. Wenn Ärztinnen, Ärzte und Gesundheitsfachkräfte zusammenarbeiten, wird von einem Behandlungsteam gesprochen.

Betroffenen Patient:innen und ihren Familien sowie den Adipositas-Selbsthilfeorganisationen soll die Leitlinie ebenfalls zur Verfügung stehen. Zu diesem Zweck wird eine Patientenversion der Leitlinie erstellt, die in unterschiedliche Sprachen übersetzt wird.

Zudem dient die Leitlinie der Information von Personen aus Politik, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Selbsthilfeorganisationen, Trägern von sozialen und beruflichen Leistungen sowie anderen Stakeholdern.

Die Therapiemöglichkeiten für junge Menschen mit Adipositas entwickeln sich momentan sehr dynamisch. Die Verabschiedung von zwei Disease Management Programmen (DMP), einerseits für Kinder und Jugendliche mit Adipositas und andererseits für Erwachsene mit Adipositas, können dazu einen Beitrag leisten. Die Ausgestaltung der DMPs kann dazu führen, dass weitere Adressat:innen zu der vorliegenden Leitlinie hinzukommen.

1.5 Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie

Bei diesem Dokument handelt es sich um die Langversion der S3-Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin, welche über die folgenden Seiten zugänglich ist:

- AWMF (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003>)

Neben der Langversion existieren folgende ergänzende Dokumente zu dieser Leitlinie:

- Patientenversion in einfacher Sprache (übersetzt in Englisch, Türkisch, Arabisch, Polnisch, Spanisch, Portugiesisch und Französisch)
- Leitlinienreport inkl. Evidenzbericht

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

2.1 Leitlinienkoordinatorinnen/Ansprechpartnerinnen

Inhalte:

Prof. Dr. Susanna Wiegand, Deutsche Adipositas-Gesellschaft

PD Dr. Gundula Ernst, Gesellschaft für Transitionsmedizin

Administration:

PD Dr. Antje Tannen MPH, Klinische Pflegewissenschaft Charité Universitätsmedizin Berlin

2.2 Methodische Unterstützung

Die Leitlinienentwicklung wurde unter methodischer Begleitung von Dr. Monika

Nothacker MPH (AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement Philipps Universität Marburg) initiiert und punktuell begleitet. Die systematische Aufarbeitung und Bewertung der Literatur erfolgte federführend durch Gabriel Torbahn (MPH, Klinikum Nürnberg), Philipp Kapp (M.Sc. Global Health) und Prof. Dr. Jörg Meerpohl (Universitätsklinikum Freiburg).

2.3 Wissenschaftliche Mitarbeiter:innen

Dr. Jana Brauchmann, M.Sc. Ernährungswissenschaften

Luise Laudenbach, M.Sc. Psychologie

Nicole Vanersa, B.Sc. Pflegewissenschaften

2.4 Expertise zu medizinischen Themen

Prof. Dr. Susann Weihrauch-Blüher, Kinderendokrinologie und -diabetologie

2.5 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

An der Erstellung der Leitlinie wurden die in Tabelle 2 aufgeführten Organisationen und deren Vertreter:innen beteiligt. Sowohl die relevanten Fachgesellschaften als auch die Patientenvertreter:innen und Selbsthilfegruppen waren direkt beteiligt.

Tabelle 2: Vertreter:innen der Fachgesellschaften und Selbsthilfe-Organisationen in alphabetischer Reihenfolge.

Beteiligte Fachgesellschaften	Stimmberechtigte Mandatstragende
Berliner TransitionsProgramm	Dr. Silvia Müther
Berufsverband für Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)	Dr. Gabriele Trost-Brinkhues,
Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD)	Dana Morawski
Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG)	Prof. Dr. med. Susanna Wiegand
Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)	Dr. med. Thomas Kapellen
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)	Prof. Dr. Tanja Legenbauer
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)	Lena Herzer
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)	Prof. Dr. Mirko Otto
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Lisa Degener PD Dr. med. Heidrun Lingner
Deutsche Gesellschaft für Essstörungen (DGESS)	Prof. Dr. Georgios Paslakis
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	PD Dr. med. Monika Rau
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)	Prof. Dr. med. Wiebke Fenske
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Prof. Dr. Hans Georg Koch
Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adolescente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED)	Dr. Felix Reschke
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	Britta Pehlke

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)	Dr. Ines Gellhaus
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	Britta Pehlke
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE)	Prof. Dr. Patrick Gerner
Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)	PD Dr. Gundula Ernst
Kompetenznetz Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter (KomPaS)	PD Dr. Gundula Ernst
Konsensusgruppe Adipositaschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS)	Dr. Markus Röbl

Die Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention - Deutsche Hochdruckliga e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. haben nicht an der Leitlinienerstellung teilgenommen. Beide Fachgesellschaften wurden zu Beginn der Leitlinienerstellung angefragt, waren jedoch aufgrund mangelnder personeller Kapazitäten nicht in der Lage Mandatsträger:innen zu entsenden.

2.6 Patient:innenbeteiligung

Weiterhin waren an dieser Leitlinie eine Patientenvertreterin sowie Mandatstragende eines Selbsthilfeverbands (Melanie Bahlke, Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e.V.), zwei Selbsthilfeverbände (AdipositasHilfe Deutschland e.V., Adipositas Verband Deutschland e.V.) sowie ein Dachverband der Selbsthilfe (Kindernetzwerk e.V.) beteiligt

Tabelle 3: Beteiligte Selbsthilfe-Organisationen und Patientenvertreter:innen.

Selbsthilfe-Organisationen und Patientenvertreter:innen	Stimmberechtigte Mandatstragende
Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e.V.	Melanie Bahlke
AdipositasHilfe Deutschland e.V.	Michael Wirtz
Adipositas Verband Deutschland e.V.	Marion Rung-Friebe
Kindernetzwerk (knw) e.V	Dr. Johannes Oepen

3. Informationen zu dieser Leitlinie

3.1 Grundlagen der Methodik

Die methodische Grundlage für diese Leitlinie ist im AWMF-Regelwerk beschrieben (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2023). Für die Generierung einer Leitlinie auf S3-Niveau wurden die notwendigen methodischen Schritte (Spezifizierung der Fragestellung anhand des PICOS-Schemas (population, intervention, comparison, outcome, study design), systematische Literaturrecherche, Auswahl und Bewertung der Studien (unabhängig von zwei Personen durchgeführt), Datenextraktion (unabhängig von zwei Personen durchgeführt), narrative und/oder statistische Synthese der Ergebnisse und Bewertung der Vertrauenswürdigkeit (Grading of Evidence Assessment Development and Evaluation, GRADE; unabhängig von zwei Personen durchgeführt) entsprechend umgesetzt. Für eine detaillierte Beschreibung der Methodik sei auf den Leitlinienreport verwiesen.

3.2. Spezifizierung der Fragestellung anhand des PICOS-Schemas

Das PICOS-Schema ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: PICOS-Schema für die Suchstrategie.

Fragestellung	Welche Interventionen sind geeignet, um junge Menschen mit Adipositas in der Phase der Transition zu unterstützen?
Population (P)	Junge Menschen (11-26 Jahre) mit: Adipositas oder chronische Erkrankungen; sehr gut auf Adipositas übertragbar: a) Diabetes Typ 1 b) Diabetes Typ 2 Andere chronische Erkrankungen, gute Übertragbarkeit auf Adipositas: a) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED/IBD; Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa) b) Rheumatische Erkrankungen, (meist Juvenile Idiopathische Arthritis) c) Asthma bronchiale

Intervention (I)	<p>Interventionen zur Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin</p> <p>z. B. Bewertung und Planung der Transition, pädagogische Interventionen (Schulungen, Workshops, auch in virtueller Form), Fallmanagement (Transitionskoordinator:innen) oder Qualifikation der Angehörigen der Gesundheitsberufe (z. B. Weiterbildung Transitionstraining/Transitionsmanagement)</p>
Control (C)	Andere Interventionen zur Transition mit geringerer Intensität, Regelversorgung (care as usual, routine care)
Outcomes (O)	<p>1) Kontinuität der Versorgung (z. B. Wahrnehmung von Arztterminen; Zeit bis zum ersten Termin nach der Überweisung, Loss-to-follow-up)</p> <p>2) Transitionsbereitschaft und -befähigung (transition readiness)</p> <p>3) (krankheitsspezifischer) Gesundheitszustand (z. B. Body-Mass-Index (BMI), HbA1c (%), time-in-range (%), medizinische Komplikationen (z.B. bei Diabetes: Hospitalisierungen, Ketoazidosen, mikrovaskuläre Ereignisse)</p> <p>4) Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit (z.B., gesundheitsbezogene Lebensqualität, Selbstwirksamkeit, emotionales Wohlbefinden, Depressions- und Angstsymptome)</p> <p>5) Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement (z. B. Fähigkeit und Wissen zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen, Kommunikationsfähigkeiten, Selbstmanagementverhalten)</p> <p>6) soziale, schulische oder berufliche Teilhabe (z. B. Fehlzeiten, Arbeitslosigkeit)</p> <p>7) Vertrauen in die Versorgung/ Zufriedenheit der Patient:innen mit der Versorgung</p> <p>8) Transferrate und Terminadhärenz</p> <p>Es wurden keine Einschränkungen hinsichtlich des Versorgungskontexts (z. B. Krankenhaus, Primärversorgung und Gemeinde) oder des Landes vorgenommen.</p>
Study type (S)	<p>RCTs und NRSI: Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1</p> <p>Nur RCTs: Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Rheumatoide Arthritis, Asthma bronchiale</p>

Eingeschlossen wurden randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs), nicht-randomisierte Studien zu Interventionen (NRSI), Beobachtungsstudien, d. h. prospektive Kohortenstudien mit einer Kontroll- oder Vergleichsgruppe sowie Interrupted time series, welche Transitionsinterventionen bei Jugendlichen und junge Erwachsene mit Adipositas, Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 (RCTs und NRSI) sowie chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, Rheumatoider Arthritis oder Asthma bronchiale (nur RCTs). Es wurden Endpunkte berücksichtigt, die die Kontinuität der Versorgung, die Transitionsbereitschaft (transition readiness), den (krankheitsspezifischen) Gesundheitszustand, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, psychische Gesundheit und Selbstwirksamkeit, die Gesundheitskompetenz und das Selbstmanagement, die soziale und schulische oder berufliche Teilhabe, die Zufriedenheit Versorgung/Therapie oder Rolle der Eltern abbilden.

3.3 Systematische Literaturrecherche

Es wurde eine umfassende systematische Literaturrecherche in drei Datenbanken und einem Studienregister nach relevanten Studien durchgeführt (Januar 2024). Darüber hinaus wurden die Referenzlisten der eingeschlossenen Studien, relevante systematische Übersichtsarbeiten sowie fachspezifisch relevante Zeitschriften gesichtet, die durch die Datenbanksuche nicht abgedeckt waren. Insgesamt wurden durch die oben angegebenen Quellen 21 Publikationen, die 17 Studien entsprechen, eingeschlossen. Die detaillierte Suchstrategie und das Flowchart sind im Leitlinien-Report dargestellt.

3.4 Bewertung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Zwei Gutachter:innen bewerteten die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz anhand des Ansatzes der GRADE-Arbeitsgruppe (Grading of Evidence Assessment Development and Evaluation), d. h. Risiko der Verzerrung, Inkonsistenz, Indirektheit, Unpräzision und Publikationsverzerrung für sieben Outcomes (Guyatt et al., 2011). Einzelheiten hierzu finden sich im Leitlinien-Report.

3.5 Strukturierte Konsensfindung

In Vorbereitung auf die Konsensuskonferenz wurde am 21.02.2025 der Leitlinienentwurf inklusive der Empfehlungen und Hintergrundtexte sowie der Evidenztabellen per E-Mail an die beteiligten Vertreter:innen der Fachgesellschaften versandt.

Über einen Online Survey (SoSci Survey) wurde die erste Runde eines Delphi-Abstimmungsprozesses durchgeführt. Die Mandatstragenden hatten die Möglichkeit, den Empfehlungsentwürfen zuzustimmen oder diese abzulehnen. Zudem konnten sie kommentieren und alternative Textvorschläge formulieren.

Empfehlungen, die eine Zustimmung von mind. 95% erhielten und keine inhaltlichen Änderungsvorschläge aufwiesen wurden als verabschiedet betrachtet.

Die Konsensuskonferenz fand am 19.03.2025 im Online-Format unter der externen und unabhängigen Moderation der AWMF statt. In einem strukturierten Prozess wurden die evidenzbasierten Empfehlungen mit der zugrundeliegenden Evidenzlage sowie die konsensbasierten Empfehlungen vorgestellt und erläutert. Fragen seitens der Mandatstragenden der Fachgesellschaften wurden geklärt, Änderungsvorschläge (inhaltlich oder sprachlich) wurden diskutiert und ggfs. in das für alle sichtbare Dokument eingefügt.

Anschließend wurde jede Empfehlung persönlich online abgestimmt und die Ergebnisse dokumentiert.

Eine ausführliche Beschreibung des Ablaufs der strukturierten Konsensfindung finden Sie im Leitlinienreport dieser Leitlinie.

3.6 Graduierung der Empfehlungen und Feststellung der Konsensstärke

In dieser Leitlinie wird bei allen Empfehlungen (evidenz- und konsensbasiert) die Stärke der Empfehlung, auch Empfehlungsgrad genannt, angegeben. Eine Aufschlüsselung der drei Empfehlungsgrade findet sich in Tabelle 5. Bei evidenzbasierten Empfehlungen wird außerdem mithilfe der GRADE-Bewertung zusätzlich die Evidenzqualität angegeben. Diese GRADE-Bewertung beschreibt das Vertrauen in den Effektschätzer und wurde basierend auf vorher festgelegten Endpunkten errechnet (siehe Leitlinienreport). Im Prozess der Festlegung des Empfehlungsgrades wurde zum einen die jeweilige GRADE-Bewertung einbezogen, zum anderen weitere relevante Kriterien aus dem Evidence-to-Decision-Framework (Alonso-Coello et al., 2016). Die für diese Leitlinie gewählten EtD-Kriterien sind: Abwägung von potentiellm Nutzen- und Schaden der Intervention, Präferenzen von Betroffenen, Ressourcenverbrauch/Aufwand sowie Akzeptanz und Machbarkeit der Intervention.

In Tabelle 6 ist zudem die Klassifikation der Konsensstärke aufgeführt, die für alle Empfehlungen angegeben wird.

Tabelle 5: Dreistufiges Schema zur Graduierung der Empfehlungen.

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise
A	Starke Empfehlung	Soll/Soll nicht
B	Schwache Empfehlung	Sollte/sollte nicht
0	Empfehlung offen	Kann erwogen/verzichtet werden

Tabelle 6: Festlegung der Konsensstärke.

Klassifikation der Konsensstärke	
Starker Konsens	> 95% der Stimmberechtigten
Konsens	> 75-95% der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	> 50-75% der Stimmberechtigten
Keine mehrheitliche Zustimmung	< 50% der Stimmberechtigten

4. Redaktionelle Unabhängigkeit

4.1 Finanzierung der Leitlinie

Die Evidenzrecherche und die Entwicklung dieser Leitlinie erfolgte im Rahmen des Innovationsfondsprojektes "Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin/ TransitADI" (Förderung: G-BA, Förderkennzeichen 01VSF22014). Die Entwicklung erfolgte damit unabhängig von Interessengruppen. Die Mandatstragenden der verschiedenen Fachgesellschaften und -initiativen arbeiteten ehrenamtlich und erhielten keine Honorare.

4.2 Unabhängigkeit und Darlegung von Interessenkonflikten

Alle Mitglieder der Leitliniengruppe wurden aufgefordert, ihre Interessenkonflikte über das Online-Portal der AWMF anzugeben. Anschließend wurden sie unabhängig voneinander von Prof. Dr. Susanna Wiegand und PD Dr. Gundula Ernst (federführende Autorinnen dieser Leitlinie) auf einen thematischen Bezug zur Leitlinie bewertet. Es wurden insgesamt keine hohen Interessenkonflikte angegeben. Geringe Konflikte ergaben sich im Bereich Patientenschulung, da mehrere Mitglieder in Schulungsvereinen und/oder der Trainerausbildung aktiv sind (PD Dr. Gundula Ernst, Dr. Ines Gellhaus, Dr. Markus Röbl), im Fallmanagement (Dr. Silvia Müther) oder im Bereich bariatrische Chirurgie (Prof. Dr. Mirko Otto). Diese Konflikte, die durch berufliche bzw. ehrenamtliche Tätigkeiten entstanden, wurden von Frau Prof. Dr. Wiegand und Herrn Dr. Schnabel (Charité Universitätsmedizin Berlin) als unabhängigem Berater diskutiert.

Grundsätzlich erfordern bereits geringe Interessenkonflikte eine Einschränkung der Leitungsfunktionen. Bei den Delegierten der Fachgesellschaften – Dr. Ines Gellhaus, Dr. Markus Röbl, Dr. Silvia Mütter und Prof. Dr. Mirko Otto – hatte dies jedoch keine direkten Auswirkungen, da für sie keine Leitungsfunktion vorgesehen war. Der Interessenkonflikt im Bereich Patientenschulung von PD Dr. Gundula Ernst hingegen, die als Koordinatorin der Leitlinie eine Leitungsfunktion einnahm, erforderte die Hinzunahme eines Peers ohne relevanten Interessenkonflikt. Diese Rolle übernahm Prof. Dr. Susanna Wiegand als zusätzliche Koordinatorin.

Erst moderate Interessenkonflikte hätten eine Stimmenthaltung bei den betroffenen Empfehlungen zur Konsequenz bzw. einen Ausschluss von der Beratung und Abstimmung bei hohen Interessenkonflikten. Die offengelegten Sachverhalte und deren Handhabung sind im Leitlinienreport dokumentiert.

Als protektive Faktoren, die einer Verzerrung durch Interessenkonflikte entgegenwirkten, können zudem die pluralistische Zusammensetzung der Leitliniengruppe, die strukturierte Konsensfindung unter neutraler Moderation sowie die Diskussion zu den Interessenkonflikten zu Beginn der Konsensuskonferenz gewertet werden.

5. Konsultation und Verabschiedung

Auf eine externe Begutachtung wurde angesichts der Größe der Leitliniengruppe und der Vielzahl der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen verzichtet. In die Entwicklung der Leitlinie waren Delegierte von 21 assoziierten wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie eine Patientenvertreterin und drei Vertreter:innen von Selbsthilfe-Organisationen mit Stimm-/Abstimmungsrecht aktiv einbezogen; die Delegierten wurden von ihren jeweiligen Fachgesellschaften und Organisationen benannt und mit entsprechender Handlungsvollmacht ausgestattet.

Nach Fertigstellung des Leitlinientextes wurde dieser an die Delegierten und Vorstände aller beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen sowie an die Patientenvertreter:innen zur Kenntnisnahme und Kommentierung versendet. Etwaige Änderungswünsche konnten innerhalb von sechs Wochen eingereicht werden. Die eingegangenen Änderungswünsche sind auf den folgenden Seiten aufgeführt. Sie wurden in der Leitliniengruppe diskutiert und ggf. berücksichtigt. Alle Änderungswünsche betrafen lediglich die erläuternden Hintergrundtexte und nicht die Empfehlungen selbst, so dass kein zusätzliches Abstimmungsverfahren notwendig war.

Die daraus hervorgegangene Konsultationsfassung wurde am 08.09.2025 auf der Seite der AWMF veröffentlicht (öffentliche Konsultationsphase) und den beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen wurde eine Frist bis zum 30.09.2025 gesetzt, um Stellungnahmen abzugeben. Im Rahmen dieser Frist wurden keine weiteren Änderungswünsche oder Überarbeitungsvorschläge eingereicht.

Die finalen Fassungen der Leitlinie, des Leitlinienreports sowie der Patientenversionen wurden am 12.03.2026 zur abschließenden Bestätigung an die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen gesendet. Alle Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen erteilten formlos ihre schriftliche Zustimmung zur Veröffentlichung der finalen Leitliniendokumente.

5.1 Verbreitung und Implementierung

Die Verbreitung der Leitlinie erfolgt über die Website der AWMF (<http://www.awmf-online.de>) sowie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (<https://adipositas-gesellschaft.de/>) und der Gesellschaft für Transitionsmedizin (<https://transitionsmedizin.net/>)

Darüber hinaus wurden einzelne Inhalte der Leitlinie auf Kongressen und in Form von Publikationen verbreitet. Eine detaillierte Auflistung aller Publikationen und Kongressbeiträge findet sich im Leitlinienreport.

6. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie ist ab dem 12.11.2025 bis zur nächsten Aktualisierung voraussichtlich bis zum 11.11.2030 gültig. Die Leitlinie gibt den Stand des Wissens auf Grundlage der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz und der Expertise von Expert:innen wieder. Da in diesem Forschungsfeld bisher keine kontrollierten Studien im Bereich Adipositas durchgeführt wurden, war die Übertragung der Forschungsergebnisse bei vergleichbaren chronischen Erkrankungen notwendig. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich die Evidenzlage sehr kurzfristig verändert, sodass die maximale Gültigkeitsdauer von 5 Jahren im AWMF-Register angemessen erscheint.

Sollten wesentliche Neuerungen die Änderung einzelner Empfehlungen erfordern, so kann dies in Form eines Amendments umgesetzt werden.

Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an die Autor:innen oder das Leitliniensekretariat gesendet werden:

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.

Geschäftsstelle

Fraunhoferstr. 5

82152 Martinsried

Tel. 089 – 710 48 358

E-Mail: mail@adipositas-gesellschaft.de

7. Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 7: Abkürzungsverzeichnis.

AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas bei Kindern und Jugendlichen
BMI	Body Mass Index
BTP	Berliner Transitionsprogramm
DAG	Deutschen Adipositas-Gesellschaft
DiGAs	Digitale Gesundheitsanwendungen
DMP	Disease Management Programm
EMA	European Medicines Agency
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GIP	Glucose-dependent insulinotropic polypeptide
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GLP1-RA	Glukagon-like-Peptide 1-Rezeptor-Agonisten
HOMA	Homeostasis Model Assessment / Index zur Abschätzung der Insulinresistenz
HrQoL	Health related quality of life
KI	Konfidenzintervall
MASLD	Metabolische Dysfunktions-assoziierte Steatotische Lebererkrankung
MD	Mittelwertsdifferenz
NRSI	Nicht-randomisierte Studie zu Interventionen
OP	Operation
PICOS	Population, Intervention, Comparison, Outcome, Study design
RCT	Randomized Controlled Trial (randomisierte, kontrollierte Studie)
RR	Relatives Risiko
SMD	Standardisierte Mittelwertsdifferenz

8. Wichtige Forschungsfragen

8.1 Hintergrund

Adipositas und ihre Folge- bzw. Begleiterkrankungen sind weltweit für die Mehrheit der nicht-übertragbaren Erkrankungen verantwortlich und verursachen erhebliche Morbidität. Vor der COVID 19-Pandemie bestand bei 53,3% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland ein Übergewicht oder eine Adipositas (Schienkiewitz et al., 2022) . Bei Kindern und Jugendlichen aus Deutschland wurde in einer repräsentativen Untersuchung 2014-2017 (KiGGS Welle 2) in 15,4% ein Übergewicht oder eine Adipositas gefunden (Schienkiewitz et al., 2018). Dies entsprach zu diesem Zeitpunkt ca. 2 Mio. Kindern und Jugendlichen. Während der Pandemie kam es zu einer erheblichen Zunahme von Übergewicht und Adipositas, insbesondere in vulnerablen Gruppen wie einkommensschwache Familien oder Kinder, die bereits vor der Pandemie ein Übergewicht hatten (Weihrauch-Blüher et al., 2023). So ergab eine Elternbefragung 2022 eine Gewichtszunahme bei 32% der 10-12- Jährigen. Weltweite Prognosen gehen von einer weiteren Zunahme von Übergewicht und Adipositas über die gesamte Lebensspanne aus (González-Álvarez et al., 2020).

Die direkten geschätzten Behandlungskosten belaufen sich in Deutschland auf ca. 63 Milliarden Euro pro Jahr (Effertz et al., 2016). Nicht berücksichtigt sind dabei die indirekten Kosten z.B. durch eingeschränkte Teilhabe, Nachteile bei der Erwerbstätigkeit oder andere psychosoziale Folgen. 2016 wurde erstmalig in einer weltweiten Metaanalyse (4 Kontinente, 10,6 Mio. Personen) die Übersterblichkeit bei höherem Body Mass Index (BMI) eindrucksvoll gezeigt (Global BMI Mortality Collaboration, 2016). Auch wenn die Übertragbarkeit großer epidemiologischer Studien auf spezifische Settings kontrovers diskutiert wird (Bhupathiraju et al., 2017), wird dadurch die gesundheitspolitische und ökonomische Dimension dieser chronischen Erkrankung deutlich. Dabei ist die Akzeptanz der Adipositas als chronische Erkrankung erst seit 2020 gegeben.

Im deutschen Gesundheitssystem ist Adipositas mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 34. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) vom 16. November 2023 (Bundesministerium für Gesundheit, 2024) formal als chronische Erkrankung¹ angekommen. Am 22. November 2024 wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Beschluss über ein altersgerechtes Disease-Management-Programm für Kinder und Jugendliche mit Adipositas veröffentlicht.

Jugendliche sind eine wichtige Zielgruppe für Programme zur Prävention und Therapie der Adipositas. Gerade die Pubertätsentwicklung geht einher mit vielfältigen Veränderungen des Körpers, der Psyche und der sozialen Situation (Nokoff et al., 2019; St Fleur et al., 2023). Diese Wandlung hat nicht nur individuelle Folgen, sondern betrifft auch z. B. die Interaktionen mit der Umwelt, die Ernährung, das Sozialverhalten und die Mediennutzung. Diese komplexen Vorgänge haben direkte Auswirkungen auf das gesundheitsbezogene Verhalten und erhöhen das Risiko für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas, bzw. erschwert eine erfolgreiche Behandlung (s.u.). Gleichzeitig übernehmen junge Menschen mit dem Erwachsenwerden die Verantwortung für ihre Gesundheit und ihr Freizeitverhalten. Damit ergibt sich die Chance, neue Gewohnheiten beispielsweise beim selbstständigen Einkaufen von Lebensmitteln und der Zubereitung von Nahrung zu etablieren.

8.2 Diskrepanzen in den Empfehlungen für die Pädiatrie und Erwachsenenmedizin

Eine erfolgreiche Therapie der Adipositas ist bei Kindern und Jugendlichen möglich. Dabei führen multiprofessionelle Lebensstilinterventionen mit mehr Betreuungszeit und insbesondere mit mehr körperlicher Aktivität zu besseren Ergebnissen (Deng et al., 2024). Der Effekt medikamentöser Interventionen bezüglich einer Gewichtsreduktion ist vergleichsweise größer, lässt aber nach Absetzen rasch nach (O'Connor et al., 2024). Für die Phase der Transition gibt es nach unserem Kenntnisstand keine Studien, die den Effekt einzelner Therapieformen langfristig beobachten.

¹ In einem Statement im Rahmen der Leitlinienerstellung erklärte die DEGAM, dass die Anerkennung der Adipositas als eigenständige und anderen schweren chronischen Erkrankungen gleichzusetzende Krankheit dem Konzept der DEGAM widerspricht. Adipositas als pathologischer Zustand oder Risikofaktor ergibt sich in der Allgemeinmedizin nur im Kontext der Begleiterkrankungen, des Alters und anderer Faktoren.

Untersuchungen zur Kombination unterschiedlicher Therapieformen, möglichst in Form eines individualisierten Therapieansatzes, fehlen ebenfalls.

Die Therapie für Erwachsene mit Adipositas unterscheidet sich deutlich von der Therapie für Kinder und Jugendliche. So wurden zwischen 2012 und 2024 weltweit 53 klinische Phase 2/3-Studien zur medikamentösen Gewichtsreduktion bei Erwachsenen mit Adipositas initiiert (Kokkorakis et al., 2024). Dabei untersucht die Mehrzahl der RCTs die Wirkung von GLP1-Rezeptor-Agonisten, entweder als Einzelsubstanz oder in Kombination mit anderen Ansatzpunkten (z.B. glukoseabhängiges insulinotropes Peptid (GIP), Glukagon; (Chetty et al., 2024)). Deshalb ist die Anzahl zugelassener Medikamente mit der Indikation Adipositas bei Erwachsenen größer als bei Jugendlichen. RCTs bei Jugendlichen sind darüber hinaus mit großem Aufwand verbunden, sodass Zulassungsstudien oft deutlich später als bei Erwachsenen abgeschlossen werden.

Im Bereich der nicht-medikamentösen Interventionen bei Erwachsenen mit Adipositas werden insbesondere in der Ernährungstherapie sehr unterschiedliche Ansätze verfolgt. Vergleichende Untersuchungen mit hoher Qualität sind dabei eher selten. Eine aktuelle Metaanalyse vergleicht 47 RCTs mit über 3000 Teilnehmenden, die unterschiedliche Formen der energiereduzierten Ernährung praktiziert hatten (Huang et al., 2024). Allen gemeinsam waren eine moderate Gewichtsreduktion und anschließende Wieder-Zunahme des Gewichts. Längere Interventionen (bis 12 Monate) und 2-3 Tage Energierestriktion pro Woche („alternate day fasting“) waren dabei etwas effektiver. Der Effekt unterschiedlicher Diätformen (ketogen, mediterran, low fat) war ebenfalls Gegenstand einer Metaanalyse von 17 RCTs mit 5802 erwachsenen Teilnehmenden (Liao et al., 2024). Die ketogene Diät zeigt dabei die größten Effekte bezüglich des Gewichts und Bauchumfangs.

In einem Review über 73 Studien bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas war eine gesunde (mediterrane) Ernährung negativ assoziiert mit dem Grad der Adipositas und einem metabolischen Syndrom, insbesondere für Kinder unter 12 Jahren (Larruy-García et al., 2024). Eine geringere Signifikanz von Studienergebnissen ab der Pubertät - und damit in der Transitions-relevanten Lebensphase - ist eine häufige Beobachtung.

Ursächlich ist die große interindividuelle Variabilität der Pubertätsentwicklung bezogen auf den Beginn, den zeitlichen Verlauf und die vielfältigen pubertätsassoziierten Veränderungen z.B. des Stoffwechsels (Bauman, 2023; Esquivel-Zuniga & Rogol, 2023) oder der emotionalen Situation (Cheng et al., 2024). Die Pubertät ist eine sehr sensible Phase für die soziokulturelle Entwicklung junger Menschen. Darüber hinaus sind die Auswirkungen der Adipositas erheblich. Während bei Mädchen mit Adipositas frühe Pubertät und Menarche einerseits und ggf. Auswirkungen auf die spätere Fertilität (auch im Rahmen eines Polyzystischen Ovarsyndroms) andererseits thematisiert werden sollten (Simon et al., 2024), haben männliche Jugendliche mit Adipositas häufiger das Gefühl einer verzögerten Pubertätsentwicklung (Esquivel-Zuniga & Rogol, 2023), meist jedoch ohne relevante (behandlungsbedürftige) Pathophysiologie. Im Bereich des Stoffwechsels können sich Pubertätseffekte und Folgen der Adipositas gegenseitig verstärken. Gut untersucht ist dies für HOMA-Werte als Surrogatmarker der Insulinresistenz (Hammel et al., 2023). Hier konnten zum einen über die gesamte Lebensspanne Perzentilen generiert und zum anderen der erhebliche Einfluss einer Adipositas auf diese Parameter gezeigt werden. Der enge Zusammenhang zu anderen Risikofaktoren, wie z.B. einer Hyperlipidämie, kann in der Zukunft als wertvolle Grundlage für eine individuelle Aussage zum kardiovaskulären Risikoprofil genutzt werden. Die Bedeutung eines metabolischen Syndroms als Folge der Adipositas gerade in der Transitionsphase ist dabei vielfältig beschrieben. Die unterschiedliche Verteilung zwischen den Geschlechtern wird allerdings bisher wenig berücksichtigt. So ist nicht nur eine metabolisch-dysfunktions-assoziierte Fettleber bei männlichen Jugendlichen signifikant häufiger als bei weiblichen, sie haben bei gleichem Adipositas-Grad auch eine größere Intima-Media-Dicke (Di Bonito et al., 2024).

Ein mehr personenzentrierter Ansatz der Diagnostik und insbesondere der Therapie von Menschen mit Adipositas in unterschiedlichen Lebensphasen (oder „dazwischen“, in der Transitionsphase) gelingt umso besser, je multiprofessioneller das Team aufgestellt ist (Sundbom et al., 2024). Dann werden neben rein medizinischen Befunden weitere, für die Betroffenen wesentliche Aspekte betrachtet. In der Phase der Transition sind dies z.B. krankheitsbedingte Einschränkungen der Teilhabe oder Nachteile bei der Berufsorientierung. Als sichtbare chronische Erkrankung sind Menschen mit Adipositas generell und Jugendliche im Besonderen von vielfältiger Stigmatisierung sowohl im öffentlichen Raum als auch innerhalb der Peergroup und Familie betroffen (Wagner & Cook, 2024).

Die negativen Folgen können zu einem sich selbst verstärkenden negativen System führen („Teufelskreis“). Es ist unklar, wie groß der Anteil dieser Stigma-Erfahrungen bei der Entstehung von psychiatrischen Begleiterkrankungen ist. Im Transitionsalter sind Depression sowie Angst- und Essstörungen die häufigsten psychiatrischen Störungen bei Menschen mit Adipositas (Kelly et al., 2024; Moradi et al., 2022), wobei die Prävalenz bei weiblichen Jugendlichen signifikant höher ist als bei männlichen Jugendlichen. Leider gibt es auch in diesem Bereich keine langfristigen Beobachtungsstudien, aus denen sich eine Prognose für diese sehr vulnerable Personengruppe ableiten lässt.

Zusammenfassend stellen sich für die Leitlinie zur Transition von Jugendlichen mit Adipositas in das Erwachsenenalter folgende übergeordnete Forschungsfragen, unabhängig von dem PICOS-Schema (siehe Abschnitt 3.2):

- 1) In welchen aktuellen evidenzbasierten nationalen und internationalen Leitlinien werden Jugendliche mit Adipositas als Gruppe bereits adressiert?
- 2) Welche Widersprüche bestehen in den Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Adipositas für die Pädiatrie und die Erwachsenenmedizin und wie lassen sich diese erklären?
- 3) Welche Aspekte müssen für die Betreuung von jungen Menschen mit Adipositas und für die Definition eines strukturierten Transitionspfades evidenzbasiert berücksichtigt werden?

8.3 Fragestellung der Leitlinie

Ausgehend von der generischen S3-Leitlinie zur Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin (AWMF-Nr.: 186 – 001) wurden mit Hilfe des PICO-Schemas die relevanten Forschungsfragen krankheitsspezifisch fokussiert (siehe Tabelle 4). Die dynamischen Entwicklungen im gesundheitspolitischen Diskurs und in der Therapie wurden darüber hinaus im Expertenkonsens berücksichtigt (u.a. DMP Adipositas; neue medikamentöse Strategien).

Da aus Vorarbeiten deutlich wurde, dass keine kontrollierten klinischen Studien zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas vorliegen, wurden initial chronische Erkrankungen identifiziert, für die aufgrund der Ähnlichkeit der Erkrankungen oder der Versorgungssituation eine gute Übertragbarkeit gegeben ist: Diabetes mellitus Typ 1, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, rheumatische Erkrankungen und Asthma bronchiale.

Ausgeschlossen wurden Studien an Personen mit psychischen Erkrankungen, Beeinträchtigungen mit Intelligenzminderung und Verhaltensauffälligkeiten, sowie onkologisch-hämatologische Erkrankungen. Aufgrund der großen zeitlichen interindividuellen Variabilität der Pubertätsentwicklung wurden für die vorliegende Leitlinie wissenschaftliche Studien berücksichtigt, die Jugendliche und junge Erwachsene mit Adipositas im Alter von 11-26 Jahren adressieren. Die Altersuntergrenze wurde festgelegt, da beim Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit dauerhaftem Versorgungsbedarf im Gesundheitssystem bereits frühzeitig mit der Transitionsplanung begonnen werden sollte. Die Altersobergrenze resultiert aus dem Anspruch auf Unterstützungsleistungen aus dem SGB VIII. Somit ist auch die Altersobergrenze der WHO für „adolescents“ (10-19 J.) und „young people“ (10-24 J.) eingeschlossen (<https://www.who.int>).

Die untersuchten transitionsfördernden Interventionen umfassen u.a. die Transitionsplanung, Übergangssprechstunden, transitionsspezifische Schulungen für Patient:innen und Eltern, Selbstmanagement-Trainings, sowie alle organisatorischen und personellen Maßnahmen entlang des Transitionspfades (z.B. Case Management, unterstützende Kommunikation, Checklisten und andere spezifische Dokumente), bis hin zu komplexen Transitionsmodellen. Die meisten Daten liegen für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 vor (Agarwal et al., 2017; Datz et al., 2021; Raymond, 2017). Das Krankheitsmanagement und die Ergebnisse dieser Studien können auf die chronische Erkrankung Adipositas übertragen werden und liefern deshalb wertvolle Evidenz für die Leitlinie.

Die patientenzentrierten Outcomes für Menschen mit Adipositas bei der Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin müssen deshalb wegen fehlender krankheitsspezifischer Interventionsstudien aus Studien bei vergleichbaren chronischen Erkrankungen (s.o.) übertragen werden. Dies betrifft die Behandlungskontinuität, die Bereitschaft zur Transition (sog. Transition Readiness), transitionsrelevantes Wissen, Selbstmanagement-Fähigkeiten, allgemeine und gesundheitsbezogene Lebensqualität, sowie die Möglichkeiten der Teilhabe.

9. Empfehlungen

In diesem Kapitel sind zuerst die evidenzbasierten Empfehlungen und im Anschluss die konsensbasierten Empfehlungen aufgeführt. Die acht evidenzbasierten Empfehlungen wurden aus den Erkenntnissen der systematischen Suche abgeleitet. Die Einzelstudien, die die Grundlage für diese Empfehlungen bilden, sind in der GRADE-Tabelle aufgeführt (siehe Leitlinienreport). Die sieben konsensbasierten Empfehlungen stützen sich auf klinische Erfahrungen der Mitglieder der Leitliniengruppe und werden zusätzlich durch Ergebnisse aus aktueller Literatur begründet.

Im jeweiligen Hintergrundtext der Empfehlungen wird unter dem Punkt „Bedeutung für die Praxis“ jede Empfehlung hinsichtlich der Umsetzbarkeit im medizinischen Versorgungsalltag eingeordnet.

9.1 Evidenzbasierte Empfehlungen

9.1.1 Förderung des Krankheits- und Selbstmanagements

Während bei jüngeren Kindern die Sorgeberechtigten die Hauptverantwortung für die Gesundheit und das Therapiemanagement tragen, müssen Jugendliche schrittweise mehr Aufgaben und Entscheidungen in Hinblick auf ihre Gesundheit übernehmen. Damit dies gelingt, brauchen junge Menschen mit Adipositas handlungsrelevantes Krankheitswissen zu ihrer Erkrankung und ihrer Behandlung sowie die Kompetenzen und die Motivation, die Therapie im Alltag selbstbestimmt umzusetzen (sog. Empowerment). Dabei kann auf bereits bestehendes Wissen aufgebaut werden. Allerdings kommen im Jugendalter neue Themen hinzu. Dazu gehören u.a. die Akzeptanz des eigenen Körpers, die Berücksichtigung der Erkrankung bei jugendlichem Risikoverhalten, die Lösung vom Elternhaus, die Verhütung, der Kinderwunsch, die Berufswahl, aber auch Therapieoptionen, die in der Regel erst ab dem Erwachsenenalter bestehen. Ebenso müssen junge Menschen mit Adipositas krankheitsrelevante Kompetenzen vertiefen und erweitern (u.a. selbständige Auswahl und Zubereitung von Lebensmitteln; zuverlässige Einnahme von Medikamenten; Umgang mit Therapiefrust, Sorgen und Stigmatisierung).

Das Selbstmanagement umfasst dabei nicht nur Verhaltensweisen, die direkt mit der Adipositas im Zusammenhang stehen (z.B. regelmäßige Gewichtskontrollen, Ernährungs-, Ess- und Bewegungsverhalten), sondern auch übergreifende Gesundheitskompetenzen.

Dazu zählen beispielsweise das Vereinbaren und Wahrnehmen von Behandlungsterminen, die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Behandlungsteam sowie die rechtzeitige Organisation von (Folge-)Rezepten. Ein wichtiger Teil der Gesundheitskompetenz ist auch das Verständnis dafür, wann es notwendig ist, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen – sei es bei akuten Problemen oder bei Schwierigkeiten bezüglich der Umsetzung der Therapie.

Um dieser neuen Verantwortung gerecht zu werden, braucht der junge Mensch mit Adipositas die dazu notwendigen Kompetenzen. Gesundheitsfachkräfte sollten daher ab Beginn des Jugendalters das Selbstmanagement und die Transitionsbereitschaft und -befähigung (transition readiness) von Jugendlichen mit Adipositas altersangemessen fördern.

#1	Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Zur Verbesserung des Selbstmanagements, der Transitionsbereitschaft und -befähigung und der Patient:innenaktivierung sollten kompakte Schulungen für Jugendliche mit Adipositas und ggf. ihre Eltern angeboten werden, in denen sie gezielt auf das Erwachsenenleben und den Übergang in die Erwachsenenmedizin vorbereitet werden.
GRADE Sehr gering (⊕○○○)	Vergleich von Intervention (2-tägige intensive Schulungen zur Transition) vs. Kontrolle (übliche Behandlung) Evidenz aus einem RCT (Schmidt et al., 2016, Schmidt et al., 2018) und einer nicht-randomisierten Interventionsstudie (Menrath et al., 2018, Ernst et al., 2022)
Sehr gering (⊕○○○)	Selbstmanagement Schmidt et al., 2016: keine signifikanten Unterschiede zwischen Intervention und Kontrolle von der Baseline bis zum 6-Monate-Follow-up, MD 1.21 (95%-KI: -2.28 – 4.70) Menrath et al., 2018: signifikanter Vorteil der Interventionsgruppe, MD 5.00 (95%-KI: 0.14 – 9.86)
Sehr gering (⊕○○○)	Transitionsbereitschaft und - befähigung Schmidt et al., 2016: signifikanter Vorteil für die Interventionsgruppe, MD 11.12 (95%-KI: 3.08 – 19.16) Menrath et al., 2018: signifikante Verbesserungen in der Interventionsgruppe, MD 10.30 (95%-KI: 4.41 – 16.19)
	Konsens (90 %)

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

Zwei Studien untersuchten kompakte Gruppenschulungsangebote, die sich intensiv mit den Veränderungen durch das Erwachsenwerden und den Wechsel in die Erwachsenenmedizin beschäftigten. Dabei standen keine krankheitsspezifischen, medizinischen Fragen im Vordergrund, sondern psychosoziale Themen. Schmidt et al. (Schmidt et al., 2016; Schmidt et al., 2018) erprobten in einem quasiexperimentellen Design einen 2-tägigen Transitionsworkshop. Dieser fand in krankheitshomogenen Kleingruppen statt und beschäftigte sich mit der Vorbereitung auf den Ärztinnen-/Arztwechsel und der Übernahme der Therapieverantwortung. Neben einer Auffrischung des krankheitsspezifischen Wissens wurde über den Einfluss der Krankheit auf berufliche Pläne, Alleinleben, Partnerschaft etc. gesprochen. In die Studie wurden 274 junge Menschen zwischen 13-22 Jahren mit Typ 1 Diabetes, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder Mukoviszidose eingeschlossen. Workshopteilnehmende zeigten sechs Monate nach dem Workshop im Durchschnitt eine Verbesserung der Transitionskompetenz und der Selbstwirksamkeitserwartung. Die Patient:innenaktivierung und die Lebensqualität unterschieden sich nicht signifikant von der Kontrollgruppe, die keinen Workshop erhielt. Ein leicht modifizierter Transitionsworkshop, der zeitlich auf 1,5 Tage gekürzt wurde und dafür einen halbtägigen Elternworkshop sowie eine jugendspezifische Website umfasste, wurde an 300 jungen Menschen erprobt (12 unterschiedliche chronische Krankheiten, mittleres Alter 17,6 Jahre; (Menrath et al., 2019). Vier Wochen nach der Schulung zeigten Workshopteilnehmende signifikant verbesserte transitionsrelevante Kenntnisse und Kompetenzen sowie eine höhere Patient:innenaktivierung als die Kontrollgruppe, die nicht an einem Workshop teilnahm. Diese Effekte waren auch nach zwei Jahren noch stabil (Ernst et al., 2022). Auch hier zeigten sich keine Veränderungen der Lebensqualität.

Andere Studien, die sich mit Schulungsinterventionen beschäftigten, untersuchten deren Effekte nicht isoliert (Sequeira et al., 2015) oder wichen in Intensität und Art der Durchführung deutlich von den oben beschriebenen Interventionen ab (Huang et al., 2014). Sie wurden daher bei dieser Empfehlung nicht berücksichtigt.

Bedeutung für die Praxis

Um den Übergang von der familienzentrierten Betreuung hin zu mehr Eigenverantwortung im Erwachsenenalter zu meistern, brauchen Jugendliche mit Adipositas eine altersangepasste Anleitung und Schulung.

Da in der Behandlungsroutine meist die Zeit und die Möglichkeiten dazu fehlen, können kompakte Schulungen zur Vermittlung von transitionsrelevanten Selbstmanagementkompetenzen und zur Aktivierung der jungen Menschen eingesetzt werden.

Für Kinder und Jugendliche mit Adipositas existieren in Deutschland mehrere qualitätsgesicherte Schulungsprogramme, deren Kosten von den Krankenkassen übernommen werden (Konsensusgruppe Adipositasschulung, 2019; Reinehr et al., 2010).

Das Ziel dieser langfristig angelegten Gruppenschulungen ist die dauerhafte Etablierung von Behandlungsansätzen und Selbststeuerungskompetenzen im Alltag von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. Damit sollen die Selbstwirksamkeitserwartung, Lebensqualität und Teilhabe der Familien gestärkt werden. Jugendthemen werden allerdings nur am Rande angesprochen. Krankheitsübergreifende Anregungen für die inhaltliche und methodische Gestaltung von Jugendschulungen gibt der evaluierte ModuS-Transitionsworkshop (Ernst et al., 2016). Durch seinen generischen Ansatz scheint er auch auf Adipositas anwendbar und kann beispielsweise separat oder an eine Adipositasschulung bzw. eine Rehabilitationsmaßnahme gekoppelt werden. Der ModuS-Transitionsworkshop ist als Gruppenschulung konzipiert. Der Austausch mit gleichbetroffenen Peers kann insbesondere bei stigmatisierenden Erkrankungen wie Adipositas zur emotionalen Entlastung und Unterstützung beitragen. Auch der Einbezug der Erziehungsberechtigten hat sich bewährt. Eltern sind bei Heranwachsenden noch lange Zeit die wichtigsten Ansprechpersonen, zumindest bei Gesundheitsfragen (Hurrelmann et al., 2003), und sind selbst häufig unsicher im Transitionsprozess.

Fazit zu Empfehlung 1: Es liegt eine sehr geringe Evidenz vor, auf die eine Empfehlung für kompakte Schulungen für jungen Menschen mit Adipositas gestützt werden kann. Bei beiden eingeschlossenen Studien (Schmidt et al., 2016; Menrath et al., 2019) gab es Einschränkungen bei der Randomisierung und Herabstufungen wegen der Indirektheit. Dennoch scheinen sie durch die große Stichprobe (insgesamt N=574 junge Menschen), den Einsatz bei vielen, teils recht unterschiedlichen Krankheitsbildern und Settings sowie der Erprobung im deutschen Gesundheitssystem eine gute Anwendbarkeit auf junge Menschen mit Adipositas zu haben.

Auch bei Adipositas wird eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung sowie die Sicherung der Lebensqualität und Teilhabe erwartet, so dass derartige Schulungen mit einem Empfehlungsgrad B (sollte) empfohlen werden. Die Umsetzbarkeit von kompakten Schulungen wird als gut eingestuft, da in Deutschland evaluierte Schulungskonzepte sowie multidisziplinäre Teams zu deren Durchführung existieren. Einschränkungen der Verfügbarkeit ergeben sich im ländlichen Raum. Hier kann ggf. auf Schulungen während stationärer Rehabilitationsangebote oder Online-Schulungen zurückgegriffen werden. Als limitierend wird eher der hohe Aufwand bei Organisation und Zusammenstellung von Schulungsgruppen eingeschätzt.

#2	Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Behandlungsbegleitende, am individuellen Bedarf orientierte Schulungs- und Beratungsangebote für junge Menschen mit Adipositas sollen zur Verbesserung des krankheitsbezogenen Selbstmanagements sowie der Transitionsbereitschaft und - befähigung eingesetzt werden.
GRADE Sehr gering (⊕○○○)	Vergleich von Interventionen (unterschiedliche, längerfristige Angebote) vs. Kontrolle (Behandlung wie üblich oder unspezifische Interventionen). Evidenz aus vier RCTs (AlKsir et al., 2022; Huang et al., 2014; Husted et al., 2014; Ammerlaan et al., 2017) und einer nicht-randomisierten Interventionsstudie (Reid et al., 2018)
Sehr gering (⊕○○○)	Transitionsbereitschaft und -befähigung AlKsir et al. 2022: signifikanter Vorteil der Interventionsgruppe, MD 1.94 (95%-KI: 1.73 – 2.15) Huang et al. 2024: signifikanter Vorteil der Interventionsgruppe, MD 0.20 (95%-KI: -0.16 – 0.56)
Sehr gering (⊕○○○)	HbA1c (%) AlKsir et al. 2022, Husted et al. 2014: pooled, MD -0.43 (95%-KI: -1.75 – 0.89) Reid et al. 2018: keine statistisch signifikanten Unterschiede, MD -0.10 (95%-KI: -0.57 – 0.37)

Sehr gering (⊕○○○)	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (HrQoL) Ammerlaan et al. 2017: keine statistisch signifikanten Unterschiede, MD -0.08 (95%-KI -0.42 – 0.26) Husted et al. 2014: keine statistisch signifikanten Unterschiede, MD 4.00 (95%-KI -5.84 – 13.84)
Sehr gering (⊕○○○)	Selbstmanagement Husted et al. 2014: keine statistisch signifikanten Unterschiede, MD -0.00 (95%-KI: -3.60 – 3.60) Huang et al. 2014: signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe, MD 10.00 (95%-KI: 2.96 – 17.04)
Sehr gering (⊕○○○)	Selbstwirksamkeit/Self-Efficacy Ammerlaan et al. 2017: keine statistisch signifikanten Unterschiede, MD -0.33 (95%-KI: -1.19 – 0.53) Reid et al. 2018: signifikanter Vorteil der Interventionsgruppe, MD 14.60 (95%-KI: 2.99 – 26.21)
	Konsens (84 %)

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

Mehrere Studien untersuchen kurze, meist über einen längeren Zeitraum gestreckte Einheiten zur Schulung und Beratung von jungen Menschen. So erhielten Jugendliche mit Typ 1 Diabetes bei Al Ksir et al. (Al Ksir et al., 2022) zusätzlich zur üblichen diabetologischen Behandlung sechs Einzelgespräche durch eine Krankenschwester. Diese fanden teils in Präsenz (2x 30min) und teils telefonisch (4x 10min) über ein halbes Jahr hinweg statt. Ziel war es, mit Hilfe von motivierender Gesprächsführung (Motivational Interviewing) das Diabetesmanagement zu verbessern. Nach Abschluss der Intervention zeigte die Interventionsgruppe signifikant bessere Werte für das HbA1c und die Transitionsbereitschaft und -befähigung als die Kontrollgruppe (IG und KG jeweils n=33, HbA1C-Abnahme von 0.95% in der IG versus 0.12% in der KG, p = 0.047.

TRAQ-Zunahme um 1.44 Punkte in der IG versus 0.26 Punkte in der KG, p < 0.001). Im Gegensatz dazu führte der Einsatz von Reflexionsbögen für Jugendliche mit Typ 1 Diabetes und ihre Eltern bei Husted et al. (Husted et al., 2014) langfristig zu keinen signifikanten Unterschieden.

Allerdings erhielten bei diesem RCT beide Studienarme acht 30-60-minütige Einzelsitzungen über einen Zeitraum von 8-12 Monaten zusätzlich zur Routineversorgung. Bei der Interventionsgruppe (n=37) wurden sie durch das Bearbeiten von Reflexionsbögen strukturiert, bei der Kontrollgruppe (n=34) umfassten sie die üblichen Ratschläge und Diskussionen zur Verbesserung der Diabetestherapie.

Einige Studien nutzen Technologie basierte Ansätze zur längerfristigen Schulung und Beratung. So boten Huang et al. (Huang et al., 2014) jungen Menschen mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen eine Website an, auf der sie über einen Zeitraum von zwei Monaten wöchentlich themenbezogene Materialien zu Krankheitsmanagement oder Kommunikation bearbeiten mussten. Maßgeschneiderte SMS-Nachrichten (3–5 pro Woche) sollten den Lernerfolg unterstützen. Nach dieser Intensivphase konnte die Website weiterhin als Informationsressource genutzt werden und die Teilnehmenden erhielten wöchentliche SMS.

Die Kontrollgruppe erhielt monatliche Nachrichten per Post oder E-Mail zu allgemeinen Gesundheitsthemen. Im Verlauf zeigte die Interventionsgruppe (n=40) signifikante Verbesserungen in der Patientenaktivierung und Transitionsbereitschaft und -befähigung im Vergleich zur Kontrollgruppe (n=41). Eine Website zur Unterstützung des Selbstmanagements bei juveniler idiopathischer Arthritis flankiert von wöchentlichen Gruppenchats und Übungen für Zuhause über einen Zeitraum von sechs Wochen konnte keine verbesserten Effekte gegenüber einer Unterstützung, die nur web-basiert war, aufweisen (n=72) (Ammerlaan et al., 2017).

Eine Kombination aus Einzel- und Gruppenterminen sowie Präsenz- und Online-Einheiten wurde in der *Innovative Telemedicine Care Model for Young Adults with Type 1 Diabetes* (CoYoT1)-Studie bei jungen Erwachsenen mit Typ 1 Diabetes untersucht (Bakhach et al., 2019; Reid et al., 2018). Über einen Zeitraum von 12 Monaten erhielten die jungen Erwachsenen vier Termine à 20-30 Minuten, bei denen es um das Diabetesmanagement sowie damit verbundene Barrieren und Ressourcen ging. Zudem wurden sowohl für die Interventions- als auch die Kontrollgruppe automatische Terminerinnerungen eingesetzt.

Im Interventionszeitraum nahm die Interventionsgruppe (n=42) signifikant mehr Kontrolltermine in Anspruch als die Kontrollgruppe (n=39) und wies eine höhere Therapieadhärenz auf. Zudem berichtete sie weniger diabetesbezogene Belastungen.

Da die Studien sehr heterogen hinsichtlich der Durchführungsmodalitäten, -intensität und -dauer sowie ihrer Outcomes waren, können nur eingeschränkte Schlussfolgerungen gezogen werden. Insgesamt scheint es jedoch so, dass behandlungsbegleitende, individuell angelegte Schulungs- und Beratungsansätze positive Effekte erzielen.

Bedeutung für die Praxis

Bei der Adipositasbehandlung müssen Verhaltensgewohnheiten reflektiert, stufenweise modifiziert und dann gefestigt werden. Dies ist ein längerer Prozess, der durch Rückschläge und nicht immer linear verlaufende Verbesserungen erschwert wird. Genauso verhält es sich mit der Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit. Junge Menschen mit Adipositas brauchen daher viel Unterstützung und Ermutigung.

Um sie nicht zu überfordern, sollte die Anleitung zum Selbstmanagement und das Übertragen der Therapieverantwortung schrittweise erfolgen und an die Fähigkeiten der Person angepasst werden. Zu einer bedarfsgerechten Schulung und Beratung gehören daher zunächst das Erfassen der individuellen Fähigkeiten, Ressourcen und Ziele, aber auch der Schwierigkeiten. Darauf aufbauend können Wissen und Fertigkeiten vermittelt sowie Problemlösungen erarbeitet und ausprobiert werden.

Ab Beginn des Jugendalters sollten Jugendlichen mit Adipositas zunehmend Aufgaben übertragen werden, sodass sie einen aktiveren Part im Behandlungsprozess einnehmen. Dies wird gefördert, wenn sie zeitweilig auch ohne Eltern in der Sprechstunde gesehen werden. Zudem sollten sie in Problemlösungen und Zielvereinbarungen einbezogen werden. Die jungen Menschen entwickeln so die Kompetenzen, die sie für ärztliche Kontakte benötigen.

Ergänzend zum Fördern und Fordern während der Routineversorgung können gezielt Programme angeboten werden, bei denen Jugendliche mit Adipositas und ggf. ihre Eltern auf den Wechsel der Therapieverantwortung vorbereitet werden.

Dafür können Hilfsmittel wie Reflexionsbögen (Husted et al., 2014), Arbeitsblätter (Ernst et al., 2016) und Checklisten zur Transitionsbereitschaft und - befähigung (Culen et al., 2019; Grasemann et al., 2020; Herrmann-Garitz et al., 2017; Nagra et al., 2015) verwendet werden. Auch Apps und Webseiten können den Prozess des Erwachsenwerdens unterstützen (siehe Empfehlung #4).

Ein Beispiel für ein längerfristiges Schulungskonzept in Deutschland ist das strukturierte Transitionsprogramm TraiN, das bereits bei Jugendlichen mit Nierenerkrankungen, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und seltenen Stoffwechselerkrankungen erprobt wurde (Collette et al., 2021). Ab dem 13. Geburtstag durchlaufen Patient:innen dabei stufenweise verschiedene Module. Dies erfolgt im Einzelgespräch mit einer psychosozialen Fachkraft/ einem Transitionscoach und unter Zuhilfenahme von Informations- und Arbeitsblättern. Kürzer und stärker an den individuellen Bedarf angepasst ist das Schulungs- und Beratungskonzept, das im Rahmen des Innovationsfondsprojektes Translate NAMSE bei seltenen Erkrankungen erprobt wurde (Grasemann et al., 2023). Ab dem 16. Geburtstag füllen junge Menschen einen Assessmentbogen aus. Dieser dient als Grundlage für individuelle Schulungs- und Beratungssitzungen durch das Behandlungsteam. Die Anzahl der Termine richtet sich nach dem individuellen Bedarf.

Fazit zu Empfehlung 2: Es liegt eine sehr geringe Evidenz für längerfristige, individualisierte Schulungs- und Beratungsangebote für junge Menschen mit Adipositas vor. Die fünf RCTs und ein NRSI sind sehr heterogen hinsichtlich der Durchführungsmodalitäten, -intensität und -dauer sowie ihrer Outcomes. Dies ermöglicht nur eingeschränkt Schlussfolgerungen. Grundsätzlich scheinen begleitende, am Individuum orientierte Schulungs- und Beratungsansätze jedoch positive Effekte auf somatische, psychosoziale und Versorgungsaspekte erzielen zu können. Durch den niederschweligen Zugang und die flexible Gestaltung des Angebots scheinen zudem die Akzeptanz auf Seiten der Betroffenen und die Machbarkeit auf Seiten des Behandlungsteams sehr gut, so dass eine starke Empfehlung (Empfehlungsgrad A) für derartige Maßnahmen ausgesprochen wird.

#3	Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Komplexe, aus mehreren Komponenten bestehende Transitionsprogramme können für junge Menschen mit Adipositas erwogen werden, um somatische und psychische Outcomes zu verbessern.
GRADE Sehr gering (⊕○○○)	Vergleich von Intervention (multimodales Transitionsprogramm) vs. Kontrolle (übliche Behandlung) Evidenz aus einer nicht-randomisierten Interventionsstudie (Sequeira et al., 2015).
Sehr gering (⊕○○○)	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (HrQoL) signifikanter Vorteil der Interventionsgruppe, MD 18.37 (95%-KI: 6.88 – 29.86)
Sehr gering (⊕○○○)	Selbstwirksamkeit/Self-efficacy keine statistisch signifikanten Unterschiede, MD 0.70 (95%-KI: -2.25 – 3.65)
Sehr gering (⊕○○○)	Gesundheitskompetenz/Health-literacy keine statistisch signifikanten Unterschiede, MD -0.19 (95%-KI: -0.83 – 0.45)
Sehr gering (⊕○○○)	HbA1c (%) signifikanter Vorteil der Interventionsgruppe, MD -0.34 (95%-KI: -0.96 – 0.28)
	Konsens (90 %)

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

Schulungen und Beratungen können auch Teil einer komplexen Intervention sein und mit anderen Elementen kombiniert werden. Mit *Let's Empower and Prepare* (LEAP) wurde eine solche komplexe Intervention für junge Erwachsene mit Typ 1 Diabetes untersucht (Pyatak et al., 2017; Sequeira et al., 2015). LEAP bestand aus fünf Komponenten:

- Schulung zu den Diabetes-Grundlagen, aber auch zu Jugendthemen wie Konsum von Alkohol und Drogen, Empfängnisverhütung und Familienplanung sowie Zugang zum Gesundheitssystem für Erwachsene. Die Individualschulung erfolgte einmal pro Quartal angepasst an den Entwicklungsstand der Person und wurde durch eine Webseite unterstützt;

- Ernährungskurse zur Berechnung von Kohlenhydraten;
- Case-Management zur Koordination des Transfers von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin und zur Unterstützung bei der Termineinhaltung;
- Wechsel zu einer Sprechstunde für junge Erwachsene in derselben Einrichtung. Junge Erwachsene wurden dort von einer Ärztin/einem Arzt betreut, der sowohl für innere Medizin als auch Pädiatrie ausgebildet war, und einem multidisziplinären Diabetes-Team;
- Austausch in einem geschützten sozialen Netzwerk.

Nach 12 Monaten wies die Interventionsgruppe (n=51) signifikant niedrigere HbA1c-Werte und höhere Werte beim Wohlbefinden auf als die Kontrollgruppe (Behandlung wie üblich, n=30). Zudem gab es keinen Unterschied bei der Anzahl der wahrgenommenen Termine nach dem Transfer im Vergleich zu Personen, die noch in der Pädiatrie versorgt wurden.

Mit LEAP konnte unter allen Studien nur eine komplexe Intervention eingeschlossen werden. Diese zeigte jedoch positive Effekte sowohl auf somatischer als auch auf psychosozialer und organisatorischer Ebene. Die Übertragbarkeit der verschiedenen Elemente auf Adipositas scheint inhaltlich gut möglich.

Bedeutung für die Praxis

Insgesamt scheint es plausibel, dass Interventionen, die an mehreren Stellen eingreifen, weitreichende Effekte haben, die über die von Einzelmaßnahmen hinausgehen.

Für die Transition sollten solche Interventionen bestmöglich in der Pädiatrie beginnen und den jungen Menschen mit Adipositas bis zur sicheren Anbindung in der Erwachsenenmedizin begleiten. Zudem sollten sie personelle und strukturelle Barrieren einbeziehen. Personelle Maßnahmen umfassen alle Interventionen zur Stärkung der krankheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen und der Transitionsbereitschaft und -befähigung (z.B. Schulung, Sozial- und Berufsberatung). Sie sollten sich primär an Jugendliche mit Adipositas richten, aber auch Eltern/Erziehungsberechtigte können Zielgruppe solcher Interventionen sein. Strukturelle Maßnahmen sollten einen strukturierten Ablauf der Transition unterstützen und den Informationstransfer sichern.

Hierzu gehören beispielsweise das Verwenden von Ablaufplänen, Checklisten, Fragebogen oder Epikrisenformularen, das gemeinsame Abhalten von Übergangssprechstunden oder Fallkonferenzen, der Einsatz von Termin- und Erinnerungsservices sowie die Begleitung durch ein Fallmanagement.

Einrichtungen, die eine größere Zahl chronisch kranker, junger Menschen betreuen (z.B. Universitätskliniken, Spezialambulanzen, sozialpädiatrische Zentren, große Schwerpunktpraxen), sollten in einem eigenen Transitionskonzept festlegen, welche Elemente sie sinnvoll kombinieren wollen, um junge Menschen mit Adipositas gut zu versorgen und sicher an die (spezialisierte) medizinische Versorgung anzubinden.

Fazit zu Empfehlung 3: Es liegt eine sehr geringe Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz vor, auf deren Grundlage komplexe, aus mehreren Komponenten bestehende Transitionsprogramme für junge Menschen mit Adipositas empfohlen werden können. Mit der NRSI von Sequeira et al. (Sequeira et al., 2015) konnte nur eine komplexe Intervention eingeschlossen werden. Diese zeigte allerdings positive Effekte auf somatischer, psychosozialer sowie Versorgungsebene. Ein ganzheitliches, auf verschiedene Herausforderungen der Transition abgestimmtes Programm scheint somit umfassender zu wirken als Einzelmaßnahmen. Die Übertragbarkeit auf Adipositas wird als hoch eingestuft, da es für einige der beschriebenen Elemente bereits geeignete Angebote gibt (z.B. Schulung, Beratung, Fallmanagement). Allerdings sind komplexe Programme mit einem hohen Einsatz von Ressourcen verbunden und daher schwerer zu realisieren. Trotz der Vorteile, die von komplexen Transitionsprogrammen zu erwarten sind, wird daher keine eindeutige Empfehlung gegeben (Empfehlungsgrad 0). Es wird damit den unterschiedlichen institutionellen und strukturellen Rahmenbedingungen Rechnung getragen.

9.1.2 Einsatz von SMS, App- und webbasierten Anwendungen

#4	Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Zur Verbesserung des Selbstmanagements von jungen Menschen mit Adipositas sollte unterstützend die Nutzung von validierten web- oder appbasierten Anwendungen empfohlen werden.
GRADE Sehr gering (⊕○○○)	Vergleich von Intervention (Zugang zu krankheitsspezifischer App) vs. Kontrolle (übliche Behandlung). Evidenz aus einem RCT (Castensøe-Seidenfaden et al., 2018).
Sehr gering (⊕○○○)	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (HrQoL) keine statistisch signifikanten Unterschiede, MD 3.14 (95%-KI: -0.95 – 7.22)
Sehr gering (⊕○○○)	Selbstmanagement keine statistisch signifikanten Unterschiede, MD 0.79 (95%-KI: -0.98 – -2.56)
Sehr gering (⊕○○○)	HbA1c (%) signifikanter Vorteil der Interventionsgruppe, MD 0.70 (95%-KI: 0.23 – 1.17)
	Konsens (79 %)

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

Castensøe -Seidenfaden et al. (Castensøe-Seidenfaden et al., 2018) nutzten eine App als primäre Intervention. Dabei wurde jungen Menschen mit Typ 1 Diabetes zwischen 14 und 22 Jahren in der Interventionsgruppe (N=76) zur Verbesserung des Krankheits- und Selbstmanagements die *“Young with Diabetes”*-App über einen Zeitraum von 12 Monaten zur Verfügung gestellt. Die App ermöglichte es, Kontakt mit Gesundheitsfachkräften aufzunehmen, gab Tipps zum Umgang und Leben mit dem Diabetes (auch z.B. zum Thema Führerschein) und hatte einen Chatbereich zum Austausch zwischen den Jugendlichen. Es gab auch einen Bereich für Eltern mit Informationen darüber, wie sie ihr Kind am besten unterstützen können. Die App wurde den Familien zu Studienbeginn erklärt, war danach aber unbetreut. Es wurden keine individualisierten Inhalte bereitgestellt. Die Kontrollgruppe (N=75) erhielt die übliche Behandlung (1x pro Quartal Termin in der endokrinologischen Praxis). In der Interventionsgruppe zeigte sich nach Studienende kein Effekt in Bezug auf die Selbstmanagementfähigkeiten, jedoch war der HbA1c-Wert in dieser Gruppe signifikant verringert im Vergleich zu der Kontrollgruppe.

In einem anderen RCT (Huang et al., 2014) und in drei der identifizierten nicht randomisierten Studien (Ammerlaan et al., 2017; Ernst et al., 2022; Sequeira et al., 2015) wurden web- und appbasierte Anwendungen mit anderen Interventionsbestandteilen erfolgreich kombiniert – jedoch wurden sie nicht wie bei Castensøe-Seidenfaden et al. (2018) isoliert betrachtet.

In diesen Studien wurden teilweise signifikante Effekte auf psychosoziale Parameter (bspw. Transitionsbereitschaft und -befähigung) gefunden. Aufgrund des Studiendesigns der jeweiligen Studien ist es allerdings nicht möglich, diese positiven Effekte auf die Nutzung der digitalen Interventionen zurückzuführen.

Bedeutung für die Praxis

In den letzten Jahren ist das Interesse an digitalen Anwendungen zur Stärkung des Selbstmanagements bei chronischen Krankheiten stark gewachsen.

Digitale Angebote haben viele Vorteile: u.a. örtlich und zeitlich flexible Nutzung, Entfall von Anfahrtszeiten sowie Vielfalt der Einsatzmöglichkeiten (Ernst et al., 2024; Ziegeldorf et al., 2021). Wenn sie einmal etabliert sind, erfordern sie nur noch eine geringe Betreuungsintensität. Zudem handelt es sich um ein bevorzugtes Format gerade von jungen Menschen, so dass auf diesem Weg eventuell ein besserer Zugang zu dieser Altersgruppe gefunden wird. So gab ein Drittel der Jugendlichen, die an Adipositas-Programmen teilnahmen, an, dass sie durch Smartphone-Apps zu regelmäßigem Sporttreiben ermutigt werden (Wulff et al., 2021). Auch ein systematischer Review, der den Einsatz digitaler Medien zur Bewegungsförderung im Rahmen der Adipositastherapie untersuchte, fand überwiegend positive Effekte von digitalen Medien, jedoch keine Überlegenheit digitaler Anwendungen gegenüber klassischen Methoden wie schriftlichem Material oder persönlichem Kontakt (Ziegeldorf et al., 2020). Ein anderer systematischer Review, der nicht nur den Einfluss von Apps auf das Bewegungs-, sondern auch auf das Ernährungs- und sekundäre Verhalten untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass Apps einen positiven Einfluss auf die o.g. Verhaltensweisen haben können (Schoeppe et al., 2016). Allerdings untersuchten nur 14 der 27 eingeschlossenen Studien Apps als Stand-alone-Lösung. Digitale Lösungen schienen besonders erfolgreich, wenn sie mit anderen Maßnahmen kombiniert wurden. Dies legt auch die Untersuchung von Raaijmakers et al. (Raaijmakers et al., 2015) nahe. Keine der Recherchen konzentrierte sich allerdings auf Jugendliche und junge Erwachsene, sondern schloss Personen zwischen 8-71 Jahren ein.

In Deutschland gibt es bislang mit Oviva und Zanadio zwei zugelassene digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) zur Therapie der Adipositas, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte positiv geprüft wurden (Stand 05/2025). Sie sind damit verordnungs- und erstattungsfähig. Beide DiGAs können allerdings nur Personen verordnet werden, die mindestens 18 Jahre alt sind.

Sie stehen damit jungen Menschen erst zu einem Zeitpunkt zur Verfügung, zu dem eine Vielzahl von ihnen bereits in der Erwachsenenmedizin versorgt werden. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von frei verfügbaren Anwendungen und Webseiten, die sich mit der Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, der Zielplanung oder der psychischen Gesundheit beschäftigen. Behandlungsteams sollten sich über derlei Angebote auf dem Laufenden halten, um ihre jungen Patient:innen dazu beraten zu können.

Speziell zu Transitionsthemen gibt es im deutschsprachigen Raum die beiden krankheitsübergreifenden Webseiten www.between-kompas.de für Jugendliche und www.between-elterncoach.de für Eltern.

Fazit zu Empfehlung 4: Es liegt eine sehr geringe Evidenz vor, auf der Gesundheitsapps und digitale Gesundheitsanwendungen für junge Menschen mit Adipositas empfohlen werden können. Es konnte ein RCT eingeschlossen werden, in dem die Wirksamkeit einer Gesundheitsapp gezielt für junge Menschen mit Typ 1 Diabetes untersucht wurde (Castensøe-Seidenfaden et al., 2018). Zentrale Elemente der App waren krankheitsbezogene Informationen, Chatmöglichkeiten mit Peers und Behandlungsteam, sowie Ratschläge für die Eltern. Diese Elemente sind an junge Menschen mit Adipositas adaptierbar. Digitale Angebote bieten einfachen Zugang, flexible Unterstützungsmöglichkeiten und motivierende Peergroup-Effekte. Es kann daher eine positive Wirkung zur komplementären Unterstützung der Transition angenommen werden. Zur Verbesserung des Selbstmanagements bei Adipositas liegen zudem für Volljährige refinanzierte, dauerhaft aufgenommene digitale Gesundheitsanwendungen vor (s. <https://diga.bfarm.de/de>). Trotz der schwachen Studienlage wird daher eine *Sollte*-Empfehlung (Empfehlungsgrad B) für die Nutzung digitaler Angebote ausgesprochen. Wichtig ist dabei zu betonen, dass sie nicht die persönliche Betreuung ersetzen, sondern nur ergänzen und unterstützen.

#5	Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Auf inhaltlich sehr beschränkte digitale Tools sollte zur Verbesserung somatischer oder psychosozialer Parameter verzichtet werden (z.B. ausschließlich zur Kommunikation mit dem Betreuungsteam geeignete Apps).
GRADE Sehr gering (⊕○○○)	Vergleich von Intervention (App für einfachen Kontakt zu Behandlungsteam bei Bedarf) vs. Kontrolle (übliche Behandlung). Evidenz aus einem RCT (Leksell et al., 2023).
Sehr gering (⊕○○○)	HbA1c (%) keine statistisch signifikanten Unterschiede, MD 0.32 (95%-KI: -0.17 – 0.81)
	Konsens (95 %)

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

Es wurde ein RCT (Leksell et al., 2023) (N=79) identifiziert, in dem als Hauptintervention eine App angeboten wurde, die bei Bedarf einen schnellen Kontakt zu einer Pflegefachkraft ermöglichte. Die jungen Erwachsenen mit Typ 1 Diabetes (18 bis 25 Jahre) in der Interventionsgruppe hatten im 6-monatigen Interventionszeitraum die Möglichkeit, die App zu nutzen. Sie konnten via Chat kommunizieren oder mit einer Pflegefachkraft Videosprechstunden vereinbaren. Diese Kommunikation fand dabei lediglich auf Anfrage bzw. bei Bedarf der jungen Erwachsenen statt. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Behandlung. 85% der Interventionsgruppe nutzten mindestens einmal die Möglichkeit, mit der Pflegekraft per Chat zu kommunizieren, 30% nutzen die Funktion mehr als 4-mal im Interventionszeitraum, 6% sogar mehr als 10 Mal. Am Ende des Interventionszeitraums ließen sich jedoch keine Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe hinsichtlich der HbA1c-Werte und der time-in-range (TIR) oder der Behandlungszufriedenheit feststellen.

Die Datenlage für sehr niederschwellige Apps ist gering. Bei der einzigen gefundenen Studie zeigten sich trotz App-Nutzung keine Effekte.

Bedeutung für die Praxis

Im Gesundheitswesen erfreuen sich Apps immer größerer Beliebtheit, da sie vielfältig und niederschwellig einsetzbar sind (s. auch vorherige Empfehlung). So können Apps u.a. zur selbstgesteuerten Information, Vereinfachung der Kommunikation, Erinnerung an Termine oder auch zur Tagebuchführung genutzt werden.

In der Studie von Leksell et al. (Leksell et al., 2023) wurde eine App beispielsweise zur niederschweligen Kontaktaufnahme zum Behandlungsteam eingesetzt. Diese Möglichkeit wurde von einem Großteil der jungen Erwachsenen auch genutzt. Auf Basis der Datenlage erscheint der Einsatz einer App mit sehr eingeschränkten Funktionen jedoch nicht ausreichend, um Verbesserungen in gesundheitsbezogenen Parametern zu erzielen. An den Einsatz solcher Tools sollten daher nicht zu hohe Erwartungen geknüpft werden. Sie stellen nicht per se eine therapeutische Maßnahme mit entsprechendem Benefit dar. Um Effekte auf relevante Outcomes zu bewirken, müssen sie mehr Inhalte transportieren oder mit anderen Interventionsbestandteilen kombiniert werden.

Fazit zu Empfehlung 5: Es liegt keine Evidenz vor, dass einfache digitale Tools positive Effekte auf somatische und psychosoziale Parameter bei jungen Menschen haben. Es konnte ein RCT eingeschlossen werden, in dem die Wirksamkeit einer virtuellen Plattform für junge Menschen mit Typ 1 Diabetes zum Austausch von Daten und zur Terminvereinbarung untersucht wurde (Leksell et al., 2023). Es konnten dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studienarmen beobachtet werden. Eine Verbesserung der herkömmlichen Behandlung – durch die Bereitstellung von Informationen oder durch Interaktionen mit dem Behandlungsteam – wurde mit dieser Intervention nicht erreicht. Nach aktuellem Erkenntnisstand ergibt sich daher kein zusätzlicher Nutzen für die Transition. Demgegenüber steht der Aufwand, der mit der Entwicklung, Implementierung und Betreuung einer solchen Anwendung in der Praxis einhergeht. Zudem wird das Risiko gesehen, dass durch derartige Tools wirksamere Angebote nicht genutzt werden. Es wird sich daher eher gegen den Einsatz solcher Tools ausgesprochen (Empfehlungslevel B).

#6	Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Zur Verbesserung der Termintreue von jungen Menschen mit Adipositas sollten Terminerinnerungen und ggf. Maßnahmen zur Terminverfolgung eingesetzt werden.
GRADE Sehr gering (⊕○○○)	Vergleich von Intervention (Terminerinnerungen via Telefon oder SMS vor Terminen) vs. Kontrolle (übliche Behandlung). Evidenz aus einem RCT (White et al., 2017).
Sehr gering (⊕○○○)	Terminadhärenz signifikanter Vorteil der Interventionsgruppe, MD 1.10, (95%-KI: 0.33 – 1.87)
	Starker Konsens (95 %)

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

White et al. (White et al., 2017) (N= 120) nutzten einen Koordinator, der junge Menschen mit Typ 1 Diabetes (17-19 Jahre) an ihre Termine in der Erwachsenenmedizin erinnerte. Er unterstützte außerdem bei der Vereinbarung neuer Termine, wenn ein Termin nicht wahrgenommen wurde, und nahm Kontakt zu den jungen Menschen bei mehreren versäumten Terminen auf.

Zu Beginn des Interventionszeitraums wurde sowohl für die Interventions- als auch die Kontrollgruppe der erste Termin in der Erwachsenenmedizin vereinbart.

Die Kontrollgruppe erhielt abgesehen davon die übliche Behandlung. Im Ergebnis nahmen während des 12-monatigen Interventionszeitraums beide Gruppen an durchschnittlich gleich vielen Terminen teil (jeweils 2,3 Termine im Durchschnitt). Im Jahr nach der Intervention hatte die Interventionsgruppe jedoch eine signifikant höhere Inanspruchnahme von Terminen als die Kontrollgruppe (2,5 vs. 1,4 Termine im Durchschnitt). Auch der Anteil junger Menschen, die nach der Intervention gänzlich aus der Versorgung ausschieden, war in der Interventionsgruppe signifikant geringer als in der Kontrollgruppe (6 % vs. 49 %).

Bei einer nicht eingeschlossenen Studie, bei der ein automatischer SMS-Erinnerungsservice erprobt wurde, konnte bei jungen Patient:innen einer hämatologischen Ambulanz (n=93) die Terminadhärenz verbessert werden (Jegathesan et al., 2022). Dafür wurde 48 Stunden vor dem Termin eine automatische Erinnerung versandt. Verglichen mit dem Zeitraum vor Einführung der Terminerinnerungen reduzierte sich das Nichterscheinen um mehr als 10%.

Bedeutung für die Praxis

Terminerinnerungen, beispielsweise per automatischer SMS, E-Mail oder Telefon, sind eine relativ einfach umsetzbare Maßnahme, um dem Versäumen von Terminen vorzubeugen. Eine Vielzahl von Versorgungseinrichtungen nutzt bereits solche Termin-Benachrichtigungen, die in der Regel mit der Praxissoftware gekoppelt sind und automatisiert erfolgen. Sie binden somit keine zusätzlichen personellen Ressourcen und in Abgrenzung zur vorherigen Empfehlung sind in der Regel keine zusätzlichen Apps von Seiten der Patient:innen erforderlich. In der generischen S3-Leitlinie zur Transition (Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V. (GfTM), 2021) wird dieses Thema in Empfehlung 8 wie folgt aufgegriffen: „Zur Verbesserung der Adhärenz und Termintreue sollten niedrigschwellige Angebote durch geeignete Internetseiten, Apps, SMS, Email und/oder Telefon soweit verfügbar als Reminder und Informationsangebot eingesetzt werden.“ (S. 32)

Insbesondere für junge Menschen, deren Fähigkeiten zur strukturierten Planung häufig noch nicht voll ausgeprägt sind und die ggf. aufgrund von Komorbiditäten viele Termine wahrnehmen müssen, kann ein Termin-Erinnerungsservice zur Erhöhung der Terminadhärenz beitragen. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass in der o.g. Studie nicht nur an Termine erinnert wurde, sondern ein Koordinator aktiv bei versäumten Terminen nachfasste. Die Verbindlichkeit von Terminen wurde dadurch erhöht.

Ob ein einfacher Erinnerungsservice den gleichen Effekt hat, ist zu überprüfen. Insbesondere bei jungen Menschen mit großen Problemen bei der Realisierung von Terminen bedarf es vermutlich einer zusätzlichen persönlichen Unterstützung.

Fazit zu Empfehlung 6: Es liegt eine sehr geringe Evidenz vor, dass die Terminadhärenz durch regelhafte Erinnerungen verbessert werden kann. Es konnte ein RCT mit jungen Menschen mit Typ 1 Diabetes eingeschlossen werden (White et al. 2017). Hier zeigten Erinnerungen (via SMS oder Telefon) einen signifikanten Effekt auf die Termintreue in der Interventionsgruppe. Die Übertragbarkeit von Typ 1 Diabetes auf Adipositas scheint gegeben, da beide Erkrankungen vergleichbare, multiprofessionelle Therapieprogramme benötigen. Zudem ist von einer guten Umsetzbarkeit und geringen zusätzlichen Kosten auszugehen, da Terminerinnerungen mittlerweile vielfach etabliert und automatisiert sind. Auf Basis der Evidenz und wegen der einfachen Realisierbarkeit einer automatischen Terminerinnerung auch bei jungen Menschen mit Adipositas wird daher mit hohem Konsens eine *Sollte*-Empfehlung (Empfehlungslevel B) ausgesprochen.

9.1.3 Begleitete Transition und Verbesserung der Transferrate

#7	Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Zur Verbesserung der Transfer-Rate in die Erwachsenenmedizin kann bei Jugendlichen mit Adipositas die Möglichkeit erwogen werden, bereits in der Pädiatrie ihre Weiterbehandler:innen kennenzulernen (z.B. durch gemeinsame Sprechstunden).
GRADE Sehr gering (⊕○○○)	Vergleich von Intervention (selbe Behandler:in in Pädiatrie und Erwachsenenversorgung) vs. Kontrolle (übliche Behandlung: Wechsel der Behandler:in mit Eintritt in Erwachsenenversorgung). Evidenz aus einer nicht-randomisierten Interventionsstudie (Lal et al., 2020).
Sehr gering (⊕○○○)	Transferrate signifikanter Vorteil der Interventionsgruppe, RR: 2.51, (95%-KI: 1.47 – 4.28)
	Konsens (90 %)

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

In einer nicht randomisierten Kohortenstudie wurde ein Sprechstundenmodell erprobt, bei dem die letzten Termine in der Pädiatrie bereits von der/dem weiterbehandelnden Ärztin/Arzt durchgeführt wurden (Lal et al., 2020). Dieser im Erwachsenenbereich ansässige Endokrinologe hatte eine Zusatzausbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Die Interventionsgruppe (N=15 junge Menschen zwischen 16 und 26 Jahren mit endokrinologischen Erkrankungen, überwiegend Typ 1 Diabetes) hatte somit die Chance, ihre:n Weiterbehandler:in im vertrauten pädiatrischen Setting kennenzulernen. Die jungen Menschen der Kontrollgruppe (N=21) wurden aus anderen Bereichen oder anderen Zentren an den Erwachsenen-Endokrinologen überwiesen. Ziel war es, die Rate der erfolgreichen Transitionen zu erhöhen. Diese wurde in dieser Studie definiert als das Erscheinen zu den ersten beiden Terminen in der Erwachsenenversorgung. Die Rate erfolgreicher Transitionen lag in der Interventionsgruppe mit 100% deutlich höher als in der Kontrollgruppe mit 36% (RR: 2.5).

Bedeutung für die Praxis

Das Kennenlernen der Weiterbehandelnden im vertrauten Setting kann zu einem Abbau von Unsicherheiten und Barrieren führen und damit zur Erhöhung der Transferrate beitragen.

Ein solcher Ansatz wird beispielsweise bei sogenannten Übergangssprechstunden (engl. *transition clinic*) praktiziert. An einem oder mehreren Terminen bespricht der junge Mensch gemeinsam mit Personen aus seinem alten und seinem neuen Behandlungsteam die aktuellen Befunde und das weitere Vorgehen. Dies ist meistens in der spezialisierten Versorgung indiziert, wenn die Krankengeschichte komplex ist und/oder der junge Mensch Unterstützung benötigt.

Im Rahmen des Berliner Transitionsprogramms (BTP) sind Übergangssprechstunden ein optionaler Bestandteil des Transitionsprozesses, der von beiden Parteien abrechnungsfähig ist (Findorff et al., 2016). Ein ähnliches Konzept wurde auch beim Innovationsfonds-Projekt Translate NAMSE für junge Menschen mit seltenen Erkrankungen verfolgt (Grasemann et al., 2020). In der Versorgungsrealität unterbleiben solche Angebote häufig, da ihre Realisierung aufwändig ist und wenig von den bestehenden Versorgungs- und Vergütungsstrukturen unterstützt wird. Übergangssprechstunden finden meistens nur dort statt, wo pädiatrische und erwachsenenorientierte Behandlungseinrichtungen räumlich nah beieinanderliegen.

Einfacher umzusetzen sind virtuelle Sprechstunden, Angebote, bei denen der junge Mensch nicht von seiner Ärztin/seinem Arzt begleitet wird, sondern von einer anderen Person aus dem Behandlungsteam (z.B. Assistenzberufe, psychosoziale Fachkraft), oder das Vorstellen im Rahmen von Patient:innen-Informationstagen oder -schulungen. Aber auch das Kennenlernen der/des weiterbehandelnden Ärztin/Arztes über einen persönlichen Steckbrief mit Foto wird von jungen Menschen bereits als hilfreich erlebt (Yerges et al., 2025).

Fazit zu Empfehlung 7: Es liegt nur eine sehr geringe Evidenz vor, auf deren Grundlage der positive Effekt von Maßnahmen zum Kennenlernen des weiterbehandelnden Teams begründet werden kann. Die NRSI von Lal et al. (2020) zeigte einen starken positiven Effekt auf die Transfer-Rate bei unterschiedlichen endokrinologischen Erkrankungen, allerdings bei geringer Fallzahl. Ob ein solches Konzept umsetzbar und erfolgreich ist, hängt stark von den regionalen und strukturellen Bedingungen ab. Für den Geltungsbereich der Leitlinie wird daher keine eindeutige Empfehlung gegeben (Empfehlungslevel 0).

#8	Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Eine längerfristige, strukturierte Begleitung (z.B. durch eine/n Transitionskoordinator:in oder ein/e Casemanager:in) sollte jungen Menschen mit Adipositas angeboten werden, um die Wahrscheinlichkeit der regelmäßigen und adäquaten medizinischen Versorgung im Erwachsenenalter zu erhöhen.
GRADE Sehr gering (⊕○○○)	Vergleich von Intervention (Begleitung durch Transitionskoordinator:in) vs. Kontrolle (übliche Behandlung). Evidenz aus zwei RCTs (Spaic et al., 2019; Steinbeck et al., 2015).
Sehr gering (⊕○○○)	Clinic attendance Spaic et al., 2019: keine statistisch signifikanten Unterschiede, MD 0.00 (95%-KI: -0.26 – 0.26). Effekt während der Interventionsphase, aber nicht mehr bei Follow-up nachweisbar. Steinbeck et al., 2015: keine statistisch signifikanten Unterschiede, Median (IQR) IG: 3 (2 – 5), CG: 2 (1 – 4)
Sehr gering (⊕○○○)	Transferrate Steinbeck et al., 2015: keine statistisch signifikanten Unterschiede, RR 0.80 (95%-KI: 0.59 – 1.08)
Sehr gering (⊕○○○)	HbA1c Spaic et al., 2019, Steinbeck et al., 2015: pooled, MD 0.86 (95%-KI: -2.04 – 3.75)
	Starker Konsens (95 %)

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

In zwei RCTs wurde der Einsatz von Transitionskoordinator:innen/ Case-Manager:innen systematisch untersucht. In der Studie von Spaic et al. (Spaic et al., 2019) wurden die jungen Menschen aus der Interventionsgruppe (17-20 Jahre mit Typ 1 Diabetes, N=104) in den 6 Monaten vor dem Transfer und 12 Monate danach von einer/m Transitionskoordinator:in unterstützt. Diese/r unterstützte die Jugendlichen beim Terminmanagement, leistete krankheitsspezifische Beratung (z.B. Anpassung der Insulindosis) und hielt regelmäßigen Kontakt mit den Teilnehmenden. Die Kontrollgruppe (N=101) erhielt die Behandlung wie üblich. Im Ergebnis nahmen junge Menschen in der Interventionsgruppe signifikant häufiger an Terminen teil als die Kontrollgruppe (RR: 1.3). Dieser Effekt zeigte sich jedoch nur im Interventionszeitraum, nicht bei der Follow-up-Erhebung.

Bei Steinbeck et al. (Steinbeck et al., 2015); N=26 junge Menschen mit Typ 1 Diabetes ab 16 Jahre) hatten die Transitionskoordinator:innen eine weniger aktive Rolle als in der Studie von Spaic et al. (Spaic et al., 2019). Sie unterstützten nicht bei der Terminkoordination und waren auch nicht aktiv am Krankheitsmanagement beteiligt. Sie standen den Jugendlichen der Interventionsgruppe (N=14) lediglich auf Wunsch im 12-monatigen Interventionszeitraum zur Verfügung, um psychosoziale Aspekte der Transition zu besprechen. Die Kontrollgruppe (N=12) erhielt die übliche Behandlung. In beiden Studienarmen wurde zudem der erste Termin in der Erwachsenenmedizin für die Teilnehmenden vereinbart. In dieser Studie konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des HbA1c-Werts oder der Terminadhärenz gefunden werden.

Trotz der heterogenen Ergebnisse aus zwei RCTs wird eine Sollte-Empfehlung ausgesprochen, die vor allem auf den Ergebnissen von Spaic et al. (Spaic et al., 2019) basiert. Die Studie verfügte über eine deutlich größere Stichprobe als Steinbeck et al. (Steinbeck et al., 2015). Zudem ähneln die dort definierten Aufgaben der Transitionskoordinator:innen stärker denen von deutschen Transitionsprogrammen wie dem BTP (Findorff et al., 2016).

Bedeutung für die Praxis

Im Übergang zwischen den Versorgungssystemen erleben junge Menschen und ihre Familien häufig Verunsicherung und fühlen sich allein gelassen (Antonino et al., 2024). Eine verantwortliche Ansprechperson kann hier unterstützen, indem sie den Transitionsprozess koordiniert und den Familien für Fragen zur Verfügung steht. Auch wenn die Studienlage mit großer Vorsicht zu interpretieren ist, ergeben sich Hinweise, dass eine Begleitung mit aktiver Kontaktaufnahme zu den jungen Menschen hilfreicher ist als eine unverbindliche Kontaktmöglichkeit. Durch regelmäßige Kontakte (direkt, via Telefon, Chat oder E-Mail) können Probleme und Risiken schneller erkannt und bedarfsgerechte Hilfeleistungen eingeleitet werden. Dies gilt insbesondere, wenn Termine versäumt bzw. keine neuen Termine vereinbart wurden (siehe Empfehlung 6). Um dem Herausfall aus der medizinischen Versorgung entgegenzuwirken, sollte die Begleitung bis zur sicheren Anbindung in der Erwachsenenmedizin erfolgen.

Ein Fallmanagement ist insbesondere bei komplexen Versorgungssituationen und/oder jungen Menschen mit großem Unterstützungsbedarf indiziert.

Einige Kliniken verfügen mittlerweile über Personen, die eigens für die Transitionskoordination bzw. das Fallmanagement zuständig sind. Dies hat den Vorteil, dass regionale Unterstützungsangebote und Ansprechpersonen besser bekannt sind. Ein dezentrales, bundesweites Transitionsmanagement bietet das BTP (Findorff et al., 2016). Das BTP begleitet junge Menschen über zwei Jahre und bietet ihnen einen geregelten Fahrplan für die Transition. Dieser umfasst ein erstes Transitionsgespräch in der Pädiatrie und ein zweites in der Erwachsenenmedizin, gemeinsame Sprechstunden/ Fallkonferenzen der Behandelnden bei Bedarf sowie eine strukturierte Epikrise. Speziell qualifizierte Fallmanager:innen halten den Kontakt, übernehmen das Terminmonitoring, sichern den Informationsfluss und erledigen die administrative Aufgaben. Durch die Spezialisierung auf das Thema Transition verfügt das BTP über umfangreiches Know-how und Erfahrungen mit chronisch kranken Jugendlichen. Die Kosten des BTP werden bei jungen Menschen mit Adipositas bereits von einigen Kostenträgern übernommen.

Fazit zu Empfehlung 8: Es liegt eine sehr geringe Evidenz vor, dass die strukturierte Begleitung des Transitionsprozesses einen Effekt auf die medizinische Versorgung im Erwachsenenalter hat.

Zwei RCTs bei jungen Menschen mit Typ 1 Diabetes (Spaic et al., 2019; Steinbeck et al., 2015) konnten eingeschlossen werden. Sie zeigten einen signifikanten Effekt auf den durchschnittlichen HbA1c-Wert der Interventionsgruppen, aber lediglich Trends in Bezug auf Termineinhaltung und Transferrate. Aufgrund der positiven Nutzen-Bewertung einer strukturierten Begleitung des Transitionsprozesses übernehmen bereits viele Kostenträger die Kosten bei chronischen Erkrankungen, wie z.B. Typ 1 Diabetes und anderen endokrinologischen Erkrankungen. Erste Krankenkassen tragen auch die Kosten des BTP bei jungen Menschen mit Adipositas.

Trotz der eher schwachen Studienlage wird eine Sollte-Empfehlung (Empfehlungslevel B) für die strukturierte Begleitung von jungen Menschen mit Adipositas während der Transition ausgesprochen. Durch die uneindeutige und komplexe Versorgungsstruktur bei der Weiterversorgung der jungen Menschen sowie der vielfältigen Risikofaktoren bei den Familien (u.a. geringe Gesundheitskompetenz, Selbstwirksamkeitserwartung und Patientenaktivierung, schleichende Verschlechterung ohne akute Exazerbationen) liegt ein hoher Unterstützungsbedarf vor.

9.2 Konsensbasierte Empfehlungen

9.2.1 Einführung und Grundlagen

Während die Formulierung und Bewertung der evidenzbasierten Empfehlungen #1 bis #8 dem nationalen und internationalen Regelwerk folgt, liegt den konsensbasierten Empfehlungen #9 bis #15 eine intensive fachliche Diskussion der Leitliniengruppe unter Berücksichtigung der aktuellen Versorgungsrealität von jungen Menschen mit Adipositas zugrunde. Die identifizierten Themenbereiche wurden ebenfalls durch eine intensive Literaturrecherche fachlich untermauert und daraus Empfehlungen formuliert. Trotz einer Reihe klinischer Studien zu Teilaspekten fehlen randomisierte klinische Studien, die junge Menschen mit Adipositas während der Transitionsphase adressieren. Es wurden daher, trotz eines sehr starken Konsenses, in der Leitliniengruppe nur Empfehlungen mit den Empfehlungsgraden B (sollte) oder C (kann) formuliert.

Wie unter 8.2 bereits ausführlich dargestellt, ist die Transitionsphase für junge Menschen mit Adipositas gekennzeichnet durch vielfältige Unterschiede und Widersprüche in den Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Grunderkrankung Adipositas, aber auch der Begleit- und Folgeerkrankungen.

Diesem Umstand wurde in der Leitliniengruppe große Bedeutung beigemessen, da sich daraus in der Behandlung von jungen Menschen mit Adipositas relevante Probleme ergeben können. Diese Diskrepanzen wurden durch den Vergleich von Leitlinien und Übersichtsarbeiten systematisch beschrieben (Brauchmann et al., 2025; Brauchmann & Torbahn, 2023). Die abgeleiteten Empfehlungen #11 und #12 basieren auf diesem systematischen Vergleich und erhielten aufgrund der Bedeutung für die Betroffenen den Empfehlungsgrad B (sollte).

Für junge Menschen mit Adipositas sind altersspezifische Themen, wie z. B. Schlaf-Wach-Rhythmus, Sexualität, Familienplanung, Konsum von Alkohol, Nikotin und illegalen Substanzen, ebenfalls von großer Wichtigkeit, da die Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz zu diesen Themen unbedingt Grundlage einer differenzierten Behandlung in dieser Altersgruppe sein sollten (Empfehlung #10 mit Empfehlungsgrad A).

In den Bereichen Teilhabe (Empfehlung #15), psychosoziale Belastung (#14) und psychiatrische Komorbidität (#13) sind insbesondere junge Menschen mit Adipositas von negativen Erfahrungen betroffen oder haben ein erhöhtes Risiko für klinisch relevante Störungen. Der starke Konsens in der Leitliniengruppe und die klinischen Studien und Übersichten zu Einzelaspekten führten deshalb ebenfalls zum Empfehlungsgrad B (sollte).

Empfehlung #9
Die Auswahl der Weiterbehandler:innen für junge Menschen mit Adipositas und das Vereinbaren eines ersten Termins bereits im pädiatrischen Setting kann zur besseren Anbindung in der Erwachsenenmedizin erwogen werden.
Konsens (90 %)

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

Jugendliche mit Adipositas stammen überdurchschnittlich oft aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und/oder Migrationsbiografie (Kumanyika, 2019; Schienkiewitz et al., 2018). Beides ist mit einer geringeren Gesundheitskompetenz, einer niedrigeren Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und genereller gesundheitlicher Ungleichheit assoziiert (Global Nutrition Target Collaborators, 2024; Lampert et al., 2019; Schaeffer et al., 2022). Diese Familien sind daher schwerer durch das Gesundheitssystem erreichbar. Zusammenfassend besteht für Jugendliche mit Adipositas über den gesamten Zeitraum ihrer Entwicklung ein deutlich erhöhtes Risiko für eine unzureichende medizinische Versorgung.

Familiäre Belastungsfaktoren wie eine schwierige soziale Lage, chronisch-somatisch oder psychisch erkrankte Eltern können diesen Effekt weiter verstärken. Junge Menschen mit Adipositas bedürfen daher einer zusätzlichen Unterstützung bei der Suche von weiterbehandelnden Einrichtungen und der Kontakthanbahnung mit diesen Einrichtungen.

Bei zwei in der systematischen Suche identifizierten RCTs (Steinbeck et al., 2015; White et al., 2017) wurde mit Unterstützung des pädiatrischen Behandlungsteams eine Einrichtung zur Weiterbehandlung ausgewählt und ein erster Termin dort vereinbart. In beiden Studien war die Anbindung an die Erwachsenenmedizin nach Transfer hoch - nach einem Jahr 88% bei Steinbeck et al. (Steinbeck et al., 2015) und 91% bei White et al.

Bedeutung für die Praxis

Jungen Menschen mit Adipositas fehlt häufig das Bewusstsein, dass es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung handelt, die einer regelmäßigen ärztlichen Überwachung bedarf. Dies wird durch das Fehlen akuter Krankheitsbeschwerden oder regelmäßiger Medikamenteneinnahmen verstärkt.

Aber auch wenn dieses Bewusstsein besteht, fällt es jungen Menschen mit Adipositas aus den o.g. Gründen schwer, sich aktiv um eine Weiterbehandlung zu bemühen. Zumal viele Einrichtungen telefonisch schwer erreichbar sind und lange Wartezeiten haben. Hinzu kommt die Unsicherheit, wer als weiterbehandelnde Einrichtung in Frage kommt. In der Erwachsenen-Versorgung existieren breitgefächerte fachärztliche Spezialisierungen mit sehr unterschiedlichem Leistungsspektrum.

Um eine Versorgungslücke zu verhindern, sollte die Weiterbetreuung daher gemeinsam mit den Jugendlichen (und ggf. ihren Erziehungsberechtigten) bereits im pädiatrischen Setting angestoßen werden. Dabei sollten die individuellen, familiären und regionalen Gegebenheiten berücksichtigt werden. Sofern die Eltern (oder ein Elternteil) in regelmäßiger hausärztlicher Behandlung sind und die Jugendlichen mit Adipositas nicht den Wohnort wechseln, kann ein Übergang in diese hausärztliche Versorgung angestrebt werden. In Regionen mit niedriger Bevölkerungs- und Arztdichte ist der Übergang in die hausärztliche Praxis die Regel.

Im städtischen Umfeld können Jugendliche mit Adipositas ggf. unter verschiedenen Angeboten der Erwachsenenmedizin auswählen (siehe Empfehlung 12). Häufig ist in der ambulanten Versorgung die kontinuierliche Behandlung einer Adipositas als chronische Erkrankung schwierig. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich durch das Disease Management Programme (DMP) für Adipositas (Bundesministerium für Gesundheit, 2024) Verbesserungen erreichen lassen.

Generell sollte mit ausreichendem Vorlauf zum Transfer mit den Jugendlichen (und ggf. ihren Eltern) besprochen werden, welche Möglichkeiten bestehen. Gemeinsam mit den Jugendlichen kann überlegt werden, was bei der Auswahl zu berücksichtigen ist. Wenn die/der Weiterbehandler:in ausgewählt ist, sollte bestmöglich in der pädiatrischen Praxis bzw. Ambulanz ein erster Termin vereinbart werden. Durch diese einfach umzusetzende Maßnahme wird die Wahrscheinlichkeit einer Weiterbehandlung erhöht.

In einigen Fällen wechseln junge Menschen mit Adipositas schon frühzeitig in eine hausärztliche Praxis. In diesen Fällen ist die/der Behandler:in dazu angehalten, bei behandlungsbedürftigen Komorbiditäten die Anbindung an entsprechende Fachdisziplinen in der Erwachsenenversorgung zu unterstützen.

Empfehlung #10
Im Transitionsprozess von Jugendlichen mit Adipositas sollten relevante Themen, wie z.B. Sexualität, Familienplanung, Schlaf-Wach-Rhythmus, Stressmanagement, Medien- und Substanzkonsum und deren Wechselwirkung mit der Erkrankung und Therapie vom Behandlungsteam angesprochen und ggf. Beratungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.
Starker Konsens (100 %)

Begründung der Empfehlung

Im Verlauf der Pubertätsentwicklung finden gravierende individuelle körperliche und psychische Veränderungen statt. Daraus resultieren auch erhebliche Veränderungen im Verhalten, die sowohl physiologisch als auch psychosozial geprägt und begründet sind. Die hormonelle Umstellung führt nicht nur zur Ausprägung der Pubertätszeichen, sondern verschiebt auch den Chronotyp, erweitert den sozialen Radius und verändert das Denken. Für Jugendliche mit Adipositas stellt die Pubertät eine besondere Herausforderung dar, da ihr Anderssein häufig negativ bewertet wird.

Dies kann zu psychosozialen Belastungssituationen, zu sozialem Rückzug und zu reaktiv ungünstigem Verhalten z.B. in Bezug auf Mediennutzung oder Substanzgebrauch führen. Deshalb werden im Folgenden jugendrelevante Themen mit dem Fokus Adipositas dargestellt, da sich daraus krankheitsspezifische Aspekte und Interventionsansätze ergeben können.

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

Grundsätzlich führt die Pubertätsentwicklung zu einem späteren Chronotyp, d.h. Jugendliche gehen ohne äußere Taktgeber später zu Bett und schlafen dafür morgens länger. Sie würden deshalb bezüglich ihrer Leistungsfähigkeit von einem späteren Schulstart profitieren (Werner et al., 2022). Die Diskrepanz zwischen dem aktuellen Chronotyp und dem äußeren Taktgeber (z.B. Schul- oder Arbeitsbeginn) wird als "Social Jetlag" bezeichnet (Roenneberg et al., 2012). Das Ausmaß des "Social Jetlag" führt bei jungen Erwachsenen zu relevanten Schlafstörungen (McMahon et al., 2018) und ist mit ihrem Gewichtsstatus, dem abdominalen Fettgewebe und dem Blutdruck assoziiert (McMahon et al., 2019).

Ein später Chronotyp mit daraus resultierenden Schlafstörungen ist bei Jugendlichen mit Adipositas mit einer erhöhten Insulinresistenz verbunden (Overberg et al., 2022). Der Zusammenhang zwischen einem "Social Jetlag" und Adipositas wurde auch in einer Metaanalyse gezeigt (Arab et al., 2024). Für die Gruppe der Jugendlichen mit Adipositas ist dieser Aspekt während der Pubertät besonders relevant, da z. B. ein Medienabusus den negativen Effekt auf die Stoffwechselsituation verstärken kann (Sancho-Domingo et al., 2024).

Rauchen, Alkoholkonsum, sowie die Einnahme von Drogen können ebenfalls im Rahmen der Pubertätsentwicklung von Bedeutung sein. Für alle Substanzen besteht ein positiver Zusammenhang mit einem höheren BMI, also auch mit einer Adipositas (Blackstone & Herrmann, 2016). Da bei Substanzgebrauch die gleichen Hirnstrukturen aktiviert sind wie bei Menschen mit extremer Adipositas und einer atypischen Essstörung, ist eine erfolgreiche Adipositas-therapie für Jugendliche ohne gleichzeitige Behandlung von evtl. Substanzabhängigkeiten wenig erfolgversprechend (Tarantino et al., 2022).

Die Pubertät ist auch mit der Entwicklung der Sexualfunktionen verbunden. Daraus ergeben sich für Jugendliche mit Adipositas vielfältige Implikationen. Da sie in der Regel nicht dem gängigen normativen Schönheitsideal entsprechen, sind sie besonderen psychosozialen Belastungssituationen ausgesetzt.

Depressionen, sozialer Rückzug oder atypische Essstörungen können die Folge sein (Putra et al., 2024; Wagner & Cook, 2024). Die Phase der Transition ist bezüglich der Entwicklung psychosozialer Belastung oder auch psychiatrischer Komorbidität für Jugendliche mit Adipositas besonders vulnerabel und müssen deshalb thematisiert und ggf. diagnostisch adressiert werden.

Für jugendliche Mädchen und junge Frauen mit Adipositas sind Kontrazeption bzw. Fertilität wichtige Themen. Sofern eine Verhütung mit einem oralen Kontrazeptivum gewünscht wird, muss einerseits das individuelle Risiko für ein thrombotisches Ereignis eingeschätzt und andererseits über mögliche Alternativen aufgeklärt werden. Kontrovers diskutiert wird die Empfehlung zu einer höheren Dosis des oralen Kontrazeptivums bei extremer Adipositas, es wird aber nicht grundsätzlich empfohlen.

Dem entgegen steht eine statistisch geringere Fertilität bei jungen Frauen mit extremer Adipositas (Turner et al., 2024), die durch das Vorliegen eines polyzystischen Ovarsyndroms noch verstärkt werden kann (Schon et al., 2024).

Diese nimmt nach Gewichtsreduktion jedoch unmittelbar deutlich zu, insbesondere bei rascher Gewichtsreduktion nach bariatrischer bzw. metabolischer Chirurgie (Makhsosi et al., 2024). Das Risiko für Mutter und Kind ist erhöht, wenn bei der Schwangeren eine Adipositas besteht (Fakhraei et al., 2022). Für junge Männer mit Adipositas wird eine signifikant niedrigere Fertilität, insbesondere durch eine veränderte Spermienaktivität beschrieben (Service et al., 2023). Die Informationen zu diesen komplexen Zusammenhängen und insbesondere die praktische Bedeutung für die individuelle Situation der Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen stellt eine besondere Herausforderung dar.

Bedeutung für die Praxis

Das Behandlungsteam sollte diese jugendrelevanten Themen aktiv ansprechen und die Jugendlichen umfassend über die Besonderheiten und Risiken beraten, die sich durch die bestehende Adipositas und ggf. ihre Therapie ergeben. Männliche Jugendliche mit Adipositas sollten über das erhöhte Risiko für sexuelle Dysfunktionen und verminderte Fruchtbarkeit aufgeklärt werden (Mahutte et al., 2018). Für weibliche Jugendliche mit dem Wunsch einer oralen Kontrazeption muss das individuelle Risiko durch die Einnahme abgeschätzt werden (v.a. Thromboserisiko). Eine Kombination aus Pilleneinnahme und Rauchen ist dabei unbedingt zu vermeiden.

Nach rascher Gewichtsreduktion (z.B. nach bariatrischer Chirurgie) kann es durch verbesserte Fertilität zu ungewollten Schwangerschaften kommen (Mahutte et al., 2018). Besonders mit jungen Frauen mit zukünftigem Kinderwunsch sollte über mögliche Komplikationen im Falle einer Schwangerschaft gesprochen werden, einschließlich der Risiken für Mutter und Kind durch Adipositas (Davies et al., 2018; Mahutte et al., 2018).

Zudem sollte das Behandlungsteam den Konsum von Alkohol, Nikotin und illegalen Substanzen erfassen und die Jugendlichen über die damit verbundenen Risiken aufklären. Diese Substanzen sind zusätzliche Risikofaktoren für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. So wird durch Alkoholkonsum eine Adipositas-bedingte Fettlebererkrankung verschlimmert.

Rauchen ist schon alleine ein Risikofaktor für spätere kardiovaskuläre Ereignisse (Herzinfarkt, Schlaganfall). Dabei sollte die Beratung über die allgemein bekannten Informationen („Rauchen ist schädlich“) hinausgehen und die individuelle Situation des jungen Menschen mit Adipositas besonders in den Fokus rücken (Besteht eine Partnerschaft? Welche Form der Verhütung wird praktiziert? Bisherige Erfahrungen mit Drogen?).

Die Information, dass ein später Chronotyp in der Pubertät physiologisch ist, kann darüber hinaus zu einer Entspannung der familiären Situation führen.

Empfehlung #11
Junge Menschen mit Adipositas sollten über die Unterschiede in den therapeutischen Empfehlungen zwischen der Jugend- und Erwachsenenmedizin aufgeklärt werden (u.a. zur Ernährung, Bewegung, medikamentösen und chirurgischen Therapieoptionen).
Starker Konsens (100 %)

Begründung der Empfehlung

Formal und juristisch endet das Jugendalter mit der Vollendung des 18. Lebensjahres. Diese Altersgrenze geht mit erheblichen Änderungen auch in der medizinischen Versorgung einher. So benötigen einwilligungsfähige Personen dann nicht mehr die Zustimmung eines Sorgeberechtigten, z.B. für die Teilnahme an einer klinischen Studie oder für einen geplanten chirurgischen Eingriff. Viele neue Medikamente sind erst einmal nur für Erwachsene zugelassen, auch wenn eine Behandlung von Jugendlichen mit demselben Medikament sinnvoll ist, da das Auftreten von Nebenwirkungen für die Zulassung unter 18 Jahren länger beobachtet wird und ggf. gesonderte Zulassungsstudien notwendig sind.

In der nicht-medikamentösen Therapie der Adipositas (Lebensstil-Intervention) gibt es ebenfalls relevante Unterschiede in den evidenzbasierten Empfehlungen für Kinder/Jugendliche (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 2019) im Gegensatz zu den Empfehlungen für Erwachsene (Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG), 2024).

Die Gründe dafür sind vielfältig. Bei Empfehlungen für Jugendliche müssen immer die Entwicklungsaspekte (Wachstum, Pubertät, psychische Reife, Autonomie) berücksichtigt werden, sodass z.B. im Ernährungsbereich Formula-Diäten nicht empfohlen werden, wegen möglicher negativer Auswirkungen auf Wachstum und Knochengesundheit oder eines Risikos für die Entwicklung einer restriktiven Essstörung. Da Jugendliche außerdem meist noch nicht in einem eigenen Haushalt leben und über kein eigenes Einkommen verfügen, sind bei multiprofessionellen Schulungsprogrammen in dieser Altersgruppe die Sorgeberechtigten mit Ansprechpartner:innen, um die angestrebten Verhaltensänderungen im familiären Alltag umzusetzen.

Im Gegensatz dazu können Erwachsene mit Adipositas eigenverantwortlich und individuell aus verschiedenen Therapieoptionen auswählen und diese ggf. miteinander kombinieren. Damit soll eine bessere Vereinbarkeit z.B. mit einer Berufstätigkeit erreicht werden.

Das Risiko für die Entstehung von Nebenwirkungen (z.B. Essstörungen) wird bei Erwachsenen als geringer eingeschätzt, da eine altersbedingt größere psychische Reife angenommen wird.

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

Im Folgenden werden die relevanten Unterschiede in den Therapieempfehlungen für Jugendliche im Vergleich mit jungen Erwachsenen mit Adipositas getrennt nach den Therapiebereichen dargestellt.

9.2.2 Ernährung

In der Pädiatrie wird ein lebensmittelbasierter Ansatz für die Ernährungstherapie empfohlen (Hassapidou et al., 2023), während in der Erwachsenenmedizin verschiedene Ernährungsmuster und Diäten, wie z. B. kohlenhydratarme Diäten oder Kostformen mit niedriger Energiezufuhr, zur Anwendung kommen (Wharton et al., 2020). Um Jugendliche mit Adipositas auf diese spezifischen Ernährungsempfehlungen in der Erwachsenenmedizin vorzubereiten, sollten Ernährungsmediziner:innen und Ernährungsfachkräfte die Jugendlichen über die Unterschiede zwischen den verschiedenen Ansätzen informieren.

Für einen lebensmittel-basierten Ansatz für die gesamte Transitionsphase, insbesondere unter Public Health-Aspekten, sprechen z.B. systematische Reviews und Metaanalysen zu dem Konsum von gesüßten Getränken (Nguyen et al., 2023) und Fruchtsäften (Nguyen et al., 2024), die jeweils einen statistischen Zusammenhang zwischen Verzehrmenge und Entwicklung des Körpergewichts zeigen.

Eine Metaanalyse unterschiedlicher Ernährungsinterventionen bei Adipositas im Jugendalter konnte zeigen, dass die Energierestriktion der entscheidende Faktor für eine Gewichtsabnahme ist, nicht eine spezifische Diätform (Southcombe et al., 2023). Eine weitere Metaanalyse zeigte den positiven Effekt einer kohlenhydratreduzierten Ernährung in der pädiatrischen Adipositas-Population, in Verbindung mit weiteren Lebensstiländerungen (Rohani et al., 2024). Hier erfolgte aber kein Vergleich mit anderen Diätformen.

Erste positive Ergebnisse zum Intervallfasten bei Jugendlichen mit Adipositas liegen vor (Bakhsh et al., 2024; Tucker et al., 2022). Hier müssen allerdings die Langzeiteffekte und eventuelle Nebenwirkungen kritisch beobachtet werden.

Eine Metaanalyse verschiedener Ernährungsinterventionen mit dem Ziel einer reduzierten Energieaufnahme bei Erwachsenen mit Adipositas (unterschiedliche Formen des Intervallfastens und kontinuierliche Kalorienrestriktion über unterschiedliche Zeiträume) zeigte keine signifikanten Unterschiede. Bei allen Interventionen kam es nach dem Ende zu einer Gewichtszunahme, allerdings waren Programme mit längerer Laufzeit etwas wirksamer (Huang et al., 2024). Es gibt keine signifikanten Unterschiede unterschiedlicher Diätformen bezüglich der Effekte auf das kardiovaskuläre Risiko bei Erwachsenen (Chatzi et al., 2024).

9.2.3 Bewegung

Grundsätzlich sind die Steigerung der körperlichen Aktivität und die Reduzierung von Inaktivität wesentliche Therapiesäulen der Adipositas (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 2019; Yi et al., 2019). Die physiologischen Voraussetzungen sind jedoch je nach Alter sehr unterschiedlich.

Jugendliche sind teilweise noch nicht ausgewachsen, Knochen, Muskulatur und Bandapparat sind noch flexibel, sodass in den evidenzbasierten Empfehlungen Ausdauertraining favorisiert wird (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 2019). Analog zur Ernährungstherapie der Adipositas bei Jugendlichen wird die Bewegungstherapie als Teil einer multimodalen Lebensstil-Intervention (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 2019). Auch in Metaanalysen zeigt dieser übergeordnete Therapieansatz eine nachweisbare Wirkung auf den Gewichtsstatus (Deng et al., 2024). Die Weiterentwicklung der Sport- und Bewegungstherapie führte in der jüngeren Vergangenheit dazu, dass gerade für Jugendliche vermehrt eine Kombination unterschiedlicher Trainingsformen zum Einsatz kommt. Auch dazu liegen Übersichtsarbeiten vor, die einen positiven Effekt bezüglich des Gewichts und Stoffwechsels bei pädiatrischer Adipositas zeigen (Liu et al., 2024).

Die Erfassung des Bewegungsumfangs im Alltag, z.B. durch einen digitalen Schrittzähler, kann motivationsfördernd sein und damit zur Reduzierung von Inaktivität beitragen. Dies kann nachweisbar einen zusätzlichen Effekt im Rahmen von Adipositas-Therapie-Programmen erreichen (Wang et al., 2024). Die Vermutung, dass sportliche Aktivitäten zu vermehrtem Appetit bei Jugendlichen führen, bestätigte sich dagegen in einer Metaanalyse nicht (Moore et al., 2024). Exzessive Mediennutzung ist ein Grund für die körperliche Inaktivität von Jugendlichen mit Adipositas. Darüber hinaus steigt damit auch der Verzehr von ungesunden Lebensmitteln, da dafür auch in sozialen Medien vielfältig geworben wird (Hebestreit & Sina, 2024).

Ausdauertraining bei Erwachsenen mit Adipositas ist ebenfalls eine etablierte und evidenzbasierte Therapiemöglichkeit mit nachgewiesenem Dosiseffekt (Kim et al., 2023; Oppert et al., 2021). Während schon bei 30 Minuten Ausdauertraining pro Woche ein geringer Effekt auf Gewicht und Stoffwechsel gemessen werden kann, sind für eine signifikante Verbesserung mindestens 150 Minuten pro Woche notwendig (Jayedi et al., 2024).

Wenn unterschiedliche Trainingsformen in der Therapie der Adipositas bei Erwachsenen verglichen werden, hat Ausdauertraining den stärksten Effekt auf das Körpergewicht, während Intervalltraining insbesondere den Stoffwechsel und die kardiorespiratorische Fitness verbessert (Cao et al., 2024; Guo et al., 2023).

9.2.4 Medikamentöse Therapie der Adipositas

Während die medikamentöse Therapie der Adipositas über lange Zeit wenig Bedeutung hatte, ist in diesem Bereich in den letzten Jahren eine rasante Entwicklung zu beobachten, die sich bisher nur in Ansätzen in den gültigen Adipositas-Leitlinien wiederfindet (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 2019; Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG), 2024). Erschwerend kommt hinzu, dass eine Kostenübernahme der medikamentösen Adipositas-Therapie durch die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) aufgrund des § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V ("Lifestyle-Paragraf") weiterhin ausgeschlossen ist.

Bereits seit 1998 ist Orlistat (ein reversibler Inhibitor gastrointestinaler Lipasen) für Erwachsene mit Adipositas zugelassen. Da häufig erhebliche gastrointestinale Nebenwirkungen bei mäßiger Gewichtsreduktion auftreten, wird dieses Medikament selten verwendet.

In jüngeren randomisierten, Placebo-kontrollierten Studien haben sich sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen mit Adipositas Substanzen aus der Klasse der Glukagon-like-Peptide 1-Rezeptor-Agonisten (GLP1-RA) als wirksam bezüglich einer signifikanten Gewichtsreduktion erwiesen. Dies hat zur Zulassung von Liraglutid und Semaglutid für Jugendliche ab 12 Jahre und Erwachsene mit starker Adipositas, sowie von Tirzepatid für Erwachsene mit starker Adipositas durch die European Medicines Agency - European Union (EMA) geführt. Liraglutide und Semaglutide waren in geringerer Dosierung bereits für die Indikation Typ 2 Diabetes bei Erwachsenen zugelassen. Die Wirksamkeit hat sich auch in Metaanalysen bestätigt (Pan et al., 2024), mit unterschiedlicher Effektstärke für die jeweiligen Substanzen (Tirzepatid > Semaglutid > Liraglutid). In allen Studien kommt es nach Absetzen der Medikation zu einer Wiedezunahme ("Regain").

Die Weiterentwicklung der medikamentösen Adipositas-Therapie befindet sich zum Zeitpunkt der Leitlinien-Erstellung in einem sehr dynamischen Prozess, sodass in der Beratung zur Transition jeweils der aktuelle Stand berücksichtigt werden muss.

9.2.5 Metabolische Chirurgie

Zur "Chirurgischen Therapie der Adipositas" gibt es eine gesonderte S3-Leitlinie, die jedoch aktuell überarbeitet wird (Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG); Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG); Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM), 2018). Im Kapitel 4.2.6 werden dort auf der Basis eines Expertenkonsenses vier Empfehlungen zur chirurgischen Behandlung von Jugendlichen mit extremer Adipositas formuliert. Die Indikationsstellung, die Operation, sowie die strukturierte Vor- und Nachbetreuung sollten in einem spezialisierten Zentrum durch ein interdisziplinäres Team mit ausreichender Erfahrung und Ausstattung erfolgen. Kontraindikationen für die chirurgische Behandlung einer extremen Adipositas sind u.a. nicht behandelte schwere psychiatrische Erkrankungen (z.B. Psychose, Binge Eating Disorder, emotional instabile Persönlichkeitsstörung), fehlende Adhärenz, ein instabiles familiäres oder psychosoziales Umfeld, sowie eine geistige Retardierung (wenn keine langfristige familiäre/soziale Anbindung gesichert ist). Für einen BMI- bzw. BMI-Perzentilen-Grenzwert gibt es keine Evidenz, deshalb hat eine Expertengruppe der AGA formuliert, dass eine Adipositas-chirurgische Maßnahme bei Jugendlichen ab einem BMI ≥ 35 kg/m² (BMI-Perzentile <99.5) in Erwägung gezogen werden kann, wenn mindestens eine somatische und/oder psychosoziale Komorbidität besteht. Während die S3-Leitlinie "Chirurgischen Therapie der Adipositas" (Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG); Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG); Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM), 2018) keine Empfehlung bezüglich eines Operations (OP)-Verfahrens gibt, sollte nach Aussage der AGA-Expertengruppe ein chirurgisches Verfahren mit geringerer Komplexität und geringerem Bedarf an Nahrungsergänzungsmitteln nach der OP gewählt werden. Allerdings ist in der Stellungnahme aufgrund des Erscheinungsdatums nicht die aktuelle Evidenz berücksichtigt (Wabitsch, 2012). Die in Überarbeitung befindliche S3-Leitlinie Adipositas-Chirurgie kommt zu einer vergleichbaren Einschätzung: „Um Gedeihstörungen zu vermeiden, sollten bei Kindern bzw. Jugendlichen keine starkmalabsorptiven Eingriffe (Bypässe mit langen bilio-pankreatischen oder alimentären Schlingen bzw. kurzem Common Channel) vorgenommen werden.“ (Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG); Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG); Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM), 2018).

Jüngere Studien zu den langfristigen Effekten einer chirurgischen Therapie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigen ein differenziertes Bild und können deshalb Grundlage der Beratung zu diesem Thema im Transitionsprozess sein.

Die Auswertung multizentrischer Verlaufsdaten von Jugendlichen nach Adipositas-Chirurgie zeigen einen erheblichen, anhaltenden Gewichtsverlust (ca. -15 BMI-Punkte, entsprechend ca. -25% Körpergewicht) mit einer Nachbeobachtungszeit von bis zu 15 Jahren, unabhängig vom OP-Verfahren (Beamish et al., 2023). Damit einher geht eine signifikante Verbesserung des Stoffwechsels inkl. Remission eines Typ 2 Diabetes mellitus, wie in einer monozentrischen 10-Jahres-Follow-up-Studie gezeigt wurde (Meira et al., 2025). Die vermehrte körperliche Aktivität nach OP hat auch einen positiven Effekt auf die Insulinresistenz (Price et al., 2020). Sowohl bei Jugendlichen, als auch bei jungen Erwachsenen zeigt sich jedoch im Verlauf nach OP eine Reduzierung der lumbalen Knochendichte und damit ein negativer Effekt auf die Knochengesundheit (Mitra et al., 2024). Diese Nebenwirkung ist in dieser Lebensphase besonders relevant, da hier die maximale Knochenmasse (*peak bone mass*) erreicht wird. Ein Grund dafür könnte die fehlende Adhärenz bei der regelmäßigen Einnahme der Supplemente (Vitamine, Mineralien, ggf. Eiweiß- je nach OP-Verfahren) sein.

Nicht bestätigt hat sich die Sorge, dass nach einer bariatrischen OP bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine vermehrte Suizidalität auftritt, da die positive psychische Wirkung der Nahrungsaufnahme fehlt oder deutlich reduziert ist (Zeller et al., 2020).

Auch bezüglich Rauchens und Marihuana-Konsum unterscheiden sich Jugendliche und junge Erwachsene nach OP nicht von Gleichaltrigen mit Adipositas ohne OP (Zeller et al., 2021; Zeller et al., 2023). Trotzdem gibt es klinische Hinweise und Fallberichte, dass gerade im Transitionsalter nach OP eine Suchtverschiebung auftreten kann, insbesondere wenn zuvor ein „emotionales Essen“ beobachtet wurde. Deshalb sollten mögliche Süchte oder suchartiges Verhalten im Transitionsprozess von Jugendlichen nach bariatrischer Chirurgie immer thematisiert werden (z.B. Alkoholismus, Spielsucht).

Auch nach einer chirurgischen Therapie der Adipositas kann es zu einer Gewichtszunahme kommen. In diesen Fällen sollte unbedingt vor einer erneuten chirurgischen Intervention eine molekulargenetische Diagnostik bezüglich einer monogenen Adipositas (genetisch gestörte Appetitregulation) durchgeführt werden, insbesondere bei Patient:innen, bei denen schon vor dem 5. Geburtstag eine Adipositas bestand. In dieser Gruppe ist in ca. 5% der Fälle mit einer zusätzlichen genetischen Ursache der Adipositas zu rechnen (Kühnen et al., 2024).

Bedeutung für die Praxis

Grundsätzlich sollten bei der Planung der Adipositas-Therapie während der gesamten Transitionsphase die aktuelle Situation des jungen Menschen als Grundlage unbedingt berücksichtigt werden. Dabei ist eine multiprofessionelle Lebensstilintervention mit dem Ziel eines altersentsprechend gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens die Grundlage für alle weiteren Therapiemaßnahmen. Je ausgeprägter jedoch Adipositas und die Begleit- und Folgeerkrankungen sind, umso wahrscheinlicher ist es, dass die Lebensstilintervention allein nicht ausreichend ist und zusätzliche Maßnahmen, wie eine medikamentöse Therapie oder - nach Versagen aller anderen Therapieversuche - eine bariatrische OP notwendig werden kann. Dabei ist das Transitionsalter eine besonders vulnerable Lebensphase.

Als Grundlage für eine ausreichende körperliche Aktivität können die "Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung" (Pfeifer & Rütten, 2017) dienen:

"Jugendliche sollen eine tägliche Bewegungszeit von 90 Minuten und mehr in moderater bis hoher Intensität erreichen. 60 Minuten davon können durch Alltagsaktivitäten, wie z. B. mindestens 12.000 Schritte / Tag, absolviert werden. Vermeidbare Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert werden; Jugendliche maximal 120 Minuten / Tag."

"Erwachsene sollten möglichst mindestens 150 Minuten / Woche ausdauerorientierte Bewegung mit moderater Intensität durchführen (z. B. 5 x 30 Minuten / Woche), oder mindestens 75 Minuten / Woche ausdauerorientierte Bewegung mit höherer Intensität durchführen, oder ausdauerorientierte Bewegung in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten durchführen und dabei die Gesamtaktivität in mindestens 10-minütigen einzelnen Einheiten verteilt über Tag und Woche sammeln (z. B. mindestens 3 x 10 Minuten / Tag an fünf Tagen einer Woche).

Erwachsene sollten zusätzlich muskelkräftigende körperliche Aktivitäten an mindestens zwei Tagen pro Woche durchführen. Erwachsene sollten lange, ununterbrochene Sitzphasen meiden und nach Möglichkeit, das Sitzen regelmäßig durch körperliche Aktivität unterbrechen."

Die praktische Umsetzung für Jugendliche und junge Erwachsene hängt entscheidend von den somatischen Faktoren (Grad der Adipositas, kardiopulmonale Leistungsfähigkeit, muskuloskelettales System), der aktuellen Beschäftigungssituation (Schule, Ausbildung) und dem Familien- bzw. Wohnumfeld (Stadt/Land; eigener Haushalt) ab. Jugendliche mit Adipositas favorisieren oftmals die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio und setzen ihren Fokus auf Krafttraining. In aktuellen Leitlinien gibt es jedoch keine spezifischen Empfehlungen für Kraft- und Intervalltraining bei Jugendlichen. Für Erwachsene mit Adipositas wird von einigen internationalen Leitlinien eine Kombination aus Ausdauer- und Krafttraining empfohlen (Kim et al., 2023; Oppert et al., 2021). Der Grund dafür ist die fortgeschrittene Reife des Skelettsystems. Sportvereine sind häufig leistungsorientiert und nicht auf besonderen Bedarfe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Adipositas eingestellt, für die in Trainingseinheiten kein Performancedruck herrschen sollte (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 2019). Eine Möglichkeit ist deshalb die Teilnahme an Reha- oder Gesundheitssport, wobei es nur an wenigen Orten spezielle Gruppen für Jugendliche oder junge Erwachsene mit Adipositas gibt. Das Durchschnittsalter in diesen Gruppen ist häufig über 60 Jahre. Wissenschaftliche Daten zur Nutzung von Fitness-Tracker oder Apps sind noch wenig vorhanden, der Einsatz kann jedoch Therapie-begleitend erwogen werden.

Alle Anpassungen der Ernährung in der Transitionsphase sollten stets in enger Absprache mit dem Behandlungsteam erfolgen.

Es muss sichergestellt werden, dass die Jugendlichen ausreichend mit Nährstoffen und Energie versorgt werden und das Risiko für die Entwicklung von Essstörungen minimiert wird. Einzelne Elemente der Ernährungstherapie für Erwachsene können unter bestimmten Bedingungen bereits bei Jugendlichen erwogen werden. Dazu gehören zum Beispiel niederkalorische Diäten wie Formula-Produkte als Mahlzeitenersatz oder das modifizierte Fasten.

Dies sollte jedoch nur unter intensiver Betreuung durch Diätassistent:innen, Ökotropholog:innen und Ernährungsmediziner:innen geschehen.

Es ist wichtig, dass die Jugendlichen darüber informiert werden, dass niederkalorische, balancierte Kostformen kurzfristig einen deutlichen Gewichtsverlust und eine Verbesserung des Stoffwechsels (z.B. Insulinresistenz) bewirken können, ein langfristiger Effekt aber nur mit einer nachhaltigen Lebensstilveränderung erzielt werden kann (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 2019).

Eine zusätzliche medikamentöse Therapie der extremen Adipositas und/oder Adipositas mit Komorbiditäten ist möglich (s.o.), aber in Deutschland werden die Kosten dafür von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bisher nicht übernommen. Dabei haben gerade die Therapien mit unterschiedlichen GLP1-RA oder auch Bi-Agonisten (Tirzepatide) für die Zeit der Anwendung zu einer relevanten Gewichtsreduktion geführt. Hier muss die wissenschaftliche und politische Entwicklung abgewartet werden, dabei aber auch die Kosten der medikamentösen Therapie den Kosten der Folgeerkrankungen (z.B. Typ 2 Diabetes, Hypertonie, Fettstoffwechselstörung) gegenübergestellt werden.

Die bariatrische Chirurgie ist für Jugendliche und junge Erwachsene mit extremer Adipositas und Folgeerkrankungen (nach erfolgloser Lebensstilintervention) eine zusätzliche Therapieoption, deren Kosten nach strenger Indikationsstellung (s.o.) von der GKV übernommen werden. Dazu sollte aber ein spezialisiertes Zentrum vorhanden sein, inklusive strukturierter Vor- und Nachbetreuung. Diese Voraussetzungen sind bisher nur an wenigen Einrichtungen gegeben.

9.2.6 Strukturelle Veränderungen in der Versorgung

Empfehlung #12
Junge Menschen mit Adipositas und bestehenden Komorbiditäten sollten auf sich verändernde fachärztliche Versorgungsstrukturen, sowie mögliche individuelle Therapieänderungen im Transitionsprozess hingewiesen werden.
Starker Konsens (100 %)

Begründung der Empfehlung

Die in Empfehlung 11 dargestellten Unterschiede in den Therapieempfehlungen zur Behandlung der Adipositas zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen setzen sich fort in Behandlung von Begleit- bzw. Folgeerkrankungen der Adipositas.

Je nach Spektrum können, zusätzlich zur pädiatrischen oder internistisch-hausärztlichen Versorgung, verschiedene fachärztliche Subspezialisierungen notwendig sein, z.B. eine diabetologische Schwerpunktpraxis oder eine kardiologische Praxis. Darüber hinaus werden für einige Komorbiditäten je nach Altersgruppe unterschiedliche Referenz- bzw. Grenzwerte genutzt und unterschiedliche Zielbereiche der Behandlung angestrebt. Deshalb kommt der fallführenden pädiatrischen Praxis für diesen Bereich des Transitionsprozesses eine besondere Verantwortung zu.

Mögliche Begleit- bzw. Folgeerkrankungen der Adipositas (Komorbiditäten) umfassen im Wesentlichen das Metabolische Syndrom (insbesondere Störungen des Glukosestoffwechsels bis hin zum Typ 2 Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, metabolisch-dysfunktions-assoziierte Lebererkrankung) Störungen der Pubertätsentwicklung, muskuloskelettale Veränderungen (z.B. Belastungsschmerzen, Genua valga, Epiphysiolysis capitis femoris) und Adipositas-bedingte Atemstörungen sowie psychische Komorbiditäten (Essstörungen, Depressionen).

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

Für die wesentlichen Komponenten des Metabolischen Syndroms existieren gesonderte Empfehlungen bzw. Leitlinien für Jugendliche und Erwachsene, die sich in Bezug auf Diagnostik und Therapie teilweise unterscheiden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dabei auch Menschen ohne Adipositas adressiert werden, z.B. bei den Empfehlungen zu Fettstoffwechselstörungen oder Hypertonus.

In der Leitlinie zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wird die Adipositas als Hauptrisikofaktor genannt und Lebensstilmaßnahmen als wichtigsten Ansatzpunkt, analog zur Basistherapie der Adipositas sowohl bei Jugendlichen, als auch bei jungen Erwachsenen (Oberhoffer & Wippermann, 2019). Die Leitlinie zur Hausärztlichen Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention befindet sich in Überarbeitung. Sie adressiert in der vorliegenden Form die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen aller Erwachsenen, die sich in hausärztlicher Betreuung befinden.

Dabei beinhalten die Empfehlungen die Reduzierung der Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen, wie z.B. Rauchen, Hypertonus und Fettstoffwechselstörungen, jedoch nicht gesondert eine Gewichtsreduktion bei Adipositas. Hier bleibt die Aktualisierung abzuwarten (Ludt et al., 2017).

Für die diagnostische Einordnung von situativen Blutdruckmessungen bei Jugendlichen sollen entsprechend der Leitlinie zur Arterielle Hypertonie im Kindes- und Jugendalter die repräsentativen deutschen Referenz Perzentilen aus KiGGS verwendet werden (Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie und angeborene Herzfehler e.V., 2022). Wenn der Blutdruck wiederholt (d.h. mindestens 3 Messungen im Liegen) oberhalb der 90. Perzentile oder oberhalb von 135/85 mmHg liegt, entspricht das einer arteriellen Hypertonie. Ab dem 17. Lebensjahr wird der Übergang auf die Erwachsenen-Referenzwerte empfohlen, da ansonsten für männliche Jugendliche in diesem Alter die Normalwerte oberhalb liegen würden. Im Zweifel sollten immer die niedrigeren Grenzwerte herangezogen werden. Die Nationale Versorgungsleitlinie Hypertonie definiert einen Blutdruck ab 140/90 mmHg als arterielle Hypertonie bei Erwachsenen und beschreibt darüber hinaus sehr ausführlich das diagnostische und therapeutische Vorgehen (NVL-Programm von BÄK und KBV und AWMF, 2023). Zur Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie verweisen wir auf die aktuell gültigen Leitlinien (s.o.). Dabei ist für die Transitionsphase von Jugendlichen mit Adipositas zu beachten, dass eine Reihe von blutdrucksenkenden Medikamenten nur für Erwachsene zugelassen sind. Die Versorgungsleitlinie Hypertonie für Erwachsene unterscheidet darüber hinaus primärärztliche (hausärztliche) und fachspezifische Versorgung und empfiehlt die primär hausärztliche Versorgung von Menschen mit arterieller Hypertonie, ggf. in Kooperation mit anderen Fachgebieten (NVL-Programm von BÄK und KBV und AWMF, 2023). Für Jugendliche wird eine Versorgung primär durch die pädiatrische Kardiologie empfohlen, mit der Möglichkeit der Weiterbehandlung in allgemein-pädiatrischen oder allgemeinmedizinischen Praxen.

Ein Screening bezüglich möglicher Störungen des Fett- oder Kohlenhydratstoffwechsels ist ebenfalls fester Bestandteil der Diagnostik von Jugendlichen mit Adipositas, auch in der Transitionsphase. Bei pathologischen Befunden handelt es sich dabei ursächlich zumeist um eine Kombination aus familiärer (genetischer) Disposition und Folge der Adipositas.

Auch deshalb ist eine genaue Familienanamnese sehr relevant. Kommen Störungen im Fett- oder Kohlenhydratstoffwechsel in der Familie auch ohne Adipositas vor, ist z.B. eine familiäre Hypercholesterinämie auszuschließen, die durch Adipositas aggraviert werden kann. Zur Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie sei wieder auf die gültigen Leitlinien verwiesen, wobei die S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Hyperlipidämien bei Kindern und Jugendlichen im Herbst 2025 publiziert werden soll (Koletzko, expected 2025). Während sich die diagnostischen Grenzwerte für eine gestörte Glukosetoleranz oder einen manifesten Typ 2 Diabetes bei Jugendlichen und (jungen) Erwachsenen nicht unterscheiden, gibt es eine deutliche Unterschiede in der Bewertung der Cholesterinwerte zwischen Jugendlichen (S2-Leitlinie von 2015, nicht mehr gültig) und jungen Erwachsenen, auch unter Berücksichtigung sonstiger Risikofaktoren wie Rauchen oder Hypertonie. Hier bleibt abzuwarten, inwieweit die o.g. neue Leitlinie zu Hyperlipidämien bei Kindern und Jugendlichen diese Lücke schließt.

Bei Jugendlichen mit Adipositas steigt auch das Risiko für die Entwicklung einer MASLD. Schätzungen gehen von 3–10 % aller Kinder und Jugendlichen in westlichen Industrienationen aus (Rubino et al., 2020; Schienkiewitz et al., 2012). Aufgrund der engen Assoziation zur Adipositas wird in der S2k-Leitlinie „Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung/Metabolische Lebererkrankung“ der DGVS empfohlen, dass bei Jugendlichen mit Adipositas oder Übergewicht und zusätzlichen Risikofaktoren (z. B. Insulinresistenz, Diabetes, Dyslipidämie) die Alanin-Aminotransferase (ALT) bestimmt werden, um eine chronische Lebererkrankung frühzeitig zu identifizieren und ggf. weiter diagnostisch abzuklären und therapeutisch zu adressieren (Roeb et al., 2022).

Während der gesamten Transitionsphase sind ein gesunder Lebensstil und ggf. Lebensstiländerungen (z.B. cholesterinarme Ernährung) Grundlage aller weiterführenden Therapien im Bereich Fett- und Kohlenhydratstoffwechsel. Analog zur arteriellen Hypertonie unterscheiden sich die zugelassenen Medikamente zur Behandlung beispielsweise eines Typ 2 Diabetes oder einer Hypercholesterinämie wieder erheblich.

Insbesondere neuere Substanzklassen sind teilweise für Jugendliche nicht zugelassen oder befinden sich noch in der Phase der klinischen Prüfung. Zu Details verweisen wir auf die jeweiligen Leitlinien (s.o.). Grundsätzlich können sich aber auch während der Laufzeit einer Leitlinie durch neue Zulassungsstudien Änderungen der Empfehlungen ergeben.

In der pädiatrischen Diabetologie sind Jugendliche mit Typ 2 Diabetes eine Minderheit, obgleich die Häufigkeit auch in Deutschland kontinuierlich zunimmt (Denzer et al., 2023). Deshalb werden Jugendliche mit Typ 2 Diabetes teilweise schon z.B. in internistisch-diabetologischen Schwerpunktpraxen betreut.

Lipidambulanzen versorgen mehrheitlich Patient:innen mit familiären Fettstoffwechselstörungen und sind für die multiprofessionelle Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Adipositas ausgestattet. Eine pädiatrische Praxis ist bisher meist wenig erfahren in der Behandlung von Typ 2 Diabetes oder Fettstoffwechselstörungen, anders als eine internistisch-hausärztliche Praxis, die jedoch in der Regel zu wenig zeitliche Ressourcen hat, um einen Jugendlichen mit Adipositas und unterschiedlichen Folgeerkrankungen während der Transition zu begleiten. Deshalb besteht für die Behandlung von Fett- und Kohlenhydratstoffwechselstörungen als Folge einer Adipositas in der Transitionsphase eine relevante Versorgungslücke, die z.B. durch mehr Jugendlichen-Sprechstunden und gezielte Fortbildungen verkleinert werden könnte. Bisher erfolgt die Betreuung von Jugendlichen mit Adipositas und bestehenden Begleiterkrankungen, insbesondere Fett- und Kohlenhydratstoffwechselstörungen, meistens in dafür spezialisierten (Hochschul-)Ambulanzen, denen deshalb in der Transitionsphase eine besondere Bedeutung zukommt. Bei der Zuweisung und Koordination der verschiedenen Facharztkontakte kommt den pädiatrischen bzw. erwachsenenmedizinischen Hausärzten und Hausärztinnen eine wichtige Funktion zu.

Da Jugendliche mit Adipositas häufiger über Belastungsschmerzen beispielsweise bei längerer Gehstrecke berichten, ist exemplarisch für spezifische Komplikationen am Skelettsystem in der Transitionsphase die Epiphysiolysis capitis femoris zu nennen. Dabei ist die erfolgreiche Behandlung dieser Lösung der Hüftkopfepiphyse vor endgültigem Verschluss abhängig von einer frühzeitigen Diagnose. Dies erfolgt leider selten, einerseits da die Symptomatik sehr variabel ist und andererseits, da diese Begleiterkrankung der Adipositas bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wenig bekannt ist (Castillo & Mendez, 2018).

Bedeutung für die Praxis

Jugendliche mit Adipositas und bestehenden somatischen und körperlichen Komorbiditäten benötigen in der Transitionsphase am Übergang von der Pädiatrie in die hausärztliche Praxis zusätzliche fachärztliche Versorgungsstrukturen, je nach Krankheitsspektrum.

Dabei ist insbesondere zu beachten, dass sich relevante Änderungen in der Diagnostik und Therapie ihrer Folgeerkrankungen der Adipositas ergeben. So können ab dem 18. Geburtstag andere Medikamente verordnet werden und es gelten teilweise auch andere Grenz- und Zielwerte z.B. für Blutfette oder den Blutdruck. Um eine angemessene Übernahme der Verantwortung für die Therapie zu erreichen, sind deshalb ausführliche Informationen und ein partizipativer Entscheidungsprozess bei Therapieänderungen notwendig.

9.2.7 Empfohlene Screenings

Empfehlung #13
Junge Menschen mit Adipositas sollten regelmäßig auf somatische und psychische Komorbiditäten gescreent werden; bestmöglich unter Verwendung etablierter diagnostischer Assessmentverfahren.
Konsens (90 %)

Begründung für die Empfehlung

Psychische Komorbiditäten wie Depressionen und Angststörungen sind bei Jugendlichen mit Adipositas häufig und haben tiefgreifende Auswirkungen auf deren psychisches Wohlbefinden und Behandlungserfolg (Stabouli et al., 2021). Diese Erkrankungen können das Essverhalten weiter destabilisieren, die Motivation zur sozialen Teilhabe und der Teilnahme an Programmen zur Gewichtsreduktion vermindern und die soziale Integration erschweren (House et al., 2022; Matthews et al., 2022). Hinzu kommt die häufige Erfahrung gewichtsspezifischer Stigmatisierung, sowohl im schulischen als auch im gesundheitlichen und sozialen Umfeld, welche die Widerstandsfähigkeit und Leistungsfähigkeit negativ beeinflusst. Diese kann zu Rückzug, einem verminderten Selbstwertgefühl sowie einem verstärkten Misstrauen gegenüber Hilfsangeboten führen – und damit zentrale Zugänge zu therapeutischer Unterstützung blockieren. Ein regelmäßig durchgeführtes Screening, das auf altersgerechten validierten diagnostischen Instrumenten basiert, ermöglicht es Fachkräften unterschiedlicher Disziplinen, Symptome frühzeitig zu erkennen und gezielte, abgestimmte Interventionen einzuleiten.

Eine kontinuierliche und interdisziplinär abgestimmte Betreuung, die körperliche, psychische und psychosoziale Bereiche diagnosespezifisch und systematisch einbezieht, ist daher unerlässlich, um die Lebensqualität von jungen Menschen mit Adipositas nachhaltig zu verbessern und langfristig die Bewältigung der Adipositas zu fördern.

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

Gewichtsstigmatisierung bei Kindern und Jugendlichen mit abweichendem Körpergewicht ist mit einem erhöhten Risiko für geringes Selbstwertgefühl, chronische Angstzustände, Depressionen sowie einer erhöhten Anfälligkeit für selbstverletzendes Verhalten und Suizidgedanken verbunden (Golaszewski et al., 2018; Puhl & Lessard, 2020). Jugendliche mit Adipositas zeigen häufiger Substanzkonsum, insbesondere Alkohol, Nikotin und teilweise Marihuana (Huang et al., 2013). Der Substanzgebrauch kann soziale Funktionen erfüllen, indem er ihnen den Zugang zu Peer-Gruppen erleichtert und vorübergehend das Gefühl sozialer Isolation mindert, während er gleichzeitig als Versuch dient, soziale Akzeptanz zu erlangen. Entsprechend weisen Jugendliche mit Adipositas häufiger eine allgemeine Anfälligkeit für Verhaltensabhängigkeiten auf, die sich beispielsweise in der intensiven Nutzung digitaler Medien, Gaming oder sozialen Netzwerken äußern können (Bagnol et al., 2022; Zeller et al., 2016). Psychosoziale Belastungen, ungesunde Verhaltensweisen und sozioökonomische Faktoren begünstigen diesen Zusammenhang. Hinzu kommen bei diesen Jugendlichen Depressionen und Angststörungen, welche aus psychosozialen und biologischen Faktoren resultieren (Kerper et al., 2014). Gewichtsstigmatisierung und eine zeitgleich geringe Resilienz erhöhen das Risiko psychischer Belastungen (Grothus et al., 2023; Löwe et al., 2008). Zusätzlich verstärken chronischer Stress und hormonelle Veränderungen depressive und angstspezifische Symptome (Kerper et al., 2014).

Zur systematischen Erfassung von Depressionen und Angststörungen in dieser vulnerablen Gruppe können validierte Instrumente verwendet werden. Der PHQ-4 ist ein vier Items umfassendes, validiertes Screening-Instrument zur gleichzeitigen Erfassung depressiver und angstspezifischer Symptome (Löwe et al., 2000). Zur differenzierten Messung von Depressionen und Angststörungen kann die Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) bei Kindern und Jugendlichen ergänzt werden (Grothus et al., 2023). Weitere Instrumente zum Screening auf Depressionen sind der Fragebogen zum Wohlbefinden WHO-5 (WHO, 1998) und der PHQ-9 (Kocalevent et al., 2013), sowie zum Screening auf Angststörungen der GAD-7. (Löwe et al., 2008). Instrumente wie der EUROHIS-QOL (Schmidt et al., 2006), KIDSRCEEN (Ravens-Sieberer et al., 2010), General Self-Efficacy Scale (Schwarzer & Jerusalem, 2010) und DISABKIDS (DISABKIDS Group, 2006) können genutzt werden, um Lebensqualität und Selbstwirksamkeit bei Jugendlichen zu erfassen. Eine Übersicht über verschiedene Screeninginstrumente gibt Tabelle 8.

Tabelle 8: Screening-Instrumente zur Diagnostik von Angst u. Depressionen sowie von der Lebensqualität bei Jugendlichen.

Name des Instruments	Altersbereich (Jahre)	Messwerte
Instrumente zur Diagnostik von Angst und Depressionen		
PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4)	Ab 12 Jahre	Depressionen und Angst
RCADS (Revised Child Anxiety and Depression Scale)	8 bis 18 Jahre	Angst und Depressionen
WHO-5 Well-Being Index	ab 12 Jahre	Emotionales Wohlbefinden, Depressionen
Functional Disability Inventory (FDI)	8 bis 17 Jahre	Funktionelle Einschränkungen im Alltag
Instrumente zur Diagnostik der Lebensqualität bei Jugendlichen		
KIDSCREEN	8 bis 18 Jahre	Gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Questionnaire on Life Satisfaction	ab 12 Jahre	Lebenszufriedenheit
General Self-Efficacy Scale (GSE)	Ab 12 Jahre; primär Erwachsene	Allg. Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit Belastungen

Bei Jugendlichen mit Adipositas kann erlebter Stress mit Essstörungen wie Binge-Eating oder Bulimia nervosa einhergehen (Stabouli et al., 2021). Zur Erfassung dieser Komorbiditäten können validierte Instrumente wie der Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2016), die Binge Eating Scale (BES; Cotter & Kelly, 2016, Gormally et al., 1982) und der SCOFF-Fragebogen (Morgan et al., 2002) eingesetzt werden, um die Symptome und deren Schweregrad systematisch zu bewerten (s. Tabelle 9). Eine Übersicht zu ihrem Einsatz bei Adipositas finden sich bei House et al. (2022) sowie Matthews et al. (2022).

Die AWMF S3-Leitlinie, Diagnostik und Therapie der Essstörungen (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V., 2018), unterstützt diese Vorgehensweise durch umfassende diagnostische und therapeutische Empfehlungen.

Diese sind durch unkontrolliertes Essverhalten sowie Scham- und Schuldgefühle geprägt, die die psychische Belastung der Betroffenen zusätzlich erhöhen können. Gewichtsschwankungen

(Weight Cycling) erhöhen dieses Risiko, da kurzfristige Erfolge bei der Gewichtsabnahme oft zu Rückfällen führen (Zwaan et al., 2015).

Tabelle 9: Screening-Instrumente zur Diagnostik von Essstörungen bei Jugendlichen.

Name des Instruments	Altersbereich (Jahre)	Messwerte
Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	12 bis 18 Jahre	Schwere von Essstörungen (inklusive Shape Concern, Weight Concern)
Binge Eating Scale (BES)	ab 16 Jahre	Schwere von Binge-Eating-Symptomen
SCOFF-Fragebogen	ab 12 Jahre sowie Erwachsene	Kurzscreening für Essstörungen mit fünf Ja/Nein-Fragen

Bedeutung für die Praxis

Die häufige Verbindung von erlebtem Stress mit psychiatrischen Symptomen wie Essstörungen, Depressionen und Angstzuständen bei Jugendlichen mit Adipositas erfordert eine systematische Erfassung und Bewertung dieser Zustände (House et al., 2022; Stabouli et al., 2021). Der Einsatz validierter Instrumente zur Diagnostik ermöglicht es Fachkräften, psychiatrische Krankheitssymptome präzise zu identifizieren und angemessene Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten. Durch die gezielte Erfassung und Behandlung psychiatrischer Symptome kann die psychische Gesundheit der Jugendlichen gestärkt und ihre aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gefördert werden. Eine umfassende diagnostische Vorgehensweise trägt somit wesentlich zur Verbesserung der Lebensqualität und zur erfolgreichen Bewältigung von Adipositas bei.

Empfehlung #14
Um frühzeitig potentielle oder bestehende psychosoziale Belastungen, individuelle Ressourcen und fördernde Faktoren zu erkennen, sollten junge Menschen mit Adipositas regelmäßig dazu befragt werden.
Konsens (84,2 %)

Begründung der Empfehlung

Die frühzeitige Identifikation psychosozialer Herausforderungen bei Jugendlichen mit Adipositas ist essentiell für eine umfassende und effektive Betreuung.

Emotionale Belastungen, Angstzustände, depressive Verstimmungen und soziale Isolation können das Essverhalten signifikant beeinflussen und den Erfolg von Gewichtsmanagement-

Programmen beeinträchtigen (Chu & Mehrzad, 2020). Ebenso wirken sich vorhandene Ressourcen, wie familiäre Unterstützung, stabile soziale Beziehungen oder ein positiver Selbstwert. Weitere fördernde Faktoren für den Behandlungsverlauf sind Motivation, Resilienz oder schulische Einbindung. Durch gezielte Ansprache dieser Themen bei jedem Kontakt können potenzielle oder bereits bestehende Schwierigkeiten rechtzeitig erkannt und geeignete Unterstützungsmaßnahmen eingeleitet werden. Diese proaktive Vorgehensweise fördert nicht nur das psychische Wohlbefinden der Jugendlichen, sondern unterstützt auch ihre aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Zudem stärkt der kontinuierliche Austausch das Vertrauensverhältnis zwischen den Jugendlichen und den Fachkräften, was die Motivation zur Teilnahme an Behandlungsprogrammen erhöht und langfristig zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen führt. Eine integrative Betreuung, die sowohl physische als auch psychische Aspekte berücksichtigt, trägt somit maßgeblich zur nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität und zur erfolgreichen Bewältigung von Adipositas bei.

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

Gewichtsmobbing bei Kindern und Jugendlichen ist ein Problem mit tiefgreifenden psychosozialen und gesundheitlichen Folgen (Tanas et al., 2022). Es zeigt sich in Form von Hänseleien, Diskriminierung und sozialer Isolation, häufig ausgelöst durch stereotype Vorurteile wie Faulheit oder mangelnde Disziplin. Solche Erfahrungen in Kindheit und Jugend begünstigen emotional gesteuertes Essverhalten, was langfristig die Gewichtskontrolle erschwert (Hübner et al., 2016). Zwar werden diese Essmuster zur Bewältigung der negativen Emotionen gewählt, jedoch behindern sie den nachhaltigen Erfolg bei der Gewichtsabnahme. Besonders betroffen sind Frauen und jüngere Menschen (Hübner et al., 2016). Die gesellschaftlichen Vorurteile werden häufig verinnerlicht und führen zu einer Selbststigmatisierung bis zum Vermeiden bestimmter Orte und Situationen (Anastasiadou et al., 2024; Tanas et al., 2022; Thedinga et al., 2021). Anhaltende Mobbing-Erfahrungen können zu einem sozialen Rückzug, Schulverweigerung oder Absentismus führen, wodurch schulische Erfolge stark beeinträchtigt werden können (Golaszewski et al., 2018; Tanas et al., 2022).

Physisch trägt Gewichtsmobbing zu ungesundem Essverhalten und einer Reduktion körperlicher Aktivität bei, was die sozialen Beziehungen weiter belastet und die Motivation zur Teilnahme an Behandlungsprogrammen mindert. Besonders alarmierend ist die Rolle von Cybermobbing, das die Stigmatisierung in digitalen Räumen intensiviert (Tanas et al., 2022).

Bedeutung für die Praxis

Professionelle Maßnahmen gegen Gewichtsmobbing sollten auf die Sensibilisierung aller Beteiligten, einschließlich Pädagog:innen, Eltern und Gesundheitsfachkräften, abzielen. Eine respektvolle, stigmafremde Kommunikation, Schulungen für Fachkräfte und die Förderung eines wertschätzenden Umgangs sind entscheidend, um betroffene Kinder zu unterstützen und langfristige negative Auswirkungen zu verhindern (Golaszewski et al., 2018; Puhl & Lessard, 2020; Tanas et al., 2022).

Empfehlung #15
Eine Stuserhebung zu Teilhabechancen von jungen Menschen mit Adipositas in den Bereichen Bildung, Arbeit und Freizeit sollte regelmäßig stattfinden und die Betroffenen sollten über Möglichkeiten der Teilhabeförderung und über Angebote von Adipositas-Selbsthilfevereinigungen aufgeklärt werden.
Konsens (94,7 %)

Begründung der Empfehlung

Eine an den Bedürfnissen orientierte Behandlung von Jugendlichen mit Adipositas sollte neben den körperlichen und psychischen Auswirkungen der Erkrankung auch immer die Chancen auf soziale Teilhabe adressieren. Das Bundesteilhabegesetz (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), 2023) und das Sozialgesetzbuch IX § 2 (Bundesministerium der Justiz (BMJ), 2016a) schaffen die rechtliche Grundlage für Maßnahmen, die die Teilhabe an Freizeitaktivitäten sowie in den beruflichen und bildungsbezogenen Bereichen fördern. Die Umsetzung dieser Vorgaben erfordert gezielte und nachhaltige Ansätze, um die betroffenen Jugendlichen in ihrer Autonomie und Selbstbestimmung zu stärken. Eine konsequente Teilhabeförderung kann den Erkrankungsverlauf und die Lebensqualität der Adoleszenten mit Adipositas positiv beeinflussen. Zudem ermöglicht der anerkannte Status einer Schwerbehinderung bei extremer Adipositas neben dem Zugang zu erweiterten Unterstützungsleistungen auch die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises, der den Betroffenen besondere Rechte und Vergünstigungen gewährt.

Beschäftigte mit Schwerbehinderung haben Anspruch auf eine an ihre gesundheitlichen Bedürfnisse angepasste Arbeitsplatzgestaltung. Dies umfasst die Bereitstellung ergonomischer Büromöbel gemäß § 4 Betriebssicherheitsverordnung. Arbeitgebende müssen notwendige Anpassungen vornehmen, um eine sichere und unterstützende Arbeitsumgebung zu gewährleisten, die die Teilhabe und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden fördert. Beispiele sind steuerliche Erleichterungen, bevorzugte Berücksichtigung bei der Arbeitsplatzgestaltung und zusätzlicher Kündigungsschutz (Bundesministerium der Justiz (BMJ), 2016b). Um bestmöglich über Leistungsansprüche und andere Themen der Alltagsbewältigung informiert zu sein, können Adipositas-Selbsthilfvereinigungen eine wichtige Ressource für Betroffene darstellen. Der Austausch mit anderen Betroffenen bietet zudem einen sicheren Raum für Fragen und Sorgen. Darüber hinaus agieren Selbsthilfvereinigungen auch als Interessenvertretung im Gesundheits- und Sozialwesen und beeinflussen gesellschaftliche und politische Prozesse.

Aktuelle Studienlage und Darlegung der Evidenzgrundlage

Adipositas ist mit körperlichen und psychosozialen Herausforderungen verbunden, die in den Bereichen Bildung, Arbeit und Freizeit zu Einschränkungen führen können (Bramming et al., 2019). Insbesondere für jugendliche Berufseinsteiger:innen ist die Integration auf dem Arbeitsmarkt eine Hürde. Personalentscheider:innen assoziieren Übergewicht häufig mit negativen Eigenschaften wie mangelnder Motivation, fehlender Disziplin, geringer Belastbarkeit und schwachen sozialen Fähigkeiten (Bramming et al., 2019; Kim & Knesebeck, 2018). Dies führt dazu, dass übergewichtige Jugendliche seltener zu Vorstellungsgesprächen eingeladen werden und bei der Besetzung von Positionen, insbesondere in Berufen mit hoher öffentlicher Sichtbarkeit, benachteiligt sind (Nowrouzi, 2015). Ihre Chancen auf eine Einstellung verringern sich dadurch erheblich, was den Berufseinstieg erschwert (Biener et al., 2018; Bramming et al., 2019; Kim & Knesebeck, 2018). Darüber hinaus haben sie es schwerer, in Führungspositionen aufzusteigen, und erhalten oft niedrigere Gehälter als ihre normalgewichtigen Kolleg:innen, selbst bei vergleichbarer Qualifikation (Averett, 2014; Pacifico, 2023). Diese Faktoren behindern ihre Eingliederung in die Beschäftigungswelt und verstärken soziale Ungleichheiten. Langfristig beeinträchtigt dies die wirtschaftliche und berufliche Entwicklung junger Menschen und trägt zur Verfestigung gesellschaftlicher Stigmata bei (Nowrouzi, 2015).

Eine mangelnde gesellschaftliche Integration auf diesen Gebieten sowie ungesunde Lebensgewohnheiten erhöhen das Risiko für eine schlechtere Gesundheit und verminderte Lebensqualität (Bramming et al., 2019; Kurth & Schaffrath Rosario, 2007). Eine bedarfsgerechte Behandlung sollte deshalb auch gezielt die soziale Teilhabe adressieren. Neben Bildung und Arbeit können Freizeitaktivitäten das Selbstbewusstsein und die Konfliktfähigkeit fördern, die soziale Kompetenz stärken und die psychosoziale Entwicklung unterstützen (Karpinski et al., 2017). Sport und kreative Freizeitangebote verbessern das Körperbild und das Wohlbefinden (Hoffmann & Warschburger, 2015). Eine ganzheitliche Betreuung durch interdisziplinäres Fachpersonal ist notwendig, um den Erkrankungsverlauf positiv zu beeinflussen (Kelly et al., 2024).

Bedeutung für die Praxis

Die gezielte Berücksichtigung sozialer Aspekte fördert die gesellschaftliche Integration und unterstützt die langfristige Selbstständigkeit der Betroffenen. Die regelmäßige Erhebung von Teilhabechancen muss etabliert werden, um Barrieren frühzeitig zu erkennen und individuelle Maßnahmen umsetzen zu können. Gezielte Freizeitangebote, Netzwerke und Programme zur sozialen Teilhabe sollten als fester Bestandteil in den Behandlungsprozess integriert werden.

Literaturverzeichnis

- Agarwal, S., Garvey, K. C., Raymond, J. K., & Schutta, M. H. (2017). Perspectives on care for young adults with type 1 diabetes transitioning from pediatric to adult health systems: A national survey of pediatric endocrinologists. *Pediatr Diabetes*, *18*(7), 524–531. <https://doi.org/10.1111/pedi.12436>
- Aichinger, H., Brkic, N., Schneider, D., & Bratan, T. (2023). Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Seltenen Erkrankungen in Deutschland. Endbericht.
- Al Ksir, K., Wood, D. L., Hasni, Y., Sahli, J., Quinn, M., & Ghardallou, M. (2022). Motivational interviewing to improve self-management in youth with type 1 diabetes: A randomized clinical trial. *J Pediatr Nurs*, *66*, e116–e121. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.05.001>
- Ammerlaan, J., van Os-Medendorp, H., de Boer-Nijhof, N., Scholtus, L., Kruize, A. A., van Pelt, P., Prakken, B., & Bijlsma, H. (2017). Short term effectiveness and experiences of a peer guided web-based self-management intervention for young adults with juvenile idiopathic arthritis. *Pediatric Rheumatology*, *15*(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12969-017-0201-1>
- Anastasiadou, D., Tárrega, S., Fornieles-Deu, A., Moncada-Ribera, A., Bach-Faig, A., & Sánchez-Carracedo, D. (2024). Experienced and internalized weight stigma among Spanish adolescents. *BMC Public Health*, *24*(1), 1743. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19246-7>
- Antonino, L., Van Hoorenbeeck, K., van Olmen, J., Vanharen, Y., Janssens, N., Verhulst, S., & Goossens, E. (2024). Breathing across ages: a systematic review on challenges and components of transitional care for young people with asthma. *Front Pediatr*, *12*, 1348963. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1348963>
- Arab, A., Karimi, E., Garaulet, M., & Scheer, F. (2024). Social jetlag and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*, *25*(3), e13664. <https://doi.org/10.1111/obr.13664>
- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG), & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). (2019). S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2023). *AWMF-Regelwerk Leitlinien*. Retrieved 01.2025 from <https://www.awmf.org/regelwerk/>
- Averett, S. (2014). Obesity and labor market outcomes. *IZA World of Labor*. <https://doi.org/10.15185/izawol.32> M4 - Citavi
- Bakhach, M., Reid, M. W., Pyatak, E. A., Berget, C., Cain, C., Thomas, J. F., Klingensmith, G. J., & Raymond, J. K. (2019). Home Telemedicine (CoYoT1 Clinic): A Novel Approach to Improve Psychosocial Outcomes in Young Adults With Diabetes. *Diabetes Educ*, *45*(4), 420–430. <https://doi.org/10.1177/0145721719858080>
- Bakhsh, J. A., Vidmar, A. P., & Salvy, S. J. (2024). Intermittent Fasting in Youth: A Scoping Review. *Res Sq*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4524102/v1>
- Bauman, D. (2023). Impact of obesity on female puberty and pubertal disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, *91*, 102400. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2023.102400>
- Beamish, A. J., Ryan Harper, E., Järholm, K., Janson, A., & Olbers, T. (2023). Long-term Outcomes Following Adolescent Metabolic and Bariatric Surgery. *J Clin Endocrinol Metab*, *108*(9), 2184–2192. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgad155>

- Begnel, J. N., Giano, Z., Williams, A. L., & Merten, M. J. (2022). Profiles of Substance Use in Adolescents With Severe Obesity. *Youth & Society*, 54(2), 201–220. <https://doi.org/10.1177/0044118X20968389>
- Bewertungsausschuss. (2025). *Beschluss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 785. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)*. Berlin: Bewertungsausschuss Retrieved from <https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bewertungsausschuss/ebm/2025/ba-785-heranwachsende-kapitel-4.pdf>
- Bhupathiraju, S. N., Di Angelantonio, E., Danesh, J., & Hu, F. B. (2017). Commentary on "A meta-analysis but not a systematic review: an evaluation of the Global BMI Mortality Collaboration". *J Clin Epidemiol*, 88, 30–32. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.006>
- Biener, A., Cawley, J., & Meyerhoefer, C. (2018). The Impact of Obesity on Medical Care Costs and Labor Market Outcomes in the US. *Clin Chem*, 64(1), 108–117. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2017.272450>
- Blackstone, S. R., & Herrmann, L. K. (2016). Relationships Between Illicit Drug Use and Body Mass Index Among Adolescents. *Health Educ Behav*, 43(1), 21–24. <https://doi.org/10.1177/1090198115579414>
- Bramming, M., Jørgensen, M. B., Christensen, A. I., Lau, C. J., Egan, K. K., & Tolstrup, J. S. (2019). BMI and Labor Market Participation: A Cohort Study of Transitions Between Work, Unemployment, and Sickness Absence. *Obesity (Silver Spring)*, 27(10), 1703–1710. <https://doi.org/10.1002/oby.22578>
- Brauchmann, J., Laudenbach, L., Kapp, P., Grummich, K., Lischka, J., Vanersa, N., Rocha, E., Ernst, G., Meerpohl, J. J., Tannen, A., Weghuber, D., Weihrauch-Blüher, S., Wiegand, S., & Torbahn, G. (2025). Discrepancies Between Recommendations in Evidence-Based Guidelines for the Management of Obesity in Adolescents and Adults: An Evidence Map. *Obes Rev*, 26(10), e13945. <https://doi.org/10.1111/obr.13945>
- Brauchmann, J., & Torbahn, G. (2023). Recommendations for diagnosis and treatment for obesity in adolescent versus adult guidelines: a study protocol of an evidence map of discrepancies. *Bundesteilhabegesetz*, (2023). <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Bundesteilhabegesetz/bundesteilhabegesetz.html>
- Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 34. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation), (2024). <https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung?5>
- Cao, M., Yang, B., Tang, Y., Wang, C., & Yin, L. (2024). Effects of low-volume functional and running high-intensity interval training on physical fitness in young adults with overweight/obesity. *Front Physiol*, 15, 1325403. <https://doi.org/10.3389/fphys.2024.1325403>
- Castensøe-Seidenfaden, P., Husted, G. R., Jensen, A. K., Hommel, E., Olsen, B., Pedersen-Bjergaard, U., Kensing, F., & Teilmann, G. (2018). Testing a Smartphone App (Young with Diabetes) to Improve Self-Management of Diabetes Over 12 Months: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, 6(6), e141. <https://doi.org/10.2196/mhealth.9487>
- Castillo, C., & Mendez, M. (2018). Slipped Capital Femoral Epiphysis: A Review for Pediatricians. *Pediatr Ann*, 47(9), e377–e380. <https://doi.org/10.3928/19382359-20180730-01>

- Chatzi, C. A., Basios, A., Markozannes, G., Ntzani, E. E., Tsilidis, K. K., Kazakos, K., Agouridis, A. P., Barkas, F., Pappa, M., Katsiki, N., & Rizos, E. C. (2024). Effect of Different Dietary Patterns on Cardiometabolic Risk Factors: An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Nutrients*, *16*(22). <https://doi.org/10.3390/nu16223873>
- Cheng, T. W., Mills, K. L., & Pfeifer, J. H. (2024). Revisiting adolescence as a sensitive period for sociocultural processing. *Neurosci Biobehav Rev*, *164*, 105820. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105820>
- Chetty, A. K., Rafi, E., Bellini, N. J., Buchholz, N., & Isaacs, D. (2024). A Review of Incretin Therapies Approved and in Late-Stage Development for Overweight and Obesity Management. *Endocr Pract*, *30*(3), 292–303. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2023.12.010>
- Chu, J., & Mehrzad, R. (2020). Psychosocial factors and outcomes of obesity. In *Obesity* (pp. 85–97). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818839-2.00007-7> M4 - Citavi
- Collette, P., Klein, L. C., Körner, L. M., Ernst, G., Brengmann, S., Schäuble, J., Habbig, S., & Weber, L. T. (2021). The individualized, accompanied transition program “Train” for adolescent kidney patients—a local initiative. *Journal of Transition Medicine*, *3*(1), 20210002.
- Cotter, E.W., Kelly, N.R. (2016). Binge Eating Scale (BES). In: Wade, T. (eds) Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_9-2
- Culen, C., Herle, M., König, M., Hemberger, S.-H., Seferagic, S., Talaska, C., Ertl, D.-A., Wagner, G., Straub, C., & Johnson, K. (2019). Be on TRAQ—Cross-cultural adaptation of the Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ 5.0) and pilot testing of the German Version (TRAQ-GV-15). *Journal of Transition Medicine*, *1*(1), 20180005.
- Datz, N., Kordonouri, O., & Danne, T. (2021). When people with type 1 diabetes become adults - Diabetes technology and transition - do we need new models? *Dtsch Med Wochenschr*, *146*(18), 1200–1205. <https://doi.org/10.1055/a-1332-4603> (Wenn Menschen mit Typ-1-Diabetes erwachsen werden.)
- Davies, G. A. L., Maxwell, C., & McLeod, L. (2018). No. 239-Obesity in Pregnancy. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada: JOGC*, *40*(8), e630–e639. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2018.05.018>
- Deng, Y., Manninen, M., Hwang, Y., Kim, T., & Yli-Piipari, S. (2024). Efficacy of lifestyle interventions to treat pediatric obesity: A systematic review and multivariate meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev*, *25*(11), e13817. <https://doi.org/10.1111/obr.13817>
- Denzer, C., Rosenbauer, J., Klose, D., Körner, A., Reinehr, T., Baechle, C., Schröder, C., Wiegand, S., Holl, R. W., & Prinz, N. (2023). Is COVID-19 to Blame? Trends of Incidence and Sex Ratio in Youth-Onset Type 2 Diabetes in Germany. *Diabetes Care*, *46*(7), 1379–1387. <https://doi.org/10.2337/dc22-2257>
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG). (2024). *S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas*. Retrieved 01.2025 from <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-001>
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG); Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG); Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM). (2018). S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen [online]. Retrieved 01.09.2023, from https://register.awmf.org/assets/guidelines/088-001l_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf

- Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie und angeborene Herzfehler e.V. (2022). *S2k-Leitlinie Arterielle Hypertonie im Kindes- und Jugendalter*. Retrieved 01.2025 from <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/023-040>
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (2018). *S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen* (Version 2.2, Issue. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-026>
- Di Bonito, P., Di Sessa, A., Licenziati, M. R., Corica, D., Wasniewska, M., Miraglia Del Giudice, E., Morandi, A., Maffei, C., Faienza, M. F., Mozzillo, E., Calcaterra, V., Franco, F., Maltoni, G., Moio, N., Iannuzzi, A., & Valerio, G. (2024). Sex-Related Differences in Cardiovascular Risk in Adolescents with Overweight or Obesity. *Rev Cardiovasc Med*, 25(4), 141. <https://doi.org/10.31083/j.rcm2504141>
- DISABKIDS Group Europe. (2006). The DISABKIDS questionnaires: Quality of life questionnaires for children with chronic conditions - Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Effertz, T., Engel, S., Verheyen, F., & Linder, R. (2016). The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *Eur J Health Econ*, 17(9), 1141–1158. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4>
- Ernst, G., Jaeschke, R., & Küffner, R. (2024). Flexibilisierung von Patientenschulungen durch digitale Angebote. *Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation*, 134–143. <https://doi.org/10.2440/008-0021>
- Ernst, G., Lange, K., Szczepanski, R., Staab, D., Thyen, U., & Menrath, I. (2016). Erwachsenwerden mit chronischer Krankheit: Fit für den Wechsel: Transitionsmodul im Modularen Schulungsprogramm ModuS. *Atemwegs- und Lungenkrankheiten*, 42, 403–410. <https://doi.org/10.5414/ATX02142>
- Ernst, G., Szczepanski, R., Lange, K., Staab, D., Thyen, U., & Menrath, I. (2022). Two-Year Follow-Up of a Transition-Specific Education Program for Young People With Chronic Conditions. *J Adolesc Health*, 71(3), 344–350. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.03.010>
- Esquivel-Zuniga, R., & Rogol, A. D. (2023). Functional hypogonadism in adolescence: an overlooked cause of secondary hypogonadism. *Endocr Connect*, 12(11). <https://doi.org/10.1530/ec-23-0190>
- Fakhraei, R., Denize, K., Simon, A., Sharif, A., Zhu-Pawlowsky, J., Dingwall-Harvey, A. L. J., Hutton, B., Pratt, M., Skidmore, B., Ahmadzai, N., Heslehurst, N., Hayes, L., Flynn, A. C., Velez, M. P., Smith, G., Lanes, A., Rybak, N., Walker, M., & Gaudet, L. (2022). Predictors of Adverse Pregnancy Outcomes in Pregnant Women Living with Obesity: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 19(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph19042063>
- Findorff, J., Müther, S., Moers, A., Nolting, H.-D., & Burger, W. (2016). *Das Berliner Transitionsprogramm: Sektorübergreifendes Strukturprogramm zur Transition in die Erwachsenenmedizin*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V. (GfTM). (2021). *S3-Leitlinie Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin*. AWMF online. Retrieved 01.2025 from <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/186-001>
- Global BMI Mortality Collaboration. (2016). Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*, 388(10046), 776–786. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30175-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30175-1)

- Global Nutrition Target Collaborators. (2024). Global, regional, and national progress towards the 2030 global nutrition targets and forecasts to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, *404*(10471), 2543–2583. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01821-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01821-X)
- Golaszewski, N. M., Pasch, K. E., Fernandez, A., Poulos, N. S., Batanova, M., & Loukas, A. (2018). Perceived Weight Discrimination and School Connectedness Among Youth: Does Teacher Support Play a Protective Role? *The Journal of school health*, *88*(10), 754–761. <https://doi.org/10.1111/josh.12682>
- González-Álvarez, M. A., Lázaro-Alquézar, A., & Simón-Fernández, M. B. (2020). Global trends in child obesity: are figures converging? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(24), 9252.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, *7*(1), 47–55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Grasemann, C., Höppner, J., Burgard, P., Schündeln, M. M., Matar, N., Müller, G., Krude, H., Berner, R., Lee-Kirsch, M. A., & Hauck, F. (2023). Transition for adolescents with a rare disease: results of a nationwide German project. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, *18*(1), 93.
- Grasemann, C., Matar, N., Bauer, J., Manka, E., Mundlos, C., Krude, H., Grütters, A., Hoffmann, G. F., Choukair, D., & Burgard, P. (2020). Ein strukturierter Versorgungspfad von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin für Jugendliche und junge Erwachsene mit einer seltenen Erkrankung. *Monatsschr Kinderheilkd*, *170*, 61–69.
- Grothus, S., Sommer, A., Claus, B. B., Stahlschmidt, L., Chorpita, B. F., & Wager, J. (2023). The German version of the Revised Children's Anxiety and Depression Scale-Psychometric properties and normative data for German 8- to 17-year-olds. *International journal of methods in psychiatric research*, *32*(4), e1965. <https://doi.org/10.1002/mpr.1965>.
- Guo, Z., Li, M., Cai, J., Gong, W., Liu, Y., & Liu, Z. (2023). Effect of High-Intensity Interval Training vs. Moderate-Intensity Continuous Training on Fat Loss and Cardiorespiratory Fitness in the Young and Middle-Aged a Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, *20*(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph20064741>
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., DeBeer, H., Jaeschke, R., Rind, D., Meerpohl, J., Dahm, P., & Schünemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*, *64*(4), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>
- Hammel, M. C., Stein, R., Kratzsch, J., Vogel, M., Eckert, A. J., Triatin, R. D., Colombo, M., Meigen, C., Baber, R., Stanik, J., Spielau, U., Stoltze, A., Wirkner, K., Tönjes, A., Snieder, H., Holl, R. W., Stumvoll, M., Blüher, M., Kiess, W., & Körner, A. (2023). Fasting indices of glucose-insulin-metabolism across life span and prediction of glycemic deterioration in children with obesity from new diagnostic cut-offs. *Lancet Reg Health Eur*, *30*, 100652. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100652>
- Hassapidou, M., Duncanson, K., Shrewsbury, V., Ells, L., Mulrooney, H., Androutsos, O., Vlassopoulos, A., Rito, A., Farpourt, N., Brown, T., Douglas, P., Ramos Sallas, X., Woodward, E., & Collins, C. (2023). EASO and EFAD Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Children and

- Adolescents. *Obesity Facts*, 16(1), 29–52.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1159/000527540>
- Hebestreit, A., & Sina, E. (2024). [Consequences of digital media on the health of children and adolescents with a focus on the consumption of unhealthy foods]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 67(3), 292–299. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03834-4> (Wirkungen digitaler Medien auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Schwerpunkt auf dem Verzehr ungesunder Lebensmittel.)
- Herrmann-Garitz, C., Muehlan, H., Bomba, F., Thyen, U., & Schmidt, S. (2017). Konzeption und Erfassung der gesundheitsbezogenen Transitionskompetenz von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen–Entwicklung und Prüfung eines Selbstbeurteilungsinstrumentes. *Das Gesundheitswesen*, 79(06), 491–496.
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2016). Eating Disorder Examination-Questionnaire (2. Auflage). dgvt-Verlag.
- Hoffmann, S., & Warschburger, P. (2015). Körperbild bei adipösen Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 60(6), 498–504. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0060-5>
- House, E. T., Lister, N. B., Seidler, A. L., Li, H., Ong, W. Y., McMaster, C. M., Paxton, S. J., & Jebeile, H. (2022). Identifying eating disorders in adolescents and adults with overweight or obesity: A systematic review of screening questionnaires. *The International journal of eating disorders*, 55(9), 1171–1193. <https://doi.org/10.1002/eat.23769>
- Huang, D. Y. C., Lanza, H. I., & Anglin, M. D. (2013). Association between adolescent substance use and obesity in young adulthood: a group-based dual trajectory analysis. *Addictive behaviors*, 38(11), 2653–2660. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.06.024>
- Huang, J., Li, Y., Chen, M., Cai, Z., Cai, Z., & Jiang, Z. (2024). Comparing caloric restriction regimens for effective weight management in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 21(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12966-024-01657-9>
- Huang, J. S., Terrones, L., Tompane, T., Dillon, L., Pian, M., Gottschalk, M., Norman, G. J., & Bartholomew, L. K. (2014). Preparing adolescents with chronic disease for transition to adult care: a technology program. *Pediatrics*, 133(6), e1639–1646. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2830>
- Hübner, C., Baldofski, S., Crosby, R. D., Müller, A., Zwaan, M., & Hilbert, A. (2016). Weight-related teasing and non-normative eating behaviors as predictors of weight loss maintenance. A longitudinal mediation analysis. *Appetite*, 102, 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.017>
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., & Ravens-Sieberer, U. (2003). *Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Juventa-Verlag Weinheim and Munich, Germany.
- Husted, G. R., Thorsteinsson, B., Esbensen, B. A., Glud, C., Winkel, P., Hommel, E., & Zoffmann, V. (2014). Effect of guided self-determination youth intervention integrated into outpatient visits versus treatment as usual on glycemic control and life skills: a randomized clinical trial in adolescents with type 1 diabetes. *Trials*, 15, 321. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-321>
- Jayedi, A., Soltani, S., Emadi, A., Zargar, M. S., & Najafi, A. (2024). Aerobic Exercise and Weight Loss in Adults: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *JAMA*

- Netw Open*, 7(12), e2452185.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.52185>
- Jegathesan, T., Mistry, N., Bonifacio, H. J., Florence, M., Roth, M., Sgro, M., & Baker, J. M. (2022). Increasing clinical attendance among adolescents and young adults: a simple and novel method. *BMJ Open Qual*, 11(3). <https://doi.org/10.1136/bmjog-2021-001805>
- Karpinski, N., Popal, N., Plück, J., Petermann, F., & Lehmkuhl, G. (2017). Freizeitaktivitäten, Resilienz und psychische Gesundheit von Jugendlichen [Leisure activities, resilience and mental stress in adolescents]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45(1), 42–48. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000437>
- Kelly, A. S., Armstrong, S. C., Michalsky, M. P., & Fox, C. K. (2024). Obesity in Adolescents: A Review. *Jama*, 332(9), 738–748. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.11809>
- Kerper, L. F., Spies, C. D., Tillinger, J., Wegscheider, K., Salz, A.-L., Weiss-Gerlach, E., Neumann, T., & Krampe, H. (2014). Screening for Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in Pre-operative Surgical Patients: A Psychometric Analysis of the Patient Health Questionnaire 4 (Phq-4). *Clinical Health Promotion - Research and Best Practice for patients, staff and community*, 4(1), 5–14. <https://doi.org/10.29102/CLINHP.14002> M4 - Citavi
- Kim, K. K., Haam, J. H., Kim, B. T., Kim, E. M., Park, J. H., Rhee, S. Y., Jeon, E., Kang, E., Nam, G. E., Koo, H. Y., Lim, J. H., Jeong, J. E., Kim, J. H., Kim, J. W., Park, J. H., Hong, J. H., Lee, S. E., Min, S. H., Kim, S. J.,...Lee, C. B. (2023). Evaluation and Treatment of Obesity and Its Comorbidities: 2022 Update of Clinical Practice Guidelines for Obesity by the Korean Society for the Study of Obesity. *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, 32(1), 1–24. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.7570/jomes23016>
- Kim, T. J., & Knesebeck, O. (2018). Income and obesity: what is the direction of the relationship? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 8(1), e019862. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019862>
- Kokkorakis, M., Chakhtoura, M., Rhayem, C., Al Rifai, J., Ghezzawi, M., Valenzuela-Vallejo, L., & Mantzoros, C. S. (2024). Emerging Pharmacotherapies for Obesity: A Systematic Review. *Pharmacol Rev*. <https://doi.org/10.1124/pharmrev.123.001045>
- Koletzko, B. (expected 2025). *S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Hyperlipidämien bei Kindern und Jugendlichen*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-068>
- Konsensusgruppe Adipositaschulung. (2019). *Trainermanual Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche-Grundlagen*.
- Kocalevent, R.D., Hinz, A., Brähler, E. (2013). Standardization of the depression screener Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psych*, 35(5):551–5. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.04.006>
- Kühnen, P., Argente, J., Clément, K., Dollfus, H., Dubern, B., Farooqi, S., de Groot, C., Grütters, A., Holm, J. C., Hopkins, M., Kleinendorst, L., Körner, A., Meeker, D., Rydén, M., von Schnurbein, J., Tschöp, M., Yeo, G. S. H., Zorn, S., & Wabitsch, M. (2024). IMPROVE 2022 International Meeting on Pathway-Related Obesity: Vision of Excellence. *Clin Obes*, 14(3), e12659. <https://doi.org/10.1111/cob.12659>
- Kumanyika, S. K. (2019). A Framework for Increasing Equity Impact in Obesity Prevention. *Am J Public Health*, 109(10), 1350–1357. <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305221>
- Kurth, B. M., & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) [The prevalence of overweight and obese children and adolescents living in Germany. Results of the

- German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 736–743. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0235-5>
- Lal, R. A., Maahs, D. M., Dosiou, C., Aye, T., & Basina, M. (2020). The guided transfer of care improves adult clinic show rate. *Endocr Pract*, 26(5), 508–513. <https://doi.org/10.4158/ep-2019-0470>
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Finger, J. D., Hölling, H., Lange, M., Mauz, E., Mensink, G., Poethko-Müller, C., Schienkiewitz, A., Starker, A., Zeiher, J., & Kurth, B.-M. (2019). Health inequalities among children and adolescents in Germany. Developments over time and trends from the KiGGS study. *Journal of Health Monitoring*, 4(1), 15–37. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.25646/5871>
- Larruy-García, A., Mahmood, L., Miguel-Berges, M. L., Masip, G., Seral-Cortés, M., De Miguel-Etayo, P., & Moreno, L. A. (2024). Diet Quality Scores, Obesity and Metabolic Syndrome in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Obes Rep*, 13(4), 755–788. <https://doi.org/10.1007/s13679-024-00589-6>
- Leksell, J., Toft, E., Rosman, J., Eriksson, J. W., Fischier, J., Lindholm-Olinder, A., Rosenblad, A., & Nerpin, E. (2023). Virtual clinic for young people with type 1 diabetes: a randomised wait-list controlled study. *BMC endocrine disorders*, 23(1), 255. <https://doi.org/10.1186/s12902-023-01516-x>
- Liao, T., Su, J., Quan, T., Luo, Y., Zeng, Y., Chen, D., & Tang, H. (2024). The impact of 3 different dietary interventions on overweight or obese adults: A network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 103(42), e39749. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000039749>
- Liu, X., Li, Q., Lu, F., & Zhu, D. (2024). Effects of aerobic exercise combined with resistance training on body composition and metabolic health in children and adolescents with overweight or obesity: systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*, 12, 1409660. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1409660>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, Y. P. (2008). Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. *Medical care*, 46(3), 266–274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C. et al. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122 (1–2), 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Ludt, S., Angelow, A., Baum, E., Chenot, J.-F., Donner-Banzhoff, N., Egidi, G., Fessler, J., Haasenritter, J., & Popert, U. (2017). *S3-Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention. AWMF-Register-Nr. 053–024*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-068>
- Mahutte, N., Kamga-Ngande, C., Sharma, A., & Sylvestre, C. (2018). Obesity and Reproduction. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada: JOGC*, 40(7), 950–966. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2018.04.030>
- Makhsofi, B. R., Ghobadi, P., Otaghi, M., & Tardeh, Z. (2024). Impact of bariatric surgery on infertility in obese women: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med Surg (Lond)*, 86(12), 7042–7048. <https://doi.org/10.1097/ms9.0000000000002657>
- Matthews, A., Kramer, R. A., & Mitan, L. (2022). Eating disorder severity and psychological morbidity in adolescents with anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa and

- premorbid overweight/obesity. *Eating and weight disorders : EWD*, 27(1), 233–242. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01168-7>
- McMahon, D. M., Burch, J. B., Wirth, M. D., Youngstedt, S. D., Hardin, J. W., Hurley, T. G., Blair, S. N., Hand, G. A., Shook, R. P., Drenowatz, C., Burgess, S., & Hebert, J. R. (2018). Persistence of social jetlag and sleep disruption in healthy young adults. *Chronobiol Int*, 35(3), 312–328. <https://doi.org/10.1080/07420528.2017.1405014>
- McMahon, D. M., Burch, J. B., Youngstedt, S. D., Wirth, M. D., Hardin, J. W., Hurley, T. G., Blair, S. N., Hand, G. A., Shook, R. P., Drenowatz, C., Burgess, S., & Hebert, J. R. (2019). Relationships between chronotype, social jetlag, sleep, obesity and blood pressure in healthy young adults. *Chronobiol Int*, 36(4), 493–509. <https://doi.org/10.1080/07420528.2018.1563094>
- Meira, I., Menino, J., Ferreira, P., Leite, A. R., Gonçalves, J., Ferreira, H. U., Ribeiro, S., Moreno, T., Silva, D. F., Pedro, J., Varela, A., Souto, S., Freitas, P., da Costa, E. L., Queirós, J., & Group, C. (2025). Diabetes Remission After Bariatric Surgery: A 10-Year Follow-Up Study. *Obes Surg*, 35(1), 161–169. <https://doi.org/10.1007/s11695-024-07592-9>
- Menrath, I., Ernst, G., Szczepanski, R., Lange, K., Bomba, F., Staab, D., Muehlan, H., & Thyen, U. (2019). Effectiveness of a generic transition-oriented patient education program in a multicenter, prospective and controlled study. *Journal of Transition Medicine*, 1(1). <https://doi.org/doi:10.1515/jtm-2018-0001>
- Mitra, A. T., Das, B., Sarraf, K. M., Ford-Adams, M., Fehervari, M., & Ashrafian, H. (2024). Bone health following paediatric and adolescent bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 69, 102462. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102462>
- Moore, H., Siroux, J., Sevilla-Lorente, R., Prado, W. L., Damaso, A. R., Pereira, B., & Thivel, D. (2024). The effects of acute exercise on food intake and appetite in adolescents with and without obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 25(12), e13832.
- Moradi, M., Mozaffari, H., Askari, M., & Azadbakht, L. (2022). Association between overweight/obesity with depression, anxiety, low self-esteem, and body dissatisfaction in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 62(2), 555–570. <https://doi.org/10.1080/10408398.2020.1823813>
- Morgan, J.F., Reid, F., Lacey, J.H., et al (2002). Questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: The SCOFF comparative study. *BMJ*, 325:755–756.
- Nagra, A., McGinnity, P. M., Davis, N., & Salmon, A. P. (2015). Implementing transition: Ready Steady Go. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*, 100(6), 313–320. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307423>
- Nguyen, M., Jarvis, S. E., Chiavaroli, L., Mejia, S. B., Zurbau, A., Khan, T. A., Tobias, D. K., Willett, W. C., Hu, F. B., Hanley, A. J., Birken, C. S., Sievenpiper, J. L., & Malik, V. S. (2024). Consumption of 100% Fruit Juice and Body Weight in Children and Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatr*, 178(3), 237–246. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.6124>
- Nguyen, M., Jarvis, S. E., Tinajero, M. G., Yu, J., Chiavaroli, L., Mejia, S. B., Khan, T. A., Tobias, D. K., Willett, W. C., Hu, F. B., Hanley, A. J., Birken, C. S., Sievenpiper, J. L., & Malik, V. S. (2023). Sugar-sweetened beverage consumption and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies and

- randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr*, 117(1), 160–174.
<https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2022.11.008>
- Nittari, G., Scuri, S., Petrelli, F., Pirillo, I., di Luca, N. M., & Grappasonni, I. (2019). Fighting obesity in children from European World Health Organization member states. Epidemiological data, medical-social aspects, and prevention programs. *Clin Ter*, 170(3), e223–e230. <https://doi.org/10.7417/ct.2019.2137>
- Nokoff, N., Thurston, J., Hilkin, A., Pyle, L., Zeitler, P. S., Nadeau, K. J., Santoro, N., & Kelsey, M. M. (2019). Sex Differences in Effects of Obesity on Reproductive Hormones and Glucose Metabolism in Early Puberty. *J Clin Endocrinol Metab*, 104(10), 4390–4397. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-02747>
- Nowrouzi, B. (2015). Weight Bias in the Workplace: A Literature Review. *Occupational Medicine & Health Affairs*, 03(03). <https://doi.org/10.4172/2329-6879.1000206>
- NVL-Programm von BÄK und KBV und AWMF. (2023). *S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Hypertonie*. AWMF online. Retrieved 01.2025 from <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-009>
- O'Connor, E. A., Evans, C. V., Henninger, M., Redmond, N., & Senger, C. A. (2024). Interventions for Weight Management in Children and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 332(3), 233–248. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.6739>
- Oberhoffer, R., & Wippermann, F. (2019). Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In *Kinderkardiologie in Deutschland. 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie 1969–2019*. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie.
- Oppert, J. M., Bellicha, A., van Baak, M. A., Battista, F., Beaulieu, K., Blundell, J. E., Carraça, E. V., Encantado, J., Ermolao, A., Pramono, A., Farpour-Lambert, N., Woodward, E., Dicker, D., & Busetto, L. (2021). Exercise training in the management of overweight and obesity in adults: Synthesis of the evidence and recommendations from the European Association for the Study of Obesity Physical Activity Working Group. *Obes Rev*, 22 Suppl 4(Suppl 4), e13273. <https://doi.org/10.1111/obr.13273>
- Overberg, J., Kalveram, L., Keller, T., Krude, H., Kühnen, P., & Wiegand, S. (2022). Interactions between nocturnal melatonin secretion, metabolism, and sleeping behavior in adolescents with obesity. *Int J Obes (Lond)*, 46(5), 1051–1058. <https://doi.org/10.1038/s41366-022-01077-4>
- Pacifico, A. (2023). Obesity and labour market outcomes in Italy: a dynamic panel data evidence with correlated random effects. *Eur J Health Econ*, 24(4), 557–574. <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01493-3>
- Pan, X. H., Tan, B., Chin, Y. H., Lee, E. C. Z., Kong, G., Chong, B., Kueh, M., Khoo, C. M., Mehta, A., Majety, P., Grandhi, G. R., Dimitriadis, G. K., Foo, R., Chew, N. W. S., Le Roux, C. W., Mamas, M. A., & Chan, M. Y. (2024). Efficacy and safety of tirzepatide, GLP-1 receptor agonists, and other weight loss drugs in overweight and obesity: a network meta-analysis. *Obesity (Silver Spring)*, 32(5), 840–856. <https://doi.org/10.1002/oby.24002>
- Pfeifer, K., & Rütten, A. (2017). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. *Das Gesundheitswesen*, 79(S 01), S2–S3.
- Price, P. H., Kaizer, A. M., Inge, T. H., & Eckel, R. H. (2020). Physical activity impacts insulin sensitivity post metabolic bariatric surgery in adolescents with severe obesity. *Int J Obes (Lond)*, 44(7), 1479–1486. <https://doi.org/10.1038/s41366-020-0585-8>

- Puhl, R. M., & Lessard, L. M. (2020). Weight Stigma in Youth: Prevalence, Consequences, and Considerations for Clinical Practice. *Current Obesity Reports*, 9(4), 402–411. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00408-8>
- Putra, I., Daly, M., & Robinson, E. (2024). Psychological well-being and the reversal of childhood overweight and obesity in the UK: a longitudinal national cohort study. *Obesity (Silver Spring)*, 32(12), 2354–2363. <https://doi.org/10.1002/oby.24147>
- Pyatak, E. A., Sequeira, P. A., Vigen, C. L., Weigensberg, M. J., Wood, J. R., Montoya, L., Ruelas, V., & Peters, A. L. (2017). Clinical and Psychosocial Outcomes of a Structured Transition Program Among Young Adults With Type 1 Diabetes. *J Adolesc Health*, 60(2), 212–218. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.004>
- Raaijmakers, L. C., Pouwels, S., Berghuis, K. A., & Nienhuijs, S. W. (2015). Technology-based interventions in the treatment of overweight and obesity: a systematic review. *Appetite*, 95, 138–151.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., & Kilroe, J. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 19(10), 1487–1500. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9706-5>
- Raymond, J. K. (2017). Models of Care for Adolescents and Young Adults with Type 1 Diabetes in Transition: Shared Medical Appointments and Telemedicine. *Pediatr Ann*, 46(5), e193–e197. <https://doi.org/10.3928/19382359-20170425-01>
- Reid, M. W., Krishnan, S., Berget, C., Cain, C., Thomas, J. F., Klingensmith, G. J., & Raymond, J. K. (2018). CoYoT1 Clinic: Home Telemedicine Increases Young Adult Engagement in Diabetes Care. *Diabetes Technol Ther*, 20(5), 370–379. <https://doi.org/10.1089/dia.2017.0450>
- Reinehr, T., Dobe, M., & Kersting, M. (2010). *Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Die Schulungsprogramme OBELDICKS Light und OBELDICKS für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
- Roeb, E., Canbay, A., Bantel, H., Bojunga, J., de Laffolie, J., Demir, M., Denzer, U. W., Geier, A., Hofmann, W. P., Hudert, C., Karlas, T., Krawczyk, M., Longerich, T., Luedde, T., Roden, M., Schattenberg, J., Sterneck, M., Tannapfel, A., Lorenz, P., & Tacke, F. (2022). [Not Available]. *Z Gastroenterol*, 60(9), 1346–1421. <https://doi.org/10.1055/a-1880-2283> (Aktualisierte S2k-Leitlinie nicht-alkoholische Fettlebererkrankung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) – April 2022 – AWMF-Registernummer: 021–025.)
- Roenneberg, T., Allebrandt, K. V., Merrow, M., & Vetter, C. (2012). Social jetlag and obesity. *Curr Biol*, 22(10), 939–943. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.03.038>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H. R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D.,...Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*, 26(4), 485–497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>

- Sancho-Domingo, C., Garmy, P., & Norell, A. (2024). Nighttime Texting on Social Media, Sleep Parameters, and Adolescent Sadness: A Mediation Analysis. *Behav Sleep Med*, 22(4), 488–498. <https://doi.org/10.1080/15402002.2024.2314281>
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., & Berens, E.-M. (2022). Neue Daten zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. *Public Health Forum*, 30(2), 128–130. <https://doi.org/doi:10.1515/pubhef-2022-0021>
- Schienkiewitz, A., Damerow, S., Mauz, E., Vogelgesang, F., Kuhnert, R., & Schaffrath Rosario, A. (2018). Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. In (Vol. 3): Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.
- Schienkiewitz, A., Kuhnert, R., Blume, M., & Mensink, G. B. M. (2022). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*(3), 23—31. <https://doi.org/10.25646/10292>
- Schienkiewitz, A., Mensink, G. B., & Scheidt-Nave, C. (2012). Comorbidity of overweight and obesity in a nationally representative sample of German adults aged 18-79 years. *BMC Public Health*, 12, 658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-658>
- Schmidt, S., Herrmann-Garitz, C., Bomba, F., & Thyen, U. (2016). A multicenter prospective quasi-experimental study on the impact of a transition-oriented generic patient education program on health service participation and quality of life in adolescents and young adults. *Patient Educ Couns*, 99(3), 421–428. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.024>
- Schmidt, S., Markwart, H., Bomba, F., Muehlan, H., Findeisen, A., Kohl, M., Menrath, I., & Thyen, U. (2018). Differential effect of a patient-education transition intervention in adolescents with IBD vs. diabetes. *Eur J Pediatr*, 177(4), 497–505. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-3080-z>
- Schmidt, S., Mühlan, H., Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study, *European Journal of Public Health*, 16(4), 420–428, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki155>
- Schoeppe, S., Alley, S., Van Lippevelde, W., Bray, N. A., Williams, S. L., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2016). Efficacy of interventions that use apps to improve diet, physical activity and sedentary behaviour: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13, 1–26.
- Schon, S. B., Cabre, H. E., & Redman, L. M. (2024). The impact of obesity on reproductive health and metabolism in reproductive-age females. *Fertil Steril*, 122(2), 194–203. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.04.036>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2010). The general self-efficacy scale (GSE). *Anxiety, Stress, and Coping*, 12, 329–345.
- Sequeira, P. A., Pyatak, E. A., Weigensberg, M. J., Vigen, C. P., Wood, J. R., Ruelas, V., Montoya, L., Cohen, M., Speer, H., Clark, S., & Peters, A. L. (2015). Let's Empower and Prepare (LEAP): Evaluation of a Structured Transition Program for Young Adults With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 38(8), 1412–1419. <https://doi.org/10.2337/dc14-2577>
- Service, C. A., Puri, D., Al Azzawi, S., Hsieh, T. C., & Patel, D. P. (2023). The impact of obesity and metabolic health on male fertility: a systematic review. *Fertil Steril*, 120(6), 1098–1111. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.10.017>
- Simon, S. L., Phimphasone-Brady, P., McKenney, K. M., Gulley, L. D., Bonny, A. E., Moore, J. M., Torres-Zegarra, C., & Cree, M. G. (2024). Comprehensive transition of care for

- polycystic ovary syndrome from adolescence to adulthood. *Lancet Child Adolesc Health*, 8(6), 443–455. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(24\)00019-1](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(24)00019-1)
- Southcombe, F., Lin, F., Krstic, S., Sim, K. A., Dennis, S., Lingam, R., & Denney-Wilson, E. (2023). Targeted dietary approaches for the management of obesity and severe obesity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Obesity*, 13(2), e12564.
- Sozialgesetzbuch IX, § 2 Begriffsbestimmungen, (2016a). https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/_168.html
- Sozialgesetzbuch IX, § 168 Erfordernis der Zustimmung, (2016b).
- Spaic, T., Robinson, T., Goldbloom, E., Gallego, P., Hramiak, I., Lawson, M. L., Malcolm, J., Mahon, J., Morrison, D., Parikh, A., Simone, A., Stein, R., Uvarov, A., & Clarkson, C. (2019). Closing the Gap: Results of the Multicenter Canadian Randomized Controlled Trial of Structured Transition in Young Adults With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 42(6), 1018–1026. <https://doi.org/10.2337/dc18-2187>
- St Fleur, R. G., Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, J. A., Horton, N. J., Hirschhorn, J. N., & Field, A. E. (2023). Phenotyping children and adolescents with obesity using behavioral, psychological, and familial data. *Obesity (Silver Spring)*, 31(12), 3016–3024. <https://doi.org/10.1002/oby.23893>
- Stabouli, S., Erdine, S., Suurorg, L., Jankauskienė, A., & Lurbe, E. (2021). Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents: The Bidirectional Link. *Nutrients*, 13(12), 4321. <https://doi.org/10.3390/nu13124321>
- Steinbeck, K. S., Shrewsbury, V. A., Harvey, V., Mikler, K., Donaghue, K. C., Craig, M. E., & Woodhead, H. J. (2015). A pilot randomized controlled trial of a post-discharge program to support emerging adults with type 1 diabetes mellitus transition from pediatric to adult care. *Pediatr Diabetes*, 16(8), 634–639. <https://doi.org/10.1111/pedi.12229>
- Sundbom, M., Järholm, K., Sjögren, L., Nowicka, P., & Lagerros, Y. T. (2024). Obesity treatment in adolescents and adults in the era of personalized medicine. *J Intern Med*, 296(2), 139–155. <https://doi.org/10.1111/joim.13816>
- Tanas, R., Gil, B., Marsella, M., Nowicka, P., Pezzoli, V., Phelan, S. M., Queirolo, S., Stanford, F. C., Pettoello-Mantovani, M., & Bernasconi, S. (2022). Addressing Weight Stigma and Weight-Based Discrimination in Children: Preparing Pediatricians to Meet the Challenge. *J Pediatr*, 248, 135–136.e133. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2022.06.011>
- Tarantino, G., Cataldi, M., & Citro, V. (2022). Could Alcohol Abuse and Dependence on Junk Foods Inducing Obesity and/or Illicit Drug Use Represent Danger to Liver in Young People with Altered Psychological/Relational Spheres or Emotional Problems? *International Journal of Molecular Sciences*, 23(18), 10406.
- Thedinga, K. H., Zehl, R., & Thiel, A. (2021). Weight stigma experiences and self-exclusion from sport and exercise settings among people with obesity. *BMC Public Health*, 21(1), 565. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10565-7>
- Tucker, J. M., Siegel, R., Murray, P. J., Han, J. C., Boyer, K., Reed, N., Allenby, T., & Novick, M. (2022). Acceptability of Time-Limited Eating in Pediatric Weight Management. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 13, 811489. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.811489>
- Turner, F., Powell, S. G., Al-Lamee, H., Gadhvi, A., Palmer, E., Drakeley, A., Sprung, V. S., Hapangama, D., & Tempest, N. (2024). Impact of BMI on fertility in an otherwise healthy population: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 14(10), e082123. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-082123>

- Wabitsch, M. (2012). Informationen und Stellungnahme zu bariatrisch-chirurgischen Maßnahmen bei Jugendlichen mit extremer Adipositas. *Adipositas-Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*, 6(02), 99–103.
- Wagner, B. E., & Cook, S. (2024). Weight Bias and Stigma in Pediatric Obesity. *Pediatr Clin North Am*, 71(5), 819–830. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2024.07.005>
- Wang, W., Ruan, H., Shen, Y., Cheng, J., Sun, W., & Huang, C. (2024). Effectiveness of utilizing step-monitoring devices to prevent and treat obesity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Digit Health*, 10, 20552076241272589. <https://doi.org/10.1177/20552076241272589>
- Warschburger, P., Kamrath, C., Lanzinger, S., Sengler, C., Wiegand, S., Gödel, J. M., Weihrauch-Blüher, S., Holl, R. W., & Minden, K. (2023). A prospective analysis of the long-term impact of the COVID-19 pandemic on well-being and health care among children with a chronic condition and their families: a study protocol of the KICK-COVID study. *BMC pediatrics*, 23(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-03912-7>
- Weihrauch-Blüher, S., Huizinga, O., Joisten, C., Pflanz, J., Torbahn, G., Wiegand, S., Holzapfel, C., & Hauner, H. (2023). Changes in Lifestyle and Body Weight in Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic: A Representative Survey of Parents in Germany. *Obes Facts*, 16(3), 301–312. <https://doi.org/10.1159/000529116>
- Werner, H., Albrecht, J. N., Widmer, N., Janisch, D., Huber, R., & Jenni, O. G. (2022). Adolescents' preference for later school start times. *J Sleep Res*, 31(1), e13401. <https://doi.org/10.1111/jsr.13401>
- Wharton, S., Lau, D. C. W., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., Adamo, K., Alberga, A., Bell, R., Boulé, N., Boyling, E., Brown, J., Calam, B., Clarke, C., Crowshoe, L., Divalentino, D., Forhan, M., Freedhoff, Y., Gagner, M.,...Wicklum, S. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Cmaj*, 192(31), E875–e891. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>
- White, M., O'Connell, M. A., & Cameron, F. J. (2017). Clinic attendance and disengagement of young adults with type 1 diabetes after transition of care from paediatric to adult services (TrACeD): a randomised, open-label, controlled trial. *Lancet Child Adolesc Health*, 1(4), 274–283. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(17\)30089-5](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(17)30089-5)
- WHO (1998). Wellbeing measures in primary health care/the deprecare project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Pages/default.aspx>
- Wulff, H., Duan, Y., & Wagner, P. (2021). Physical activity and social network use of adolescents in overweight and obesity treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6938.
- Yerges, A., Semeniuk, Y., Vidmar, K., Stanek, R., Van Den Langenberg, B., Carrel, A., & Bekx, T. (2025). The transfer of care experience in young adults with type 1 diabetes. *J Pediatr Endocrinol Metab*, 38(4), 333–339. <https://doi.org/10.1515/jpem-2024-0456>
- Yi, D. Y., Kim, S. C., Lee, J. H., Lee, E. H., Kim, J. Y., Kim, Y. J., Kang, K. S., Hong, J., Shim, J. O., Lee, Y., Kang, B., Lee, Y. J., Kim, M. J., Moon, J. S., Koh, H., You, J., Kwak, Y. S., Lim, H., & Yang, H. R. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of pediatric obesity: Recommendations from the committee on pediatric obesity of the Korean society of pediatric gastroenterology hepatology and nutrition. *Korean Journal of Pediatrics*, 62(1), 3–21. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3345/kjp.2018.07360>

- Zeller, M. H., Becnel, J., Reiter-Purtill, J., Peugh, J., & Wu, Y. P. (2016). Associations Among Excess Weight Status and Tobacco, Alcohol, and Illicit Drug Use in a Large National Sample of Early Adolescent Youth. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 17(4), 483–492. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0639-2>
- Zeller, M. H., Kidwell, K. M., Reiter-Purtill, J., Jenkins, T. M., Michalsky, M. P., Mitchell, J. E., Courcoulas, A. P., & Inge, T. H. (2021). Cigarette Use and Adolescent Metabolic and Bariatric Surgery. *Obesity (Silver Spring)*, 29(3), 579–586. <https://doi.org/10.1002/oby.23084>
- Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J., Jenkins, T. M., Kidwell, K. M., Bensman, H. E., Mitchell, J. E., Courcoulas, A. P., Inge, T. H., Ley, S. L., Gordon, K. H., Chaves, E. A., Washington, G. A., Austin, H. M., & Rofey, D. L. (2020). Suicidal thoughts and behaviors in adolescents who underwent bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*, 16(4), 568–580. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.12.015>
- Zeller, M. H., Strong, H., Reiter-Purtill, J., Jenkins, T. M., Mitchell, J. E., Michalsky, M. P., & Helmrath, M. A. (2023). Marijuana, e-cigarette, and tobacco product use in young adults who underwent pediatric bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*, 19(5), 512–521. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2022.11.008>
- Ziegeldorf, A., Pawellek, S., & Wulff, H. (2021). Digitale Medien im Kontext der bewegungsbezogenen Übergewichts- und Adipositasintervention: Eine systematische Analyse von Ansätzen und Wirkungspotenzialen. *Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge*, S186–207.
- Ziegeldorf, A., Wagner, P., & Wulff, H. (2020). Effects of media-assisted therapeutic approaches on physical activity of obese adults: a systematic review. *BMC endocrine disorders*, 20, 1–10.
- Zwaan, M., Engeli, S., & Müller, A. (2015). Temperamental factors in severe weight cycling. A cross-sectional study. *Appetite*, 91, 336–342. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.04.064>

Versionsnummer:	1.0
Erstveröffentlichung:	11/2025
Überarbeitung von:	-
Nächste Überprüfung geplant:	11/2030

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

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

Leitlinienreport

**S3-Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die
Erwachsenenmedizin**

der

**Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen
Adipositas-Gesellschaft (DAG)**

und

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)



Version 1.0 / 27. April 2026

AWMF-Registernummer: 050-003

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF22014 gefördert.

Schlüsselwörter: Transition, Adipositas, Arztwechsel, Jugendliche, Heranwachsende

Keywords: transition, transition of care, transitional care, obesity, adolescents, young adults

1. Informationen zum Leitlinienreport

1.1 Autor:innen des Leitlinienreports

Brauchmann, Jana

Ernst, Gundula

Kapp, Philipp

Laudenbach, Luise

Tannen, Antje

Torbahn, Gabriel

Wiegand, Susanna

1.2 Herausgebende

PD Dr. biol. hum. Gundula Ernst

Prof. Dr. med. Susanna Wiegand

1.3 Federführende Fachgesellschaften

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG)

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.

Geschäftsstelle

Fraunhoferstr. 5

82152 Martinsried

Tel. 089 – 710 48 358

E-Mail: mail@adipositas-gesellschaft.de

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM) e.V.

Geschäftsstelle

c/o Kirsten Gerber

Grethe-Jürgens-Straße 30

30655 Hannover

Tel. 0511 - 532 4436

Email: info@transitionsmedizin.net

1.4 Finanzierung der Leitlinie

Die Evidenzrecherche und die Entwicklung dieser Leitlinie erfolgte im Rahmen des Innovationsfondsprojektes "Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin/ TransitADI" (Förderung: G-BA, Förderkennzeichen 01VSF22014). Die Entwicklung erfolgte damit unabhängig von Interessengruppen. Die Mandatstragenden der verschiedenen Fachgesellschaften und -initiativen arbeiteten ehrenamtlich und erhielten keine Honorare.

1.5 Kontakt

Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an die Autor:innen oder das Leitliniensekretariat gesendet werden:

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.

Geschäftsstelle

Fraunhoferstr. 5

82152 Martinsried

Tel. 089 – 710 48 358

E-Mail: mail@adipositas-gesellschaft.de

1.6 Zitierweise des Leitlinienreports

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Gesellschaft für Transitionsmedizin. S3-Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin. Leitlinienreport Version 1.0, 2025. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003>. Zugriff am TT.MM.JJJJ

1.7. Weitere Dokumente zur Leitlinie

- Langfassung
- Patientenleitlinie in den Sprachen Deutsch, Englisch, Polnisch, Türkisch, Arabisch, Spanisch

1.8 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Abkürzungsverzeichnis.	5
Tabelle 2: Zuständigkeiten des Leitlinien-Teams.	12
Tabelle 3: Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen.	13
Tabelle 4: Beteiligte Selbsthilfe-Organisationen und Patientenvertreter:innen.	14
Tabelle 5: PICOS-Schema für die systematische Literaturrecherche.	16
Tabelle 6: Vertrauen in die Effektschätzer nach GRADE.	21
Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen Studien.	23
Tabelle 8: Charakteristika der Interventionen zur Transition.	25
Tabelle 9: Charakteristika der Studienteilnehmenden der eingeschlossenen Studien.	27
Tabelle 10: Extrahierte Outcomes und die dazugehörigen Messinstrumente.	28
Tabelle 11: Deutsche Übersetzung der verwendeten englischen Begriffe.	30
Tabelle 12: Studienergebnisse - Health related quality of life: Quality of Life (RCT).	30
Tabelle 13: Studienergebnisse - (health related) Quality of Life (NRSI).	30
Tabelle 14: Studienergebnisse - Health related quality of life: Self-efficacy (RCT).	30
Tabelle 15: Studienergebnisse - Health related quality of life: Self-efficacy (NRSI).	30
Tabelle 16: Studienergebnisse - Continuity of Care: Transfer rate (RCTs).	31
Tabelle 17: Studienergebnisse - Continuity of Care: Transfer rate (NRSI).	31
Tabelle 18: Studienergebnisse - Continuity of Care: Clinical attendance (RCTs).	31
Tabelle 19: Studienergebnisse - Health literacy (NRSI).	31
Tabelle 20: Studienergebnisse - Self-management (RCT).	31
Tabelle 21: Studienergebnisse - Self-management (NRSI).	31
Tabelle 22: Studienergebnisse - Continuity of care: transition readiness (RCTs).	32
Tabelle 23: Studienergebnisse - Continuity of care: transition readiness (NRSI).	32
Tabelle 24: Studienergebnisse - (disease-specific) physical health status: HbA1c % (RCTs). ..	32
Tabelle 25: Studienergebnisse - (disease-specific) physical health status: HbA1c % (NRSI). ..	32
Tabelle 26: GRADE - Contact health-care professional (HCP).	33
Tabelle 27: GRADE - Appointment reminders.	34
Tabelle 28: GRADE - Same physician for pediatric and adult care.	35
Tabelle 29: GRADE - Multimodal transition program.	36
Tabelle 30: GRADE - Intensive education on content related to the transition period.	38
Tabelle 31: GRADE - Education and disease management.	41

Tabelle 32: GRADE - App for providing information.	44
Tabelle 33: GRADE - Multicomponent interventions.....	46
Tabelle 34: Deskriptive Synthese von Interventionseffekten ohne GRADE-Bewertung.	48
Tabelle 35: Aufschlüsselung der Empfehlungsgrade A, B und O.....	52
Tabelle 36: Ableitung des Empfehlungsgrad anhand definierter EtD-Kriterien.	53
Tabelle 37: Klassifikation der Konsensstärke (modifiziert nach AWMF).	59
Tabelle 38: Abstimmungsergebnisse der einzelnen Leitlinien-Empfehlungen.....	59
Tabelle 39: Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten.....	67
Tabelle 40: Verbreitung der Leitlinie durch Publikationen und Kongressbeiträge.....	73

1.9 Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 1: Abkürzungsverzeichnis.

AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas
AJE	Adoleszente und junge Erwachsene
BMI	Body Mass Index
CED	chronisch entzündliche Darmerkrankung
DAG	Deutsche Adipositas Gesellschaft
GfTM	Gesellschaft für Transitionsmedizin
i.d.R	In der Regel
k.A.	Keine Angabe
KI	Konfidenzintervall
MD	Mittelwertdifferenz
Mon.	Monat
NRSI	Nicht-randomisierte Interventionsstudie (Non-Randomized Study of Intervention)
PICOS	Patient (P), Intervention (I), Comparison (C)/Vergleich, Outcome (O)/Ergebnis, Study Design/Studiendesign (S)
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
RR	Relatives Risiko

Inhalt

1. Informationen zum Leitlinienreport.....	2
1.1 Autor:innen des Leitlinienreports	2
1.2 Herausgebende	2
1.3 Federführende Fachgesellschaften	2
1.4 Finanzierung der Leitlinie	3
1.5 Kontakt	3
1.6 Zitierweise des Leitlinienreports	3
1.7. Weitere Dokumente zur Leitlinie	3
1.8 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	4
1.9 Abkürzungsverzeichnis	5
2. Geltungsbereich und Zweck	7
2.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas.....	7
2.2 Zielorientierung der Leitlinie	7
2.3 Zielpopulation.....	8
2.4 Versorgungsbereich.....	8
2.5 Adressat:innen.....	9
2.6 Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren.....	9
3. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen	10
3.1 Koordination.....	10
3.2 Methodische Koordination und Redaktion	11
3.3 Beteiligte Fachgesellschaften	13
3.4 Beteiligung von Selbsthilfe Organisationen und Patientenvertreter:innen.....	14
4. Evidenzbericht zum methodischen Vorgehen bei der Erstellung der Leitlinie	15
4.1. Methoden.....	15
4.2 Ergebnisse.....	21
5. Formulierung der Empfehlungen und Konsensfindung	52
5.1 Schema der Empfehlungsgraduierung und Festlegung des Empfehlungsgrads	52
5.2 Evidence-to-Decision-Framework	52
5.3 Konsensverfahren und Konsensuskonferenz	57
5.4 Erstellung der Patientenversion der Leitlinie	60
6. Konsultation und Verabschiedung	61
7. Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten	65
8. Verbreitung und Implementierung	73
9. Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie	75
10. Anlagen zum Leitlinienreport	76
10.1 Suchstrategien Tabelle S1 – S4.....	76
10.2 Checkliste zur Transition	81

2. Geltungsbereich und Zweck

2.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Die Entwicklung einer Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin ist essenziell, da diese Patientengruppe besondere medizinische und psychosoziale Bedarfe hat, die in bestehenden Leitlinien für Kinder und Erwachsene nicht ausreichend berücksichtigt werden. Eine strukturierte Transition ist notwendig, um die kontinuierliche Betreuung der chronischen Erkrankung sicherzustellen und langfristige Gesundheitsrisiken zu minimieren. Zudem bestehen erhebliche Diskrepanzen in der Diagnostik und Therapie zwischen Pädiatrie und Erwachsenenmedizin, weshalb Behandlungsteams klare Orientierungshilfen benötigen. Da etablierte Versorgungsstrukturen oft fehlen und eine Adipositas mit hoher Wahrscheinlichkeit ins Erwachsenenalter übergeht, hat ein erfolgreicher Transitionsprozess auch gesundheitsökonomische Bedeutung. Die Leitlinie soll helfen, Versorgungslücken zu schließen und eine regelhafte Finanzierung durch Kostenträger zu sichern.

2.2 Zielorientierung der Leitlinie

Die Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin verfolgt folgende Ziele:

- Sicherstellung einer altersangepassten medizinischen Versorgung von Jugendlichen (12–17 Jahre) und jungen Erwachsenen (18–26 Jahre) mit Adipositas.
- Unterstützung der Jugendlichen beim schrittweisen Übernehmen von Eigenverantwortung für ihre Behandlung in den Bereichen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit.
- Berücksichtigung der besonderen Bedarfe junger Menschen mit Adipositas, die in bestehenden Leitlinien für Kinder sowie für Erwachsene nicht ausreichend adressiert sind (z. B. Einfluss von Adipositas auf Verhütung, Kinderwunsch oder Berufswahl).
- Sicherstellung eines geplanten und professionell begleiteten Übergangs von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin, um eine nahtlose Weiterbehandlung zu ermöglichen.

- Wissenschaftliche Aufarbeitung der Unterschiede in Diagnostik und Therapie zwischen Pädiatrie und Erwachsenenmedizin
- Verbesserung der Versorgungskontinuität, da Adipositas mit hoher Wahrscheinlichkeit ins Erwachsenenalter übergeht, und Vermeidung von Langzeitfolgen, die hohe Kosten im Gesundheitssystem verursachen.
- Bereitstellung von Entscheidungshilfen für Ärzt:innen und Gesundheitsfachkräfte zur bestmöglichen Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Adipositas.
- Einbezug multiprofessioneller Versorgungsstrukturen und ggf. weiterer Institutionen (z. B. Jugendamt, Agentur für Arbeit) zur Unterstützung der sozialen Teilhabe und Lebensqualität der Betroffenen.

2.3 Zielpopulation

Diese Leitlinie und die darin enthaltenen Empfehlungen richten sich an Jugendliche (12 bis 17 Jahre) sowie junge Erwachsene (18–26 Jahre) mit Adipositas.

Bei Jugendlichen wird Adipositas als ein BMI oberhalb der 97. Perzentile gemäß Kromeyer-Hauschild definiert (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 2019). Ab dem 18. Lebensjahr erfolgt die Klassifikation anhand von BMI-Kategorien, wobei ein BMI zwischen 25 und 29,9 kg/m² als Übergewicht und ein BMI über 30 kg/m² als Adipositas eingestuft wird (Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG), 2024).

2.4 Versorgungsbereich

Die Leitlinie adressiert alle Versorgungsbereiche, die an der Diagnostik und Therapie von jungen Menschen mit Adipositas beteiligt sind:

1. Ambulante Versorgung:

- Kinder- und Jugendmedizinische Praxen
- Hausärztliche und internistische Praxen
- Spezialisierte (interdisziplinäre) Einrichtungen

2. Stationäre Versorgung:

- Kinderkliniken

- Stationäre Einrichtungen für Erwachsene
- Kinder- und Jugendrehabilitationskliniken mit einer Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung oder Rentenversicherung

Die ambulante Versorgung steht dabei Vordergrund und kann durch Rehabilitationsmaßnahmen ergänzt werden. Die stationäre Versorgung dient der Diagnostik und Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen.

2.5 Adressat:innen

Diese Leitlinie richtet sich vorrangig an medizinische Fachrichtungen, die junge Menschen mit Adipositas primär versorgen: Kinder- und Jugendmediziner:innen, Allgemeinmediziner:innen. Außerdem adressiert sie alle weiteren an der Diagnostik und Therapie der Adipositas (einschließlich Begleit- und Folgeerkrankungen) beteiligten Fachgebiete: Endokrinologie und Diabetologie, Chirurgie, Gastroenterologie sowie Psychosomatische Medizin/Psychotherapie. Sie dient darüber hinaus zur Information für Internist:innen und den Fachgebieten der Pneumologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie/Neuropädiatrie und Schlafmedizin, sowie der beteiligten Gesundheitsfachberufe und der nicht-medizinische Berufsgruppen, die an der multiprofessionellen Behandlung von jungen Menschen mit Adipositas beteiligt sind, z.B. Ernährungsfachkräfte, Sport- und Physiotherapeut:innen, Sozialpädagog:innen, Psychotherapeut:innen. Wenn Ärztinnen, Ärzte und Gesundheitsfachkräfte zusammenarbeiten, wird von einem Behandlungsteam gesprochen.

Betroffenen Patient:innen und ihren Familien sowie den Adipositas-Selbsthilfeorganisationen soll die Leitlinie ebenfalls zur Verfügung stehen. Zu diesem Zweck wird eine Patientenversion der Leitlinie erstellt, die in unterschiedliche Sprachen übersetzt wird. Zudem dient die Leitlinie der Information von Personen aus Politik, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Selbsthilfeorganisationen, Trägern von sozialen und beruflichen Leistungen sowie anderen Stakeholdern.

2.6 Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie ist ab dem 12.11.2025 bis zur nächsten Aktualisierung voraussichtlich bis zum 11.11.2030 gültig. Die Leitlinie gibt den Stand des Wissens auf Grundlage der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz und der Expertise von Expert:innen wieder.

Da in diesem Forschungsfeld bisher keine kontrollierten Studien im Bereich Adipositas durchgeführt wurden, war die Übertragung der Forschungsergebnisse von vergleichbaren chronischen Erkrankungen notwendig. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich die Evidenzlage sehr kurzfristig verändert, sodass die maximale Gültigkeitsdauer von 5 Jahren im AWMF-Register angemessen erscheint. Sollten wesentliche Neuerungen die Änderung einzelner Empfehlungen erfordern, so wird dies in Form eines Amendments umgesetzt werden.

Die Ansprechpartnerin für das Aktualisierungsverfahren ist Frau Prof. Dr. med. Susanna Wiegand (susanna.wiegand@charite.de).

Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an die Autor:innen oder das Leitliniensekretariat gesendet werden (siehe 1.5).

3. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen

3.1 Koordination

Die Leitlinie wurde federführend von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) in der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) sowie der Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM) erstellt. Als Koordinatorin der AGA wurde Frau Prof. Dr. Susanna Wiegand und als Koordinatorin der GfTM Frau PD Dr. Gundula Ernst beauftragt.

Die AGA ist eine Arbeitsgruppe der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und befasst sich speziell mit der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen. Das Ziel der AGA ist, die wissenschaftliche Forschung und Diskussion im Bereich der Adipositas im Kindes- und Jugendalter zu fördern sowie die Entwicklung von Konzepten und Leitlinien zur Diagnostik und Therapie voranzutreiben.

Ziel der GfTM ist es, die Transition von chronisch kranken jungen Menschen von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin mit einem ganzheitlichen und interdisziplinären Ansatz zu fördern und als verbindliche Regelleistung zu etablieren. Sie unterstützt die Entwicklung von generischen Konzepten und Tools zur Transition, ebenso wie die Erarbeitung von krankheitsspezifischen Ansätzen.

3.2 Methodische Koordination und Redaktion

Die Leitlinienentwicklung wurde methodisch von Dr. Monika Nothacker MPH (AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Philipps Universität Marburg) initiiert und punktuell begleitet. Die Leitlinienkonferenz wurde von Frauke Schwier (AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Philipps Universität Marburg) moderiert.

Die systematische Aufarbeitung und Bewertung der Literatur erfolgte federführend durch Gabriel Torbahn (MPH, Klinikum Nürnberg) und methodisch begleitet durch Philipp Kapp (M.Sc. Global Health, Universitätsklinikum Freiburg) und Prof. Dr. Jörg Meerpohl (Universitätsklinikum Freiburg).

Die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen Dr. Jana Brauchmann (M. Sc. Ernährungswissenschaften), Luise Laudenbach (M. Sc. Psychologie) und Nicole Vanersa (B. Sc. Pflegewissenschaft) waren an der methodischen Umsetzung der Evidenzaufbereitung sowie an der Redaktion der Leitlinie beteiligt.

An der Entwicklung der Forschungsfragen, der Formulierung der Empfehlungen und der Erstellung der Hintergrundtexte wurde ergänzend die pflegewissenschaftliche Expertise von PD Dr. Antje Tannen, MPH (Institut für klinische Pflegewissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin) herangezogen.

Für die Forschungsfragen und Hintergrundtexte wurde ergänzend die medizinische Expertise von Frau apl. Prof. Dr. Susann Weihrauch-Blüher (Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder- und Jugendendokrinologie und –Diabetologie, ZB Ernährungsmedizin, Universitätsmedizin Halle) herangezogen.

Prof. Dr. Susanna Wiegand und PD Dr. Gundula Ernst waren die verantwortlichen Koordinatorinnen der Leitlinie. Zusätzlich zu ihrer Expertise zu Adipositas (SW) und Transition (GE) waren sie verantwortlich für Forschungsfragen, -design, Formulierung von Empfehlungen und Hintergrundtexten sowie die Abstimmung mit den Fachgesellschaften und der AWMF.

Eine Übersicht der Zuständigkeiten des Leitlinien-Teams und einzelnen Funktionen findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Zuständigkeiten des Leitlinien-Teams.

Person	Zuständigkeiten
Gabriel Torbahn , MPH, Ernährungswissenschaftler, Co-Leitung Adipositasberatungsstelle, Klinik für Neugeborene, Kinder und Jugendliche, Klinikum Nürnberg – Campus Süd, Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität	Methodische Koordination und Begleitung, Entwicklung und Umsetzung von zwei systematischen Literaturrecherchen, einschließlich PICO-Fragestellung, Entwicklung der Suchstrategien für verschiedene Datenbanken sowie Verwaltung und Screening der Ergebnisse in Covidence, Evidenzsynthese und -bewertung, redaktionelle Tätigkeiten bei der Erstellung der Leitlinie und des Leitlinien-Reports
Jana Brauchmann , Dr. rer. medic. (Ernährungswissenschaften), wissenschaftliche Mitarbeiterin und Ernährungstherapeutin, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin	Title-Abstract und Volltext-Screening der Referenzen aus den systematischen Literaturrecherchen, Bewertung von nationalen und internationalen Leitlinien mit AGREE II, Gegenüberstellung von Empfehlungen für die Pädiatrie und Erwachsenenmedizin, Risk of Bias Bewertung der eingeschlossenen Studien mit Transitions-Interventionen, Datenextraktion und Verwaltung, Redaktionelle Tätigkeiten bei der Erstellung der Leitlinie, des Leitlinien-Reports sowie der Patientenversion der Leitlinie
Luise Laudенbach , M. Sc. (Psychologie), wissenschaftliche Mitarbeiterin, Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover	Title-Abstract und Volltext-Screening der Referenzen aus den systematischen Literaturrecherchen, Bewertung von nationalen und internationalen Leitlinien mit AGREE II, Gegenüberstellung von Empfehlungen für die Pädiatrie und Erwachsenenmedizin, Risk of Bias Bewertung der eingeschlossenen Studien mit Transitions-Interventionen, Datenextraktion und Verwaltung, Redaktionelle Tätigkeiten bei der Erstellung der Leitlinie, des Leitlinien-Reports sowie der Patientenversion der Leitlinie
Nicole Vanersa , B. Sc. (Pflegerwissenschaften), Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für klinische Pflegewissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin	Title-Abstract und Volltext-Screening der Referenzen aus den systematischen Literaturrecherchen, Bewertung von nationalen und internationalen Leitlinien mit AGREE II, Redaktionelle Tätigkeiten bei der Erstellung der Leitlinie
Philipp Kapp , M. Sc, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Evidenz in der Medizin, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg	Entwicklung und Umsetzung von zwei systematischen Literaturrecherchen, einschließlich PICO-Fragestellung, Entwicklung der Suchstrategien für verschiedene Datenbanken sowie Verwaltung und Screening der Ergebnisse in Covidence, Evidenzsynthese und -bewertung, redaktionelle Tätigkeiten bei der Erstellung der Leitlinie und des Leitlinien-Reports

3.3 Beteiligte Fachgesellschaften

Relevante Fachgesellschaften und Patientenvertreter:innen wurden angeschrieben und zur Mitarbeit an der Leitlinie eingeladen.

Die Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention - Deutsche Hochdruckliga e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. haben nicht an der Leitlinienerstellung teilgenommen. Beide Fachgesellschaften wurden zu Beginn der Leitlinienerstellung angefragt, waren jedoch aufgrund mangelnder personeller Kapazitäten nicht in der Lage Mandatsträger:innen zu entsenden.

Frau Lena Herzer (DGSPJ) und Herr Dr. Thomas Kapellen (DDG) konnten nicht an der Konsensuskonferenz teilnehmen, waren davon unabhängig aber an der Leitlinienerstellung beteiligt und haben dem Leitlinienentwurf zugestimmt.

In Tabelle 3 sind alle stimmberechtigten Mandatstragenden der teilnehmenden Fachgesellschaften dargestellt.

Tabelle 3: Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen.

Beteiligte Fachgesellschaften	Stimmberechtigte Mandatstragende
Berliner TransitionsProgramm	Dr. Silvia Müther
Berufsverband für Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)	Dr. Gabriele Trost-Brinkhues
Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD)	Dana Morawski
Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG)	Prof. Dr. Susanna Wiegand
Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)	Dr. Thomas Kapellen
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)	Prof. Dr. Tanja Legenbauer
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)	Lena Herzer
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)	Prof. Dr. Mirko Otto
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Lisa Degener PD Dr. Heidrun Lingner
Deutsche Gesellschaft für Essstörungen (DGESS)	Prof. Dr. Georgios Paslakis

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	PD Dr. Monika Rau
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)	Prof. Dr. Wiebke Fenske
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Prof. Dr. Hans Georg Koch
Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED)	Dr. Felix Reschke
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	Britta Pehlke
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)	Dr. Ines Gellhaus
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	Britta Pehlke
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE)	Prof. Dr. Patrick Gerner
Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)	PD Dr. Gundula Ernst
Kompetenznetz Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter (KomPaS)	PD Dr. Gundula Ernst
Konsensusgruppe Adipositaschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS)	Dr. Markus Röbl

3.4 Beteiligung von Selbsthilfe Organisationen und Patientenvertreter:innen

Weiterhin waren an dieser Leitlinie eine Patientenvertreterin sowie Mandatstragende eines Selbsthilfeverbands (Melanie Bahlke, Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e.V.), zwei Selbsthilfeverbände (AdipositasHilfe Deutschland e.V., Adipositas Verband Deutschland e.V.) sowie ein Dachverband der Selbsthilfe (Kindernetzwerk e.V.) beteiligt (siehe Tab. 4).

Tabelle 4: Beteiligte Selbsthilfe-Organisationen und Patientenvertreter:innen.

Selbsthilfe-Organisationen und Patientenvertreter:innen	Stimmberechtigte Mandatstragende
Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e.V.	Melanie Bahlke
AdipositasHilfe Deutschland e.V.	Michael Wirtz
Adipositas Verband Deutschland e.V.	Marion Rung-Friebe
Kindernetzwerk (knw) e.V	Dr. Johannes Oepen

4. Evidenzbericht zum methodischen Vorgehen bei der Erstellung der Leitlinie

Die methodische Grundlage für diese Leitlinie ist im AWMF-Regelwerk (<https://www.awmf.org/regelwerk/>) beschrieben. Für die Generierung einer Leitlinie auf S3-Niveau wurden die notwendigen methodischen Schritte (Spezifizierung der Fragestellung anhand des PICOS-Schemas, systematische Literaturrecherche, Auswahl und Bewertung der Studien, Datenextraktion, narrative und/oder statistische Ergebnissynthese und Bewertung der Vertrauenswürdigkeit) entsprechend umgesetzt.

4.1. Methoden

4.1.1. Einschluss- und Ausschlusskriterien

Die Schlüsselfrage der Leitlinie wurde von den klinischen und methodischen Leitlinienkoordinator:innen vorbereitend erarbeitet:

Haben Interventionen zur Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin bei jungen Menschen mit Adipositas und vergleichbaren Erkrankungen einen Einfluss auf die Kontinuität der Versorgung, die Transitionsbereitschaft und -befähigung, die psychische und körperliche Gesundheit sowie die Gesundheitskompetenz und das Selbstmanagement?

Das in Tabelle 5 dargestellte PICOS-Schema wurde als Grundlage für die systematische Literatursuche und zur Ableitung der evidenzbasierten Empfehlungen verwendet.

Zur Vorbereitung und Orientierung erfolgte vor der systematischen Literatursuche eine orientierende Recherche in der PubMed Literaturdatenbank, bei der keine spezifischen Interventionen zur Transition junge Menschen mit Adipositas gefunden wurden.

Daher wurden weitere chronische Erkrankungen in die Suchstrategie eingeschlossen, die sich auf Adipositas übertragen lassen (siehe Tab. 5).

Eingeschlossen wurden RCTs und NRSI, einschließlich Studien, bei denen die Teilnehmenden mit Hilfe von Methoden, die nicht zufällig sind, verschiedenen Gruppen (Interventions- und Kontrollgruppe) zugewiesen wurden, sowie Beobachtungsstudien wie beispielsweise prospektive Kohortenstudien mit einer Kontrollgruppe oder "interrupted time series"-Studien.

Die in Tabelle 5 gelisteten relevanten Outcomes wurden a priori definiert; es wurde jedoch nicht festgelegt, mittels welcher Messinstrumente die Datenerhebung stattgefunden haben sollte. In einem ersten Schritt wurden alle in den Studien beschriebenen Outcomes extrahiert, für die Daten zur Baseline und zum Follow-Up vorlagen (siehe Tab. 5). Einzeln berichtete Subskalen-Ergebnisse von Outcomes, z. B. von Fragebögen zur Lebensqualität, wurden ausgeschlossen. Alle Outcomes wurden standardisiert (einheitliche Bezeichnung), gruppiert und hinsichtlich ihrer Häufigkeit in einer PIVOT Tabelle dargestellt. Diese Tabelle wurde den Expert:innen des Leitlinienteams zur Diskussion vorgelegt, um zu entscheiden, welche Outcomes unseren Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen.

Es wurden ausschließlich Outcomes eingeschlossen, die mittels validierter Instrumente erhoben wurden (siehe Ergebnisteil Tab. 10).

Tabelle 5: PICOS-Schema für die systematische Literaturrecherche.

Population (P)	<p>Junge Menschen (11-26 Jahre) mit:</p> <p>Adipositas oder chronische Erkrankungen; sehr gut auf Adipositas übertragbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Typ I • Diabetes Typ II <p>Anderen chronischen Erkrankungen; gute Übertragbarkeit auf Adipositas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa) • Rheumatische Erkrankungen, i.d.R. Juvenile Idiopathische Arthritis • Asthma bronchiale
Intervention (I)	<p>Intervention zur Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin, z. B. Bewertung und Planung der Transition, pädagogische Interventionen (Schulungen, Workshops, auch in virtueller Form), Fallmanagement (Transitionskoordinator:innen) oder Qualifikation von Angehörigen der Gesundheitsberufe (z. B. Weiterbildung zum/zur Transitionstrainer:in oder zum Transitionsmanagement)</p>
Kontrolle (C)	<p>Kontrollgruppe erhält:</p> <ul style="list-style-type: none"> • andere Interventionen zur Transition mit geringerer Intensität • Regelversorgung (care as usual, standard care, routine care)

Outcomes (O)	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuität der Versorgung (z. B. Wahrnehmung von Arztterminen; Zeit bis zum ersten Termin nach der Überweisung, Loss-to-follow-up) • Transitionsbereitschaft und -befähigung (transition readiness) • (krankheitsspezifischer) Gesundheitszustand (z. B. BMI, HbA1c, time-in-range, medizinische Komplikationen (z. B. Hospitalisierungen, Ketoazidosen, mikrovaskuläre Ereignisse) • Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit (z. B., Selbstwirksamkeit, emotionales Wohlbefinden, Depressions- und Angstsymptome) • Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement (z. B. Fähigkeit und Wissen zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen, Kommunikationsfähigkeiten, therapierrelevante Fertigkeiten) • Soziale, schulische oder berufliche Teilhabe (z. B. Fehlzeiten, Arbeitslosigkeit) • Vertrauen in die Versorgung/ Zufriedenheit der Patient:innen mit der Versorgung • Transferrate und Terminadhärenz <p>Es wurden keine Einschränkungen hinsichtlich des Versorgungskontexts (z. B. Krankenhaus, Primärversorgung und Gemeinde) oder des Landes vorgenommen.</p>
Studiendesign (S)	<p>RCTs und NRSI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adipositas • Diabetes mellitus Typ II • Diabetes mellitus Typ I <p>Nur RCTs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen • Rheumatoide Arthritis • Asthma bronchiale

Legende: CED Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, NRSI Nicht-randomisiert kontrollierte Interventionsstudie, RCT randomisierte kontrollierte Studie

4.1.2 Datenbanken und Suchstrategie der systematischen Literatursuche

Für die Leitlinie wurde eine umfassende systematische Literaturrecherche entsprechend des in Tabelle 5 dargelegten PICOS-Schemas durchgeführt. Details zu den Einschluss- und Ausschlusskriterien sind im Studienprotokoll veröffentlicht (Torbahn et al., 2024).

Folgende Datenbanken wurden am 24. Januar 2024 durchsucht: MEDLINE All (über OVID SP), Embase (über OVID SP), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). Die Suchstrategien für die jeweilige Datenbank sind im Anhang (siehe 10.1) dargestellt. Um auch laufende oder nicht veröffentlichte Studien zu identifizieren, wurde am 26. Januar 2024 das Studienregister ClinicalTrials.gov durchsucht.

Darüber hinaus wurden die Referenzlisten der eingeschlossenen Studien sowie relevante systematische Übersichtsarbeiten geprüft, um weitere potenziell relevante Studien zu identifizieren. Zusätzlich wurden zwei Transitions-relevante Zeitschriften Health Care Transitions (<https://www.sciencedirect.com/journal/health-care-transitions>) und Journal of Transition Medicine (<https://www.degruyter.com/journal/key/jtm/html>), die nicht in PubMed gelistet sind, nach potenziell relevanten Studien überprüft.

Bei unvollständigen Studieninformationen oder Unklarheiten wurden Studienautor:innen via E-Mail kontaktiert.

4.1.3 Prüfung auf Eignung der Referenzen (Title-Abstract / Volltext-Screening)

Zur Verwaltung des Titel-, Abstract- und Volltextscreenings wurde die Software Covidence (Veritas Health Innovation, Melbourne, Australien) verwendet. In einem ersten Auswahlritt wurden die identifizierten Referenzen anhand des Titels und Abstracts geprüft, um deren Relevanz hinsichtlich des definierten PICOS Schemas (siehe Tab. 5) einzuschätzen. Studien die als potentiell relevant eingestuft wurden, wurden anschließend im Volltext geprüft, um ihre endgültige Eignung zu beurteilen. Der Auswahlprozess wurde von zwei unabhängigen Reviewer:innen durchgeführt. Bei Unsicherheiten und Meinungsverschiedenheiten zwischen den Reviewer:innen wurde eine Einigung durch Diskussion angestrebt; falls dies nicht möglich war, wurde eine dritte Person hinzugezogen.

4.1.4 Extraktion relevanter Daten aus den eingeschlossenen Studien

Die Datenextraktion erfolgte unabhängig von zwei Reviewer:innen anhand eines pilotierten Extraktionsformulars. Im Fall von Konflikten wurden Unstimmigkeiten durch Diskussion oder die Einbeziehung eines/einer dritten Reviewer:in gelöst. Bei Studien mit mehreren Publikationen (z. B. zu unterschiedlichen Messzeitpunkten) wurden die Daten aus dem aktuellsten Artikel extrahiert.

Der extrahierte Inhalt der Daten umfasste:

- Studienmerkmale (z. B. Autor:innen, Jahr der Veröffentlichung, Studiendesign, Anzahl der Studiengruppen, Stichprobengröße, Zentrum, Setting, Land der Studiendurchführung, Finanzierungsquelle, Interessenerklärungen der Autor:innen),
- Charakteristika der Studienpopulation (z. B. Geschlecht, Alter, Betreuungsumfeld, Erkrankungsbild)

- Charakteristika der Intervention (z. B. Inhalt der Intervention, Dauer und Begleitmaßnahmen, Personen, die die Intervention durchführen, Ort der Intervention) sowie der Kontrollintervention
- Ergebnisse (z. B. anthropometrische oder krankheitsspezifische Outcomes wie BMI und HbA1c, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Transitionsbereitschaft und -befähigung).

Die analysierten Interventionen wurden nach Inhalt, methodischem Ansatz oder Zielgruppe klassifiziert, beispielsweise in Schulungsmaßnahmen für medizinisches Fachpersonal, Kinder bzw. Jugendliche mit chronischen Erkrankungen und deren Angehörige. Innerhalb dieser Kategorien wurden Subgruppenanalysen durchgeführt, die quantitative wie auch narrative Ergebnisse berücksichtigten.

4.1.5 Datensynthese

Zur systematischen Darstellung der Studienmerkmale und -ergebnisse wurden tabellarische Übersichten erstellt. Für dichotome Endpunkte wurden die Anzahl der Ereignisse sowie die Gesamtzahl der Teilnehmenden pro Studiengruppe dokumentiert. Die Effekte wurden als relatives Risiko (RR) mit 95 %-Konfidenzintervall (KI) angegeben. Sofern eine Metaanalyse möglich war, erfolgte die Berechnung gepoolter Effektmaße unter Anwendung der Inverse-Varianz-Methode im Random-Effects-Modell. Für kontinuierliche Endpunkte wurden Mittelwert, Standardabweichung (SD) und die Anzahl der Teilnehmenden pro Gruppe erfasst. Behandlungseffekte wurden als Mittelwertdifferenz (MD) mit 95 %-KI berichtet. Bei unterschiedlichen Messskalen wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) mit 95 %-KI verwendet. Auch hier erfolgte die Metaanalyse – sofern möglich – unter Nutzung der Inverse-Varianz-Methode im Random-Effects-Modell. Waren Mittelwert und SD nicht verfügbar und auch nicht aus anderen Angaben (z. B. 95 %-KI oder p-Werten) berechenbar, wurden Median und Interquartilsabstand dokumentiert und die Daten in tabellarischer Form pro Studie dargestellt. Wenn für die Berechnung gepoolter Effekte erforderliche Daten nicht vorlagen, wurden die Autorinnen und Autoren der Primärstudien kontaktiert oder die im Cochrane Handbook für Interventionen beschriebenen Berechnungsformeln verwendet. Falls eine Metaanalyse nicht sinnvoll durchführbar war, wurde eine narrative Synthese vorgenommen.

Diese beinhaltet die strukturierte Darstellung der Ergebnisse in Tabellen sowie die Beschreibung methodischer und klinischer Merkmale der Studien, die potenziell zur Heterogenität beigetragen haben. Darüber hinaus wurde eine qualitative Zusammenfassung vorgenommen, die Richtung und Stärke der berichteten Effekte bewertet und Hinweise auf einen möglichen klinischen Nutzen oder Schaden einordnet. Die statistische Heterogenität wurde anhand des Chi²-Tests und der I²-Statistik bewertet. Ein p-Wert < 0,10 im Chi²-Test sowie ein I²-Wert ≥ 75 % wurden als Hinweise auf erhebliche Heterogenität gewertet.

4.1.5 Bewertung der Outcomes hinsichtlich ihres Verzerrungspotentials

Die relevanten Outcomes wurden im Rahmen der Evidenzbewertung von zwei Reviewer:innen hinsichtlich des Verzerrungspotenzials (Risk of Bias) bewertet. Zur Bewertung des Verzerrungspotenzial von RCTs wurde das Cochrane Risk of Bias 2.0 Tool verwendet (Sterne et al., 2019).

Das Tool umfasst folgende Bias-Domänen: 1) Bias durch den Randomisierungsprozess, 2) Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen, 3) Bias durch fehlende Ergebnisdaten, 4) Bias durch die Ergebnismessung und 5) Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses.

Zur Bewertung des Verzerrungsrisikos bei NRSI wurde das ROBINS-I-Tool verwendet, das die Domänen: Bias durch 1) Confounding, 2) die Selektion der Studienteilnehmenden für den Studieneinschluss, 3) die Klassifikation der Interventionen, 4) Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen, 5) fehlende Daten, 6) die Ergebnismessung und 7) die Selektion des berichteten Ergebnisses umfasst (Sterne et al., 2016).

4.1.6 Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Im Anschluss bewerteten zwei Reviewer:innen die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz anhand der GRADE-Methodik (Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation). Folgende Kriterien werden berücksichtigt: das Verzerrungspotenzial, die Inkonsistenz, Indirektheit, fehlende Präzision und Publikationsbias (Guyatt et al., 2011). Die GRADE-Methodik sieht eine endpunktbezogene Bewertung vor.

In Tabelle 6 ist das Vertrauen in die Effektschätzer nach GRADE, die dazugehörige Symbolik sowie deren Interpretation in den vier Abstufungen "hoch", "moderate", "gering" und "sehr gering" dargestellt.

Die Einschätzung und Bewertung der endpunktspezifischen Ergebnisse sind in „Summary-of-Findings-Tabellen“ (siehe Tabellen 26 - 33) zusammengefasst (Guyatt et al., 2011).

Tabelle 6: Vertrauen in die Effektschätzer nach GRADE

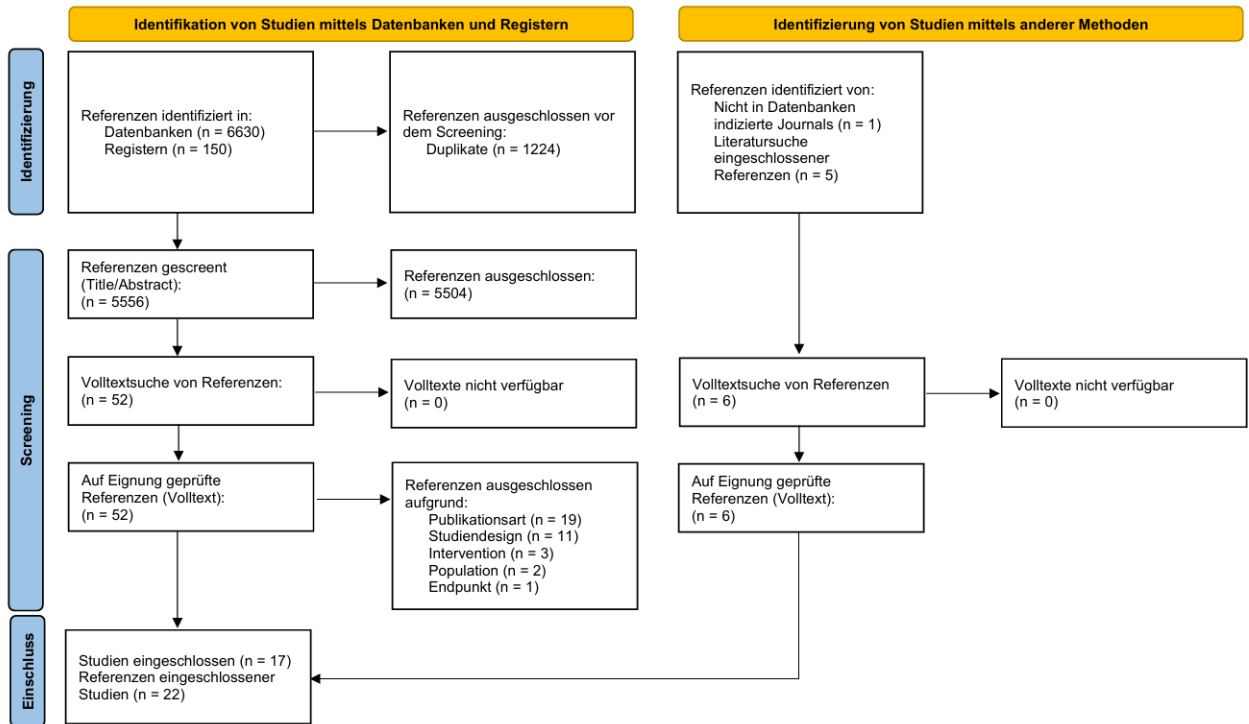
Vertrauen in den Effektschätzer	Symbolik	Interpretation/ Implikationen
Hoch	⊕⊕⊕⊕	Wir sind sicher, dass der wahre Effekt nahe bei dem Effektschätzer liegt.
Moderat	⊕⊕⊕⊖	Wir haben mäßig viel Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich nahe bei dem Effektschätzer, aber es besteht die Möglichkeit, dass er relevant verschieden ist.
Gering	⊕⊕⊖⊖	Unser Vertrauen in den Effektschätzer ist begrenzt: Der wahre Effekt kann durchaus relevant verschieden vom Effektschätzer sein.
Sehr gering	⊕⊖⊖⊖	Wir haben nur sehr wenig Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich relevant verschieden vom Effektschätzer.

4.2 Ergebnisse

4.2.1 Ergebnis der systematischen Literatursuche

Die Suche in den elektronischen Datenbanken ergab 6630 Referenzen aus Datenbanken und 150 Referenzen aus Registereinträgen, welche nach Deduplikation (n= 1224 Duplikate), in die Software *Covidence* (Covidence systematic review software, Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia. Available at www.covidence.org) zum Management von systematischen Reviews hochgeladen wurden. Die verbleibenden 5556 Publikationen wurden von zwei unabhängigen Reviewer:innen hinsichtlich des Titels und Abstracts gesichtet und anhand der festgelegten Kriterien (siehe Tabelle 5) auf Ein- oder Ausschluss geprüft. Im Titel-Abstract-Screening wurden weitere 5504 Publikationen ausgeschlossen. Studien, die als potenziell relevant eingestuft wurden (n= 52), wurden anschließend im Volltext gelesen. Zusammen mit sechs Referenzen, die nicht in Medline und Embase indiziert sind, und der Zitatensuche wurden nach dem Volltext-Screening 22 Referenzen von 17 Studien eingeschlossen (siehe Abb. 1).

PRISMA 2020-Flussdiagramm für neue systematische Übersichten, das die Suche in Datenbanken, Registern und anderen Quellen umfasst.



Source: Page MJ, et al. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. (modifiziert und ins Deutsche übersetzt)

This work is licensed under CC BY 4.0. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Abbildung 1: PRISMA Flowchart der systematischen Literaturrecherche.

Unstimmigkeiten zwischen zwei Reviewer:innen bezüglich des Ein- oder Ausschlusses von Publikationen wurden durch Diskussion oder, falls erforderlich, durch Einbeziehung einer dritten Person gelöst.

Durch das Screening weiterer Quellen, wie z. B. Referenzlisten der eingeschlossenen Studien und Zeitschriften, die nicht in den durchsuchten Datenbanken indexiert sind, wurden sechs weitere Publikationen eingeschlossen. Insgesamt wurden daher 21 Referenzen eingeschlossen, die über 17 distinkte Studien berichten.

4.2.2 Charakteristika der eingeschlossenen Studien

Tabelle 7 gibt einen Überblick über das Studiendesign, die Region, die Anzahl der beteiligten Zentren und Studienarme sowie die Anzahl der Studienteilnehmenden.

Bei 13 der 17 eingeschlossenen Studien handelte es sich um randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) (Al Ksir et al., 2022; Ammerlaan et al., 2017; Bisno et al., 2022; Bisno et al., 2023; Castensøe-Seidenfaden et al., 2018; Huang et al., 2014; Husted et al., 2014; Leksell et

al., 2023; Schmidt et al., 2016; Spaic et al., 2019; Steinbeck et al., 2015; Vaz et al., 2019; White et al., 2017).

Die übrigen vier Studien waren nicht-randomisierte Interventionsstudien (NRSI) (Lal et al., 2020; Menrath et al., 2019; Reid et al., 2018; Sequeira et al., 2015). Sechs Studien stammen aus Europa (Ammerlaan et al., 2017; Castensøe-Seidenfaden et al., 2018; Husted et al., 2014; Leksell et al., 2023; Menrath et al., 2019; Schmidt et al., 2016), acht Studien aus Nordamerika (Bisno et al., 2022; Bisno et al., 2023; Huang et al., 2014; Lal et al., 2020; Reid et al., 2018; Sequeira et al., 2015; Spaic et al., 2019; Vaz et al., 2019), zwei Studien aus Ozeanien (Steinbeck et al., 2015; White et al., 2017) und eine Studie aus Nordafrika (Al Ksir et al., 2022). Neun Studien rekrutierten die Studienteilnehmenden an mehreren Zentren (Ammerlaan et al., 2017; Castensøe-Seidenfaden et al., 2018; Husted et al., 2014; Lal et al., 2020; Menrath et al., 2019; Schmidt et al., 2016; Sequeira et al., 2015; Spaic et al., 2019; Steinbeck et al., 2015) und acht Studien an einem Standort (Al Ksir et al., 2022; Bisno et al., 2022; Bisno et al., 2023; Huang et al., 2014; Leksell et al., 2023; Reid et al., 2018; Vaz et al., 2019; White et al., 2017). Die Anzahl der Teilnehmenden variierte von 13 Personen (Vaz et al., 2019) bis zu 352 Personen (Menrath et al., 2019). Der Großteil der Studien hatte zwischen 60 und 150 Studienteilnehmende.

Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen Studien.

Studien ID	Studien-design	Region (Land)	Beteiligte Zentren (n)	Studienarme (n)	Teilnehmende zur Baseline* (n)
AlKsir 2022	RCT	Nord-Afrika (Tunesien)	1	2	66
Ammerlaan 2017	RCT	Europa (Niederlande)	2	2	72
Bisno 2022	RCT	Nordamerika (US)	1	2	58
Bisno 2023	RCT	Nordamerika (US)	1	4	80
Castensøe-Seidenfaden 2018	RCT	Europa (Dänemark)	6	2	151
Huang 2014	RCT	Nordamerika (US)	1	2	81
Husted 2014	RCT	Europa (Dänemark)	2	2	71
Lal 2020	NRSI	Nordamerika (US)	2	2	36

Leksell 2023	RCT	Europa (Schweden)	1	2	79
Menrath 2018	NRSI	Europa (Deutschland)	29	2	352
Reid 2018	NRSI	Nordamerika (US)	1	2	81
Schmidt 2016	RCT	Europa (Deutschland)	12	2	325
Sequeira 2015	NRSI	Nordamerika (US)	3	3	81
Spaic 2019	RCT	Nordamerika (Kanada)	3	2	205
Steinbeck 2014	RCT	Ozeanien (Australien)	2	2	26
Vaz 2019	RCT	Nordamerika (US)	1	2	13
White 2017	RCT	Ozeanien (Australien)	1	2	120

Legende: NRSI Nicht-randomisiert kontrollierte Interventionsstudie, RCT Randomisiert-kontrollierte Studie, US Vereinigte Staaten von Amerika

4.2.3 Charakteristika der Interventionen zur Transition

Tabelle 8 gibt einen Überblick über zentrale Merkmale der untersuchten Interventionen zur Transition. Zielgruppe aller Interventionen waren Adoleszente und junge Erwachsene (AJE).

In vier Studien (Castensøe-Seidenfaden et al., 2018; Husted et al., 2014; Menrath et al., 2019; Schmidt et al., 2016) wurden zusätzlich auch Eltern aktiv einbezogen.

Auf Basis der Hauptmerkmale wurden die Interventionen in acht Kategorien eingeteilt:

- Zusätzlicher Kontakt durch eine Gesundheitsfachkraft (Leksell et al., 2023)
- Terminerinnerungen (White et al., 2017)
- Kontinuität durch dieselbe ärztliche Betreuung im pädiatrischen und Erwachsenenbereich (Lal et al., 2020)
- Multimodale Transitionsprogramme (Spaic et al., 2019; Steinbeck et al., 2015)
- Krankheitsmanagement (Al Ksir et al., 2022; Ammerlaan et al., 2017; Bisno et al., 2022; Bisno et al., 2023; Huang et al., 2014; Husted et al., 2014; Reid et al., 2018; Vaz et al., 2019)
- Smartphone-App oder Website zur Informationsvermittlung (Castensøe-Seidenfaden et al., 2018)

- Multikomponenten Interventionen mit mehr als einer Komponente (Sequeira et al., 2015)

Die Dauer der Interventionen variierte: von sehr kurzen Maßnahmen wie zweitägigen Schulungen (Menrath et al., 2019; Schmidt et al., 2016), einem einmonatigen Programm (Vaz et al., 2019) bis hin zu längerfristigen Interventionen über 12 bis 18 Monate (Bisno et al., 2022; Bisno et al., 2023; Castensøe-Seidenfaden et al., 2018; Husted et al., 2014; Reid et al., 2018; Sequeira et al., 2015; Spaic et al., 2019; Steinbeck et al., 2015; White et al., 2017).

Acht Studien wurden in der pädiatrischen Versorgung (Al Ksir et al., 2022; Ammerlaan et al., 2017; Castensøe-Seidenfaden et al., 2018; Huang et al., 2014; Husted et al., 2014; Menrath et al., 2019; Schmidt et al., 2016; Vaz et al., 2019) durchgeführt, fünf Studien begleiteten explizit den Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung (Lal et al., 2020; Sequeira et al., 2015; Spaic et al., 2019; Steinbeck et al., 2015; White et al., 2017) und vier Studien im Erwachsenenbereich (Bisno et al., 2022; Bisno et al., 2023; Leksell et al., 2023; Reid et al., 2018).

Tabelle 8: Charakteristika der Interventionen zur Transition.

Studien ID	Dauer	Inhalt der Intervention	Setting	Virtueller Ansatz (ja/nein)	Ziel-Population
AlKsir 2022	6 Mon.	Krankheitsmanagement	Pädiatrie	(Ja)	AJE
Ammerlaan 2017	6 Mon.	Krankheitsmanagement	Pädiatrie	Ja	AJE
Bisno 2022	12 Mon.	Krankheitsmanagement	Erwachsenenmedizin	Ja	AJE
Bisno 2023	15 Mon.	Krankheitsmanagement	Erwachsenenmedizin	Ja	AJE
Castensøe-Seidenfaden 2018	12 Mon.	Smartphone-App zur Informationsvermittlung	Pädiatrie	Ja	AJE, Eltern
Huang 2014	8 Mon.	Krankheitsmanagement	Pädiatrie	Ja	AJE
Husted 2014	12 Mon.	Krankheitsmanagement	Pädiatrie	Nein	AJE, Eltern
Lal 2020	k.A.	Kontinuität durch dieselbe ärztliche Betreuung im pädiatrischen und Erwachsenenbereich.	Von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin	Nein	AJE
Leksell 2023	6 Mon.	Zusätzlicher Kontakt zur Gesundheitsfachkraft	Erwachsenenmedizin	Ja	AJE

Menrath 2018	1,5 Tage	Schulungsprogramm zur Transition	Pädiatrie	Nein (Ja)	AJE, Eltern
Reid 2018	12 Mon.	Krankheitsmanagement	Erwachsenenmedizin	Nein	AJE
Schmidt 2016	2 Tage	Schulungsprogramm zur Transition	Pädiatrie	Nein	AJE
Sequeira 2015	12 Mon.	Multimodales Transitions-Programm plus Schulung und Krankheitsmanagement	Von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin / Erwachsenenmedizin	Ja	AJE
Spaic 2019	18 Mon.	Multimodales Transitions-Programm	Von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin	Nein	AJE
Steinbeck 2014	12 Mon.	Multimodales Transitions-Programm	Von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin	Nein	AJE
Vaz 2019	1 Mon.	Krankheitsmanagement	Pädiatrie	Nein	AJE
White 2017	12 Mon.	Terminereinnerungen	Von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin	Nein	AJE

Legende: AJE Adoleszente und junge Erwachsene, Mon Monate

4.2.4 Charakteristika der Studienteilnehmenden

In Tabelle 9 sind die wesentlichen Charakteristika der Studienteilnehmenden zusammengefasst, welche die klinische Heterogenität der eingeschlossenen Populationen hinsichtlich Erkrankung, Alter und Geschlecht verdeutlichen. Zehn Studien haben Studienteilnehmende mit einer spezifischen chronischen Erkrankung eingeschlossen, davon schlossen acht Studien AJE mit Diabetes Typ I (Al Ksir et al., 2022; Bisno et al., 2022; Bisno et al., 2023; Castensøe-Seidenfaden et al., 2018; Husted et al., 2014; Leksell et al., 2023; Reid et al., 2018; Sequeira et al., 2015; Spaic et al., 2019; Steinbeck et al., 2015; White et al., 2017) sowie jeweils eine Studie AJE mit juveniler idiopathischer Arthritis (Ammerlaan et al., 2017) und chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Vaz et al., 2019). Vier weitere Studien untersuchten AJE mit verschiedenen chronischen Erkrankungen (Huang et al., 2014; Lal et al., 2020; Menrath et al., 2019; Schmidt et al., 2016). Das Alter bei Studieneinschluss lag zwischen 11 und 26 Jahren. Der Anteil weiblicher Teilnehmerinnen schwankte zwischen den Studien und lag zwischen 36,1 % (Lal et al., 2020) und 88,0 % (Ammerlaan et al., 2017). Die Mehrheit der Studien wies jedoch ein annähernd ausgewogenes Geschlechterverhältnis mit einem Frauenanteil zwischen 44 % und 67 % auf.

Table 9: Charakteristika der Studienteilnehmenden der eingeschlossenen Studien.

Studien ID	Erkrankung	Alter (Jahre)	weiblich (%)
ALKsir 2022	Diabetes Mellitus Typ I	13-18	50,0
Ammerlaan 2017	Juvenile idiopathische Arthritis	16-25	88,0
Bisno 2022	Diabetes Mellitus Typ I	18-25	67,2
Bisno 2023	Diabetes Mellitus Typ I	16-25	39,7
Castensøe-Seidenfaden 2018	Diabetes Mellitus Typ I	14-22	70,9
Huang 2014	Chronische Erkrankungen (gemischt)	12-22	54,3
Husted 2014	Diabetes Mellitus Typ I	13-18	60,6
Lal 2020	Chronische Erkrankungen (gemischt)	16-26	36,1
Leksell 2023	Diabetes Mellitus Typ I	18-25	65,8
Menrath 2018	Chronische Erkrankungen (gemischt)	15-24	47,0
Reid 2018	Diabetes Mellitus Typ I	18-25	53,1
Schmidt 2016	Chronische Erkrankungen (gemischt)	15-? *	46,2
Sequeira 2015	Diabetes Mellitus Typ I	19-25	44,4
Spaic 2019	Diabetes Mellitus Typ I	17-20	49,3
Steinbeck 2014	Diabetes Mellitus Typ I	16-? *	53,8
Vaz 2019	Chronisch-entzündliche Darmerkrankung	11-18	44,0
White 2017	Diabetes Mellitus Typ I	17-19	50,8

Abkürzungen: * bei Schmidt 2016 und Steinbeck 2014: Keine Obergrenze des Alters bei den Einschlusskriterien definiert.

4.2.5 Charakteristika der untersuchten Outcomes

Die Outcomes der eingeschlossenen Studien sowie die zur Datenerhebung genutzten Messinstrumente waren heterogen und wurden daher in übergeordnete Kategorien zusammengefasst (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Extrahierte Outcomes und die dazugehörigen Messinstrumente

<p>Krankheitsbezogene körperliche Gesundheit (disease-specific physical health status)</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA1c % • Zeit der Glukosewerte im Zielbereich % (time in range %)
<p>Gesundheitsbezogene Lebensqualität, mentale Gesundheit (health related quality of life, mental health)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arizona Integrative Outcomes Scale 30 • Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) • Diabetes Distress Scale (DDS) • DISABKIDS questionnaire (Global) • EUROHIS QOL-8 • European Quality of Life 5 Dimensions 5 Level Version (EQ-5D-5L) • German short version of the DISABKIDS Chronic Generic Measure (DCGM short-form) • Problems Areas in Diabetes (PAID) • Satisfaction With Life Scale <p>Selbstwirksamkeit (self-efficacy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Self-Efficacy for Diabetes Scale (SED) • General Self-Efficacy Scale (GSE) • Diabetes Empowerment Scale-Short Form
<p>Selbst-Management (self-management)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Strengths and Resilience Scale (DSTAR-Teen) • Patient Activation Measure (PAM) • Perceived Competence in Diabetes Scale (PCD) • Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ), autonomy index <p>Gesundheitskompetenz (health literacy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • adapted Diabetes Knowledge Test
<p>Transitionsbereitschaft und -befähigung (transition readiness)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transition Competence Scale (TCS) • Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ)
<p>Kontinuität der Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfer-Rate % (transfer rate)

4.2.6 Verzerrungspotential der Studien

Neun der 13 RCTs und drei der vier NRSIs wiesen ein hohes Verzerrungspotenzial auf, vor allem aufgrund fehlender Ergebnisdaten in den RCTs und Verzerrungen aufgrund von Störgrößen (Confounding) in den NRSI (siehe Abb. 2 und 3).

Study ID	Experimental	Comparator	D1	D2	D3	D4	D5	Overall
Al Ksir 2022	T-Intervention	Control	!	+	+	+	!	!
Ammerlaan 2017	T-Intervention	Control	+	!	!	!	+	!
Bisno 2022	T-Intervention	T-Intervention	!	+	-	+	!	-
Bisno 2023	T-Intervention	T-Intervention	-	-	-	+	+	-
Castensoe-Seidenfaden 2018	T-Intervention	Control	!	+	+	+	+	!
Huang 2014	T-Intervention	Control	!	+	+	-	+	-
Husted 2014	T-Intervention	Control	+	!	-	!	+	-
Leksell 2023	T-Intervention	Control	!	+	!	+	!	!
Schmidt 2016	T-Intervention	Control	-	!	-	!	-	-
Spaic 2019	T-Intervention	Control	+	!	-	+	+	-
Steinbeck 2014	T-Intervention	Control	+	!	-	+	+	-
Vaz 2019	T-Intervention	Control	!	!	-	!	!	-
White 2017	T-Intervention	Control	+	+	-	+	!	-

+ Low risk

! Some concerns

- High risk

D1 Randomisation process

D2 Deviations from the intended interventions

D3 Missing outcome data

D4 Measurement of the outcome

D5 Selection of the reported result

Abbildung 2: Ergebnisse der Risk-of-Bias Bewertung der RCTs.

Study ID	Experimental	Comparator	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Overall
Lal 2015	T-Intervention	Control	-	!	!	!	+	+	!	-
Menrath 2018	T-Intervention	Control	-	+	+	-	-	!	!	-
Reid 2018	T-Intervention	Control	!	+	+	-	!	!	!	-
Sequeira 2015	T-Intervention	Control	!	+	+	!	!	!	!	!

+ Low risk

! Some concerns

- High risk

D1 Bias due to confounding

D2 Bias in selection of participants into the study

D3 Bias in classification of interventions

D4 Bias due to deviations from intended intervention

D5 Bias due to missing data

D6 Bias in measurement of outcomes

D7 Bias in selection of the reported result

Abbildung 3: Ergebnisse des Risk of Bias der NRSI.

4.2.7 Ergebnisse der Evidenzsynthese

Zur besseren Nachvollziehbarkeit und Übertragbarkeit, auf die in englischer Sprache veröffentlichten Studien, wurden die Begriffe nicht ins Deutsche übersetzt. Tabelle 11 gibt die untersuchten Outcomes und die deutsche Übersetzung wieder, die für die Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin zur Formulierung der Empfehlungen verwendet wurden.

Tabelle 11: Deutsche Übersetzung der verwendeten englischen Begriffe.

Englische Bezeichnung	Deutsche Entsprechung
(health related) Quality of Life	(Gesundheitsbezogene) Lebensqualität
Self-efficacy	Selbstwirksamkeit
Continuity of Care	Versorgungskontinuität
Transfer rate	Transferrate
Clinic attendance	Anwesenheit zu Terminen
Health literacy	Gesundheitskompetenz
Self-management	Selbstmanagement
Transition readiness	Transitionsbereitschaft und -befähigung
(disease-specific) Physical health status	(krankheitsspezifische) körperliche Gesundheit

4.2.8 Daten für die nach GRADE bewerteten Outcomes

Tabelle 12: Studienergebnisse - Health related quality of life: Quality of Life (RCT).

Study	Tool	N IG (T0)	M IG (T0)	SD IG (T0)	N CG (T0)	M CG (T0)	SD CG (T0)	N IG (T1)	M IG (T1)	SD IG (T1)	N CG (T1)	M CG (T1)	SD CG (T1)	MD (95%-CI)	IG vs. CG
Husted 2014	PAID	34	29.00	13.4	34	24	3.1	22	26.00	18.1	30	22.00	19.70	4.00 (-5.84 to 13.84)	↔
Schmidt 2018	EUROHIS	125	31.4	4.65	100	32.82	4.74	124	31.6	5.0	117.0	32.5	5.19	-0.90 (-2.19 to 0.39)	↔
Ammerlaan 2017	HAQ-DI	35	0.66	0.58	30	0.59	0.61	24	0.62	0.59	24	0.7	0.62	-0.08 (-0.42 to 0.26)	↔
Castensoe-Seidenfaden 2018	PAID	NR	NR	NR	NR	NR	NR	76	NR	NR	75	NR	NA	-3.14 (-7.22 to 0.95)	↔

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; EUROHIS: European Health Interview Survey-Quality of Life; HAQ-DI: The Dutch Consensus Health Assessment Questionnaire, Disability Index; IG: intervention group; M: mean; MD: mean difference; N: number of participants; PAID: Problems Areas in Diabetes; SD: standard deviation; T0: baseline measurement; T1: follow-up measurement (i.e. longest follow-up)

Tabelle 13: Studienergebnisse - (health related) Quality of Life (NRSI).

Study	Tool	N IG (T0)	M IG (T0)	SD IG (T0)	N CG (T0)	M CG (T0)	SD CG (T0)	N IG (T1)	M IG (T1)	SD IG (T1)	N CG (T1)	M CG (T1)	SD CG (T1)	MD (95%-CI)	IG vs. CG
Menrath 2018	DISABKIDS	164	76.8	12.8	128	79.5	14	164	77.90	12.70	128	79.80	14.80	-1.90 (-5.12 to 1.32)	↔
Sequeira 2015	Arizona Integrative Outcomes Scale	51	69.88	22.36	30	69	16.95	37	82.41	16.97	26	64.04	26.30	18.37 (6.88 to 29.86)	↑

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; IG: intervention group; M: mean; MD: mean difference; N: number of participants; SD: standard deviation; T0: baseline measurement; T1: follow-up measurement (i.e. longest follow-up)

Tabelle 14: Studienergebnisse - Health related quality of life: Self-efficacy (RCT).

Study	Tool	N IG (T0)	M IG (T0)	SD IG (T0)	N CG (T0)	M CG (T0)	SD CG (T0)	N IG (T1)	M IG (T1)	SD IG (T1)	N CG (T1)	M CG (T1)	SD CG (T1)	MD (95%-CI)	IG vs. CG
Schmidt 2016	GSE	132	50.99	11.04	142	52.31	12.29	142	54.18	13.23	132	53.18	12.37	1.00 (-2.03 to 4.03)	↔
Ammerlaan 2017	Dutch-Arthritis Self-efficacy Scale	35	6.67	1.63	30	6.99	1.63	24	6.51	1.492	24	6.84	1.5393	-0.33 (-1.19 to 0.53)	↔

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; GSE: General self-efficacy scale; IG: intervention group; M: mean; MD: mean difference; N: number of participants; SD: standard deviation; T0: baseline measurement; T1: follow-up measurement (i.e. longest follow-up)

Tabelle 15: Studienergebnisse - Health related quality of life: Self-efficacy (NRSI).

Study	Tool	N IG (T0)	M IG (T0)	SD IG (T0)	N CG (T0)	M CG (T0)	SD CG (T0)	N IG (T1)	M IG (T1)	SD IG (T1)	N CG (T1)	M CG (T1)	SD CG (T1)	MD (95%-CI)	IG vs. CG
Sequeira 2015	Diabetes Empowerment Scale-Short Form	51	33.06	6.07	30	33.4	7.11	37	34.32	6.24	26	33.62	5.61	0.70 (-2.25 to 3.65)	↔
Reid 2018	SED	42	137.5	26.1	39	136.5	21.7	31	144.4	21.2	28	129.8	24	14.60 (2.99 to 26.21)	↑

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; IG: intervention group; M: mean; MD: mean difference; N: number of participants; SD: standard deviation; SED: Self-Efficacy for Diabetes Scale; T0: baseline measurement; T1: follow-up measurement (i.e. longest follow-up)

Tabelle 16: Studienergebnisse - Continuity of Care: Transfer rate (RCTs).

Study	Total IG	Events IG	Total CG	Events CG	Effect (95%-CI)	IG vs. CG
Steinbeck 2015	14	11	12	12	RR 0.80 (0.59 to 1.08)	↔

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; IG: intervention group; N: number of participants; RR: relative risk

Tabelle 17: Studienergebnisse - Continuity of Care: Transfer rate (NRSI).

Study	Total IG	Events IG	Total CG	Events CG	Effect (95%-CI)	IG vs. CG
Lal 2020	15	15	21	8	RR 2.51 (1.47 to 4.28)	↑

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; IG: intervention group; N: number of participants; RR: relative risk

Tabelle 18: Studienergebnisse - Continuity of Care: Clinical attendance (RCTs).

Study	N IG (T0)	IG (T0)	SD IG (T0)	N CG (T0)	M CG (T0)	SD CG (T0)	N IG (T1)	M IG (T1)	SD IG (T1)	N CG (T1)	M CG (T1)	SD CG (T1)	MD (95%-CI)	IG vs. CG
Spaic 2019	NR	NR	NR	NR	NR	NR	104	1.4	1	101	1.4	0.9	0.00 (-0.26, 0.26)	↔
Steinbeck 2015	NR	NR	NR	NR	NR	NR	14	3*	2 to 5*	12	2*	1 to 4*	NA	↔
White 2017	60	3.3	0.7	60	3.3	0.9	32	2.5	1.3	37	1.4	1.8	1.10 (0.37, 1.83)	↑

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; HCP: health-care professionals; IG: intervention group; M: mean; MD: mean difference; N: number of participants; SD: standard deviation; T0: baseline measurement; T1: follow-up measurement (i.e. longest follow-up)

*Reported as median (IQR)

Tabelle 19: Studienergebnisse - Health literacy (NRSI).

Study	Tool	N IG (T0)	IG (T0)	SD IG (T0)	N CG (T0)	M CG (T0)	SD CG (T0)	N IG (T1)	M IG (T1)	SD IG (T1)	N CG (T1)	M CG (T1)	SD CG (T1)	MD (95%-CI)	IG vs. CG
Sequeira 2015	Adapted Diabetes Knowledge Test	51	10.92	1.65	30	11.23	1.38	37	11.62	1.36	26	11.81	1.2	-0.19 (-0.83 to 0.45)	↔

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; IG: intervention group; M: mean; MD: mean difference; N: number of participants; SD: standard deviation; T0: baseline measurement; T1: follow-up measurement (i.e. longest follow-up)

Tabelle 20: Studienergebnisse - Self-management (RCT).

Study	Tool	N IG (T0)	IG (T0)	SD IG (T0)	N CG (T0)	M CG (T0)	SD CG (T0)	N IG (T1)	M IG (T1)	SD IG (T1)	N CG (T1)	M CG (T1)	SD CG (T1)	MD (95%-CI)	IG vs. CG
Huang 2014	PAM	40	72	17	41	69	17	38	81	17	37	71	14	10.00 (2.96 to 17.04)	↑
Husted 2014	PCD	37	24	6.7	34	26	5.1	23	28.00	6.24	30	28.00	7.12	0.00 (-3.60 to 3.60)	↔
Schmidt 2016	PAM	142	69.46	12.55	132	69.99	13.75	142	74.31	13.57	132	73.1	15.69	1.21 (-2.28 to 4.70)	↔
Castenoe-Seidenfaden 2018	PCD	NA	NA	NA	NA	NA	NA	76		NA	75		NA	0.79 (-0.98, 2.56)	↔
Vaz 2019	IBD-KID	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	None of the reported subscales indicated group differences	↔

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; IBD-KID: IBD Knowledge Inventory Device; IG: intervention group; M: mean; MD: mean difference; N: number of participants; PAM: Patient Activation Measure; PCD: Perceived Competence in Diabetes Scale; SD: standard deviation; T0: baseline measurement; T1: follow-up measurement (i.e. longest follow-up)

Tabelle 21: Studienergebnisse - Self-management (NRSI).

Study	Tool	N IG (T0)	IG (T0)	SD IG (T0)	N CG (T0)	M CG (T0)	SD CG (T0)	N IG (T1)	M IG (T1)	SD IG (T1)	N CG (T1)	M CG (T1)	SD CG (T1)	MD (95%-CI)	IG vs. CG
Menrath 2018	PAM	104	67	14.5	67	71.1	15.4	104	74.9	13.4	67	69.9	17.2	5.00 (0.14 to 9.86)	↑

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; IG: intervention group; M: mean; MD: mean difference; N: number of participants; PAM: Patient Activation Measure; SD: standard deviation; T0: baseline measurement; T1: follow-up measurement (i.e. longest follow-up)

Tabelle 22: Studienergebnisse - Continuity of care: transition readiness (RCTs).

Study	Tool	N IG (T0)	IG (T0)	SD IG (T0)	N CG (T0)	M CG (T0)	SD CG (T0)	N IG (T1)	M IG (T1)	SD IG (T1)	N CG (T1)	M CG (T1)	SD CG (T1)	MD (95%-CI)	IG vs. CG
Al Ksir 2022	TRAQ	33	2.81	0.86	33	2.05	0.57	33	4.25	0.38	33	2.31	0.5	1.94 (1.73, 2.15)	↑
Huang 2014	TRAQ	40	3.4	0.9	41	3.6	0.7	38	4	0.8	37	3.8	0.8	0.20 (-0.16, 0.56)	↔
Schmidt 2016* (Diabetes group)	TCS	96	63.67	17.5	90	67	16.64	77	81.92	12.18	76	74.13	16.65	11.12 (3.08, 19.16)	↑
Schmidt 2016* (IBD group)	TCS	53	50.36	19.49	46	56.54	19.97	48	78.89	19.97	41	62.72	21.87		
Vaz 2019	TRAQ	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	None of the reported subscales indicated group differences	↔

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; IG: intervention group; M: mean; MD: mean difference; N: number of participants; SD: standard deviation; TCS: Transition Competence Scale; TRAQ: Transition Readiness Assessment Questionnaire; T0: baseline measurement; T1: follow-up measurement (i.e. longest follow-up); *data from publication Schmidt 2018

Tabelle 23: Studienergebnisse - Continuity of care: transition readiness (NRSI).

Study	Tool	N IG (T0)	IG (T0)	SD IG (T0)	N CG (T0)	M CG (T0)	SD CG (T0)	N IG (T1)	M IG (T1)	SD IG (T1)	N CG (T1)	M CG (T1)	SD CG (T1)	MD (95%-CI)	IG vs. CG
Menrath 2018	TCS	99	51.8	18.2	69	63.8	19.8	99	81	14.8	69	70.7	21.7	10.30 (4.41 to 16.19)	↑

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; IG: intervention group; M: mean; MD: mean difference; N: number of participants; SD: standard deviation; TCS: Transition Competence Scale; T0: baseline measurement; T1: follow-up measurement (i.e. longest follow-up)

Tabelle 24: Studienergebnisse - (disease-specific) physical health status: HbA1c % (RCTs).

Study	N IG (T0)	IG (T0)	SD IG (T0)	N CG (T0)	M CG (T0)	SD CG (T0)	N IG (T1)	M IG (T1)	SD IG (T1)	N CG (T1)	M CG (T1)	SD CG (T1)
Al Ksir 2022	33	10.56	2.58	33	10.88	2.41	33	9.61	2.34	33	10.76	2.07
Castensoe-Seidenfaden 2018	76	9.6	1.6	75	9.1	1.4	76	9.6	1.7	75	8.9	1.2
Husted 2014	37	9.5	0.3	34	8.8	0.1	23	9.6	1.44	30	9.4	1.64
Leksell 2023	33	7.96	1.37	38	7.6	1.05	33	7.9	1.02	38	7.58	1.07
Spaic 2019	103	8.46	1.3	99	8.61	1.57	73	8.33	1.21	71	8.8	1.55
Steinbeck 2015	14	9.9*	7.60 to 10.60*	12	8*	7.20 to 8.60*	14	10.2*	8.80 to 13.20*	12	8.3*	7.70 to 8.70*
White 2017	60	8.6	1.6	60	8.4	1.6	32	8.2	1.9	37	8.5	1.3

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; HCP: health-care professionals; IG: intervention group; M: mean; MD: mean difference; N: number of participants; SD: standard deviation; T0: baseline measurement; T1: follow-up measurement (i.e. longest follow-up)
*Reported as median (IQR)

Tabelle 25: Studienergebnisse - (disease-specific) physical health status: HbA1c % (NRSI).

Study	N IG (T0)	IG (T0)	SD IG (T0)	N CG (T0)	M CG (T0)	SD CG (T0)	N IG (T1)	M IG (T1)	SD IG (T1)	N CG (T1)	M CG (T1)	SD CG (T1)
Sequeira 2015	81	9.41	2.06	81	9.15	1.81	43	9.05	1.98	25	9.39	1.67

Legend: CG: control group; CI: confidence interval; IG: intervention group; M: mean; MD: mean difference; N: number of participants; SD: standard deviation; T0: baseline measurement; T1: follow-up measurement

4.2.9 „Summary of findings“ Tabellen

Tabelle 26: GRADE - Contact health-care professional (HCP).

Certainty assessment						Events (if applicable)/ N participants		Effect		Certainty	Interpretation
Outcome No of studies participants	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
(disease-specific) physical health status: HbA1c in %											
1 RCT	serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	33	38		MD 0.32 (-0.17 to 0.81) [§]	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on the physical health status. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Leksell 2023 Population: Diabetes type 1 Setting: Adult care											

a. Risk of bias downgraded by one level (RCT): serious concerns regarding the randomisation process and missing outcome data; b. Indirectness downgraded by one level: indirect comparison (study population considerably different from population of interest); c. Imprecision downgraded by one level: due to a small sample size or wide 95%-CI; [§] Positive value indicates advantage for the intervention group

Tabelle 27: GRADE - Appointment reminders.

Certainty assessment						Events (if applicable)/ N participants		Effect		Certainty	Interpretation
Outcome No of studies participants	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
(disease-specific) physical health status: HbA1c in %											
1 RCT	serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	32	37		MD -0.30 (-1.08 to 0.48)*	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on the physical health status. There may be little to no difference between the intervention and control group.
White 2017 Population: Diabetes type 1 Setting: Pediatric to adult care											
Continuity of Care: Clinic attendance/transfer rate											
1 RCT	serious ^d	not serious	serious ^b	serious ^c	none	32	37		MD 1.10 (0.37 to 1.83) [§]	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on clinic attendance. There may be little difference between the intervention and control group.
White 2017 Population: Diabetes type 1 Setting: Pediatric to adult care											

a. Risk of bias downgraded by one level (RCT): serious concerns regarding missing outcome data and selection of the reported result; b. Indirectness downgraded by one level: indirect comparison (study population considerably different from population of interest); c. Imprecision downgraded by one levels: due to a small sample size or wide 95%-CI; d. Risk of bias downgraded by one level (RCT): serious concerns regarding missing outcome data; * Negative value indicates disadvantage for the intervention group; [§] Positive value indicates benefit for the intervention group

Tabelle 28: GRADE - Same physician for pediatric and adult care.

Certainty assessment						Events (if applicable)/ N participants		Effect		Certainty	Interpretation
Outcome No of studies participants	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Continuity of Care: Transfer rate											
1 NRSI	very serious ^a	not serious	serious ^b	not serious	none	15/15	8/21		RR 2.51 (1.47 to 4.28)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on continuity of care (transfer rates). There may be higher transfer rates in the intervention compared control group.
Lal 2020 Population: Diverse chronic disease Setting: Paediatric to adult care											

Tabelle 29: GRADE - Multimodal transition program.

Certainty assessment						Events (if applicable)/ N participants		Effect		Certainty	Interpretation
Outcome No of studies participants	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Continuity of Care: Clinical attendance											
2 RCT Spaic 2019 Population: Diabetes type 1 Setting: Pediatric to adult care Steinbeck 2015 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric to adult care	serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	118	113		Spaic 2019 MD 0.00 (-0.26, 0.26) Steinbeck 2015 Median (IQR) I: 3 (2 to 5) C: 2 (1 to 4)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on clinic attendance. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Continuity of Care: Transfer rate											
1 RCT Steinbeck 2015 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric to adult care	serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	11/14	12/12		RR 0.80 (0.59 to 1.08)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on continuity of care (transfer rates). There may be little to no difference between the intervention and control group.

(disease-specific) physical health status: HbA1c in %													
2 RCTs	serious ^d	not serious	serious ^b	serious ^c	none	87	83			MD 0.86 (-2.04 to 3.75) [§]	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on the physical health status. There may be little to no difference between the intervention and control group.	
Spaic 2019 Population: Diabetes type 1 Setting: Pediatric to adult care													
Steinbeck 2015 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric to adult care													

a. Risk of bias downgraded by one level (RCT): serious concerns regarding selection of the reported result; b. Indirectness downgraded by one level: indirect comparison (study population considerably different from population of interest); c. Imprecision downgraded by one levels: due to a small sample size or wide 95%-CI; d. Risk of bias downgraded by one level (RCT): serious concerns regarding deviations from intended intervention, missing outcome data; [§] Positive value indicates benefit for the intervention group; I intervention group, C control group

Tabelle 30: GRADE - Intensive education on content related to the transition period.

Certainty assessment						Events (if applicable)/ N participants		Effect		Certainty	Interpretation
Outcome No of studies participants	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
(health related) Quality of Life:(health related) Quality of Life											
1 RCTs	serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	124	117		MD -0.90 (-2.19, 0.39) [#] (EUROHIS; 0-100; higher=better)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on (health related) Quality of Life. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Schmidt 2016 Population: Diverse chronic diseases Setting: Paediatric care											
1 NRSI	very serious ^d	not serious	serious ^b	serious ^c	none	164	128		MD -1.90 (-5.12 to 1.32) [#] (DISABKIDS; 0-100; higher=better)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on (health related) Quality of Life. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Menrath 2018 Population: Diverse chronic diseases Setting: Paediatric care											

Health related quality of life: Self-efficacy											
1 RCT	serious ^e	not serious	serious ^b	serious ^c	none	142	132		MD 1.00 (-2.03 to 4.03)* (GSE; higher=better)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on self-efficacy. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Schmidt 2016 Population: Diverse chronic diseases Setting: Paediatric care											
Self-management											
1 RCT	serious ^e	not serious	serious ^b	serious ^c	none	142	132		MD 1.21 (-2.28 to 4.70)* (PAM; higher=better)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on self-management. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Schmidt 2016 Population: Diverse chronic diseases Setting: Paediatric care											
1 NRSI	very serious ^f	not serious	serious ^b	serious ^c	none	104	67		MD 5.00 (0.14 to 9.86)* (PAM; higher=better)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on self-management. There may be little difference between the intervention and control group.
Ernst 2022 Population: Diverse chronic disease Setting: Paediatric care											

Continuity of care: transition readiness											
1 RCT	very serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	125	117		MD 11.12 (3.08 to 19.16) [°] (TCS, 0-100; higher=better)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on transition readiness. There may be a higher transition readiness for the intervention group compared to the control group.
Schmidt 2018 Population: Diverse chronic diseases Setting: Paediatric care											
1 NRSI	very serious ^f	not serious	serious ^b	not serious	none	99	69		MD 10.30 (4.41 to 16.19) [°] (TCS; higher=better)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on transition readiness. There may be a higher transition readiness for the intervention group compared to the control group.
Menrath 2018 Population: Diverse chronic disease Setting: Paediatric care											

a. Risk of bias downgraded by two levels (RCT): very serious concerns regarding randomization process, deviations from intended interventions, missing data, measurement of the outcome and selection of the reported result; b. Indirectness downgraded by one level: indirect comparison (study population considerably different from population of interest); c. Imprecision downgraded by one levels: due to a small sample size or wide 95%-CI; d. Risk of bias downgraded by two levels (NRSI): very serious concerns regarding confounding, missing data, measurement of outcome, selection of the reported result; e. Risk of bias downgraded by two levels (RCT): very serious concerns regarding randomization process, missing data, measurement of the outcome and selection of the reported result; f. Risk of bias downgraded by two levels (NRSI): very serious concerns regarding confounding, deviations from intended interventions, missing data, measurement of outcome, selection of the reported result; # Negative value indicates disadvantage for the intervention group; ° Positive value indicates benefit for the intervention group

Tabelle 31: GRADE - Education and disease management.

Certainty assessment						Events (if applicable)/ N participants		Effect		Certainty	Interpretation
Outcome No of studies participants	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Health related quality of life: (health related) Quality of Life											
2 RCTs	serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	46	54		Ammerlaan 2017 MD -0.08 (-0.42 to 0.26)* (HAQ-DI; 0-3; lower=better)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on (health related) Quality of Life. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Ammerlaan 2017 Population: Juvenile idiopathic arthritis Setting: Paediatric care								Husted 2014 4.00 (-5.84, 13.84) [§] (PAID; 0-100; lower=better),			
Husted 2014 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric care											
Health related quality of life: Self-efficacy											
1 RCT	serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	24	24		MD -0.33 (-1.19 to 0.53) [#] (Dutch-Arthritis Self-efficacy Scale; 0-10; higher=better)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on self-efficacy. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Ammerlaan 2017 Population: Juvenile idiopathic arthritis Setting: Paediatric care											
1 NRSI	very serious ^d	not serious	serious ^b	serious ^c	none	31	28		MD 14.60	⊕○○○	

Reid 2018 Population: Diabetes type 1 Setting: Adult care									(2.99 to 26.21) ^o (SED; 35 – 210; higher=better)	Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on self-efficacy. There may be higher self-efficacy in the intervention compared control group.
Self-management											
3 RCTs	serious ^e	not serious	serious ^b	serious ^c	none	66	71		Husted 2014 MD -0.00 (-3.60, 3.60) [#] (PCD, 5-35); higher=better	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on self-management. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Husted 2014 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric care								Vaz 2019 None of the reported subscales indicated group differences (IBD-KID)			
Vaz 2019 Population: Inflammatory bowel diseases Setting: Paediatric care								Huang 2014 MD 10.00 (2.96, 17.04) ^o (PAM;0-100; higher=better)			
Huang 2014 Population: Diverse chronic diseases Setting: Paediatric care											
Continuity of care: transition readiness											
3 RCTs	serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	76	77		Al Ksir 2022 MD 1.94 (1.73 to 2.15) ^o (TRAQ, 1-5; higher=better)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on transition readiness. There may be little to no difference between the
Al Ksir 2022 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric care								Huang 2014 MD 0.20 (-0.16 to 0.56) ^o			

Huang 2014 Population: Diverse chronic diseases Setting: Paediatric care									(TRAQ, 1-5; higher=better)		intervention and control group.
Vaz 2019 Population: Inflammatory bowel diseases Setting: Paediatric care									Vaz 2019 None of the reported subscales indicated group differences (TRAQ, 1-5; higher=better)		
(disease-specific) physical health status: HbA1c in %											
2 RCTs	serious ^a	serious ^e	serious ^b	serious ^c	none	56	63		MD -0.43 (-1.75 to 0.89) [§]	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on the physical health status. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Al Ksir 2022 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric care											
Husted 2014 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric care											
1 NRSI	very serious ^d	not serious	serious ^b	not serious	none	42	39		MD -0.10 (-0.57 to 0.37) [§]	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on the physical health status. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Reid 2018 Population: Diabetes type 1 Setting: Adult care											

a. Risk of bias downgraded by one level (RCT): serious concerns regarding the deviations from intended interventions, missing outcome data, measurement of the outcome; b. Indirectness downgraded by one level: indirect comparison (study population considerably different from population of interest); c. Imprecision downgraded by one levels: due to a small sample size or wide 95%-CI; d. Risk of bias downgraded by two levels (NRSI): very serious concerns regarding confounding, deviations from intended intervention, missing data, measurement of the outcome and selection of the reported result; *Negative value indicates benefit for the intervention group; [§] Positive value indicates disadvantage for the intervention group; [#] Negative value indicates benefit for the control group; [°] Positive value indicates benefit for the intervention group.

Tabelle 32: GRADE - App for providing information.

Certainty assessment						Events (if applicable)/ N participants		Effect		Certainty	Interpretation
Outcome	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Health related quality of life: (health related) Quality of Life											
1 RCTs	serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	76	75		MD 3.14 (-0.95 to 7.22) [§]	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on (health related) Quality of Life. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Castensoe-Seidenfaden 2018 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric care									(PAID; 0-100; lower=better)		
Self-management											
1 RCT	serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	76	75		MD 0.79 (-0.98 –2.56) [°]	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on self-management. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Castensoe-Seidenfaden 2018 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric care									(PCD, 5-35; higher=better)		

(disease-specific) physical health status: HbA1c in %											
1 RCT	serious ^d	not serious	serious ^b	serious ^c	none	76	75		MD 0.70 (0.23 to 1.17) [§]	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on the physical health status. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Castensoe-Seidenfaden 2018 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric care											

a. Risk of bias downgraded by one levels (RCT): serious concerns regarding the randomisation process, and measurement of the outcome; b. Indirectness downgraded by one level: indirect comparison (study population considerably different from population of interest); c. Imprecision downgraded by one levels: due to a small sample size or wide 95%-CI; d. Risk of bias downgraded by one levels (RCT): serious concerns regarding the randomisation process; [§] Positive value indicates disadvantage for the intervention group; [°] Positive value indicates benefit for the intervention group

Tabelle 33: GRADE - Multicomponent interventions.

Certainty assessment						Events (if applicable)/ N participants		Effect		Certainty	Interpretation
Outcome No of studies participants	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Health related quality of life: (health related) Quality of Life											
1 NRSI	very serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	37	26		MD 18.37 (6.88 to 29.86) [°] (Arizona Integrative Outcomes Scale; higher=better)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on quality of life. There may be a higher quality of life in the intervention compared control group
Sequeira 2015 Population: Diabetes type 1 Setting: Pediatric to adult care											
Health related quality of life: Self-efficacy											
1 NRSI	very serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	37	26		MD 0.70 (-2.25 to 3.65) [°] (Diabetes Empowerment Scale-Short Form; higher=better)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on self-efficacy. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Sequeira 2015 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric to adult care											

Health literacy												
1 NRSI	very serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	37	26			MD -0.19 (-0.83 to 0.45) [#] (adapted Diabetes Knowledge Test; higher=better)	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on health literacy. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Sequeira 2015 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric to adult care												
(disease-specific) physical health status: HbA1c in %												
1 NRSI	very serious ^a	not serious	serious ^b	serious ^c	none	68	68			MD -0.34 (-0.22 to 0.54) [#]	⊕○○○ Very low	The evidence is of very low certainty about the effect of the transition intervention on the physical health status. There may be little to no difference between the intervention and control group.
Sequeira 2015 Population: Diabetes type 1 Setting: Paediatric to adult care												

a. Risk of bias downgraded by two levels (NRSI): very serious concerns regarding confounding, deviations from intended intervention, missing data, measurement of the outcome, and selection of the reported result; b. Indirectness downgraded by one level: indirect comparison (study population considerably different from population of interest); c. Imprecision downgraded by one levels: due to a small sample size or wide 95%-CI; °Positive value indicates benefit for the intervention group; #Negative value indicates benefit for the control group

Tabelle 34: Deskriptive Synthese von Interventionseffekten ohne GRADE-Bewertung.

Study ID	Outcome category	Outcome	Transition intervention vs control	Transition intervention vs other transition intervention
Ammerlaan 2017	participation in social life	Missed school/work	→	n.a.
Bisno D 2022	self-management	Blood Glucose Monitoring	→	n.a.
Bisno D 2022	(health related) psychological health	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	→	n.a.
Bisno D 2022	(health related) psychological health	Diabetes Distress Scale (DDS)	↑	n.a.
Bisno D 2022	(health related) Quality of Life	European Quality of Life 5 Dimensions 5 Level Version (EQ-5D-5L)	→	n.a.
Bisno D 2022	metabolic status	HbA1c (%)	→	n.a.
Bisno D 2022	self-management	Insulin pump use	→	n.a.
Bisno D 2022	self-efficacy	Self-Efficacy for Diabetes Scale (SED)	→	n.a.
Bisno D 2022	self-management	Diabetes Strengths and Resilience Scale (DSTAR-Teen)	→	n.a.
Bisno D 2023	self-management	Insulin pump use	→ (Attendees vs. standard care)	→ (Attendees vs. Non-Attendees)
Bisno D 2023	self-management	Blood Glucose Monitoring	↑ (Attendees vs. standard care)	↑ (Attendees vs. Non-Attendees)
Bisno D 2023	(health related) psychological health	Diabetes Distress Scale (DDS)	→ (Attendees vs. standard care)	→ (Attendees vs. Non-Attendees)
Bisno D 2023	metabolic status	HbA1c (%)	↑ (Attendees vs. standard care)	→ (Attendees vs. Non-Attendees)
Bisno D 2023	(health related) Quality of Life	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	→ (Attendees vs. standard care)	→ (Attendees vs. Non-Attendees)
Castensoe-Seidenfaden 2018	health related acute complications	acute diabetes-related hospitalizations, self-report	→	n.a.

Castensoe-Seidenfaden 2018	health related acute complications	hypoglycemic episodes, self-report	→	n.a.
Castensoe-Seidenfaden 2018	treatment satisfaction	five-item Health Care Climate Questionnaire (HCCQ)	→	n.a.
Huang 2014	self-management	patient-initiated communications	↑	n.a.
Husted 2014	self-management	Blood Glucose Monitoring	→	n.a.
Husted 2014	health related acute complications	diabetes related hospitalizations	→	n.a.
Husted 2014	health related acute complications	hypoglycemic episodes	→	n.a.
Husted 2014	clinic attendance	median number of visits	↑	n.a.
Husted 2014	clinic attendance	non-attendance	↓	n.a.
Husted 2014	clinic attendance	number of cancellations	→	n.a.
Husted 2014	(health related) psychological health	World Health Organisation- Five Well-Being Index (WHO-5)	→	n.a.
Lal 2020	health related acute complications	diabetes related hospitalizations	→	n.a.
Leksell 2023	(health related) psychological health	Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ)	→	n.a.
Leksell 2023	metabolic status	Time below range (%)	→	n.a.
Leksell 2023	metabolic status	Time in range (%)	→	n.a.
Menrath 2018	treatment satisfaction	adapted version of the ZUF-8	n.a.	n.a.
Menrath 2018	subjective general health status	5-point Likert-scaled question from the German Health Interview and Examination Survey for Adults	→	n.a.
Menrath 2018	participation in social life	Days absent from school/work	→	n.a.

Menrath 2018	parents' disease responsibility	self-assessment	↑	n.a.
Menrath 2018	transition readiness	transition knowledge test	↑	n.a.
Menrath 2018	disease control	self-assessment	→	n.a.
Reid 2018	treatment satisfaction	brief online survey (5 statements zur Terminzufriedenheit)	↑	n.a.
Reid 2018	clinic attendance	HbA1c (number of measurements)	→	n.a.
Reid 2018	clinic attendance	No. of blood glucose checks	→	n.a.
Reid 2018	clinic attendance	number of appointments attended	↑	n.a.
Reid 2018	(health related) psychological health	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	→	n.a.
Reid 2018	self-efficacy	Self-Efficacy for Diabetes Scale (SED)	↑	n.a.
Schmidt 2016	satisfaction with health care	CHC SUN self	→	n.a.
Sequeira 2015	(health related) psychological health	adapted Perceived Stress Scale	→	n.a.
Sequeira 2015	(health related) psychological health	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	→	n.a.
Pyatak 2017	(health related) psychological health	adapted Perceived Stress Scale	n.a.	→
Pyatak 2017	health related acute complications	diabetes related hospitalizations	n.a.	n.a.
Pyatak 2017	health related acute complications	hypoglycemic episodes	n.a.	n.a.
Pyatak 2017	clinic attendance	number of appointments attended	n.a.	n.a.
Pyatak 2017	(health related) psychological health	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	n.a.	→

Spaic 2019	treatment satisfaction	Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)	→	n.a.
Spaic 2019	(health related) psychological health	Diabetes Distress Scale (DDS)	→	n.a.
Spaic 2019	health related acute complications	diabetes related hospitalizations	→	n.a.
Spaic 2019	clinic attendance	Frequency of routine diabetes testing	→	n.a.
Spaic 2019	clinic attendance	number of appointments attended	→	n.a.
Steinbeck 2015	health related acute complications	diabetes related hospitalizations	→	n.a.
Steinbeck 2015	clinic attendance	number of visits per annum	→	n.a.
White 2017	clinic attendance	number of appointments attended	↑	n.a.
White 2017	clinic disengagement	number of appointments disengaged	↑	n.a.

Legende: ↑ effect in intervention group was significantly higher compared to control group; → no significant difference between two groups; n.a. not applicable; ↓ effect in control group was significantly higher compared to intervention group

5. Formulierung der Empfehlungen und Konsensfindung

5.1 Schema der Empfehlungsgraduierung und Festlegung des Empfehlungsgrads

Zur Graduierung der Empfehlungen wurde die durch GRADE bewertete Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz sowie die durch die GRADE *working group* empfohlene sprachliche Umsetzung zur Ableitung von Empfehlungen herangezogen.

Der Evidenzgrad für alle Empfehlungen wurde als sehr gering eingestuft. Hauptgründe waren schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Limitationen im Verzerrungspotential, unzureichende Präzision (v.a. aufgrund kleiner Fallzahlen und selten berichteter Outcomes) und Indirektheit aufgrund fehlender Studien in der Primärpopulation. Der Empfehlungsgrad wurde aufgrund von Expertenmeinung innerhalb der Redaktionsgruppe diskutiert, abgestimmt und nach dem folgenden Schema vergeben (siehe Tab. 35). Eine Aufschlüsselung der drei Empfehlungsgrade findet sich in Tabelle 35. Bei evidenzbasierten Empfehlungen wurde außerdem mithilfe der GRADE-Bewertung zusätzlich die Evidenzqualität angegeben. Diese GRADE-Bewertung beschreibt das Vertrauen in den Effektschätzer und wurde basierend auf vorher festgelegten Endpunkten errechnet.

Tabelle 35: Aufschlüsselung der Empfehlungsgrade A, B und O.

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise
A	Starke Empfehlung	Soll/Soll nicht
B	Schwache Empfehlung	Sollte/sollte nicht
O	Empfehlung offen	Kann erwogen/verzichtet werden

5.2 Evidence-to-Decision-Framework

Im Prozess der Festlegung des Empfehlungsgrades wurde zum einen die jeweilige GRADE-Bewertung einbezogen, zum anderen weitere relevante Kriterien aus dem Evidence-to-Decision-Framework (Alonso-Coello et al., 2016). Die für diese Leitlinie gewählten EtD-Kriterien sind: Abwägung von potenziellem Nutzen- und Schaden der Intervention, Präferenzen von Betroffenen, Ressourcenverbrauch/Aufwand sowie Akzeptanz und Machbarkeit der Intervention. Eine Begründung des Empfehlungsgrades anhand der EtD-Kriterien ist in Tabelle 36 zusammengefasst.

Tabelle 36: Ableitung des Empfehlungsgrad anhand definierter EtD-Kriterien.

Empfehlung 1, Empfehlungsgrad B

Zur Verbesserung des Selbstmanagements, der Transitionsbereitschaft und -befähigung und der Patient:innenaktivierung sollten kompakte Schulungen für Jugendliche mit Adipositas und ggf. ihre Eltern angeboten werden, in denen sie gezielt auf das Erwachsenenleben und den Übergang in die Erwachsenenmedizin vorbereitet werden.

Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden der Intervention: Es wird auch bei Adipositas eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung, Patientenaktivierung sowie die Sicherung der Lebensqualität und Teilhabe erwartet.

Ressourcenverbrauch / Aufwand: Als limitierend wird der hohe Aufwand bei Organisation und Zusammenstellung von Schulungsgruppen eingeschätzt.

Akzeptanz und Machbarkeit der Intervention: Die Umsetzbarkeit von kompakten Schulungen wird als gut eingestuft. Es gibt bereits qualifizierte Schulungsteams und evaluierte Schulungskonzepte, was die Umsetzung erleichtert. Einschränkungen der Verfügbarkeit ergeben sich im ländlichen Raum, sodass von regionalen Unterschieden in der Machbarkeit auszugehen ist. Ein Lösungsansatz zur Verbesserung der Machbarkeit könnten Online-Schulungen oder Schulungen während stationärer Rehabilitationsmaßnahmen darstellen.

Präferenzen von Betroffenen: Hinsichtlich der Präferenz können keine Aussagen getroffen werden. Die Teilnahme an Schulungen erfolgt auf freiwilliger Basis, so dass junge Menschen selbst darüber entscheiden können.

Empfehlung 2, Empfehlungsgrad A

Behandlungsbegleitende, am individuellen Bedarf orientierte Schulungs- und Beratungsangebote für junge Menschen mit Adipositas sollen zur Verbesserung des krankheitsbezogenen Selbstmanagements sowie der Transitionsbereitschaft und -befähigung eingesetzt werden.

Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden der Intervention: Begleitende, am Individuum orientierte Schulungs- und Beratungsansätze scheinen positive Effekte auf somatische, psychosoziale und Versorgungsaspekte erzielen zu können.

Ressourcenverbrauch / Aufwand: Der Aufwand hängt von der Art des Angebots ab. Derartige Beratungs-/Schulungsangebote können jedoch an die regulären Kontakte mit der Versorgungseinrichtung gekoppelt werden (z. B. Nutzung strukturierter Materialien), so dass sie ressourcenschonend umgesetzt werden können. Insgesamt erscheinen sie weniger aufwändig als kompakte Schulungen (s. Empfehlung 1).

Akzeptanz und Machbarkeit der Intervention: Durch den niederschweligen Zugang und die flexible Gestaltung des Angebots scheinen die Akzeptanz auf Seiten der Betroffenen und die Machbarkeit auf Seiten des Behandlungsteams sehr gut zu sein.

Präferenzen von Betroffenen: Während des Transitionsalters ist der Verlauf der Entwicklung sehr variabel und von besonderer Individualität geprägt. Deshalb sollen Schulungs- und Beratungsangebote dies unbedingt berücksichtigen.

Empfehlung 3, Empfehlungsgrad 0

Komplexe, aus mehreren Komponenten bestehende Transitionsprogramme können für junge Menschen mit Adipositas erwogen werden, um somatische und psychische Outcomes zu verbessern.

Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden der Intervention: Ein ganzheitliches, auf verschiedene Herausforderungen der Transition abgestimmtes Programm scheint umfassender zu wirken als Einzelmaßnahmen. Positive Effekte wurden auf somatischer, psychosozialer sowie Versorgungsebene beschrieben.

Ressourcenverbrauch / Aufwand: Komplexe Programme sind mit einem hohen Einsatz von Ressourcen verbunden und daher schwerer zu realisieren. Allerdings existieren für einige Elemente bereits geeignete Angebote (z. B. Schulung, Beratung, Fallmanagement), was den Aufwand reduziert.

Akzeptanz und Machbarkeit der Intervention: Die Akzeptanz von ganzheitlichen Transitionsprogrammen ist gut, wenn die verschiedenen Elemente zielgerichtet aufeinander abgestimmt sind. Die Machbarkeit einzelner Elemente wurde bereits bei anderen Erkrankungen gezeigt. Ihre Umsetzbarkeit und Übertragbarkeit auf Adipositas erscheinen durch die Möglichkeiten, die das DMP Adipositas mit sich bringt, erleichtert.

Präferenzen von Betroffenen: Der individuelle Entwicklungsverlauf während der Transitionsphase kann durch modulare Programme besser berücksichtigt werden.

Empfehlung 4, Empfehlungsgrad B

Zur Verbesserung des Selbstmanagements von jungen Menschen mit Adipositas sollte unterstützend die Nutzung von validierten web- oder appbasierten Anwendungen empfohlen werden.

Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden der Intervention: Digitale Angebote bieten einfachen Zugang, flexible Unterstützungsmöglichkeiten und motivierende Peergroup-Effekte. Es kann eine positive Wirkung zur komplementären Unterstützung der Transition angenommen werden. Wichtig ist, dass digitale Angebote die persönliche Betreuung nicht ersetzen, sondern nur ergänzen. Zudem sollten Angebote gezielt ausgewählt werden, um Schaden durch z. B. Fehlinformationen oder Überforderung zu vermeiden.

Ressourcenverbrauch / Aufwand: Solche Tools sind zu Beginn bei der Entwicklung und Implementierung mit erheblichem Ressourceneinsatz und Kosten verbunden. Dies steht den Einsparungen beim späteren Routineeinsatz gegenüber. Allerdings sollte der Zeit für die Einweisung in die Tools und deren regelmäßige Pflege (z. B. Software Updates, inhaltliche Aktualisierungen) nicht unterschätzt werden. Solche Tools lohnen sich vor allem bei einem längeren Einsatz bzw. bei einer größeren Personengruppe

Akzeptanz und Machbarkeit der Intervention: Durch ihre Affinität zu digitalen Medien, ist die Akzeptanz für derartige Angebote bei jungen Menschen als hoch anzunehmen. Es werden Elemente genutzt, die sie aus anderen Lebensbereichen kennen, und es können verschiedene Elemente (z. B. Information, Austausch, News, Erinnerungsfunktion) in einer Anwendung integriert werden. Digitale Angebote gelten als leicht zugänglich und flexibel einsetzbar, was ihre Machbarkeit und potenzielle Akzeptanz unterstützen. Für Erwachsene mit Adipositas gibt es bereits dauerhaft aufgenommene digitale Gesundheitsanwendungen, was auf eine prinzipielle Umsetzbarkeit auch im Jugendbereich hindeutet.

Präferenzen von Betroffenen: Peergroup-Effekte und die flexible Nutzung sprechen für eine gewisse Attraktivität für junge Menschen.

Empfehlung 5, Empfehlungsgrad B

Auf inhaltlich sehr beschränkte digitale Tools sollte zur Verbesserung somatischer oder psychosozialer Parameter verzichtet werden (z. B. ausschließlich zur Kommunikation mit dem Betreuungsteam geeignete Apps).

Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden der Intervention: Es wurde kein zusätzlicher Nutzen der inhaltlich sehr reduzierten digitalen Tools auf somatische und psychosoziale Parameter beobachtet. Eine Verbesserung der herkömmlichen Behandlung konnte nicht erreicht werden. Es besteht zudem das Risiko, dass durch den Einsatz solcher Tools wirksamere Angebote nicht genutzt werden, bzw. für deren Entwicklung die Ressourcen fehlen

Ressourcenverbrauch / Aufwand: Der Einsatz solcher Tools ist mit erheblichem Aufwand verbunden – insbesondere in Bezug auf Entwicklung und Implementierung. Dieser Aufwand reduziert sich beim Dauerbetrieb.

Akzeptanz und Machbarkeit der Intervention: s. Empfehlung 4. Allerdings ist anzunehmen, dass junge Menschen sehr gut bilanzieren, was ihnen ein solches Angebot an zusätzlichem Nutzen bringt. Wenn dieser nicht gesehen wird, wird das Angebot vermutlich dauerhaft wenig Akzeptanz finden.

Präferenzen von Betroffenen: Digitale Kommunikation nimmt insgesamt während des Transitionsalters breiten Raum ein und kann zu Stress-Situationen führen. Deshalb sollte auf zusätzliche Tools verzichtet werden.

Empfehlung 6, Empfehlungsgrad B

Zur Verbesserung der Termintreue von jungen Menschen mit Adipositas sollten Terminerinnerungen und ggf. Maßnahmen zur Terminverfolgung eingesetzt werden.

Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden der Intervention: Erinnerungen via Email, SMS oder Telefon zeigten in einer Studie einen signifikanten Effekt auf die Termintreue. Ein potentieller Schaden ist dadurch nicht zu befürchten. Es sei denn, es wird die Implementierung eines Tools nur zu diesem Zwecke notwendig (s. Empfehlung 5).

Ressourcenverbrauch / Aufwand: Es ist von geringen zusätzlichen Kosten auszugehen, da Terminerinnerungen vielfach bereits in der Praxissoftware etabliert und automatisiert sind. Zusätzlicher Aufwand entsteht bei telefonischer Erinnerung und Nachverfolgung. Dieses ist aber vermutlich mit einer höheren Wirksamkeit verbunden.

Akzeptanz und Machbarkeit der Intervention: Die Übertragbarkeit auf junge Menschen mit Adipositas wird als gegeben eingeschätzt. Die Akzeptanz solcher Maßnahmen ist als hoch anzunehmen, da sie vielfach schon aus anderen Bereichen bekannt sind. Insgesamt wird von einer guten Umsetzbarkeit ausgegangen, da automatische Terminerinnerungen bereits weit verbreitet und technisch leicht implementierbar sind.

Präferenzen von Betroffenen: Viel junge Menschen geben Probleme mit dem eigenen Zeitmanagement an. Deshalb sollten Terminerinnerungen oder Maßnahmen zur Terminverfolgung genutzt werden.

Empfehlung 7, Empfehlungsgrad 0

Zur Verbesserung der Transfer-Rate in die Erwachsenenmedizin kann bei Jugendlichen mit Adipositas die Möglichkeit erwogen werden, bereits in der Pädiatrie ihre Weiterbehandler:innen kennenzulernen (z. B. durch gemeinsame Sprechstunden).

Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden der Intervention: Die eingeschlossene Studie zeigte einen starken positiven Effekt auf die Transfer-Rate, allerdings bei geringer Fallzahl und bezogen auf unterschiedliche endokrinologische Erkrankungen. Eine Übertragbarkeit auf Adipositas bleibt unsicher. Ein Schaden ist dadurch nicht zu erwarten.

Ressourcenverbrauch / Aufwand: Der Aufwand solcher Angebote hängt stark von den regionalen und strukturellen Gegebenheiten ab. Eine gemeinsame Sprechstunde von Teammitgliedern aus der Pädiatrie und dem übernehmenden Bereich oder einem ersten Termin nur mit dem/der Erwachsenenmediziner/-in im pädiatrischen Setting gelingt vor allem bei regionaler Nähe (z. B. Fachabteilungen einer Einrichtung). Bei einer gemeinsamen Sprechstunde fallen für zwei Personen/Teams Kosten an.

Akzeptanz und Machbarkeit der Intervention: Die Akzeptanz vonseiten der jungen Menschen wird als hoch angesehen. Ein Kennenlernen der Weiterbehandelnden im geschützten Rahmen reduziert die Unsicherheit. Die Machbarkeit eines solchen Konzepts hängt stark von regionalen und strukturellen Bedingungen ab. Daraus ergeben sich Unsicherheiten bezüglich der Machbarkeit im Praxisalltag. Eine Alternative wäre eine gemeinsame digitale Sprechstunde.

Präferenzen von Betroffenen: Für junge Menschen mit einer Adipositas als chronische Erkrankung kann die Transition erleichtert werden, wenn bereits im gewohnten pädiatrischen Behandlungsumfeld einen Kontakt zu ihren Weiterbehandler:innen ermöglicht wird.

Empfehlung 8, Empfehlungsgrad B

Eine längerfristige, strukturierte Begleitung (z. B. durch eine/n Transitionskoordinator:in oder ein/e Casemanager:in) sollte jungen Menschen mit Adipositas angeboten werden, um die Wahrscheinlichkeit der regelmäßigen und adäquaten medizinischen Versorgung im Erwachsenenalter zu erhöhen.

Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden der Intervention: Die strukturierte Begleitung des Transitionsprozesses zeigte in zwei RCTs signifikante Effekte auf medizinische Parameter (HbA1c), jedoch nur Trends bei Termintreue und Transferrate. Aufgrund der komplexen Versorgungsstruktur und multiplen Risikofaktoren bei Adipositas (z. B. geringe Gesundheitskompetenz, geringe Selbstwirksamkeitserwartung, fehlende Exazerbationen) wird ein hoher Unterstützungsbedarf und damit Nutzen für eine längerfristige Begleitung angenommen. Ein Schaden wird nicht erwartet.

Ressourcenverbrauch / Aufwand: Die Begleitung über einen längeren Zeitraum ist mit entsprechendem Aufwand und Kosten verbunden. Ohne zusätzliche personelle Ressourcen ist sie nur schwer umzusetzen. Die strukturierte Begleitung wird jedoch bei anderen chronischen Erkrankungen bereits von Kostenträgern übernommen. Für junge Menschen mit Adipositas laufen aktuell Verhandlungen zur Kostenübernahme des BTP.

Akzeptanz und Machbarkeit der Intervention: Die Machbarkeit wird generell als hoch angesehen, da durch das BTP ein erprobtes Konzept und bundesweit nutzbare Strukturen zur Betreuung junger Menschen mit Adipositas verfügbar wären. Wenn die Finanzierung geklärt wird, könnte dies einfach umgesetzt werden. Allerdings ist die Akzeptanz einer längerfristigen Begleitung (beim BTP 24 Monate) teilweise nicht gegeben, so dass den Betroffenen und Versorgenden ggf. der Nutzen durch ein Casemanagement verdeutlicht werden muss.

Präferenzen von Betroffenen: Es kann von einem hohen Unterstützungsbedarf bei den betroffenen Familien ausgegangen werden, was auf einen potenziellen Bedarf und Wunsch nach strukturierter Begleitung schließen lässt.

5.3 Konsensverfahren und Konsensuskonferenz

Zur Konsentierung der acht evidenz- und sieben konsensbasierten Empfehlungen wurde ein mehrstufiges Verfahren durchgeführt, das aus einer Online-Vorabstimmung und einer strukturierten Konsensuskonferenz bestand.

5.3.1 Online-Vorabstimmung

Bereits 2,5 Wochen vor der Konsensuskonferenz erhielten die Mitglieder der Konsensusgruppe die Möglichkeit, die Empfehlungsentwürfe in einer Online-Befragung zu kommentieren und vorab abzustimmen. Dieses Vorgehen ermöglichte eine frühzeitige inhaltliche Auseinandersetzung mit den Empfehlungen sowie die Identifikation von Dissenspunkten. So konnten gezielt Diskussionen in der Konsensuskonferenz vorbereitet werden.

An der Online-Vorabstimmung nahmen 16 von 23 stimmberechtigten Mandatstragenden teil. Für keine der evidenz- oder konsensbasierten Empfehlungen wurde eine Zustimmung von $\geq 95\%$ erreicht. Daher wurden alle Empfehlungen in der anschließenden Konsensuskonferenz abgestimmt.

Wenn von einer Fachgesellschaft zwei Mandatstragende benannt wurden, konnten beide den Leitlinienentwurf kommentieren und diskutieren. Stimmberechtigt war jedoch nur eine Person pro Fachgesellschaft – sowohl in der Online-Vorabstimmung als auch in der Konsensuskonferenz.

5.3.2 Konsensuskonferenz am 19. März 2025

Die Konsensuskonferenz fand online via Zoom statt. Zur Erzielung eines Konsenses wurde das strukturierte Verfahren des Nominalen Gruppenprozesses angewendet, das folgende Schritte umfasste:

- Vorstellung jeder Empfehlung in einem Word-Dokument mit mündlicher Präsentation und Begründung des Empfehlungsgrads.
- Zusammenfassung der Kommentare aus der Online-Vorabstimmung durch die Moderatorin Prof. Dr. med. Susanna Wiegand.
- Diskussion der Formulierung und des Empfehlungsgrads in der Konsensusgruppe. Unter Leitung von Frau Frauke Schwier wurde eine Reihenfolge zur Abstimmung der Diskussionspunkte erstellt.

- Endgültige Abstimmung über jede Empfehlung und ggf. über alternative Formulierungen.

Die strukturierte Konsensfindung begann bei evidenzbasierten Empfehlungen mit einer Darstellung der Evidenzlage. Bei konsensbasierten Empfehlungen wurden die von den Arbeitsgruppen erarbeiteten Vorschläge und ihre Hintergründe vorgestellt und diskutiert.

5.3.3 Teilnahme und Stimmberechtigung

An der Konsensuskonferenz nahmen 21 Mandatstragende von 22 Fachgesellschaften bzw. Organisationen teil. Jede beteiligte Fachgesellschaft hatte eine Stimme. Einschränkungen des Stimmrechts – etwa aufgrund von Interessenkonflikten – wurden im Vorfeld geprüft, kamen in dieser Leitlinie jedoch nicht zum Tragen. Dasselbe galt für die Patientenvertretung.

Besonderheiten bei der Stimmberechtigung:

Für die DEGAM haben Frau Lisa Degener und Frau PD Dr. Heidrun Lingner basierend auf den gemeinsam abgeprochenen Standpunkten und entsprechend ihrer zeitlichen Valenzen abwechselnd abgestimmt.

Doppelte Mandate:

- Frau PD Dr. Gundula Ernst stimmte für die GfTM (Erststimme) und für KomPaS (Zweitstimme).
- Frau Britta Pehlke stimmte für die DGPM (Erststimme) und für das DKPM (Zweitstimme).

5.3.4 Abstimmung und Dokumentation

Ein Konsens zur Annahme einer Empfehlung oder einer Änderung wurde erreicht, wenn mehr als 75 % der stimmberechtigten Personen zustimmten. Enthaltungen aufgrund von Interessenkonflikten wurden von der Gesamtzahl der abstimmenden Personen abgezogen, traten jedoch nicht auf.

Die Ergebnisse der Abstimmungen wurden während der Konsensuskonferenz von Frau PD Dr. Antje Tannen in einem geteilten Textdokument dokumentiert und zusätzlich in einer CSV-Datei aus dem Zoom-Umfragetool gesichert.

In Tabelle 37 ist die Klassifikation der Konsensstärke dargestellt. Diese gibt den Anteil der Zustimmung in Prozent wieder und wurde für alle Empfehlungen ausgewiesen.

Tabelle 37: Klassifikation der Konsensstärke (modifiziert nach AWMF).

Konsensstärke	Zustimmung der Teilnehmenden in %
starker Konsens	> 95
Konsens	> 75 bis 95
mehrheitliche Zustimmung	> 50 bis 75
keine mehrheitliche Zustimmung	<= 50

Die Abstimmungsergebnisse der Empfehlungen zur Konsensuskonferenz sind in Tabelle 38 zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 38: Abstimmungsergebnisse der einzelnen Leitlinien-Empfehlungen.

Empfehlung	Stimmen (n)	stimme zu (%)	Konsensstärke
#1 "sollte"	20	90,00	Konsens
#1 "kann erwogen werden"	20	15,00	Keine mehrheitliche Zustimmung
#1 "kompakte Schulungen" statt Patient:innenschulungen	20	100,00	Starker Konsens
#2 "längerfristig [...] bedarfsorientiert"	20	100,00	Starker Konsens
#2 "soll"	19	84,21	Konsens
#2 "sollte"	19	36,84	Keine mehrheitliche Zustimmung
#3 Empfehlung gesamt	19	89,47	Konsens
#4 "sollte unterstützend empfohlen werden"	19	94,74	Konsens
#4 "kann erwogen werden"	19	47,37	Keine mehrheitliche Zustimmung
#4 Empfehlung gesamt	19	78,95	Konsens
#5 Empfehlung gesamt	19	94,74	Konsens
#6 Klammer "beispielsweise SMS" entfernen	20	90,00	Konsens
#6 Umformulierung "Terminerinnerung und ggf. Terminverfolgung"	21	95,24	Starker Konsens
#6 Empfehlung gesamt	21	95,2	Starker Konsens
#7 Ergänzung des Settings	20	45,0	Keine mehrheitliche Zustimmung
#7 Empfehlung gesamt	20	90,0	Konsens
#8 "sollte angeboten werden"	21	95,2	Starker Konsens
#8 Umformulierung in "kann erwogen werden"	21	33,3	Keine mehrheitliche Zustimmung
#9 Empfehlung gesamt	20	95,0	Konsens
#10 "Selbstorganisation und Lebensstilführung" ergänzen	21	42,9	Keine mehrheitliche Zustimmung
#10 Neuformulierung => Im Transitionsprozess von Jugendlichen mit Adipositas sollten relevante Themen, wie z. B. Sexualität, Familienplanung, Schlaf-Wach-Rhythmus, Stressmanagement, Medien- und Substanzkonsum, und deren Wechselwirkung mit der Erkrankung und ihrer Therapie vom Behandlungsteam angesprochen und ggf. Beratungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.	21	100,0	Starker Konsens

#11 Empfehlung gesamt	18	100,0	Starker Konsens
#12 Empfehlung gesamt	21	100,0	Starker Konsens
#13 Ersetzen durch Formulierung aus der generischen Leitlinie zur Transition: „Ein Screening auf psychische Belastungen und Auffälligkeiten sollte bei chronischen Krankheiten zur Behandlungsroutine gehören.“	20	35,0	Keine mehrheitliche Zustimmung
#13 Formulierung "Komorbiditäten" ändern in "somatische Komorbiditäten und psychische Gesundheit"	20	60,0	Mehrheitliche Zustimmung
#13 Das Wort "regelmäßig" durch "mindestens jährlich" ersetzen	20	50,0	Keine mehrheitliche Zustimmung
#13 Das Wort "regelmäßig" durch das Wort "planmäßig" ersetzen	20	15,0	Keine mehrheitliche Zustimmung
#13 Das Wort "regelmäßig" im Hintergrundtext definieren	20	80,0	Konsens
#13 Empfehlung gesamt	20	90,0	Konsens
#13 Im Hintergrundtext auf Stigmatisierung hinweisen	19	68,4	Mehrheitliche Zustimmung
#13 Das Wort "psychiatrisch" durch "psychisch" ersetzen	20	95,0	Konsens
#14 Das Wort "regelmäßig" streichen"	19	5,3	Keine mehrheitliche Zustimmung
#14 Erweitern um psychosoziale Belastungen, individuelle Ressourcen und fördernde Faktoren	19	84,2	Konsens
#14 Mit Empfehlung 13 kombinieren und durch andere Empfehlung zur Stigmatisierung ersetzen	19	52,6	Mehrheitliche Zustimmung
#14 Empfehlung gesamt	19	84,2	Konsens
#15 Empfehlung gesamt	19	94,7	Konsens

5.4 Erstellung der Patientenversion der Leitlinie

An der Erstellung der Patientenversion waren folgende Patientenvertreter:innen und Selbsthilfe Organisationen beteiligt: Frau Melanie Bahlke (Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e.V.), Frau Marion Rung-Friebe (Adipositas Verband Deutschland e.V.) und Herr Dr. Johannes Oepen (Kindernetzwerk (knw) e.V. . Aus der Lenkungs- und Methodengruppe haben Jana Brauchmann, Gundula Ernst und Luise Laudenschach an der Erstellung der Patientenversion mitgewirkt. Von jeder beteiligten Person liegen Angaben zu Interessenkonflikten (Tabelle 39) vor.

Alle Empfehlungen wurden von Jana Brauchmann zunächst in eine Patientenversion der Leitlinie integriert und dort in einfacher Sprache erklärt. Der Entwurf wurde an die Patientenvertreter:innen und Selbsthilfe-Organisationen per Mail versandt und ein gemeinsamer Termin zur Diskussion vereinbart. In diesem zweistündigen Termin, moderiert von Jana Brauchmann und Gundula Ernst, wurde der Entwurf der Patientenversion diskutiert und auf Verständlichkeit geprüft. Weiterhin wurde das Layout besprochen und weitere Inhalte ergänzt, wie beispielsweise eine Seite für Eltern und ein Wörterbuch, das Fachbegriffe erklärt.

Die Überarbeitung des Entwurfes wurde von Jana Brauchmann und Gundula Ernst vorgenommen. Die überarbeitete Version wurde nochmals an die Patientenvertreter:innen und Selbsthilfe-Organisationen geschickt und anschließend von Luise Laudenbach mit der Software DeepL Pro in folgende Sprachen übersetzt: Englisch, Türkisch, Spanisch, Portugiesisch, Französisch, Arabisch und Polnisch. Anschließend wurden die Übersetzungen Muttersprachler:innen vorgelegt, um sprachliche Feinheiten zu prüfen wie insbesondere die Empfehlungsstärke sowie das Wording in den Empfehlungen mit kann/soll/sollte und das Wörterbuch. Von den Muttersprachler:innen wurde keine Interessenkonflikterklärung eingefordert, da sie keine inhaltlichen Veränderungen an den fremdsprachigen Versionen vorgenommen haben.

Die fertiggestellte Patientenversion und ihre Übersetzungen wurden, nach dem Einverständnis der Konsortialführung, der Konsortialpartner:innen und der Kooperationspartner:innen, an die Delegierten und Vorstände aller beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen sowie an die Patientenvertreter:innen zur Kenntnisnahme versendet.

Die Patientenversionen der Leitlinie (und ihre Übersetzungen) sind mit den anderen Leitlinien-Dokumenten unter folgendem Link abrufbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003>.

6. Konsultation und Verabschiedung

Auf eine externe Begutachtung wurde angesichts der Größe der Leitliniengruppe und der Vielzahl der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen verzichtet. In die Entwicklung der Leitlinie waren Delegierte von 21 assoziierten wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie eine Patientenvertreterin sowie Mandatstragende eines Selbsthilfeverbands (Melanie Bahlke, Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e.V.), zwei Selbsthilfeverbände (Adipositas Hilfe Deutschland e.V., Adipositas Verband Deutschland e.V.) und ein Dachverband der Selbsthilfe (Kindernetzwerk e.V.) mit Stimm-/Abstimmungsrecht aktiv einbezogen; die Delegierten wurden von ihren jeweiligen Fachgesellschaften und Organisationen benannt und mit entsprechender Handlungsvollmacht ausgestattet.

Nach Fertigstellung des Leitlinientextes wurde dieser an die Delegierten und Vorstände aller beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen sowie an die Patientenvertreter:innen zur Kenntnisnahme und Kommentierung versendet. Etwaige Änderungswünsche konnten

innerhalb von sechs Wochen eingereicht werden. Die eingegangenen Änderungswünsche sind auf den folgenden Seiten aufgeführt. Sie wurden in der Leitliniengruppe diskutiert und ggf. berücksichtigt. Alle Änderungswünsche betrafen lediglich die erläuternden Hintergrundtexte und nicht die Empfehlungen selbst, so dass kein zusätzliches Abstimmungsverfahren notwendig war.

Die daraus hervorgegangene Konsultationsfassung wurde am 08.09.2025 auf der Seite der AWMF veröffentlicht (öffentliche Konsultationsphase) und den beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen wurde eine Frist bis zum 30.09.2025 gesetzt, um Stellungnahmen abzugeben. Im Rahmen dieser Frist wurden keine weiteren Änderungswünsche oder Überarbeitungsvorschläge eingereicht.

Die finalen Fassungen der Leitlinie, des Leitlinienreports sowie der Patientenversionen wurden am 12.03.2026 zur abschließenden Bestätigung an die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen gesendet. Alle Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen erteilten formlos ihre schriftliche Zustimmung zur Veröffentlichung der finalen Leitliniendokumente.

Die Kommentierungen zur Leitlinie, die im Rahmen der öffentlichen Konsultationsphase entsprechend zu der Konsultationsfassung der Langversion vermerkt wurden, sind im Folgenden aufgelistet:

Berliner TransitionsProgramm (Kommentar vom 14.08.2025):

Wir haben unsere Verträge mit der Techniker Krankenkasse neu verhandelt und es jetzt geschafft, Adipositas als Diagnose ins BTP mit aufzunehmen.

DEGAM (Statement vom 27.08.2025):

Die Evidenzlage ist bei vielen Empfehlungen äußerst schwach. Aufgrund fehlender Studien zum Thema Transition von Jugendlichen mit Adipositas wurden Studien zum Thema Transition von Jugendlichen mit Diabetes Typ1 und CED z.B. herangezogen.

Das halten wir für fragwürdig. Die Lebensrealitäten, die Versorgungsbedarfe und die gesundheitlichen Risiken von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes 1 und CED unterscheiden sich immens von denen adipöser Jugendlicher.

Adipositas als eigenständige und anderen schweren chronischen Erkrankungen gleichzusetzende Krankheit anzusehen, widerspricht dem Konzept der DEGAM, die die Bedeutung der Adipositas als pathologischen Zustand oder Risikofaktor nur im Kontext der Begleiterkrankungen, des Alters und anderer Faktoren beurteilt. (siehe Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“, Version 5.0, S.24)

Die Leitlinie spiegelt in vielen Empfehlungen und auch im Hintergrundtext häufig nicht die Versorgungsrealität in Deutschland wider: während die Leitlinie fast immer von einer ausschließlichen primärärztlichen Versorgung Jugendlicher durch Pädiater*innen ausgeht, findet tatsächlich ein Großteil der Primärversorgung von Jugendlichen in hausärztlichen Praxen statt. Transition chronisch kranker Jugendlicher, die bereits in hausärztlichen Praxen angebunden sind, erfordert teilweise andere Strukturen als die Transition aus der pädiatrischen in die Erwachsenenmedizin. Dies wurde in der Leitlinie zu wenig berücksichtigt.

DGAV (Kommentar vom 23.07.2025):

Unter der Empfehlung 11 findet man eine Empfehlung bzgl. einer Einschränkung in der chirurgischen Verfahrenswahl. Diese ist so extrem strittig. Ob wirklich Schlauchmagen besser geeignet ist als Magen Bypass ist total kontrovers diskutiert. Kann man das nicht entschärfend formulieren oder einfach weglassen?

Das ist chirurgisch wirklich etwas überholt, die einzig randomisierten Studien die es zu dem Thema gibt sind alle mit Magen Bypass gemacht. „sollte nach Aussage der AGA-Expertengruppe ein chirurgisches Verfahren mit geringerer Komplexität und geringerem Bedarf an Nahrungsergänzungsmitteln nach der Operation (OP) gewählt werden (z.B. Schlauchmagen-OP). Allerdings ist in der Stellungnahme aufgrund des Erscheinungsdatums nicht die aktuelle Evidenz berücksichtigt (Wabitsch, 2012).“

DGVS (Kommentar vom 13.08.2025):

Im Namen der DGVS möchte ich gerne noch folgende Änderungen anmerken und habe einen kurzen Abschnitt für ein Kommentar zum Thema MASLD vorbereitet: Bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas steigt Risiko für die Entwicklung einer MASLD erheblich. Schätzungen basierend auf nicht einheitlichen Screeningkriterien gehen von 3–10 % aller Kinder und Jugendlichen in westlichen Industrienationen aus (Rubino F, Puhl RM, Cummings DE et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* 2020; 26: 485–497; Hales CM, Carroll MD, Fryar CD et al. Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2015–2016. *NCHS Data Brief* 2017; 288: 1–8; Schienkiewitz A, Mensink GB, Scheidt-Nave C. Comorbidity of overweight and obesity in a nationally representative sample of German adults aged 18–79 years. *BMC Public Health* 2012; 12: 658). Aufgrund der engen Assoziation zur Adipositas wird in der S2k-Leitlinie „Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung/Metabolische Lebererkrankung“ der DGVS empfohlen, dass bei Kindern und Jugendlichen mit einem BMI über den 97- Perzentile nach Kromeyer Hauschild oder einem BMI über der 90. Perzentile und anderen Risikofaktoren wie Insulinresistenz, Diabetes und Dyslipidämie ab dem Alter von 8 Jahren u. a. die Höhe der ALT bestimmt werden sollte, um eine chronische Lebererkrankung frühzeitig zu identifizieren (Roeb E et al. Aktualisierte S2k-Leitlinie Nicht-alkoholische... *Z Gastroenterol* 2022; 60: 1346–1421). Bei persistierend erhöhter ALT (über 6 Monate) sollte diese auch weiter diagnostisch abgeklärt und therapeutisch adressiert werden.

7. Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Alle Mitglieder der Leitliniengruppe wurden aufgefordert, ihre Interessenkonflikte über das Online-Portal der AWMF anzugeben. Anschließend wurden sie unabhängig voneinander von Prof. Dr. Susanna Wiegand und PD Dr. Gundula Ernst (federführende Autorinnen dieser Leitlinie) auf einen thematischen Bezug zur Leitlinie bewertet. Es fand keine Eigenbewertung der Interessen statt.

Als geringer Interessenkonflikt wurden Mitgliedschaften in Schulungsvereinen und/oder Trainerausbildungen sowie Vortragstätigkeiten, als moderater Interessenkonflikt wurden industriegeförderte Beratertätigkeiten und als hoher Interessenkonflikt Arbeitsverhältnisse bei der Industrie oder Eigentumsinteresse kategorisiert. Ein geringer Interessenskonflikt hatte eine Limitierung der Leitungsfunktion zur Folge, ggf. wurde ein Peer ohne Interessenskonflikte zur Seite gestellt. Ein moderater Interessenkonflikt hatte eine Stimmenthaltung zur Konsequenz. Ein hoher Interessenkonflikt führte zum Ausschluss von der Beratung und Abstimmung zum betreffenden Thema.

Geringe Konflikte ergaben sich im Bereich Patientenschulung, da mehrere Mitglieder in Schulungsvereinen und/oder der Trainerausbildung aktiv sind (PD Dr. Gundula Ernst, Dr. Ines Gellhaus, Dr. Markus Röbl), im Fallmanagement (Dr. Silvia Mütter) oder im Bereich bariatrische Chirurgie (Prof. Dr. Mirko Otto). Diese Interessenskonflikte, die durch berufliche bzw. ehrenamtliche Tätigkeiten entstanden, wurden von Frau Prof. Wiegand und Herrn Dr. Schnabel (Charité Universitätsmedizin Berlin) als unabhängigem Berater diskutiert und als gering eingestuft. Grundsätzlich erfordern bereits geringe Interessenkonflikte eine Einschränkung der Leitungsfunktionen. Bei den Delegierten der Fachgesellschaften – Dr. Ines Gellhaus, Dr. Markus Röbl, Dr. Silvia Mütter und Prof. Dr. Mirko Otto – hatte dies jedoch keine Auswirkungen, da für sie keine Leitungsfunktion vorgesehen war.

Der Interessenkonflikt im Bereich Patientenschulung von PD Dr. Gundula Ernst, die als Koordinatorin der Leitlinie eine Leitungsfunktion einnahm, erforderte die Hinzunahme eines Peers ohne relevanten Interessenkonflikt. Diese Rolle übernahm Prof. Dr. Susanna Wiegand als zusätzliche Koordinatorin.

Als protektive Faktoren, die einer Verzerrung durch Interessenkonflikte entgegenwirkten, können die pluralistische Zusammensetzung der Leitliniengruppe, die strukturierte

Konsensfindung unter neutraler Moderation sowie die Diskussion zu den Interessenkonflikten zu Beginn der Konsensuskonferenz gewertet werden.

In Tabelle 39 sind die Interessenerklärungen zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 39: Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten.

Name	Tätigkeit als Berater*in/ Gutachter*in	Mitarbeit in Wissenschaftl. Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte (Co-) Autor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Bahlke, Melanie	Johnson n Johnson	Böhringer Ingelheim	Novo Nordisk, Novo Nordisk Initiative, Gesundheitsgewicht	Nein	Nein	Nein	Mitglied: ECPO - European Coalition for People Living with Obesity Mitglied im Kommunikation Teams, Mitglied: GOPA - Global Obesity Patienten Allianz Gründungs Mitglied: DAA - Deutschen Adipositas Allianz Gründungs Mitglied: OpenObesity Policy Engagement Network Mitglied: Obesity DEEP Member for Novo Nordisk	keine
Dr. Brauchmann, Jana	Nein	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA)	Schulungen zu Fallseminaren der DGKJ	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGE, DAG, AGA, VFED, Wissenschaftliche Tätigkeit: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Klinische Tätigkeit: Ernährungstherapie bei Adipositas	keine
Degener, Lisa	Nein	Nein	Institut für hausärztliche Fortbildung, Kompetenzzentrum Weiterbildung Berlin	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DEGAM (Arbeitskreis hausärztliche Pädiatrie), Klinische Tätigkeit: hausärztliche Tätigkeit in allgemeinmedizinischer Praxis	keine
PD Dr. Ernst, Gundula	Nein	Nein	Kyowa Kirin, BioMarin Deutschland, Chiesi, KomPaS, Adipositas Akademie Baden-Württemberg e.V., knw, Österreichische Liga zur Förderung der Kindergesundheit	Nein	BMG, Innovationsfonds, Dieter-Fuchs-Stiftung, Robert-Bosch-Stiftung	Nein	Mitglied: KomPaS, GfTM, DDG Forschung und Entwicklung im Bereich Transition, KomPaS-Transitionstrainer	Patientenschulung Gering Konsequenz: Leitungsfunktion mit Peer ohne IKE (→ Koordination der Leitlinie wurde mit Prof. Dr. S. Wiegand geteilt)
Dr. Gellhaus, Ines	Nein	Nein	Rehaforschung Nord e. V., Adipositasakademie Baden-Württemberg e. V.	Nein	Nein	Nein	Mitglied: KgAS, Wissenschaftliche Tätigkeit: Adipositas, Allergologie, Rehabilitation, Klinische Tätigkeit: Diabetes mellitus Typ 1, Neurodermitis, Asthma, Phenylketonurie, Epidermolysis bullosa, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Adipositas-Trainerausbildung (Trainerakademie Sylt, 1. Vorsitzende)	Patientenschulung Gering Konsequenz: Limitierung der Leitungsfunktion
Prof. Dr. Gerner, Patrick	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	keine
Kapp, Philipp	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	keine

Prof. Dr. Koch, Hans Georg	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin	keine
Laudenbach, Luise	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen	keine
PD Dr. Lingner, Heidrun	Nein	Nein	Nein	Nein	BMBF, Kooperation mit UV Halle Leipzig	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: DZL; Lungenerkrankungen, Routinedaten Analysen (BeoNet Register, EGPRN; Versorgungsforschung	keine
Prof. Dr. Meerpohl, Joerg	Nein	Nein	WHO, RKI, Europäische Fachgesellschaften, Dt. Fachgesellschaften, etc	Nein	BMBF, BMG, EU, ECDC, Innovationsfonds, European Respiratory Society, IQWiG, WHO, und weitere nationale und internationale öffentliche / gemeinnützige Geldgeber, Charité Berlin		Mitglied: Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Mitglied: Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM), Mitglied: GRADE Working Group, Mitglied: Guidelines International Network (GIN), Wissenschaftliche Tätigkeit: Evidenzsynthese zu Themen aus der klinischen Medizin, Public Health und Methodik, Methodische Publikationen, Leitlinienentwicklung, Klinische Tätigkeit: -, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: verantwortlich für das Workshop-Programm von Cochrane Deutschland (s. https://www.cochrane.de/veranstaltungen), Persönliche Beziehung: -	keine
Morawski, Dana	GPA e.V.	Nein	AGNES e.V.	Nein	Nein	Nein	Mitglied: KomPaS e.V. (Vorstand), AGNES e.V. /AG Asthmaschulung e.V. (Geschäftsstellenleitung), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Schulungsakademie MV des StrelaKIDS e.V., Projekt MFA Praxis Allergologie "Allergologische Fachassistenz für Kinder und Jugendliche" der GPA e.V.	keine
Dr. Mütter, Silvia	Kyowa Kirin GmbH	Chiesi GmbH	Bundesverband Bunter Kreis e.V., Kongressveranstalter Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Deutscher Diabetes Kongress 2023, Veranstaltung t1day 2024	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BTP e.V., AG Transition der DGPAED (Mitglied Vorstand), Wissenschaftlicher Schwerpunkt: Transition, Projektleiterin TransFIT Innovationsfondsprojekt des BMG Klinische Tätigkeit im DRK Kliniken Berlin I Westend: Leitung des Diabeteszentrums für Kinder und Jugendliche, Projektleiterin BTP	Casemanagement Gering Konsequenz: Limitierung der Leitungsfunktion

Dr. Nothacker, Monika (AWMF-Moderation)	keine Positionen mit Vergütung	Beirat Mitglied des Gesundheitsforschungsprojekts INDiQ (Messung der Indikationsqualität) Honorare wie beschrieben, Mitglied der Lenkungsgruppe Nationaler Krebsplan keine Zahlung, IQTIG	Berlin School of Public Health, European Board of Gastroenterology, medical association bavaria, INGUIDE – international guideline program	Nein	Deutsche Krebsgesellschaft, Netzwerk Universitätsmedizin COVID19, BMG, Netzwerk Universitätsmedizin Medicine for Pandemic Preparedness 2.0, G-BA Innovationsfonds, Canadian Public Health Agency	Nein	Mitgliedschaften: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Deutsche Krebsgesellschaft (Mitglied bis 12/2020), Guidelines International Network/GRADE Working Group; Wissenschaftliche Tätigkeit: Leitlinien und Leitlinienmethodik, Methodik der leitlinienbasierten Leistungsmessung/ Qualitätsindikatoren; Klinische Tätigkeit: keine; Teilnahme an Fort- und Weiterbildung: Leitlinienseminare im Rahmen des Curriculums für Leitlinienentwickler in Deutschland; Persönliche Beziehungen:	keine
Dr. Oepen, Johannes	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Adipositasnetzwerk Rheinland-Pfalz e.V., knw (erweiterter Vorstand)	keine
Prof. Dr. Otto, Mirko	Intuitive Surgical Deutschland GmbH, Freiburg im Breisgau	Ethicon, Johnson Johnson Medical GmbH, GmbH ("Lilly"), DDG e.V.	Novo Nordisk Pharma GmbH, Ethicon, Johnson Johnson Medical GmbH, CED Service GmbH	Nein	Nein	Nein	Mitglied: CAADIP/DGAV (Tätigkeit im Vorstand der CAADIP), IFSO, Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschung mit dem Schwerpunkt Metabolische Chirurgie, Klinische Tätigkeit: Chirurgische und Medikamentöse Therapie der Adipositas, Leiter des Adipositaszentrums Rhein-Neckar	Bariatrische Chirurgie Gering Konsequenz: Limitierung der Leitungsfunktion
Univ.-Prof. Dr. Paslakis, Georgios	Nein	Nein	Nein	Nein	BMG	Nein	Mitglied: DGESS (Vorstand), Wissenschaftliche Tätigkeit: Essstörungen, Psychotherapieforschung, Klinische Tätigkeit: Essstörungen	keine
Dr. Britta Pehlke	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DAG, Adipositasverband Deutschland e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschungsschwerpunkt: Psychosomatische Aspekte der Adipositas, Publikation: Psychological well-being as a motive for and result of post-bariatric body contouring procedures (DOI: 10.1002/osp4.719), Klinische Tätigkeit: Psychologin, LVR-Universitätsklinik Essen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	keine

PD Dr. med. Rau, Monika	Nein	Nein	Dr. Falk Pharma GmbH, Asklepios GmbH	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGVS (Stellvertretende AG-Leitung Ernährungsmedizin), DGIM, EASL, DGEM (Ausschuss Praxis und Fortbildung), Wissenschaftliche Tätigkeit: NAFLD, Metabolisches Syndrom, Leberzirrhose, Malnutrition, Sarkopenie, Immunzellen, Mikrobiom, Klinische Tätigkeit: Ambulante und stationäre Versorgung von hepatologischen Patienten sowie onkologischen Patienten insbesondere HCC. Ernährungsmedizinische Versorgung, Lehrtätigkeit als Privatdozentin an der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg	keine
Dr. Reschke, Felix	Kyowa Kirin GmbH	Kyowa Kirin GmbH	Kyowa Kirin GmbH	Nein	DDS	Nein	Mitglied: DGKJ, DDG, DGKED, DEGUM, ESPE, ENDOCRINE SOCIETY, DAG, AGPD, Wissenschaftliche Tätigkeit: Diabetesprävention (Autoimmun/Adipositas), Neonatale Endokrinologie, Endokrinologie der Nebenniere, Versorgungsforschung in der pädiatrischen Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, Allgemeinpädiatrie, Pädiatrischer Ultraschall, Pädiatrische Palliativmedizin	keine
Rung-Friebe, Marion	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied DAG	keine
Dr. Röbl, Markus	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Beirat Medizin in der KgAS, Wissenschaftliche Tätigkeit: Dozent in der Adipositas-Akademie Wangen	Patientenschulung Gering Konsequenz: Limitierung der Leitungsfunktion
Schwier, Frauke (AWMF-Moderation)	keine	keine	DGKiM e.V.	Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.	DGKiM e.V., Deutsche Krebsgesellschaft, Netzwerk Universitätsmedizin Medicine for Pandemic Preparedness 2.0, G-BA Innovationsfonds	keine	Mitglied: DGKiM e.V., DGfPI e.V. (bis 2024), DGKCH e.V.	keine

PD Dr. Tannen, Antje	Nein	Nein	Nein	Nein	Innovationsfonds	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft Pflegewissenschaft, Wissenschaftliche Tätigkeit: Kinder- und Jugendgesundheit, Klinische Tätigkeit: Keine	keine
Torbahn, Gabriel	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Kooptiertes Mitglied des Vorstandes der European Childhood Obesity Group (ECOG), Klinische Tätigkeit: 2. Vorsitzender der Konsensusgruppe Adipositaschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS) e.V.	keine
Dr. Trost-Brinkhues, Gabriele	nein	nein	BVKJ e.V., Kinder- und Jugendgesundheitsdienste im BVÖGD e.V.	Praxishandbuch Pädiatrie, Fegeler et al. (Elsevier)	keine mehr	keine	Mitglied: BVÖGD (Vorstand für den Bereich Kinder- und Jugendgesundheitsdienst), bis 11/2023 Kooptiertes Vorstandsmitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Ausschussvorsitzende „Kind, Schule, ÖGD“, DAKJ, DGKJ, DGSPJ, Mandatsträger Leitlinie FASD, Stell. Vorsitzende eines Fördervereins: „Kinderseele-Aachen“ e.V., Mitglied im erweiterten Vorstand des NZFH, Wissenschaftliche Tätigkeit: Public Health, nachrangige Versorgung von benachteiligten Kindern und Jugendlichen, Prävention und Gesundheitsförderung, Frühe Hilfen, Schuleingangsuntersuchung, Inklusion, Flüchtlingsversorgung, Vernetzung der Pädiatrie in Klinik, SPZ, Praxis und ÖGD	keine
Vanersa, Nicole	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	keine
Prof. Dr. Wiegand, Susanna	Nein	Nein	Rhythm pharma, Pfizer, Sandoz	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DAG (Vizepräsidentin), DDG, DGE, Wissenschaftliche Tätigkeit: Adipositas, Diabetes Typ 1/2; PCOS, Klinische Tätigkeit: Leitung Pädiatrische Adipositas- und Lipid-Ambulanz; langjährige Behandlung von Jugendlichen mit Adipositas, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und PCOS	keine

Wirtz, Michael	Nein	Nein	P.E.G. Service GmbH PEG Akademie	Nein	Nein	Nein	Patientenvertreter Gemeinsamer Bundesausschuss, Wissenschaftliche Tätigkeit: 1. Vorsitzender Diabetikerbund Hamburg e.V., Klinische Tätigkeit: Kassenwart Impuls Think Tank Herz-Kreislauf e.V., Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Patientenvertreter Berufungsausschuss KV Niedersachsen	keine
---------------------------	------	------	------------------------------------	------	------	------	--	-------

8. Verbreitung und Implementierung

Die Leitlinie wird in verschiedenen Formaten publiziert:

- Langfassung
- Evidenztabellen
- Leitlinienreport
- Patientenversion der Leitlinie

Die genannten Formate der Leitlinie werden auf den Internetseiten der folgenden Organisationen frei verfügbar sein:

- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003>
- Deutschen Adipositas-Gesellschaft: <https://adipositas-gesellschaft.de/>
- Gesellschaft für Transitionsmedizin: (<https://transitionsmedizin.net>).

Darüber hinaus wurden einzelne Inhalte der Leitlinie auf Kongressen und in Form von Publikationen verbreitet.

Tabelle 40: Verbreitung der Leitlinie durch Publikationen und Kongressbeiträge

Publikationen in internationalen Fachzeitschriften und Wissenschaftsportalen
Torbahn G, Kapp P, Brauchmann J, Laudенbach L, Vanersa N, Alves Accioly Rocha EP, Grummich K, Lischka J, Ernst G, Meerpohl JJ, Tannen A, Weghuber D, Weihrauch-Blüher S, Wiegand S. Transition of care for adolescents and young adults with obesity: a systematic review with indirect evidence to inform a clinical practice guideline. <i>Obes. Facts</i> 2025. https://doi.org/10.1159/000549333
Brauchmann, J & Laudенbach, L, Kapp P, Grummich K, Lischka J, Vanersa N, Rocha EPAA, Ernst G, Meerpohl JJ, Tannen A, Weghuber D, Weihrauch-Blüher S, Wiegand S, Torbahn G. Discrepancies Between Recommendations in Evidence-Based Guidelines for the Management of Obesity in Adolescents and Adults: An Evidence Map. <i>Obes Rev.</i> 2025 May 27:e13945. doi: 10.1111/obr.13945. Epub ahead of print. PMID: 40425174.
Torbahn, G., Kapp, P., Brauchmann, J., Laudенbach, L., Edrienne Patricia Alves Accioly Rocha, Kathrin Grummich, Julia Lischka, Nicole Vanersa, Gundula Ernst, Joerg J Meerpohl, Antje Tannen, Daniel Weghuber, Susanna Wiegand. Effects of transition of care interventions for adolescents and young adults living with obesity – a systematic review. PROSPERO 2024 CRD42024513411 Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospéro/display_record.php?ID=CRD42024513411
Brauchmann, J., & Torbahn, G. (2023, October 30). Recommendations for diagnosis and treatment for obesity in adolescent versus adult guidelines: a study protocol of an evidence map of discrepancies. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q85PZ

Kongressbeiträge (Poster, Graphical Abstracts, Vorträge, Symposien)

Torbahn G. (26 – 28 November 2025), Transition of care for adolescents and young adults with obesity: a systematic review with indirect evidence to inform a clinical practice guideline. Posterbeitrag, Congress of the European Childhood Obesity Group, Uppsala

Torbahn G. (8 – 10. Oktober 2025), Transitionsinterventionen für Jugendliche und junge Erwachsene mit Adipositas: eine systematische Übersichtsarbeit mit indirekter Evidenz als Grundlage für eine evidenzbasierte Leitlinie. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Stuttgart.

Brauchmann, J. (25. September 2025), Transition junger Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin: Entwicklung einer deutschen S3-Leitlinie. Posterbeitrag. Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2025, Leipzig

Lischka, J. (10. September 2025), Transition of care for adolescents and young adults with obesity: a systematic review with indirect evidence to inform a clinical practice guideline. Posterbeitrag. 63. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde ÖGKJ, Graz, Österreich

Torbahn G. (11 – 14 Mai 2025), Transition of care for adolescents and young adults with obesity: a systematic review with indirect evidence to inform a clinical practice guideline. Posterbeitrag, European Congress on Obesity (ECO) 2025, Málaga, Spain.

Torbahn, G. & Kapp, P. (16. März 2025), Herausforderungen bei der Verwendung von indirekter Evidenz mit sehr geringer Vertrauenswürdigkeit zur Ableitung von Empfehlungen für eine S3-Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas (#178). Posterbeitrag, EbM-Kongress 2025, Freiburg

Torbahn, G. (8.-10 Oktober 2024), Lack of specific diet recommendations for young people living with obesity in transition age– an evidence map of recommendations from evidence-based guidelines. Posterbeitrag, Kongress der European Childhood Obesity Group (ECOG), Gent, Belgien

Brauchmann, J. (16. - 18 Oktober 2024). Unterschiede in den Leitlinienempfehlungen zur Adipositasbehandlung: Herausforderungen im Übergang von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin. Vortrag, Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Köln

Ernst, G. (16. - 18 Oktober 2024), Von der generischen zur fachspezifischen Transition bei Adipositas. Vortrag, Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Köln.

Wiegand, S. und Torbahn, G. (16. - 18 Oktober 2024), Transition bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Adipositas. Symposium, Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Köln.

Ernst, G. (13. September 2024), Unterschiede der Empfehlungen für Erwachsene und Kinder am Beispiel der S3-Leitlinie „Transition bei genetischer und nicht genetischer Adipositas“. Vortrag, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin, Rostock

Torbahn, G. (12 – 15 Mai 2024). Lack of specific diet recommendations for young people living with obesity in transition age– an evidence map of recommendations from evidence-based guidelines. Posterbeitrag, Kongress der European Association for the Study of Obesity (EASO). Obes Facts (2024) 17 (Suppl. 1): 7–515. <https://doi.org/10.1159/000538577>

9. Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie

Ärzt:innen sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe, die Jugendliche während der Transition begleiten, finden im Anhang (siehe 10.2) eine Checkliste zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin.

10. Anlagen zum Leitlinienreport

10.1 Suchstrategien Tabelle S1 – S4

Tabelle S 1: Suchstrategie der systematischen Literatursuche in Ovid

#	Searches
1	Adolescent/
2	Young Adult/
3	(pediatric? or paediatric?).ti,hw.
4	(adolescent? or adolescence or teen? or teenage or teenager? or juvenile or youth? or young person? or young people or young population or young patient? or AJE or young adult? or young adulthood or young men or young women or young male? or young female?).ti,ab.
5	or/1-4
6	transition*.ti.
7	(transfer? or transferred or transferral or transferring).ti.
8	(transition* adj10 (care or service? or center? or centre? or clinic? or facility or facilities or unit? or department? or patient?)).ab.
9	((transfer? or transferred or transferral or transferring) adj10 (care or service? or center? or centre? or clinic? or facility or facilities or unit? or department? or patient?)).ab.
10	(transition* and (adult? adj3 (care or service? or center? or centre? or clinic? or facility or facilities or unit? or department?))).ab.
11	((transfer? or transferred or transferral or transferring) and (adult? adj3 (care or service? or center? or centre? or clinic? or facility or facilities or unit? or department?))).ab.
12	(transfer? or transferred or transferral or transferring or transition).ab. and (adult?.ti. or (adult focussed or adult oriented).ti,ab.)
13	(continuity adj3 (care or health care or healthcare or treatment? or therapy or therapies or patient? or doctor patient or nurse patient)).ti,ab.
14	(transition* adj3 (care or cares)).ti,ab,kf.
15	((transfer or transferring or transition) adj3 adult care).ti,ab,kf.
16	shared care.ti,ab.
17	shared service*.ti,ab.
18	((healthcare or care or service*) adj3 integrat*).ti,ab.
19	or/6-18
20	Transitional Care/
21	Transition to Adult Care/
22	Patient Transfer/
23	or/20-22
24	19 or 23
25	5 and 24
26	(adolescent medicine/ or adolescent health services/) and ((care or healthcare).hw. or (og or standards).fs.)
27	(p?ediatric? adj2 adult?).ti,ab. and care.hw.
28	26 or 27
29	25 or 28
30	exp Obesity/
31	Bariatric Medicine/
32	Bariatrics/
33	exp Bariatric Surgery/
34	or/30-33
35	(Adipos* or overweight or obes* or bariatric*).ti,ab,kf.
36	34 or 35
37	36 and 29
38	exp Diabetes Mellitus, Type 2/
39	(T2DM or T2D or diabet* or MODY or IDDM or NIDDM).ti,ab,kf.
40	38 or 39
41	40 and 29
42	exp Diabetes Mellitus, Type 1/
43	(T1DM or T1D or diabet*).ti,ab,kf.
44	42 or 43
45	44 and 29
46	37 or 41 or 45
47	randomized controlled trial.pt.

48	controlled clinical trial.pt.
49	randomized.ab.
50	placebo.ab.
51	drug therapy.fs.
52	randomly.ab.
53	trial.ab.
54	groups.ab.
55	controlled clinical trial.pt.
56	47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55
57	exp animals/ not humans.sh.
58	56 not 57
59	exp Inflammatory Bowel Diseases/
60	(Inflammatory Bowel Disease* or IBD or Crohn* or Colitis or Enteritis or Proctocolitis or Colorectitis or Ileocolitis).ti,ab,kf.
61	59 or 60
62	61 and 58 and 29
63	exp arthritis, rheumatoid/
64	((rheumatoid or reumatoid or rheumat* or reumat*) adj3 (arthrit* or artrit* or diseas* or condition* or nodule*)).ti,ab,kf.
65	(felty* adj2 syndrome).tw.
66	(caplan* adj2 syndrome).ti,ab,kf.
67	(sjogren* adj2 syndrome).ti,ab,kf.
68	(sicca adj2 syndrome).ti,ab,kf.
69	still* disease.ti,ab,kf.
70	bechterew* disease.ti,ab,kf.
71	or/63-70
72	71 and 58 and 29
73	exp Asthma/
74	asthma*.ti,ab,kf.
75	73 or 74
76	75 and 58 and 29
77	62 or 72 or 76
78	77 or 46
79	limit 78 to yr="2013 -Current"

Tabelle S 2: Suchstrategie der systematischen Literatursuche in Embase Classic+Embase

#	Searches
1	Adolescent/ or Hospitalized Adolescent/ or Institutionalized Adolescent/
2	Young Adult/
3	(pediatric? or paediatric?).ti,hw.
4	(adolescent? or adolescence or teen? or teenage or teenager? or juvenile or youth? or young person? or young people or young population or young patient? or AJE or young adult? or young adulthood or young men or young women or young male? or young female?).ti,ab.
5	or/1-4
6	transition*.ti.
7	(transfer? or transferred or transferral or transferring).ti.
8	(transition* adj10 (care or service? or center? or centre? or clinic? or facility or facilities or unit? or department? or patient?)).ab.
9	((transfer? or transferred or transferral or transferring) adj10 (care or service? or center? or centre? or clinic? or facility or facilities or unit? or department? or patient?)).ab.
10	(transition* and (adult? adj3 (care or service? or center? or centre? or clinic? or facility or facilities or unit? or department?))).ab.
11	((transfer? or transferred or transferral or transferring) and (adult? adj3 (care or service? or center? or centre? or clinic? or facility or facilities or unit? or department?))).ab.
12	(transfer? or transferred or transferral or transferring or transition).ab. and (adult?.ti. or (adult focussed or adult oriented).ti,ab.)
13	(continuity adj3 (care or health care or healthcare or treatment? or therapy or therapies or patient? or doctor patient or nurse patient)).ti,ab.
14	(transition* adj3 (care or cares)).ti,ab,kf.
15	((transfer or transferring or transition) adj3 adult care).ti,ab,kf.
16	shared care.ti,ab.

17	shared service*.ti,ab.
18	((healthcare or care or service*) adj3 integrat*).ti,ab.
19	or/6-18
20	Transitional Care/
21	Transition to Adult Care/
22	or/20-21
23	19 or 22
24	5 and 23
25	(pediatrics/ or child health care/) and ((care or healthcare).hw. or (og or standards).fs.)
26	(p?ediatric? adj2 adult?).ti,ab. and care.hw.
27	25 or 26
28	24 or 27
29	Obesity/ or Abdominal Obesity/ or Adolescent Obesity/ or Childhood Obesity/ or Diabetic Obesity/ or exp Genetic Obesity Disorder/ or Metabolically Benign Obesity/ or Morbid Obesity/ or Normal Weight Obesity/ or Obesity Associated Inflammation/ or Obesity Hypoventilation Syndrome/ or Obesity Related Glomerulopathy/
30	Bariatrics/
31	exp Bariatric Surgery/
32	or/29-31
33	(Adipos* or overweight or obes* or bariatric*).ti,ab,kf.
34	32 or 33
35	34 and 28
36	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus/
37	(T2DM or T2D or diabet* or MODY or IDDM or NIDDM).ti,ab,kf.
38	36 or 37
39	38 and 28
40	Insulin Dependent Diabetes Mellitus/
41	(T1DM or T1D or diabet*).ti,ab,kf.
42	40 or 41
43	42 and 28
44	35 or 39 or 43
45	Randomized controlled trial/
46	Controlled clinical study/
47	random\$.ti,ab.
48	randomization/
49	intermethod comparison/
50	placebo.ti,ab.
51	(compare or compared or comparison).ti.
52	((evaluated or evaluate or evaluating or assessed or assess) and (compare or compared or comparing or comparison)).ab.
53	(open adj label).ti,ab.
54	((double or single or doubly or singly) adj (blind or blinded or blindly)).ti,ab.
55	double blind procedure/
56	parallel group\$1.ti,ab.
57	(crossover or cross over).ti,ab.
58	((assign\$ or match or matched or allocation) adj5 (alternate or group\$1 or intervention\$1 or patient\$1 or subject\$1 or participant\$1)).ti,ab.
59	(assigned or allocated).ti,ab.
60	(controlled adj7 (study or design or trial)).ti,ab.
61	(volunteer or volunteers).ti,ab.
62	human experiment/
63	trial.ti.
64	45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63
65	(random\$ adj sampl\$ adj7 ("cross section\$" or questionnaire\$1 or survey\$ or database\$1)).ti,ab. not (comparative study/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or randomly assigned.ti,ab.)
66	Cross-sectional study/ not (randomized controlled trial/ or controlled clinical study/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or control group\$1.ti,ab.)
67	((case adj control\$) and random\$) not randomi?ed controlled).ti,ab.
68	(Systematic review not (trial or study)).ti.
69	(nonrandom\$ not random\$).ti,ab.
70	"Random field\$".ti,ab.
71	(random cluster adj3 sampl\$).ti,ab.

72	(review.ab. and review.pt.) not trial.ti.
73	"we searched".ab. and (review.ti. or review.pt.)
74	"update review".ab.
75	(databases adj4 searched).ab.
76	(rat or rats or mouse or mice or swine or porcine or murine or sheep or lambs or pigs or piglets or rabbit or rabbits or cat or cats or dog or dogs or cattle or bovine or monkey or monkeys or trout or marmoset\$1).ti. and animal experiment/
77	Animal experiment/ not (human experiment/ or human/)
78	65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77
79	64 not 78
80	exp Inflammatory Bowel Disease/
81	(Inflammatory Bowel Disease* or IBD or Crohn* or Colitis or Enteritis or Proctocolitis or Colorectitis or Ileocolitis).ti,ab,kf.
82	80 or 81
83	82 and 79 and 28
84	exp Rheumatoid Arthritis/
85	((rheumatoid or reumatoid or rheumat* or reumat*) adj3 (arthrit* or artrit* or diseas* or condition* or nodule*)).ti,ab,kf.
86	(felty* adj2 syndrome).tw.
87	(caplan* adj2 syndrome).ti,ab,kf.
88	(sjogren* adj2 syndrome).ti,ab,kf.
89	(sicca adj2 syndrome).ti,ab,kf.
90	still* disease.ti,ab,kf.
91	bechterew* disease.ti,ab,kf.
92	or/84-91
93	92 and 79 and 28
94	exp asthma/
95	asthma*.ti,ab,kf.
96	94 or 95
97	96 and 79 and 28
98	83 or 93 or 97
99	98 or 44
100	limit 99 to yr="2013 -Current"

Tabelle S 3: Suchstrategie der systematischen Literatursuche in CENTRAL

ID	Search
#1	MeSH descriptor: [Adolescent] this term only
#2	MeSH descriptor: [Young Adult] this term only
#3	(pediatric?:ti OR paediatric?:ti)
#4	(adolescent?:ti,ab OR adolescence:ti,ab OR teen?:ti,ab OR teenage:ti,ab OR teenager?:ti,ab OR juvenile:ti,ab OR youth?:ti,ab OR ("young" NEXT person?):ti,ab OR "young people":ti,ab OR "young population":ti,ab OR ("young" NEXT patient?):ti,ab OR AJE:ti,ab OR ("young" NEXT adult?):ti,ab OR "young adulthood":ti,ab OR "young men":ti,ab OR "young women":ti,ab OR ("young" NEXT male?):ti,ab OR ("young" NEXT female?):ti,ab)
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4
#6	transition*:ti
#7	(transfer?:ti OR transferred:ti OR transferral:ti OR transferring:ti)
#8	(transition*:ab NEAR/10 (care:ab OR service?:ab OR center?:ab OR centre?:ab OR clinic?:ab OR facility:ab OR facilities:ab OR unit?:ab OR department?:ab OR patient?:ab))
#9	((transfer?:ab OR transferred:ab OR transferral:ab OR transferring:ab) NEAR/10 (care:ab OR service?:ab OR center?:ab OR centre?:ab OR clinic?:ab OR facility:ab OR facilities:ab OR unit?:ab OR department?:ab OR patient?:ab))
#10	(transition*:ab AND (adult?:ab NEAR/3 (care:ab OR service?:ab OR center?:ab OR centre?:ab OR clinic?:ab OR facility:ab OR facilities:ab OR unit?:ab OR department?:ab)))
#11	((transfer?:ab OR transferred:ab OR transferral:ab OR transferring:ab) AND (adult?:ab NEAR/3 (care:ab OR service?:ab OR center?:ab OR centre?:ab OR clinic?:ab OR facility:ab OR facilities:ab OR unit?:ab OR department?:ab)))
#12	(transfer?:ab OR transferred:ab OR transferral:ab OR transferring:ab OR transition:ab) AND (adult?:ti OR ("adult focussed":ti,ab OR "adult oriented":ti,ab))
#13	(continuity:ti,ab NEAR/3 (care:ti,ab OR "health care":ti,ab OR healthcare:ti,ab OR treatment?:ti,ab OR therapy:ti,ab OR therapies:ti,ab OR patient?:ti,ab OR "doctor patient":ti,ab OR "nurse patient":ti,ab))
#14	(transition*:ti,ab,kw NEAR/3 (care:ti,ab,kw OR cares:ti,ab,kw))

#15	((transfer:ti,ab,kw OR transferring:ti,ab,kw OR transition:ti,ab,kw) NEAR/3 "adult care":ti,ab,kw)
#16	("shared care":ti,ab)
#17	("shared" NEXT service*):ti,ab
#18	((healthcare:ti,ab OR care:ti,ab OR service*:ti,ab) NEAR/3 integrat*:ti,ab)
#19	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18
#20	[mh ^"Transitional Care"]
#21	[mh ^"Transition to Adult Care"]
#22	[mh ^"Patient Transfer"]
#23	#20 OR #21 OR #22
#24	#19 OR #23
#25	#5 AND #24
#26	([mh ^"adolescent medicine"] OR [mh ^"adolescent health services"]) AND ((care:ti,ab OR healthcare:ti,ab))
#27	(p?ediatric?:ti,ab NEAR/2 adult?:ti,ab) AND care:ti,ab
#28	#26 or #27
#29	#25 or #28
#30	[mh Obesity]
#31	[mh ^"Bariatric Medicine"]
#32	[mh ^Bariatrics]
#33	[mh "Bariatric Surgery"]
#34	#30 OR #31 OR #32 OR #33
#35	(Adipos*:ti,ab,kw OR overweight:ti,ab,kw OR obes*:ti,ab,kw OR bariatric:ti,ab,kw)
#36	#34 OR #35
#37	#36 AND #29
#38	[mh "Diabetes Mellitus, Type 2"]
#39	(T2DM:ti,ab,kw OR T2D:ti,ab,kw OR diabet*:ti,ab,kw)
#40	#38 OR #39
#41	#40 AND #29
#42	[mh "Diabetes Mellitus, Type 1"]
#43	(T1DM:ti,ab,kw OR T1D:ti,ab,kw OR diabet*:ti,ab,kw OR MODY:ti,ab,kw OR IDDM:ti,ab,kw OR NIDDM:ti,ab,kw)
#44	#42 OR #43
#45	#44 AND #29
#46	#37 OR #41 OR #45
#47	[mh "Inflammatory Bowel Diseases"]
#48	(("Inflammatory Bowel" NEXT Disease*):ti,ab,kw OR IBD:ti,ab,kw OR Crohn*:ti,ab,kw OR Colitis:ti,ab,kw OR Enteritis:ti,ab,kw OR Proctocolitis:ti,ab,kw OR Colorectitis:ti,ab,kw OR Ileocolitis:ti,ab,kw)
#49	#47 OR #48
#50	#49 AND #29
#51	[mh "arthritis, rheumatoid"]
#52	((rheumatoid:ti,ab,kw OR reumatoid:ti,ab,kw OR rheumat*:ti,ab,kw OR reumat*:ti,ab,kw) NEAR/3 (arthritis*:ti,ab,kw OR artrit*:ti,ab,kw OR diseas*:ti,ab,kw OR condition*:ti,ab,kw OR nodule*:ti,ab,kw))
#53	(felty*:ti,ab NEAR/2 syndrome:ti,ab)
#54	(caplan*:ti,ab,kw NEAR/2 syndrome:ti,ab,kw)
#55	(sjogren*:ti,ab,kw NEAR/2 syndrome:ti,ab,kw)
#56	(sicca:ti,ab,kw NEAR/2 syndrome:ti,ab,kw)
#57	(still* NEXT "disease"):ti,ab,kw
#58	(bechterew* NEXT "disease"):ti,ab,kw
#59	#51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58
#60	#59 AND #29
#61	[mh "asthma"]
#62	asthma*:ti,ab,kw
#63	#61 or #62
#64	#63 AND #29
#65	#50 OR #60 OR #64
#66	#65 OR #46 with Cochrane Library publication date from Jan 2013 to present

Tabelle S 4: Suchstrategie der systematischen Literatursuche in Clinicaltrials.gov

ID	Search
#1	Transition AND (adiposity OR obesity OR obese)

Checkliste zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin (für Ärzt:innen)

Medizinische Vorbereitung

- Nüchtern-Blutentnahme und körperliche Untersuchung
- Screening auf somatische und psychische Komorbiditäten bestmöglich mit validierten Fragebögen
- Besprechung der Komorbiditäten mit dem Jugendlichen und ggf. den Sorgeberechtigten
- Überprüfung der Medikation in Hinblick auf mögliche Änderungen ab dem 18. Geburtstag
- Teilhabemöglichkeiten erfassen und besprechen: Schule, Ausbildung, Arbeit, Freizeit
- Erstellen eines Abschlussberichts mit Laborwerten, Medikation, Verlauf und Empfehlungen

Kontinuierliche Weiterbehandlung

- Mit Jugendlichen Möglichkeiten der Weiterbehandlung besprechen
- Ersttermin bei Weiterbehandler:in im Erwachsenenbereich vereinbaren
- Terminerinnerungen aktivieren (z.B. per SMS)
- Kontakt zu Transitionskoordination oder Case-Management vermitteln (bei Wunsch, Bedarf und Verfügbarkeit)

Informationsvermittlung

- Unterschiede der Adipositas-Therapie zwischen Jugend- und Erwachsenenmedizin besprechen
- Management der Komorbiditäten besprechen und auf Fachärzt:innen hinweisen
- Behandlungs- und Unterstützungsangeboten im Erwachsenenbereich besprechen
- Eltern über Transition und Förderung der Eigenverantwortung des Jugendlichen aufklären
- Sexualität, Substanzkonsum, Schlafverhalten, Freizeitverhalten, Familienplanung und andere relevante Jugendthemen thematisieren

Krankheitsmanagement

- Teilnahme an Schulungen zur Verbesserung des Selbst-Managements anbieten
- Validierte Apps oder webbasierte Tools zur Verbesserung des Selbst-Managements empfehlen

Referenzen

- Al Ksir, K., Wood, D. L., Hasni, Y., Sahli, J., Quinn, M., & Ghardallou, M. (2022). Motivational interviewing to improve self-management in youth with type 1 diabetes: A randomized clinical trial. *J Pediatr Nurs*, *66*, e116–e121.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.05.001>
- Alonso-Coello, P., Oxman, A. D., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E. A., Davoli, M., Treweek, S., Mustafa, R. A., Vandvik, P. O., Meerpohl, J., Guyatt, G. H., & Schünemann, H. J. (2016). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *Bmj*, *353*, i2089. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2089>
- Ammerlaan, J., van Os-Medendorp, H., de Boer-Nijhof, N., Scholtus, L., Kruize, A. A., van Pelt, P., Prakken, B., & Bijlsma, H. (2017). Short term effectiveness and experiences of a peer guided web-based self-management intervention for young adults with juvenile idiopathic arthritis. *Pediatric Rheumatology*, *15*(1), 75.
<https://doi.org/10.1186/s12969-017-0201-1>
- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). (2019). S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter.
- Bisno, D. I., Reid, M. W., Fogel, J. L., Pyatak, E. A., Majidi, S., & Raymond, J. K. (2022). Virtual Group Appointments Reduce Distress and Improve Care Management in Young Adults with Type 1 Diabetes. *J Diabetes Sci Technol*, *16*(6), 1419–1427.
<https://doi.org/10.1177/19322968211035768>
- Bisno, D. I., Reid, M. W., Pyatak, E. A., Flores Garcia, J., Salcedo-Rodriguez, E., Torres Sanchez, A., Fox, D. S., Hiyari, S., Fogel, J. L., Marshall, I., Bachmann, G., & Raymond, J. K. (2023). Virtual Peer Groups Reduce HbA1c and Increase Continuous Glucose Monitor Use in Adolescents and Young Adults with Type 1 Diabetes. *Diabetes Technol Ther*, *25*(9), 589–601. <https://doi.org/10.1089/dia.2023.0199>
- Castensøe-Seidenfaden, P., Husted, G. R., Jensen, A. K., Hommel, E., Olsen, B., Pedersen-Bjergaard, U., Kensing, F., & Teilmann, G. (2018). Testing a Smartphone App (Young with Diabetes) to Improve Self-Management of Diabetes Over 12 Months: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, *6*(6), e141.
<https://doi.org/10.2196/mhealth.9487>
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG). (2024). S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas. Retrieved 01.2025 from
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-001>
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., DeBeer, H., Jaeschke, R., Rind, D., Meerpohl, J., Dahm, P., & Schünemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*, *64*(4), 383–394.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>
- Huang, J. S., Terrones, L., Tompane, T., Dillon, L., Pian, M., Gottschalk, M., Norman, G. J., & Bartholomew, L. K. (2014). Preparing adolescents with chronic disease for transition to adult care: a technology program. *Pediatrics*, *133*(6), e1639–1646.
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-2830>
- Husted, G. R., Thorsteinsson, B., Esbensen, B. A., Glud, C., Winkel, P., Hommel, E., & Zoffmann, V. (2014). Effect of guided self-determination youth intervention

- integrated into outpatient visits versus treatment as usual on glycemic control and life skills: a randomized clinical trial in adolescents with type 1 diabetes. *Trials*, 15, 321. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-321>
- Lal, R. A., Maahs, D. M., Dosiou, C., Aye, T., & Basina, M. (2020). The guided transfer of care improves adult clinic show rate. *Endocr Pract*, 26(5), 508–513. <https://doi.org/10.4158/ep-2019-0470>
- Leksell, J., Toft, E., Rosman, J., Eriksson, J. W., Fischier, J., Lindholm-Olinder, A., Rosenblad, A., & Nerpin, E. (2023). Virtual clinic for young people with type 1 diabetes: a randomised wait-list controlled study. *BMC endocrine disorders*, 23(1), 255. <https://doi.org/10.1186/s12902-023-01516-x>
- Meerpohl, J. J., Langer, G., Perleth, M., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., & Schünemann, H. (2012). GRADE-Leitlinien: 3. Bewertung der Qualität der Evidenz (Vertrauen in die Effektschätzer). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(6), 449–456.
- Menrath, I., Ernst, G., Szczepanski, R., Lange, K., Bomba, F., Staab, D., Muehlan, H., & Thyen, U. (2019). Effectiveness of a generic transition-oriented patient education program in a multicenter, prospective and controlled study. *Journal of Transition Medicine*, 1(1). <https://doi.org/doi:10.1515/jtm-2018-0001>
- Reid, M. W., Krishnan, S., Berget, C., Cain, C., Thomas, J. F., Klingensmith, G. J., & Raymond, J. K. (2018). CoYoT1 Clinic: Home Telemedicine Increases Young Adult Engagement in Diabetes Care. *Diabetes Technol Ther*, 20(5), 370–379. <https://doi.org/10.1089/dia.2017.0450>
- Schmidt, S., Herrmann-Garitz, C., Bomba, F., & Thyen, U. (2016). A multicenter prospective quasi-experimental study on the impact of a transition-oriented generic patient education program on health service participation and quality of life in adolescents and young adults. *Patient Educ Couns*, 99(3), 421–428. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.024>
- Sequeira, P. A., Pyatak, E. A., Weigensberg, M. J., Vigen, C. P., Wood, J. R., Ruelas, V., Montoya, L., Cohen, M., Speer, H., Clark, S., & Peters, A. L. (2015). Let's Empower and Prepare (LEAP): Evaluation of a Structured Transition Program for Young Adults With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 38(8), 1412–1419. <https://doi.org/10.2337/dc14-2577>
- Spaic, T., Robinson, T., Goldbloom, E., Gallego, P., Hramiak, I., Lawson, M. L., Malcolm, J., Mahon, J., Morrison, D., Parikh, A., Simone, A., Stein, R., Uvarov, A., & Clarkson, C. (2019). Closing the Gap: Results of the Multicenter Canadian Randomized Controlled Trial of Structured Transition in Young Adults With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 42(6), 1018–1026. <https://doi.org/10.2337/dc18-2187>
- Steinbeck, K. S., Shrewsbury, V. A., Harvey, V., Mikler, K., Donaghue, K. C., Craig, M. E., & Woodhead, H. J. (2015). A pilot randomized controlled trial of a post-discharge program to support emerging adults with type 1 diabetes mellitus transition from pediatric to adult care. *Pediatr Diabetes*, 16(8), 634–639. <https://doi.org/10.1111/pedi.12229>
- Sterne, J. A., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D. G., Ansari, M. T., Boutron, I., Carpenter, J. R., Chan, A.-W., Churchill, R., Deeks, J. J., Hróbjartsson, A., Kirkham, J., Jüni, P., Loke, Y. K., Pigott, T. D.,...Higgins, J. P. (2016). ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *Bmj*, 355, i4919. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>

- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T.,...Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *Bmj*, 366, l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- Torbahn, G., Kapp, P., Brauchmann, J., Laudenbach, L., Alves Accioly Rocha, E. P., Grummich, K., Lischka, J., Vanersa, N., Ernst, G., Meerpohl, J. J., Tannen, A., Weghuber, D., & Wiegand, S. (2024). Effects of transition of care interventions for adolescents and young adults living with obesity – a systematic review. *PROSPERO - International prospective register of systematic reviews*.
- Vaz, K. K. H., Carmody, J. K., Zhang, Y., Denson, L. A., & Hommel, K. A. (2019). Evaluation of a Novel Educational Tool in Adolescents With Inflammatory Bowel Disease: The NEAT Study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 69(5), 564–569. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000002431>
- White, M., O'Connell, M. A., & Cameron, F. J. (2017). Clinic attendance and disengagement of young adults with type 1 diabetes after transition of care from paediatric to adult services (TrACeD): a randomised, open-label, controlled trial. *Lancet Child Adolesc Health*, 1(4), 274–283. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(17\)30089-5](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(17)30089-5)

KI-generiertes Bild (erstellt mit ChatGPT von OpenAI/DALL-E am 18.07.2025)



Patient:innenleitlinie

Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin

in Ergänzung zur

S3-Leitlinie Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin

(AWMF-Registernummer: 050-003)



AGA

Arbeitsgemeinschaft
Adipositas im Kindes-
und Jugendalter



**Gesellschaft
für Transitions-
medizin e.V.**

Herausgebende

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG)

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.

Geschäftsstelle

Fraunhoferstr. 5

82152 Martinsried

Tel. 089 – 710 48 358

E-Mail: mail@adipositas-gesellschaft.de

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM) e.V.

Geschäftsstelle

c/o Kirsten Gerber

Grethe-Jürgens-Straße 30

30655 Hannover

Autor:innen der Patient:innenleitlinie

Gundula Ernst

Jana Brauchmann

Johannes Oepen

Luise Laudénbach

Marion Rung-Friebe

Melanie Bahlke

Redaktion und Koordination der Patient:innenleitlinie

Jana Brauchmann

Gundula Ernst

Susanna Wiegand

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF22014 gefördert.

Finanzierung der Patient:innenleitlinie

Die Empfehlungen in dieser Patientenleitlinie basieren auf wissenschaftlichen Untersuchungen. Sie wurden im Rahmen eines speziellen Forschungsprojekts namens „TransitADI“ entwickelt, das junge Menschen mit Adipositas beim Übergang von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin unterstützt. Das Projekt wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, Förderkennzeichen 01VSF22014) finanziert.

Wichtig: Bei der Entwicklung der Leitlinie hatten keine Firmen oder andere Interessengruppen Einfluss. Alle Fachleute, die daran gearbeitet haben, taten dies freiwillig und ohne Bezahlung. Weitere Informationen zum Interessenkonfliktmanagement befinden sich in Tabelle 39 im Leitlinienreport: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003>

Gültigkeitsdauer und Fortschreibung

Diese Patientenleitlinie ist für fünf Jahre gültig und wird mit dem Update der Leitlinie (voraussichtlich 2030) aktualisiert.

Allgemeine Hinweise zu dieser Broschüre

Manche Wörter sind kursiv und unterstrichen. Das sind Fachbegriffe oder Fremdwörter. Du findest sie im Wörterbuch am Ende der Broschüre – dort wird alles einfach erklärt.

Die gelben Kästchen enthalten die offiziellen Empfehlungen aus der Leitlinie. Diese Leitlinie wird auch von Ärztinnen, Ärzten und anderen Fachleuten genutzt.

Hier stehen die Empfehlungen

Die Nummern (#) der Empfehlungen sind manchmal nicht in der richtigen Reihenfolge. Das ist Absicht! Wir haben sie so sortiert, dass sie für dich leichter zu verstehen sind.

Zu jeder Empfehlung gibt es einen extra Text in leicht verständlicher Sprache. So kannst du gut nachvollziehen, worum es geht und was das für dich bedeutet. Informationen zur Erstellungsprozess der Patient:innenleitlinie befinden sich im Leitlinienreport.

Liebe Eltern,

wenn Ihr Kind von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin wechselt (das nennt man Transition), sind Sie besonders wichtig. Ihr Kind steht jetzt vor der Aufgabe, Schritt für Schritt selbst Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen – und dabei braucht es Ihre Unterstützung.

Was können Sie tun?

- ✓ Helfen Sie Ihrem Kind dabei, Termine selbst im Kalender zu notieren. Erinnern Sie es freundlich, wenn mal etwas vergisst.
- ✓ Begleiten Sie Ihr Kind gerne zu den Arztterminen – das gibt Sicherheit.
- ✓ Lassen Sie Gespräche zwischen Ihrem Kind und der Ärztin, dem Arzt oder der Gesundheitsfachkraft allein zu. So lernt Ihr Kind, selbst Fragen zu stellen und Entscheidungen zu treffen.
- ✓ Sprechen Sie gemeinsam über die Erkrankung und darüber, was wichtig ist – z. B. Ernährung, Bewegung oder Medikamente. Zeigen Sie Interesse und geben Sie Ihrem Kind Raum, eigene Wege zu finden.

Inhaltsverzeichnis

1. Was diese Patient:innenleitlinie bietet.....	6
1.1 Was ist eine Leitlinie?	6
1.2 Warum kann man sich auf Leitlinien verlassen?	6
1.3 Was sind starke und schwache Empfehlungen?	6
2. Einführung in das Thema der Leitlinie	7
2.1 Was ist Transition?	7
2.2 Was ist Adipositas?.....	7
2.3 Warum ist die Transition bei Adipositas wichtig?	7
2.4 Wem kannst du bei gesundheitlichen Fragen vertrauen?	7
2.5 Worin unterscheiden sich Pädiatrie und Erwachsenenmedizin?	8
3. Empfehlungen zur Transition	9
3.1 Schulungen und Workshops.....	10
3.2 Längerfristige Beratungsangebote	10
3.3 Transitionsprogramme und Case-Management.....	11
3.4 App- und webbasierte Angebote.....	12
3.5 Terminerinnerungen.....	13
3.6 Kennenlernen des neuen Arztes bzw. der neuen Ärztin	13
3.7 Worüber der Arzt/die Ärztin mit dir sprechen sollte	14
3.8 Regelmäßige Untersuchungen	15
4. Checkliste zur Transition.....	17
5. Deine Rechte	17
6. Selbsthilfe-Organisationen und soziale Unterstützungsmöglichkeiten	18
7. Wörterbuch	19

1. Was diese Patient:innenleitlinie bietet

Diese Patientenleitlinie richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene mit Adipositas, die sich im Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin befinden sowie an ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigten. Sie bietet Informationen und Empfehlungen, wie dieser Übergang – die sogenannte Transition – gut vorbereitet und begleitet werden kann.

1.1 Was ist eine Leitlinie?

Eine Leitlinie enthält Empfehlungen für die Behandlung von Krankheiten. Sie wird von Fachkräften entwickelt und basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie praktischer Erfahrung. Diese Patientenleitlinie übersetzt die medizinische Leitlinie zur Transition bei Adipositas in eine allgemein verständliche Sprache.

1.2 Warum kann man sich auf Leitlinien verlassen?

Leitlinien sind Empfehlungen von Experten, die auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Sie helfen unter anderem Ärzt:innen dabei, die beste Behandlung für ihre Patient:innen zu finden. Da Leitlinien regelmäßig überprüft und aktualisiert werden, kannst du dich darauf verlassen, dass die Informationen sicher und zuverlässig sind. Sie geben dir Orientierung und helfen dir, deine Rechte als Patient:in besser zu verstehen.

1.3 Was sind starke und schwache Empfehlungen?

Manche Empfehlungen in einer Leitlinie sind sehr wichtig und sollten unbedingt befolgt werden – das nennt man starke Empfehlungen. Sie basieren auf vielen zuverlässigen Studien und haben sich als besonders wirksam erwiesen. Schwache Empfehlungen sind eher ein Vorschlag, weil die wissenschaftliche Grundlage noch nicht so eindeutig ist oder es mehrere gute Möglichkeiten gibt. Dein Arzt oder deine Ärztin kann dir erklären, welche Empfehlung für dich am besten passt. So könnt ihr gemeinsam die richtige Entscheidung treffen.

2. Einführung in das Thema der Leitlinie

2.1 Was ist Transition?

Mit Transition ist der geplante Übergang von Jugendlichen mit einer chronischen Erkrankung wie Adipositas aus der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin gemeint. Dieser Übergang ist wichtig, damit die Behandlung auch im Erwachsenenalter nahtlos weitergeführt werden kann.

2.2 Was ist Adipositas?

Adipositas ist der medizinische Begriff für starkes Übergewicht. Es handelt sich um eine chronische Erkrankung, die viele verschiedene Ursachen hat und das Risiko für andere Krankheiten erhöht. Adipositas wird anhand des Body-Mass-Index (BMI) bestimmt.

2.3 Warum ist die Transition bei Adipositas wichtig?

Die Behandlung von Adipositas unterscheidet sich zwischen der Kinder- und Jugendmedizin und der Erwachsenenmedizin. Es gibt unterschiedliche Therapieangebote, Medikamente und Empfehlungen. Damit Jugendliche und junge Erwachsene gut versorgt bleiben, ist es wichtig, dass du die Verantwortung für deine Gesundheit übernimmst.

2.4 Wem kannst du bei gesundheitlichen Fragen vertrauen?

Ärztinnen, Ärzte und andere Fachkräfte mit einer anerkannten Ausbildung und Zertifikaten müssen sich an klare medizinische Empfehlungen halten – sie wissen, was wirklich deiner Gesundheit helfen kann und was gut für dich ist. Achtung: Begriffe wie „Coach“, „Ernährungsberater:in“ oder „Personal Trainer:in“ sind in Deutschland nicht geschützt. Jeder kann sich so nennen – auch ohne Ausbildung. Viele von ihnen arbeiten nicht nach aktuellen wissenschaftlichen Standards. Sie meinen es vielleicht gut, aber sie können dir falsche Tipps geben, die vielleicht eher schaden als helfen.

2.5 Worin unterscheiden sich Pädiatrie und Erwachsenenmedizin?

Die meisten Kinder und Jugendlichen gehen in eine Kinder- und Jugendarztpraxis. Das nennt man auch Pädiatrie – ein schwieriges Wort für Kinder- und Jugendmedizin.

Ab dem 18. Geburtstag musst du in die Erwachsenenmedizin wechseln. Du wirst dann von Ärzt:innen behandelt, die auf Erwachsene spezialisiert sind.

Manche Kinder und Jugendliche gehen aber schon früher zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt. Das passiert zum Beispiel, wenn die ganze Familie in dieselbe Praxis geht oder eine Kinder- und Jugendarztpraxis nicht in der Nähe ist. Diese Ärzt:innen sind nicht speziell für Kinder ausgebildet, aber sie können dich trotzdem gut behandeln.

In der folgenden Tabelle sind einige Unterschiede zwischen der Kinder- und Erwachsenenmedizin zusammengefasst.

Pädiatrie Kinder und Jugendmedizin	Erwachsenenmedizin Medizin für Menschen ab 18 Jahren
- die Wartezimmer sind oft bunt und kinderfreundlich	- die Wartezimmer sind eher schlicht und ruhig
- die Ärzt:innen sprechen geduldig und erklären viel	- du entscheidest, was du mit den Ärzt:innen besprechen möchtest
- deine Eltern sind meist dabei und helfen mit	- deine Eltern sind für gewöhnlich nicht dabei
- es gibt oft ein Team aus unterschiedlichen Fachkräften	- bei Begleiterkrankungen wirst du zu anderen Fachärzt:innen überwiesen

3. Empfehlungen zur Transition

In dieser Leitlinie findest du Empfehlungen, die dir helfen sollen, die beste medizinische Versorgung zu bekommen. Damit diese Empfehlungen zuverlässig sind, wurden sie nach zwei wichtigen Prinzipien erstellt:

- Evidenzbasierte Empfehlungen (#1 - #8): Experten prüfen sorgfältig die neusten wissenschaftliche Studien und schauen, welche Behandlung besonders gut wirkt. Je besser die Studien sind, desto stärker ist die Empfehlung.
- Konsensbasierte Empfehlungen (#9 - #15): Wenn es zu einem Thema nicht genug Forschung gibt, besprechen sich Fachleute und stimmen gemeinsam ab, was sie für die beste Vorgehensweise halten.

Alle Empfehlungen haben einen Evidenzgrad und Empfehlungsgrad. Der Evidenzgrad zeigt, wie gut die Empfehlung durch wissenschaftliche Studien abgesichert ist. Hochwertige Studien bedeuten eine starke Grundlage. Da es noch keine spezifischen Studien zur Transition bei Adipositas gibt, ist der Evidenzgrad aller evidenzbasierten Empfehlungen sehr gering.

Der Empfehlungsgrad A, B oder 0 gibt an, wie dringend eine Empfehlung befolgt werden sollte.

Grad	Formulierung	Einfach erklärt
A	„Soll“- Empfehlung	Die Empfehlung ist sehr wichtig und gut mit Studien belegt. Sie sollte auf jeden Fall umgesetzt werden.
B	„Sollte“- Empfehlung	Die Empfehlung ist sinnvoll und hilfreich, aber nicht ganz so stark wie Grad A.
0	„Kann“- Empfehlung	Die Empfehlung ist offen. Man kann sie umsetzen, muss aber nicht – je nach Situation.

Diese Grade helfen Ärzt:innen und Fachkräften dabei, gute Entscheidungen zu treffen – und dir eine passende Behandlung zu bieten.

3.1 Schulungen und Workshops

Jugendliche mit Adipositas stehen vor vielen Veränderungen, wenn sie erwachsen werden. Um ihnen dabei zu helfen, gibt es Jugend-Schulungen. In diesen kurzen Workshops lernen sie, wie sie besser mit ihrer Erkrankung umgehen und sich auf das Erwachsenenleben, vor allem auch in Hinblick auf ihre Erkrankung, vorbereiten können.

Außerdem wird besprochen, was zum Beispiel bei der Berufswahl, Verhütung und einem eventuellen späteren Kinderwunsch beachtet werden sollte. Dabei geht es darum, selbst Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen und aktiv mitzuentcheiden.

Zur Verbesserung des Selbstmanagements, der Transitionsbereitschaft und -befähigung und der Patient:innenaktivierung sollten kompakte Schulungen für Jugendliche mit Adipositas und ggf. ihre Eltern angeboten werden, in denen sie gezielt auf den Übergang in das Erwachsenenleben und die Erwachsenenmedizin vorbereitet werden. (Empfehlung #1, Evidenzgrad: sehr gering, Empfehlungsgrad B)

Falls nötig, können auch die Eltern an Schulungen teilnehmen, damit sie ihre Kinder in dieser wichtigen Phase unterstützen können.

3.2 Längerfristige Beratungsangebote

Damit junge Menschen mit Adipositas besser mit ihrer Erkrankung umgehen können, gibt es spezielle Schulungen und Beratungen, die sie über einen längeren Zeitraum begleiten - oft mehrere Monate. Diese Beratungen können an den individuellen Fragen der Jugendlichen ausgerichtet werden. Sie helfen dabei, die Krankheit besser zu verstehen und gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen.

Außerdem unterstützen sie dabei, den Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin zur Erwachsenenmedizin gut vorzubereiten. Die jungen Menschen sollen lernen, Verantwortung für ihre Behandlung zu übernehmen und sich sicher in der Erwachsenenmedizin zurechtzufinden.

Behandlungsbegleitende, längerfristig angelegte bedarfsorientierte Schulungs- und Beratungsangebote für junge Menschen mit Adipositas sollen zur Verbesserung des krankheitsbezogenen Selbstmanagements sowie der Transitionsbereitschaft und - befähigung eingesetzt werden. (Empfehlung #2, Evidenzgrad: sehr gering, Empfehlungsgrad A)

3.3 Transitionsprogramme und Case-Management

In einigen Fällen benötigen junge Menschen mit Adipositas mehr Unterstützung, um den Übergang von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin gut zu schaffen. Dafür gibt es spezielle Programme, die aus mehreren Teilen bestehen und langfristig helfen.

Diese Programme können dazu beitragen, sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit der Jugendlichen zu verbessern. Sie bieten verschiedene Angebote, die individuell angepasst werden können, damit sich die Betroffenen sicher und gut begleitet fühlen.

Komplexe, aus mehreren Komponenten bestehende Transitionsprogramme können für junge Menschen mit Adipositas erwogen werden, um somatische und psychische Outcomes zu verbessern. (Empfehlung #3 Evidenzgrad: sehr gering, Empfehlungsgrad 0)

Ein wichtiger Teil dieser Programme können Case-Manager:innen oder Transitionskoordinator:innen sein.

Diese Fachkräfte begleiten die Jugendlichen über einen längeren Zeitraum, helfen ihnen, sich in der Erwachsenenmedizin zurechtzufinden, und sorgen dafür, dass sie regelmäßig ärztlich versorgt werden. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die jungen Menschen sich auch später gut um ihre Gesundheit kümmern und ihre Behandlung nicht abbrechen.

Eine längerfristige, strukturierte Begleitung (z.B. durch eine/n Transitionskoordinator:in oder ein/e Casemanager:in) sollte jungen Menschen mit Adipositas angeboten werden, um die Wahrscheinlichkeit der

regelmäßigen medizinischen Versorgung im Erwachsenenalter zu erhöhen. (Empfehlung #8, Evidenzgrad: sehr gering, Empfehlungsgrad B)

3.4 App- und webbasierte Angebote

Um jungen Menschen mit Adipositas zu helfen, ihre Erkrankung besser zu managen, können von Fachleuten erstellte und geprüfte Apps oder Webseiten genutzt werden. Diese digitalen Anwendungen bieten Unterstützung, zum Beispiel durch Tipps zur Ernährung, Bewegung oder zur Organisation von Arztterminen.

Die Nutzung solcher Apps kann Jugendlichen helfen, selbst aktiv für ihre Gesundheit zu sorgen und ihre Behandlung besser im Blick zu behalten.

Zur Verbesserung des Selbstmanagements von jungen Menschen mit Adipositas sollte unterstützend die Nutzung von validierten web- oder appbasierten Anwendungen empfohlen werden. (Empfehlung #4, Evidenzgrad: sehr gering, Empfehlungsgrad B)

Einige der digitalen Tools bieten allerdings nur sehr wenige Funktionen, zum Beispiel reine Chat-Apps für den Austausch mit dem Betreuungsteam. Solche Anwendungen allein helfen nicht dabei, die körperliche Gesundheit und das Wohlbefinden zu verbessern.

Deshalb wird empfohlen, auf solche begrenzten digitalen Tools zu verzichten und stattdessen umfassendere Apps oder Programme zu nutzen, die aktiv bei der Behandlung und dem Selbstmanagement unterstützen können.

Auf inhaltlich sehr beschränkte digitale Tools sollte zur Verbesserung somatischer oder psychosozialer Parameter verzichtet werden (z.B. ausschließlich zur Kommunikation mit dem Betreuungsteam geeignete Apps). (Empfehlung #5, Evidenzgrad: sehr gering, Empfehlungsgrad B)

3.5 Terminerinnerungen

Damit junge Menschen mit Adipositas ihre Arzttermine nicht vergessen, können Erinnerungen helfen – zum Beispiel per E-Mail, SMS oder App-Benachrichtigung. Diese kleinen Erinnerungen sorgen dafür, dass die Termine rechtzeitig wahrgenommen werden und die medizinische Behandlung regelmäßig erfolgt.

Zur Verbesserung der Termintreue von jungen Menschen mit Adipositas sollten Terminerinnerungen und ggf. Terminverfolgung eingesetzt werden. (Empfehlung #6, Evidenzgrad: sehr gering, Empfehlungsgrad B)

3.6 Kennenlernen des neuen Arztes bzw. der neuen Ärztin

Der Wechsel von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin kann für Jugendliche mit Adipositas eine große Veränderung sein. Um ihnen den Übergang zu erleichtern, kann es helfen, wenn sie ihre zukünftigen Ärzt:innen schon vorher kennenlernen – noch während sie in der Kinder- und Jugendmedizin behandelt werden.

Das kann zum Beispiel durch gemeinsame Sprechstunden geschehen, in denen die Jugendlichen die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen und sich mit ihren neuen Behandler:innen vertraut zu machen. So fühlen sie sich sicherer und können den Übergang besser meistern.

Zur Verbesserung der *Transfer-Rate* in die Erwachsenenmedizin kann bei Jugendlichen mit Adipositas die Möglichkeit erwogen werden, bereits in der Pädiatrie ihre Weiterbehandler:innen kennenzulernen (z.B. durch gemeinsame Sprechstunden). (Empfehlung #7, Evidenzgrad: sehr gering, Empfehlungsgrad 0)

Es kann außerdem sinnvoll sein, den ersten Termin in der Erwachsenenmedizin bereits beim Kinder- und Jugendarzt zu vereinbaren. So wird sichergestellt, dass der Übergang reibungslos verläuft und die medizinische Betreuung ohne Unterbrechung weitergeht.

Die Auswahl der Weiterbehandler:innen für junge Menschen mit Adipositas und das Vereinbaren eines ersten Termins bereits im pädiatrischen *Setting* kann zur besseren Anbindung in der Erwachsenenmedizin erwogen werden. (Empfehlung #9, Empfehlungsgrad 0)

3.7 Worüber der Arzt/die Ärztin mit dir sprechen sollte

Wenn Jugendliche mit Adipositas erwachsen werden, gibt es viele wichtige Themen, die sie betreffen. Dazu gehören zum Beispiel Schlafgewohnheiten, Medienkonsum, Sexualität, Familienplanung und der Umgang mit Alkohol, Nikotin oder anderen Substanzen.

Das Behandlungsteam sollte mit ihnen über diese Themen sprechen, damit sie informiert sind und gute Entscheidungen treffen können. So bekommen sie das nötige Wissen, um sicher und selbstbestimmt ins Erwachsenenleben zu starten.

Im Transitionsprozess von Jugendlichen mit Adipositas sollten relevante Themen, wie z.B. Sexualität, Familienplanung, Schlaf-Wach-Rhythmus, Stressmanagement, Medien- und Substanzkonsum und deren Wechselwirkung mit der Erkrankung und Therapie vom Behandlungsteam angesprochen und ggf. Beratungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. (Empfehlung #10, Empfehlungsgrad B)

Es gibt zwei unterschiedliche Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Adipositas: eine für Kinder und Jugendliche sowie eine für Erwachsene. Wenn Jugendliche mit Adipositas in die Erwachsenenmedizin wechseln, ändern sich manche Empfehlungen zur Behandlung. Sie sollten deshalb gut informiert werden, welche Unterschiede es gibt – zum Beispiel bei Ernährung, Bewegung oder möglichen Medikamenten und Operationen.

Das hilft ihnen, ihre Therapie besser zu verstehen und selbst Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen. So können sie die bestmögliche Behandlung für ihre Bedürfnisse im Erwachsenenalter finden.

Junge Menschen mit Adipositas sollten über die Unterschiede in den therapeutischen Empfehlungen zwischen der Jugend- und Erwachsenenmedizin aufgeklärt werden (u.a. zur Ernährung, Bewegung, medikamentösen und chirurgischen Therapieoptionen). (Empfehlung #11, Empfehlungsgrad B)

Wenn junge Menschen mit Adipositas zusätzlich andere Krankheiten haben, kann sich ihre medizinische Betreuung beim Übergang in die Erwachsenenmedizin verändern. Sie sollten deshalb frühzeitig darüber informiert werden, welche Fachärzt:innen sie in Zukunft behandeln und ob sich ihre Therapie anpassen muss.

So können sie sich besser auf die Veränderungen einstellen und ihre Behandlung weiterhin gut begleiten lassen.

Junge Menschen mit Adipositas und bestehenden Komorbiditäten sollten auf sich verändernde fachärztliche Versorgungsstrukturen, sowie mögliche individuelle Therapieänderungen im Transitionsprozess hingewiesen werden. (Empfehlung #12, Empfehlungsgrad B)

3.8 Regelmäßige Untersuchungen

Es ist möglich, dass junge Menschen mit Adipositas neben ihrer Adipositas auch noch andere körperliche Erkrankungen haben oder eine psychische Erkrankung entwickeln. Deshalb ist es wichtig, sie regelmäßig zu untersuchen, um solche Krankheiten frühzeitig zu erkennen und behandeln zu können.

Dafür sollten bewährte medizinische Tests genutzt werden, damit die Diagnose zuverlässig ist. So kann sichergestellt werden, dass jede Person die passende Behandlung bekommt.

Junge Menschen mit Adipositas sollten regelmäßig auf somatische und psychische Komorbiditäten gescreent werden; bestmöglich unter Verwendung etablierter diagnostischer Assessmentverfahren. (Empfehlung #13, Empfehlungsgrad B)

Junge Menschen mit Adipositas sollten zusätzlich nach seelischen oder sozialen Belastungen gefragt werden. So kann ihnen bei Problemen schnell geholfen werden, und sie bekommen die Unterstützung, die sie brauchen – sei es durch Gespräche mit Fachkräften oder andere Hilfsangebote.

Um frühzeitig potentielle oder bestehende psychosoziale Belastungen, individuelle Ressourcen und fördernde Faktoren zu erkennen, sollten junge Menschen mit Adipositas regelmäßig dazu befragt werden. (Empfehlung #14, Empfehlungsgrad B)

Junge Menschen mit Adipositas sollten regelmäßig gefragt werden, wie gut sie an Schule, Arbeit und Freizeitangeboten teilnehmen können. So kann herausgefunden werden, ob es dabei Schwierigkeiten gibt und wie sie besser unterstützt werden können.

Außerdem sollten sie darüber informiert werden, welche Möglichkeiten es gibt, ihre Teilhabe zu verbessern. Es gibt spezielle Hilfsangebote und Selbsthilfegruppen, die ihnen helfen können, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und Unterstützung zu bekommen.

Eine Stuserhebung zu Teilhabechancen von jungen Menschen mit Adipositas in den Bereichen Bildung, Arbeit und Freizeit sollte regelmäßig stattfinden und die Betroffenen sollten über Möglichkeiten der Teilhabeförderung und über Angebote von Adipositas-Selbsthilfevereinigungen aufgeklärt werden. (Empfehlung #15, Empfehlungsgrad B)

4. Checkliste zur Transition

Letzte Termine in der kinderärztlichen Praxis

- Abschlussuntersuchung inkl. aktuellem Befund und Therapie-Empfehlungen
- Aufklärung über fachärztliche Strukturen im Erwachsenenbereich
- Aufklärung über Unterschiede in den Therapieempfehlungen im Erwachsenenbereich
- Möglichkeit zur Teilnahme an Transitions-Programmen besprechen
- Nach Schulungen zur Transition oder zur Verbesserung des Selbst-Managements fragen
- Über geprüfte App- oder Web-Anwendungen zum Krankheitsmanagement informieren
- Unterstützungsmöglichkeiten bei sozialen und finanziellen Belastungssituationen erfragen

Erste Termine in der Erwachsenenmedizin

- Regelmäßige Termine für Blutuntersuchungen sowie Früherkennung auf körperliche und psychische Begleiterkrankungen
- Gespräch über die berufliche Zukunft und Teilhabechancen
- Gespräch über Verhütung und Familienplanung
- Möglichkeiten zur Terminerinnerung erfragen

5. Deine Rechte

Du hast das Recht auf eine gute medizinische Betreuung – auch nach deinem 18. Geburtstag. Sprich mit deinem Behandlungsteam über deine Wünsche und Fragen. Die Transition sollte so gestaltet sein, dass du dich gut und sicher fühlst.

Seit 2013 gibt es in Deutschland ein Gesetz, das genau festlegt, was dir zusteht. Mehr Infos findest du hier: www.patientenbeauftragter.de/patientenrechte.

Du hast das Recht auf:

- Freie Arztwahl – Du kannst dir deinen Arzt oder deine Ärztin selbst aussuchen.
- Klare Infos – Dein Arzt oder deine Ärztin muss dir alles gut verständlich erklären.
- Datenschutz – Deine Gesundheitsdaten sind geschützt.
- Schweigepflicht – ab deinem 15. Geburtstag kannst du mitentscheiden, an wen Informationen über dich weitergegeben werden.
- Selbstbestimmung – Du entscheidest, welche Behandlungen du möchtest oder ablehnst.
- Beschwerden – Wenn etwas nicht passt, kannst du dich beschweren.

Zusätzliche Rechte:

- Gute Behandlung – Die medizinische Versorgung muss hochwertig und zuverlässig sein.
- Dokumentation – Untersuchungen müssen ordentlich organisiert und festgehalten werden.
- Befunde ansehen – Du kannst deine medizinischen Unterlagen (z. B. Arztbriefe) einsehen und Kopien bekommen.
- Zweite Meinung – Du kannst einen anderen Arzt oder eine andere Ärztin nach seiner bzw. ihrer Meinung fragen. Kläre vorher mit deiner Krankenkasse, welche Kosten übernommen werden.

6. Selbsthilfe-Organisationen und soziale Unterstützungsmöglichkeiten

Adipositas Verband Deutschland e.V., www.adipositasverband.de

AdipositasHilfe Deutschland e.V., www.adipositas-selbsthilfe.de

7. Wörterbuch

bedarfsorientiert

So, wie es für dich persönlich am besten passt – je nach dem, was du brauchst.

Betreuungsteam

Eine Gruppe von Fachleuten, die gemeinsam für deine Behandlung da sind – z. B. Ärzt:innen, Therapeut:innen und Berater:innen.

Body-Mass-Index (BMI)

Eine Zahl, die zeigt, ob dein Körpergewicht im Verhältnis zu deiner Körpergröße im normalen Bereich liegt.

Case-Management / Case-Manager:in (Fall-Management/-manager:in)

Eine Person, die dich begleitet und hilft, die richtige Behandlung zu finden und alles gut zu organisieren.

chronische Erkrankung

Eine Krankheit, die lange bleibt oder immer wieder kommt – z. B. Adipositas oder Diabetes.

Diagnose

Die genaue Feststellung, welche Krankheit du hast – nach einer Untersuchung durch Fachleute.

diagnostisches Assessmentverfahren

Ein bestimmtes Verfahren oder Test, mit dem Fachkräfte herausfinden, wie es dir gesundheitlich geht.

Digitale Tools (Digitale Anwendungen/Programme)

Programme oder Apps, die dir bei deiner Gesundheit helfen – z. B. zum Planen, Erinnern oder Informieren.

evidenzbasiert

Die Empfehlung oder Behandlung beruht auf wissenschaftlichen Studien und ist gut erforscht.

Fachärzt:innen

Ärzt:innen, die sich auf ein bestimmtes Gebiet spezialisiert haben – z. B. Kinderheilkunde oder Ernährungsmedizin.

gesundheitsfördernd

Etwas, das deiner Gesundheit gut tut – z. B. Bewegung, gesunde Ernährung oder Entspannung.

Hausarzt / Hausärztin

Die Ärztin oder der Arzt, zu dem du zuerst gehst, wenn du krank bist – oft für die ganze Familie.

Komorbiditäten

Weitere Krankheiten, die zusätzlich zur Hauptkrankheit auftreten – z. B. Bluthochdruck bei Adipositas.

Komponenten

Einzelteile oder Bausteine eines Programms oder einer Behandlung – z. B. Bewegung, Ernährung, Gespräche.

konsensbasiert

Die Empfehlung wurde gemeinsam von Fachleuten beschlossen – alle waren sich einig.

Pädiatrie

Ein schwieriges Wort für Kinder- und Jugendmedizin.

Patient:innenaktivierung

Du wirst ermutigt, selbst mitzumachen und dich um deine Gesundheit zu kümmern.

psychische Outcomes (psychische Endpunkte/Ergebnisse)

Ergebnisse, die zeigen, wie es dir seelisch oder emotional geht – z. B. ob du dich besser fühlst.

Ressourcen

Dinge, die dir helfen können – z. B. Unterstützung durch Familie, Wissen, Zeit oder Hilfsangebote.

Selbstmanagement

Du lernst, dich selbst um deine Krankheit zu kümmern – z. B. Termine planen, Medikamente nehmen, gesund leben.

Setting (Umgebung, Ort, Rahmen)

Der Ort oder Rahmen, in dem etwas passiert – z. B. Schule, Arztpraxis oder Zuhause.

somatische Outcomes (körperliche Endpunkte/Ergebnisse)

Ergebnisse, die zeigen, wie es deinem Körper geht – z. B. Gewicht, Blutdruck oder Fitness.

Teilhabe

Du kannst bei wichtigen Dingen mitmachen – z. B. in der Schule, bei Freizeit oder in der Behandlung.

Transfer-Rate (Übergangs-Rate)

Zeigt, wie viele Jugendliche erfolgreich von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin wechseln.

Transitionsbereitschaft und -befähigung

Bedeutet: Du bist bereit und in der Lage, selbst Verantwortung für deine Gesundheit zu übernehmen.

Transitions-Koordinator:in

Eine Person, die dir beim Wechsel von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin hilft und alles gut organisiert.

Versorgt / medizinische Versorgung

Du bekommst die Hilfe, Behandlung und Betreuung, die du brauchst – z. B. durch Ärzt:innen oder Therapeut:innen.

Workshops

Treffen oder Veranstaltungen, bei denen du etwas lernst oder übst – z. B. zum Thema Ernährung oder Selbstmanagement.

AI-generated image (created with ChatGPT by OpenAI/DALL·E on 18.07.2025)



Patient guideline

Transition of young people with obesity from pediatrics to adult medicine

In addition to the

**S3-Leitlinie Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie
in die Erwachsenenmedizin**

(AWMF Registry Number: 050-003)



AGA

Arbeitsgemeinschaft
Adipositas im Kindes-
und Jugendalter



**Gesellschaft
für Transitions-
medizin e.V.**

Publisher

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG)

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.

Office

Fraunhoferstr. 5

82152 Martinsried

Tel. 089 – 710 48 358

E-Mail: mail@adipositas-gesellschaft.de

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM) e.V.

Office

c/o Kirsten Gerber

Grethe-Jürgens-Straße 30

30655 Hannover

Authors of the patient guideline

Gundula Ernst

Jana Brauchmann

Johannes Oepen

Luise Laudénbach

Marion Rung-Friebe

Melanie Bahlke

Editing and coordination of the patient guideline

Jana Brauchmann

Gundula Ernst

Susanna Wiegand

**The project underlying this document was funded by the Innovation
Committee of the Joint Federal Committee under grant number 01VSF22014.**

Funding of the patient guideline

The recommendations in this patient guideline are based on scientific research. They were developed as part of a special research project called "TransitADI," which supports young people with obesity in the transition from pediatric to adult medicine. The project was funded by the Joint Federal Committee (G-BA, funding code 01VSF22014).

Important: No companies or other interest groups had any influence on the development of this guideline. All experts who worked on it did so voluntarily and without payment. Further information on the management of conflicts of interest can be found in Table 39 of the guideline report: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003>

Validity and updating

These patient guidelines are valid for five years and will be updated when the guidelines are updated (expected in 2030).

General information about this brochure

Some words are *italicized and underlined*. These are technical terms or foreign words. You can find them in the glossary at the end of the brochure, where everything is explained in simple terms.

The yellow boxes contain the official recommendations from the guideline. This guideline is also used by doctors and other experts.

Here are the recommendations

The numbers (#) of the recommendations are sometimes not in the correct order. This is intentional! We have sorted them so that they are easier for you to understand.

Each recommendation is accompanied by an additional text in easy-to-understand language. This helps you understand what it is about and what it means for you.

Dear parents

When your child transitions from pediatric care to adult care (known as the transition), you play a particularly important role. Your child is now faced with the task of gradually taking responsibility for their own health—and they need your support to do so.

What can you do?

- ✓ Help your child to note appointments in their calendar themselves. Remind them kindly if they forget something.
- ✓ Feel free to accompany your child to doctor's appointments—this will make them feel more secure.
- ✓ Let your child talk to the doctor or healthcare professional alone. This will help your child learn to ask questions and make decisions for themselves.
- ✓ Talk together about the illness and what is important – e.g., nutrition, exercise, or medication. Show interest and give your child space to find their own way.

Table of contents

1. What this patient guideline offers.....	6
1.1 What is a guideline?	6
1.2 Why can you rely on guidelines?	6
1.3 What are strong and weak recommendations?	6
2. Introduction to the topic of the guideline.....	7
2.1 What is transition?	7
2.2 What is obesity?	7
2.3 Why is transition important in obesity?	7
2.4 Who can you trust with health questions?	7
2.5 What is the difference between pediatrics and adult medicine?	8
3. Recommendations for transition.....	9
3.1 Training courses and workshops	10
3.2 Longer-term counseling services.....	10
3.3 Transition programs and case management-.....	11
3.4 App- and web-based services.....	11
3.5 Appointment reminders	12
3.6 Getting to know the new doctor	13
3.7 What the doctor should talk to you about	13
3.8 Regular examinations	15
4. Transition checklist.....	17
5. Your rights	17
6. Self-help organizations and social support options.....	18
7. Dictionary	19

1. What this patient guideline offers

This patient guideline is intended for adolescents and young adults with obesity who are transitioning from pediatric to adult medical care, as well as their parents or guardians. It provides information and recommendations on how to prepare for and support this transition.

1.1 What is a guideline?

A guideline contains recommendations for the treatment of diseases. It is developed by experts and is based on scientific findings and practical experience. This patient guideline translates the medical guideline on transition in obesity into generally understandable language.

1.2 Why can you rely on guidelines?

Guidelines are recommendations from experts based on the latest scientific findings. Among other things, they help doctors find the best treatment for their patients. Since guidelines are regularly reviewed and updated, you can be sure that the information is safe and reliable. They provide guidance and help you better understand your rights as a patient.

1.3 What are strong and weak recommendations?

Some recommendations in a guideline are very important and should be followed without fail—these are called strong recommendations. They are based on many reliable studies and have proven to be particularly effective. Weak recommendations are more of a suggestion because the scientific basis is not yet clear or there are several good options. Your doctor can explain which recommendation is best for you. This will help you make the right decision together.

2. Introduction to the topic of the guideline

2.1 What is transition?

Transition refers to the planned transfer of adolescents with a chronic condition such as obesity from pediatric care to adult care. This transition is important to ensure that treatment can continue seamlessly into adulthood.

2.2 What is obesity?

Obesity is the medical term for severe overweight. It is a *chronic disease* that has many different causes and increases the risk of other diseases. Obesity is determined using the *body mass index (BMI)*.

2.3 Why is transition important in obesity?

The treatment of obesity differs between pediatric medicine and adult medicine. There are different therapies, medications, and recommendations. To ensure that adolescents and young adults receive good *care*, it is important that you take responsibility for your health.

2.4 Who can you trust with health questions?

Doctors and other professionals with recognized training and certifications must adhere to clear medical recommendations—they know what can really help your health and what is good for you. Please note: Terms such as "coach," "nutritionist," or "personal trainer" are not protected in Germany. Anyone can call themselves this—even without training. Many of them do not work according to current scientific standards. They may mean well, but they can give you wrong advice that may do more harm than good.

2.5 What is the difference between pediatrics and adult medicine?

Most children and adolescents go to a pediatrician's office. This is also called pediatrics—a difficult word for medicine for children and adolescents.

When you turn 18, you have to switch to adult medicine. You will then be treated by doctors who specialize in adults.

However, some children and adolescents go to a *family doctor* (Hausarzt) earlier. This happens, for example, if the whole family goes to the same practice or if there is no pediatrician nearby. These doctors are not specially trained to treat children, but they can still treat you well.

The following table summarizes some of the differences between pediatric and adult medicine.

Pediatrics Pediatrics	Adult medicine Medicine for people aged 18 and over
<ul style="list-style-type: none">- Waiting rooms are often colorful and child-friendly- The doctors speak patiently and explain everything thoroughly- Your parents are usually there to help- There is often a team of different specialists	<ul style="list-style-type: none">- The waiting rooms are rather plain and quiet- You decide what you want to discuss with the doctors- Your parents are not usually present.- If you have any accompanying illnesses, you will be referred to other specialists.

3. Recommendations for transition

This guideline contains recommendations to help you get the best *medical care*. To ensure that these recommendations are reliable, they have been developed according to two important principles:

- *Evidence-based* recommendations (#1 - #8): Experts carefully review the latest scientific studies and determine which treatments are particularly effective. The better the studies, the stronger the recommendation.
- *Consensus-based* recommendations (#9 - #15): If there is not enough research on a topic, experts discuss and agree on what they consider to be the best course of action.

All recommendations have a level of evidence and a level of recommendation. The level of evidence indicates how well the recommendation is supported by scientific studies. High-quality studies provide a strong foundation. Since there are no specific studies on transition in obesity, the level of evidence for all evidence-based recommendations is very low.

The recommendation grade A, B, or O indicates how urgently a recommendation should be followed.

Level	Formulation	Simply explained
A	"Should" recommendation	The recommendation is very important and well supported by studies. It should definitely be implemented.
B	"Ought to" recommendation	The recommendation is useful and helpful, but not quite as strong as Grade A.
O	"May be considered" recommendation	The recommendation is open. It can be implemented, but does not have to be, depending on the situation.

These grades help doctors and healthcare professionals make good decisions—and offer you the right treatment.

3.1 Training courses and workshops

Young people with obesity face many changes as they grow up. Youth training courses are available to help them with this. In these short *workshops*, they learn how to better manage their condition and prepare for adult life, especially with regard to their condition.

They also discuss what to consider when choosing a career, contraception, and possibly having children later in life. The aim is to empower young people to take responsibility for their own health and actively participate in decisions.

To improve *self-management, transition readiness and ability, and patient activation*, compact training courses ought to be offered to adolescents with obesity and, if necessary, their parents, in which they are specifically prepared for the transition to adult life and adult medicine. (Recommendation #1, evidence level: very low, recommendation grade B)

If necessary, parents can also participate in training courses so that they can support their children during this important phase.

3.2 Longer-term counseling services

To help young people with obesity cope better with their condition, there are special training courses and counseling services that provide support over a longer period of time, often several months. These counseling services can be tailored to the individual needs of young people. They help them to better understand the disease and make *healthy/health-promoting* choices.

They also help them prepare for the transition from pediatric to adult medicine. Young people should learn to take responsibility for their treatment and feel confident in adult medicine.

Long-term, *needs-based* training and counseling services for young people with obesity should be provided alongside treatment to improve disease-related *self-management* and *readiness and ability to transition*. (Recommendation #2, level of evidence: very low, recommendation grade A)

3.3 Transition programs and case management-

In some cases, young people with obesity need more support to make a smooth transition from pediatric to adult care. There are special programs that consist of several parts and provide long-term help.

These programs can help improve both the physical and mental health of adolescents. They offer various services that can be tailored to individual needs so that those affected feel safe and well supported.

Complex, multi-*component* transition programs may be considered for young people with obesity to improve *somatic and psychological outcomes*. (Recommendation #3 Evidence level: very low, recommendation grade 0)

Case managers or *transition coordinators* can play an important role in these programs.

These professionals accompany young people over a longer period of time, help them navigate adult healthcare, and ensure that they receive regular medical care. This increases the likelihood that young people will continue to take good care of their health later in life and not discontinue treatment.

Longer-term, structured support (e.g., by a transition coordinator or case manager) ought to be offered to young people with obesity to increase the likelihood of regular medical care in adulthood. (Recommendation #8, evidence level: very low, recommendation grade B)

3.4 App- and web-based services

Apps or websites created and reviewed by experts can be used to help young people with obesity manage their condition better. These digital applications

offer support, for example through tips on nutrition, exercise, or organizing doctor's appointments.

Using such apps can help adolescents take active responsibility for their health and keep better track of their treatment.

To improve self-management among young people with obesity, the use of validated web- or app-based applications ought to be recommended as a supportive measure. (Recommendation #4, evidence level: very low, recommendation grade B)

However, some of the *digital tools* offer very few functions, such as chat apps for communicating with the *care team*. Such applications alone do not help to improve physical health and well-being.

It is therefore recommended to avoid such limited digital tools and instead use more comprehensive apps or programs that can actively support treatment and self-management.

Digital tools with very limited content ought to not be used to improve somatic or psychosocial parameters (e.g., apps that are only suitable for communicating with the care team). (Recommendation #5, evidence level: very low, recommendation grade B)

3.5 Appointment reminders

Reminders can help young people with obesity remember their doctor's appointments, for example via email, text message, or app notifications. These little reminders ensure that appointments are kept on time and medical treatment is received regularly.

Appointment reminders and, if necessary, appointment tracking ought to be used to improve adherence to appointments among young people with obesity. (Recommendation #6, level of evidence: very low, recommendation grade B)

3.6 Getting to know the new doctor

The transition from pediatric to adult medicine can be a big change for adolescents with obesity. To make the transition easier, it can help if they get to know their future doctors in advance, while they are still being treated in pediatric and adolescent medicine.

This can be done, for example, through joint consultations in which adolescents have the opportunity to ask questions and get to know their new healthcare providers. This makes them feel more secure and helps them cope better with the transition.

To improve the *transfer rate* to adult medicine, it may be considered to give adolescents with obesity the opportunity to get to know their future healthcare providers while still in pediatric care (e.g., through joint consultation hours). (Recommendation #7, level of evidence: very low, recommendation strength 0)

It may also be useful to arrange the first appointment in adult medicine with the pediatrician. This ensures that the transition goes smoothly and that medical care continues without interruption.

The selection of follow-up care providers for young people with obesity and arranging an initial appointment in a pediatric *setting* may be considered to ensure better continuity of care in adult medicine. (Recommendation #9, recommendation grade 0)

3.7 What the doctor should talk to you about

When adolescents with obesity reach adulthood, there are many important issues that affect them. These include, for example, sleeping habits, media consumption, sexuality, family planning, and the use of alcohol, nicotine, or other substances.

The treatment team should discuss these issues with them so that they are informed and can make good decisions. This will give them the knowledge they need to start adult life safely and independently.

During the transition process for adolescents with obesity, relevant topics such as sexuality, family planning, sleep-wake rhythms, stress management, media and substance use, and their interaction with the disease and therapy ought to be addressed by the treatment team and, if necessary, counseling options ought to be identified. (Recommendation #10, recommendation grade B)

There are two different guidelines for the diagnosis and treatment of obesity: one for children and adolescents and one for adults. When adolescents with obesity transition to adult medicine, some treatment recommendations change. They should therefore be well informed about the differences—for example, in nutrition, exercise, or possible medications and surgeries.

This will help them to better understand their therapy and make decisions about their own health. In this way, they can find the best possible treatment for their needs in adulthood.

Young people with obesity ought to be informed about the differences in treatment recommendations between pediatric and adult medicine (including nutrition, exercise, medication, and surgical treatment options). (Recommendation #11, recommendation grade B)

If young people with obesity also have other diseases, their medical care may change when they transition to adult medicine. They should therefore be informed at an early stage about which *specialists* will treat them in the future and whether their therapy needs to be adjusted.

This will enable them to better adapt to the changes and continue to receive good support for their treatment.

Young people with obesity and existing comorbidities ought to be made aware of changing specialist care structures and possible individual treatment changes during the transition process. (Recommendation #12, recommendation grade B)

3.8 Regular examinations

It is possible that young people with obesity may also have other physical illnesses or develop mental health problems. It is therefore important to examine them regularly so that any such illnesses can be detected and treated at an early stage.

Proven medical tests should be used to ensure that the *diagnosis* is reliable. This will ensure that each person receives the appropriate treatment.

Young people with obesity ought to be regularly screened for somatic and mental *comorbidities*, preferably using established *diagnostic assessment procedures*. (Recommendation #13, recommendation grade B)

Young people with obesity should also be asked about mental or social stress. This will enable them to receive help quickly if they have problems and get the support they need, whether through discussions with specialists or other support services.

In order to identify potential or existing psychosocial stress, individual *resources*, and supportive factors at an early stage, young people with obesity ought to be asked about these issues on a regular basis. (Recommendation #14, recommendation grade B)

Young people with obesity should be asked regularly how well they are able to participate in school, work, and leisure activities. This will help identify any difficulties they may be experiencing and how they can be better supported.

They should also be informed about the options available to improve their *participation*. There are special support services and self-help groups that can help them actively participate in social life and receive support.

A status survey on the participation opportunities of young people with obesity in the areas of education, work, and leisure ought to be conducted regularly, and those affected should be informed about opportunities to promote participation and about services offered by obesity self-help associations. (Recommendation #15, recommendation grade B)

4. Transition checklist

Last appointments at the pediatrician's office

- Final examination including current findings and therapy recommendations
- Information about specialist medical services for adults
- Information about differences in treatment recommendations for adults
- Discuss the possibility of participating in transition programs
- Ask about training courses on transition or improving self-management
- Provide information about certified app or web applications for disease management
- Ask about support options for social and financial stress situations

Initial appointments in adult medicine

- Regular appointments for blood tests and early detection of physical and mental comorbidities
- Discuss your professional future and opportunities for participation
- Discuss contraception and family planning
- Ask about appointment reminders

5. Your rights

You have the right to good medical care—even after you turn 18. Talk to your treatment team about your wishes and questions. The transition should be designed so that you feel comfortable and safe.

Since 2013, there has been a law in Germany that specifies exactly what you are entitled to. You can find more information here: www.patientenbeauftragter.de/patientenrechte

You have the right to:

- Free choice of doctor – You can choose your own doctor.
- Clear information – Your doctor must explain everything to you in a way that is easy to understand.
- Data protection – Your health data is protected.
- Confidentiality – from your 15th birthday, you can decide who we share information about you with.
- Self-determination – You decide which treatments you want or refuse.
- Complaints – If something is not right, you can complain.

Additional rights:

- Good treatment – Medical care must be high-quality and reliable.
- Documentation – Examinations must be properly organized and recorded.
- Access to findings – You can view your medical records (e.g., doctor's letters) and obtain copies.
- Second opinion – You can ask another doctor for their opinion. Check with your health insurance provider beforehand to find out which costs will be covered.

6. Self-help organizations and social support options

Adipositas Verband Deutschland e.V., www.adipositasverband.de

AdipositasHilfe Deutschland e.V., www.adipositas-selbsthilfe.de

7. Dictionary

Body mass index (BMI)

A number that shows whether your body weight is within the normal range for your height.

Care / medical care

You receive the help, treatment, and care you need—e.g., from doctors or therapists.

Care team

A group of professionals who work together to provide your treatment – e.g., doctors, therapists, and counselors.

Case management / case manager

A person who supports you and helps you find the right treatment and organize everything.

Chronic disease

A disease that lasts a long time or keeps coming back, such as obesity or diabetes.

Comorbidities

Additional diseases that occur alongside the main disease – e.g., high blood pressure in obesity.

Components

Individual parts or building blocks of a program or treatment – e.g., exercise, diet, consultations.

Consensus-based

The recommendation was agreed upon by experts – everyone was in agreement.

Diagnosis

The exact determination of what illness you have – after an examination by specialists.

Diagnostic assessment procedure

A specific procedure or test used by professionals to find out how healthy you are.

Digital tools

Programs or apps that help you with your health, e.g., for planning, reminding you of things, or providing information.

Evidence-based

The recommendation or treatment is based on scientific studies and is well researched.

Family doctor

The doctor you go to first when you are ill – often for the whole family.

Health-promoting

Something that is good for your health – e.g., exercise, healthy eating, or relaxation.

Needs-based

In the way that suits you best – depending on what you need.

Participation

You can participate in important things – e.g., at school, during leisure time, or in treatment.

Patient activation

You are encouraged to get involved and take care of your own health.

Pediatrics

A difficult word for medicine relating to children and young people.

Psychological outcomes

Results that show how you are doing mentally or emotionally—e.g., whether you feel better.

Resources

Things that can help you – e.g., support from family, knowledge, time, or offers of help.

Self-management

You learn to take care of your illness yourself – e.g., scheduling appointments, taking medication, living a healthy lifestyle.

Setting

The place or setting where something happens – e.g., school, doctor's office, or home.

Somatic outcomes

Results that show how your body is doing – e.g., weight, blood pressure, or fitness.

Specialists

Doctors who specialize in a specific field, e.g., pediatrics or nutritional medicine.

Transition coordinator

A person who helps you transition from pediatric to adult healthcare and keeps everything organized.

Transition readiness and ability

Means: You are ready and able to take responsibility for your own health.

Transfer rate

Shows how many young people successfully transition from pediatric to adult medicine.

Workshops

Meetings or events where you learn or practice something—e.g., about nutrition or self-management.

Image générée par IA (créée avec ChatGPT d'OpenAI/DALL-E le 18/07/2025)



Directive pour les patients

Transition des jeunes obèses de la pédiatrie vers la médecine adulte

en complément de la

S3-Leitlinie Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der
Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin

(numéro d'enregistrement AWMF : 050-003)



AGA

Arbeitsgemeinschaft
Adipositas im Kindes-
und Jugendalter



**Gesellschaft
für Transitions-
medizin e.V.**

Éditeur

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG)

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.

Bureau

Fraunhoferstr. 5

82152 Martinsried

Tél. 089 – 710 48 358

Courriel : mail@adipositas-gesellschaft.de

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM) e.V.

Bureau

c/o Kirsten Gerber

Grethe-Jürgens-Straße 30

30655 Hanovre

Auteurs des directives destinées aux patients

Gundula Ernst

Jana Brauchmann

Johannes Oepen

Luise Laudенbach

Marion Rung-Friebe

Melanie Bahlke

Rédaction et coordination du guide destiné aux patients

Jana Brauchmann

Gundula Ernst

Susanna Wiegand

**Le projet à l'origine de cette publication a été financé par le Comité d'innovation du
Comité fédéral commun sous le numéro de référence 01VSF22014.**

Financement du guide destiné aux patients

Les recommandations contenues dans ce guide destiné aux patients sont basées sur des études scientifiques. Elles ont été élaborées dans le cadre d'un projet de recherche spécial appelé « TransitADI », qui aide les jeunes en surpoids dans leur transition de la médecine pédiatrique à la médecine adulte. Le projet a été financé par le Comité fédéral commun (G-BA, référence 01VSF22014). Important : aucune entreprise ni aucun autre groupe d'intérêt n'a influencé l'élaboration de ce guide. Tous les experts qui y ont travaillé l'ont fait bénévolement et sans rémunération. Vous trouverez de plus amples informations sur la gestion des conflits d'intérêts dans le tableau 39 du rapport sur les directives : <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003>

Durée de validité et mise à jour

Cette directive destinée aux patients est valable pendant cinq ans et sera mise à jour lors de la révision de la directive (prévue en 2030).

Remarques générales concernant cette brochure

Certains mots sont *en italique et soulignés*. Il s'agit de termes techniques ou de mots étrangers. Vous les trouverez dans le glossaire à la fin de la brochure, où tout est expliqué de manière simple. Les encadrés jaunes contiennent les recommandations officielles issues de la directive. Cette directive est également utilisée par les médecins et autres professionnels.

Voici les recommandations

Les numéros (#) des recommandations ne sont parfois pas dans l'ordre. C'est intentionnel ! Nous les avons classées de manière à faciliter votre compréhension.

Chaque recommandation est accompagnée d'un texte supplémentaire rédigé dans un langage facile à comprendre. Vous pouvez ainsi bien comprendre de quoi il s'agit et ce que cela signifie pour vous. Vous trouverez des informations sur le processus d'élaboration de la directive destinée aux patients dans le rapport sur les directives.

Chers parents,

Lorsque votre enfant passe de la médecine pédiatrique à la médecine adulte (ce que l'on appelle la transition), vous jouez un rôle particulièrement important. Votre enfant doit désormais assumer progressivement la responsabilité de sa santé et a besoin de votre soutien pour y parvenir.

Que pouvez-vous faire ?

- ✓ Aidez votre enfant à noter lui-même les rendez-vous dans son agenda. Rappelez-lui gentiment s'il oublie quelque chose.
- ✓ Accompagnez volontiers votre enfant aux rendez-vous médicaux, cela le rassurera.
- ✓ Laissez votre enfant discuter seul avec le médecin ou le professionnel de santé. Il apprendra ainsi à poser des questions et à prendre des décisions.
- ✓ Discutez ensemble de la maladie et de ce qui est important, par exemple l'alimentation, l'activité physique ou les médicaments. Montrez-lui que vous vous intéressez à lui et laissez-lui la liberté de trouver sa propre voie.

Table des matières

1. Ce que propose ce guide destiné aux patients.....	6
1.1 Qu'est-ce qu'une directive ?.....	6
1.2 Pourquoi peut-on se fier aux lignes directrices ?.....	6
1.3 Qu'est-ce qu'une recommandation forte ou faible ?.....	6
2. Introduction au thème de la directive.....	7
2.1 Qu'est-ce que la transition ?.....	7
2.2 Qu'est-ce que l'obésité ?.....	7
2.3 Pourquoi la transition est-elle importante en cas d'obésité ?.....	7
2.4 À qui pouvez-vous vous adresser pour des questions de santé ? ...	74
2.5 Quelle est la différence entre la pédiatrie et la médecine pour adultes ?.....	8
3. Recommandations pour la transition.....	9
3.1 Formations et ateliers.....	10
3.2 Offres de conseil à long terme.....	10
3.3 Programmes de transition et gestion de cas.....	11
3.4 Applications mobiles et offres en ligne.....	12
3.5 Rappels de rendez-vous.....	13
3.6 Faire connaissance avec le nouveau médecin.....	13
3.7 Ce dont le médecin devrait te parler.....	14
3.8 Examens réguliers.....	15
4. Liste de contrôle pour la transition.....	17
5. Vos droits.....	17
6. Organisations d'entraide et possibilités d'aide sociale.....	18
7. Dictionnaire.....	19

1. Ce que propose ce guide destiné aux patients

Ce guide destiné aux patients s'adresse aux adolescents et jeunes adultes souffrant d'obésité qui sont en phase de transition entre la médecine pédiatrique et la médecine pour adultes, ainsi qu'à leurs parents ou tuteurs légaux. Il fournit des informations et des recommandations sur la manière de bien préparer et accompagner cette transition.

1.1 Qu'est-ce qu'une directive ?

Une directive contient des recommandations pour le traitement de maladies. Elle est élaborée par des professionnels et repose sur des connaissances scientifiques et une expérience pratique. Cette directive destinée aux patients traduit la directive médicale relative à la transition en cas d'obésité dans un langage compréhensible par tous.

1.2 Pourquoi peut-on se fier aux lignes directrices ?

Les lignes directrices sont des recommandations d'experts basées sur les dernières connaissances scientifiques. Elles aident notamment les médecins à trouver le meilleur traitement pour leurs patients. Comme les lignes directrices sont régulièrement révisées et mises à jour, vous pouvez être sûr que les informations qu'elles contiennent sont fiables et sûres. Elles vous fournissent des repères et vous aident à mieux comprendre vos droits en tant que patient.

1.3 Qu'est-ce qu'une recommandation forte ou faible ?

Certaines recommandations contenues dans une ligne directrice sont très importantes et doivent être impérativement suivies: on parle alors de recommandations fortes. Elles s'appuient sur de nombreuses études fiables et se sont avérées particulièrement efficaces. Les recommandations faibles sont plutôt des suggestions, car leur fondement scientifique n'est pas encore tout à fait clair ou parce qu'il existe plusieurs bonnes options. Votre médecin peut vous expliquer quelle recommandation vous convient le mieux. Vous pourrez ainsi prendre ensemble la bonne décision.

2. Introduction au thème de la directive

2.1 Qu'est-ce que la transition ?

La transition désigne le passage planifié des adolescents atteints d'une maladie chronique telle que l'obésité de la médecine pédiatrique à la médecine adulte. Cette transition est importante pour que le traitement puisse se poursuivre sans interruption à l'âge adulte.

2.2 Qu'est-ce que l'obésité ?

L'obésité est le terme médical désignant un excès de poids important. Il s'agit d'une maladie chronique qui a de nombreuses causes différentes et qui augmente le risque de développer d'autres maladies. L'obésité est déterminée à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC).

2.3 Pourquoi la transition est-elle importante en cas d'obésité ?

Le traitement de l'obésité diffère entre la médecine pédiatrique et la médecine adulte. Il existe différentes offres thérapeutiques, différents médicaments et différentes recommandations. Afin que les adolescents et les jeunes adultes continuent à bénéficier de soins adaptés, il est important qu'ils assument la responsabilité de leur propre santé.

2.4 À qui pouvez-vous vous adresser pour des questions de santé ?

Les médecins et autres professionnels de santé disposant d'une formation reconnue et de certificats doivent respecter des recommandations médicales claires : ils savent ce qui peut réellement aider votre santé et ce qui est bon pour vous. Attention : les termes tels que « coach », « nutritionniste » ou « entraîneur personnel » ne sont pas protégés en Allemagne. N'importe qui peut se donner ces titres, même sans formation. Beaucoup d'entre eux ne travaillent pas selon les normes scientifiques actuelles. Ils ont peut-être de bonnes intentions, mais ils peuvent vous donner de mauvais conseils qui risquent de vous nuire plutôt que de vous aider.

2.5 Quelle est la différence entre la pédiatrie et la médecine pour adultes ?

La plupart des enfants et des adolescents consultent un médecin pédiatre. On appelle cela la pédiatrie, un mot difficile pour désigner la médecine des enfants et des adolescents.

À partir de 18 ans, vous devez passer à la médecine pour adultes. Vous serez alors traité par des médecins spécialisés dans les adultes. Cependant, certains enfants et adolescents consultent un médecin généraliste plus tôt. C'est le cas, par exemple, lorsque toute la famille se rend dans le même cabinet ou qu'il n'y a pas de cabinet de pédiatrie à proximité. Ces médecins ne sont pas spécialement formés pour les enfants, mais ils peuvent tout de même vous soigner correctement.

Le tableau suivant résume quelques différences entre la médecine pédiatrique et la médecine pour adultes.

Pédiatrie Médecine pour enfants et adolescents	Médecine pour adultes Médecine pour les personnes âgées de 18 ans et plus
<ul style="list-style-type: none">- Les salles d'attente sont souvent colorées et adaptées aux enfants.- Les médecins parlent avec patience et donnent beaucoup d'explications- Vos parents sont généralement présents et vous aident- Il y a souvent une équipe composée de différents spécialistes	<ul style="list-style-type: none">- les salles d'attente sont plutôt sobres et calmes- vous décidez vous-même ce dont vous souhaitez parler avec le médecin- Vos parents ne sont généralement pas présents- En cas de comorbidités, vous êtes orienté vers d'autres spécialistes.

3. Recommandations pour la transition

Dans cette directive, vous trouverez des recommandations qui vous aideront à bénéficier des meilleurs *soins médicaux*. Afin de garantir leur fiabilité, ces recommandations ont été élaborées selon deux principes importants :

- Recommandations *fondées sur des preuves* (#1 - #8) : des experts examinent attentivement les dernières études scientifiques et déterminent les traitements les plus efficaces. Plus les études sont de bonne qualité, plus la recommandation est forte.
- Recommandations *fondées sur le consensus* (#9 à #15) : lorsqu'il n'y a pas suffisamment de recherches sur un sujet, les experts se concertent et se mettent d'accord sur la meilleure approche à adopter.

Toutes les recommandations ont un niveau de preuve et un niveau de recommandation. Le niveau de preuve indique dans quelle mesure la recommandation est étayée par des études scientifiques. Des études de haute qualité constituent une base solide. Comme il n'existe pas encore d'études spécifiques sur la transition en cas d'obésité, le niveau de preuve de toutes les recommandations fondées sur des preuves est très faible.

Le niveau de recommandation A, B ou O indique le degré d'urgence avec lequel une recommandation doit être suivie.

Degré	Formulation	Explication simple
A	Recommandation « à suivre »	La recommandation est très importante et bien étayée par des études. Elle doit être mise en œuvre dans tous les cas.
B	Recommandation « devrait »	La recommandation est judicieuse et utile, mais pas aussi forte que celle de niveau A.
O	Recommandation « peut »	La recommandation est ouverte. Elle peut être mise en œuvre, mais ce n'est pas obligatoire, selon la situation.

Ces niveaux aident les médecins et les professionnels de santé à prendre les bonnes décisions et à vous proposer un traitement adapté.

3.1 Formations et ateliers

Les adolescents en surpoids sont confrontés à de nombreux changements lorsqu'ils deviennent adultes. Pour les aider, il existe des formations destinées aux jeunes. Au cours de ces *ateliers* courts, ils apprennent à mieux gérer leur maladie et à se préparer à la vie adulte, notamment en tenant compte de leur maladie.

Ils abordent également des questions telles que le choix d'une profession, la contraception et le désir d'avoir des enfants plus tard. L'objectif est de les aider à prendre en main leur santé et à participer activement aux décisions qui la concernent.

Afin d'améliorer *l'autogestion, la préparation et la capacité à la transition* ainsi que *la mobilisation des patients*, il convient de proposer des formations compactes aux adolescents en surpoids et, le cas échéant, à leurs parents, afin de les préparer de manière ciblée à la transition vers la vie adulte et à la médecine pour adultes. (Recommandation #1, niveau de preuve : très faible, niveau de recommandation B)

Si nécessaire, les parents peuvent également participer à des formations afin de pouvoir soutenir leurs enfants pendant cette phase importante.

3.2 Offres de conseil à long terme

Afin d'aider les jeunes en surpoids à mieux gérer leur maladie, il existe des formations et des consultations spécialisées qui les accompagnent sur une longue période, souvent plusieurs mois. Ces consultations peuvent être adaptées aux questions individuelles des adolescents. Elles les aident à mieux comprendre la maladie et à prendre des décisions *favorables à leur santé*.

Elles les aident également à bien préparer la transition entre la médecine pédiatrique et la médecine pour adultes. Les jeunes doivent apprendre à

assumer la responsabilité de leur traitement et à se familiariser avec la médecine pour adultes.

Des offres de formation et de conseil *adaptées aux besoins*, accompagnées du traitement et à long terme, doivent être mises en place pour les jeunes en surpoids afin d'améliorer *l'autogestion* de leur maladie ainsi que *leur disposition et leur capacité à effectuer la transition*. (Recommandation n° 2, niveau de preuve : très faible, niveau de recommandation A)

3.3 Programmes de transition et gestion de cas

Dans certains cas, les jeunes souffrant d'obésité ont besoin d'un soutien supplémentaire pour réussir la transition entre la médecine pédiatrique et la médecine adulte. Il existe à cet effet des programmes spéciaux composés de plusieurs volets et apportant une aide à long terme.

Ces programmes peuvent contribuer à améliorer la santé physique et mentale des adolescents. Ils proposent différentes offres qui peuvent être adaptées individuellement afin que les personnes concernées se sentent en sécurité et bien accompagnées.

Des programmes de transition complexes, composés de plusieurs *éléments*, peuvent être envisagés pour les jeunes souffrant d'obésité afin d'améliorer *les résultats somatiques et psychologiques*. (Recommandation #3, niveau de preuve : très faible, niveau de recommandation 0)

Les gestionnaires de cas ou *les coordinateurs de transition* peuvent jouer un rôle important dans ces programmes.

Ces professionnels accompagnent les adolescents sur une longue période, les aident à s'orienter dans le système de santé pour adultes et veillent à ce qu'ils bénéficient d'un suivi médical régulier. Cela augmente les chances que les jeunes continuent à prendre soin de leur santé plus tard et n'abandonnent pas leur traitement.

Un accompagnement structuré à long terme (par exemple par un coordinateur de transition ou un gestionnaire de cas) devrait être proposé aux jeunes souffrant d'obésité afin d'augmenter la probabilité qu'ils bénéficient de soins médicaux réguliers à l'âge adulte. (Recommandation #8, niveau de preuve : très faible, niveau de recommandation B)

3.4 Applications mobiles et offres en ligne

Afin d'aider les jeunes en surpoids à mieux gérer leur maladie, il est possible d'utiliser des applications ou des sites web créés et testés par des spécialistes. Ces applications numériques offrent un soutien, par exemple sous forme de conseils sur l'alimentation, l'activité physique ou l'organisation des rendez-vous médicaux.

L'utilisation de telles applications peut aider les adolescents à prendre eux-mêmes leur santé en main et à mieux suivre leur traitement.

Afin d'améliorer l'autogestion des jeunes en surpoids, il convient de recommander l'utilisation d'applications web ou mobiles validées. (Recommandation #4, niveau de preuve : très faible, niveau de recommandation B)

Certaines de *ces applications numériques* n'offrent toutefois que très peu de fonctionnalités, comme les applications de messageries destinées uniquement à communiquer avec l'*équipe soignante*. À elles seules, ces applications ne contribuent pas à améliorer la santé physique et le bien-être.

Il est donc recommandé de renoncer à ces outils numériques limités et d'utiliser à la place des applications ou des programmes plus complets pouvant soutenir activement le traitement et l'autogestion.

Il convient de renoncer aux outils numériques au contenu très limité pour améliorer les paramètres somatiques ou psychosociaux (par exemple, les applications uniquement destinées à la communication avec l'équipe soignante). (Recommandation #5, niveau de preuve : très faible, niveau de recommandation B)

3.5 Rappels de rendez-vous

Pour aider les jeunes en surpoids à ne pas oublier leurs rendez-vous médicaux, des rappels peuvent être utiles, par exemple par e-mail, SMS ou notification via une application. Ces petits rappels permettent de s'assurer que les rendez-vous sont pris à temps et que le traitement médical est suivi régulièrement.

Afin d'améliorer le respect des rendez-vous chez les jeunes en surpoids, il convient d'utiliser des rappels de rendez-vous et, si nécessaire, un suivi des rendez-vous. (Recommandation #6, niveau de preuve : très faible, niveau de recommandation B)

3.6 Faire connaissance avec le nouveau médecin

Le passage de la médecine pédiatrique à la médecine adulte peut être un grand changement pour les adolescents en surpoids. Pour faciliter cette transition, il peut être utile qu'ils fassent connaissance avec leur futur médecin avant, pendant qu'ils sont encore suivis en pédiatrie.

Cela peut se faire, par exemple, lors de consultations communes au cours desquelles les adolescents ont la possibilité de poser des questions et de se familiariser avec leurs nouveaux soignants. Ils se sentent ainsi plus en sécurité et peuvent mieux gérer la transition.

Afin d'améliorer le taux de transfert vers la médecine adulte, il peut être envisagé de permettre aux adolescents en surpoids de rencontrer leurs futurs médecins traitants dès leur prise en charge en pédiatrie (par exemple lors de consultations communes). (Recommandation #7, niveau de preuve : très faible, niveau de recommandation 0)

Il peut également être utile de prendre le premier rendez-vous en médecine adulte chez le pédiatre. Cela permet de garantir une transition en douceur et la continuité des soins médicaux.

La sélection des praticiens chargés du suivi des jeunes souffrant d'obésité et la prise d'un premier rendez-vous dans un cadre pédiatrique peuvent être

envisagées afin d'assurer une meilleure transition vers la médecine adulte. (Recommandation #9, niveau de recommandation 0)

3.7 Ce dont le médecin devrait te parler

Lorsque les adolescents en surpoids atteignent l'âge adulte, de nombreux sujets importants les concernent. Il s'agit par exemple des habitudes de sommeil, de la consommation de médias, de la sexualité, du planning familial et de la consommation d'alcool, de tabac ou d'autres substances.

L'équipe soignante devrait aborder ces sujets avec eux afin qu'ils soient informés et puissent prendre les bonnes décisions. Ils acquerront ainsi les connaissances nécessaires pour entrer dans la vie adulte en toute sécurité et de manière autonome.

Au cours du processus de transition des adolescents en surpoids, l'équipe soignante doit aborder des sujets pertinents tels que la sexualité, la planification familiale, le rythme veille-sommeil, la gestion du stress, la consommation de médias et de substances et leur interaction avec la maladie et le traitement, et indiquer les possibilités de consultation si nécessaire. (Recommandation #10, niveau de recommandation B)

Il existe deux lignes directrices distinctes pour le diagnostic et le traitement de l'obésité : l'une pour les enfants et les adolescents, l'autre pour les adultes. Lorsque les adolescents obèses passent à la médecine adulte, certaines recommandations thérapeutiques changent. Ils doivent donc être bien informés des différences, par exemple en matière d'alimentation, d'activité physique ou de médicaments et d'opérations possibles.

Cela les aide à mieux comprendre leur traitement et à prendre eux-mêmes des décisions concernant leur santé. Ils peuvent ainsi trouver le traitement le mieux adapté à leurs besoins à l'âge adulte.

Les jeunes en surpoids doivent être informés des différences entre les recommandations thérapeutiques destinées aux adolescents et celles destinées aux adultes (notamment en matière d'alimentation, d'activité

physique, de médicaments et d'options chirurgicales). (Recommandation #11, niveau de recommandation B)

Lorsque les jeunes en surpoids souffrent également d'autres maladies, leur prise en charge médicale peut changer lors du passage à la médecine adulte. Ils doivent donc être informés à un stade précoce des spécialistes qui les traiteront à l'avenir et de la nécessité d'adapter leur traitement.

Ils peuvent ainsi mieux s'adapter aux changements et continuer à bénéficier d'un bon suivi de leur traitement.

Les jeunes en surpoids et présentant des comorbidités doivent être informés des changements dans les structures de soins spécialisés et des éventuelles modifications individuelles de leur traitement au cours du processus de transition. (Recommandation #12, niveau de recommandation B)

3.8 Examens réguliers

Il est possible que les jeunes souffrant d'obésité présentent également d'autres maladies physiques ou développent une maladie mentale. Il est donc important de les examiner régulièrement afin de détecter et de traiter ces maladies à un stade précoce.

Pour cela, il convient d'utiliser des tests médicaux éprouvés afin de garantir la fiabilité du diagnostic. Cela permet de s'assurer que chaque personne reçoit le traitement qui lui convient.

Les jeunes souffrant d'obésité doivent faire l'objet d'un dépistage régulier des comorbidités somatiques et psychiques, si possible à l'aide de méthodes d'évaluation diagnostique établies. (Recommandation #13, niveau de recommandation B)

Les jeunes en situation d'obésité devraient également être interrogés sur leurs souffrances psychologiques ou sociales. Cela permettrait de leur venir rapidement en aide en cas de problèmes et de leur apporter le soutien dont

ils ont besoin, que ce soit par le biais d'entretiens avec des professionnels ou d'autres offres d'aide.

Afin d'identifier à un stade précoce les troubles psychosociaux potentiels ou existants, les ressources individuelles et les facteurs favorables, les jeunes en surpoids devraient être interrogés régulièrement à ce sujet. (Recommandation #14, niveau de recommandation B)

Il convient de demander régulièrement aux jeunes en surpoids dans quelle mesure ils peuvent participer à la vie scolaire, professionnelle et aux activités de loisirs. Cela permet de déterminer s'ils rencontrent des difficultés et comment mieux les aider.

Ils devraient également être informés des possibilités qui leur sont offertes pour améliorer leur participation. Il existe des services d'aide spécifiques et des groupes d'entraide qui peuvent les aider à participer activement à la vie sociale et à obtenir un soutien.

Il convient de réaliser régulièrement une enquête sur les chances de participation des jeunes en situation d'obésité dans les domaines de l'éducation, du travail et des loisirs, et d'informer les personnes concernées des possibilités de promotion de la participation et des offres des associations d'entraide pour les personnes en situation d'obésité. (Recommandation #15, niveau de recommandation B)

4. Liste de contrôle pour la transition

Dernier rendez-vous chez le pédiatre

- Examen final, y compris les résultats actuels et les recommandations thérapeutiques
- Informations sur les structures médicales spécialisées pour adultes
- Informations sur les différences entre les recommandations thérapeutiques pour les adultes
- Discuter de la possibilité de participer à des programmes de transition
- Demander des formations sur la transition ou l'amélioration de l'autogestion
- Informations sur les applications mobiles ou web certifiées pour la gestion de la maladie
- Demander des possibilités de soutien en cas de situations sociales et financières difficiles

Prendre les premiers rendez-vous en médecine pour adultes

- Prendre des rendez-vous réguliers pour des analyses de sang et le dépistage précoce de maladies physiques et psychiques associées
- Discuter de l'avenir professionnel et des possibilités de participation
- Entretien sur la contraception et le planning familial
- Demander des possibilités de rappel de rendez-vous

5. Vos droits

Vous avez droit à une bonne prise en charge médicale, même après votre 18^e anniversaire. Parlez de vos souhaits et de vos questions à votre équipe soignante. La transition doit être organisée de manière à ce que vous vous sentez bien et en sécurité.

Depuis 2013, il existe en Allemagne une loi qui définit précisément vos droits. Vous trouverez plus d'informations ici:

www.patientenbeauftragter.de/patientenrechte

Vous avez droit à :

- Libre choix du médecin : vous pouvez choisir vous-même votre médecin.
- Des informations claires – votre médecin doit vous expliquer tout ce qu'il sait de manière compréhensible.
- À la protection de vos données – vos données médicales sont protégées.
- Le secret médical : à partir de vos 15 ans, vous pouvez décider à qui vos informations peuvent être transmises.
- Autodétermination : vous décidez des traitements que vous souhaitez ou que vous refusez.
- Réclamations – Si quelque chose ne vous convient pas, vous pouvez vous plaindre.

Droits supplémentaires :

- Bon traitement – Les soins médicaux doivent être de qualité et fiables.
- Documentation – Les examens doivent être correctement organisés et consignés.
- Consultation des résultats – Vous pouvez consulter votre dossier médical (par exemple, les lettres du médecin) et en obtenir des copies.
- Deuxième avis – Vous pouvez demander l'avis d'un autre médecin. Renseignez-vous au préalable auprès de votre caisse d'assurance maladie pour savoir quels frais seront pris en charge.

6. Organisations d'entraide et possibilités d'aide sociale

Adipositas Verband Deutschland e.V., www.adipositasverband.de

AdipositasHilfe Deutschland e.V., www.adipositas-selbsthilfe.de

7. Dictionnaire

Activation des patients

Vous êtes encouragé à participer et à prendre soin de votre santé.

Ateliers

Réunions ou événements au cours desquels vous apprenez ou exercez, par exemple sur le thème de l'alimentation ou de la gestion de soi.

Autogestion

Vous apprenez à prendre soin de vous-même et de votre maladie, par exemple en planifiant vos rendez-vous, en prenant vos médicaments et en menant une vie saine.

Basé sur des preuves

La recommandation ou le traitement repose sur des études scientifiques et a fait l'objet de recherches approfondies.

Basé sur un consensus

La recommandation a été décidée conjointement par des experts – tous étaient d'accord.

Cadre

Le lieu ou le contexte dans lequel quelque chose se passe, par exemple l'école, le cabinet médical ou à la maison.

Comorbidités

Autres maladies qui surviennent en plus de la maladie principale, par exemple l'hypertension artérielle en cas d'obésité.

Composantes

Éléments individuels ou modules d'un programme ou d'un traitement, par exemple activité physique, alimentation, entretiens.

Coordinateur de transition

Une personne qui vous aide à passer de la médecine pédiatrique à la médecine pour adultes et qui organise tout.

Diagnostic

Détermination précise de la maladie dont vous souffrez, après un examen par des spécialistes.

Disposition et capacité à la transition

Cela signifie que vous êtes prêt(e) et capable d'assumer vous-même la responsabilité de votre santé.

Équipe de prise en charge

Un groupe de professionnels qui travaillent ensemble pour votre traitement, par exemple des médecins, des thérapeutes et des conseillers.

En fonction de vos besoins

Comme cela vous convient le mieux, en fonction de vos besoins.

Favorable à la santé

Tout ce qui est bon pour votre santé, par exemple l'activité physique, une alimentation saine ou la relaxation.

Gestion de cas / gestionnaire de cas

Une personne qui vous accompagne et vous aide à trouver le traitement adapté et à bien organiser tout ce qui concerne votre traitement.

Indice de masse corporelle (IMC)

Un chiffre qui indique si votre poids est normal par rapport à votre taille.

Maladie chronique

Une maladie qui persiste ou qui revient régulièrement, par exemple l'obésité ou le diabète.

Médecin traitant

Le médecin que vous consultez en premier lorsque vous êtes malade, souvent pour toute la famille.

Médecins spécialistes

Médecins spécialisés dans un domaine particulier, par exemple la pédiatrie ou la médecine nutritionnelle.

Outils numériques

Programmes ou applications qui vous aident à prendre soin de votre santé, par exemple pour planifier, vous rappeler des rendez-vous ou vous informer.

Participation

Vous pouvez participer à des activités importantes, par exemple à l'école, pendant vos loisirs ou dans le cadre de vos traitements.

Pédiatrie

Un mot difficile pour désigner la médecine destinée aux enfants et aux adolescents.

Prise en charge / soins médicaux

Vous recevez l'aide, le traitement et l'accompagnement dont vous avez besoin, par exemple par des médecins ou des thérapeutes.

Procédure d'évaluation diagnostique

Procédure ou test spécifique permettant à des professionnels de déterminer votre état de santé.

Ressources

Éléments qui peuvent vous aider, par exemple le soutien de votre famille, vos connaissances, le temps dont vous disposez ou les offres d'aide.

Résultats psychiques

Résultats qui montrent comment vous vous sentez sur le plan mental ou émotionnel, par exemple si vous vous sentez mieux.

Résultats somatiques

Résultats qui montrent comment votre corps se porte, par exemple le poids, la tension artérielle ou la forme physique.

Taux de transfert

Indique le nombre de jeunes qui passent avec succès de la médecine pédiatrique à la médecine adulte.

Obraz wygenerowany przez sztuczną inteligencję (utworzony za pomocą ChatGPT firmy OpenAI/DALL-E w dniu 18.07.2025 r.



Wytyczne dla pacjentów

Przejście młodych osób z otyłością z ośrodka dla dzieci pod opiekę ośrodka dla dorosłych

uzupełnienie

S3-Leitlinie Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin (numer rejestru AWMF: 050-003)



AGA

Arbeitsgemeinschaft
Adipositas im Kindes-
und Jugendalter



**Gesellschaft
für Transitions-
medizin e.V.**

Wydawca

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG)

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e. V.

Siedziba

Fraunhoferstr. 5

82152 Martinsried

Tel. 089 – 710 48 358

E-Mail: mail@adipositas-gesellschaft.de

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM) e.V.

Siedziba

c/o Kirsten Gerber

Grethe-Jürgens-Straße 30

30655 Hanower

Autorzy wytycznych dla pacjentów

Gundula Ernst

Jana Brauchmann

Johannes Oepen

Luise Laudénbach

Marion Rung-Friebe

Melanie Bahlke

Redakcja i koordynacja wytycznych dla pacjentów

Jana Brauchmann

Gundula Ernst

Susanna Wiegand

Projekt, na którym opiera się niniejsza publikacja, został sfinansowany ze środków Komisji ds. Innowacji przy Wspólnej Komisji Federalnej pod numerem referencyjnym 01VSF22014.

Finansowanie wytycznych dla pacjentów

Zalecenia zawarte w niniejszych wytycznych dla pacjentów opierają się na badaniach naukowych. Zostały one opracowane w ramach specjalnego projektu badawczego o nazwie „TransitADI”, który wspiera młodych ludzi z otętością w przejściu z ośrodka dla dzieci pod opiekę ośrodka dla dorosłych. Projekt został sfinansowany przez Wspólną Komisję Federalną (G-BA, numer referencyjny 01VSF22014).

Ważne: Żadna firma czy inna grupa interesów nie miała wpływu na opracowanie wytycznych. Wszyscy specjaliści, którzy pracowali nad nimi, robili to dobrowolnie i bez wynagrodzenia. Więcej informacji na temat zarządzania konfliktami interesów można znaleźć w tabeli 39 w raporcie dotyczącym wytycznych: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003>

Okres ważności i aktualizacja

Niniejsze wytyczne dla pacjentów są ważne przez pięć lat i zostaną zaktualizowane wraz z kolejną aktualizacją (przewidywana na 2030 r.).

Ogólne informacje dotyczące niniejszej broszury

Niektóre słowa są zapisane kursywą i podkreślone. Są to specjalistyczne określenia lub słowa obce. Znajdziesz je w słowniku na końcu broszury – tam wszystko jest wyjaśnione w prosty sposób. Żółteramki zawierają oficjalne zalecenia zawarte w wytycznych. Wytyczne te są również wykorzystywane przez lekarzy i innych specjalistów.

Oto zalecenia

Numery (#) zaleceń nie zawsze są podane w prawidłowej kolejności. Jest to zamierzone! Uporządkowaliśmy je tak, aby były dla Ciebie łatwiejsze do zrozumienia.

Do każdego zalecenia dołączono dodatkowy tekst napisany łatwym do zrozumienia językiem. Dzięki temu możesz zrozumieć, o co chodzi i co to oznacza dla Ciebie. Informacje na temat procesu tworzenia wytycznych dla pacjentów znajdują się w raporcie wytycznych.

Drodzy Rodzice,

gdy Wasze dziecko przechodzi z opieki dla dzieci do opieki dla dorosłych (tzw. przejście), wy odgrywacie szczególnie ważną rolę. Wasze dziecko stoi teraz przed zadaniem stopniowego przejmowania odpowiedzialności za swoje zdrowie i potrzebuje w tym Waszego wsparcia.

Co możecie zrobić?

- ✓ Pomóżcie dziecku samodzielnie zapisywać terminy wizyt w kalendarzu. Przypominajcie mu w miły sposób, jeśli coś zapomni.
- ✓ Chętnie towarzyscie dziecku podczas wizyt lekarskich, ponieważ to daje mu poczucie bezpieczeństwa.
- ✓ Pozwólcie dziecku na samodzielną rozmowę z lekarzem lub pracownikiem służby zdrowia. W ten sposób dziecko nauczy się samodzielnie zadawać pytania i podejmować decyzje.
- ✓ Rozmawiajcie razem o chorobie i o tym, co jest ważne, np. o odżywianiu, aktywności fizycznej lub lekach. Okażcie zainteresowanie i dajcie dziecku przestrzeń do samodzielnego poszukiwania rozwiązań.

Spis treści

1. Co oferują niniejsze wytyczne dla pacjentów.....	6
1.1 Czym są wytyczne?	6
1.2 Dlaczego można polegać na wytycznych?	6
1.3 Czym są zalecenia silne i słabe?.....	6
2. Wprowadzenie do tematu wytycznych	7
2.1 Czym jest przejście?	7
2.2 Czym jest otyłość?	7
2.3 Dlaczego przejście w przypadku otyłości jest ważne?	7
2.4 Komu możesz zaufać w kwestiach zdrowotnych?	7
2.5 Czym różni się pediatria od medycyny dorosłych?.....	8
3. Zalecenia dotyczące przejścia	9
3.1 Szkolenia i warsztaty.....	10
3.2 Długoterminowe oferty doradcze	10
3.3 Programy przejściowe i zarządzanie przypadkiem (z ang. case management) w ramach opieki nad osobami otyłymi	11
3.4 Oferty oparte na aplikacjach i stronach internetowych	12
3.5 Przypomnienia o terminach	13
3.6 Poznanie nowego lekarza	13
3.7 O czym lekarz powinien z Tobą porozmawiać.....	14
3.8 Regularne badania	15
4. Lista kontrolna dotycząca przejścia	17
5. Twoje prawa	17
6. Organizacje samopomocy i możliwości wsparcia społecznego.	18
7. Słownik	19

1. Co oferują niniejsze wytyczne dla pacjentów

Niniejsze wytyczne dla pacjentów skierowane są do nastolatków i młodych dorosłych z otyłością, którzy znajdują się w okresie przejściowym między opieką nad dziećmi i młodzieżą a opieką dla dorosłych, a także do ich rodziców lub opiekunów prawnych. Zawierają one informacje i zalecenia dotyczące tego, jak dobrze przygotować się do tego przejścia i jak je przeprowadzić.

1.1 Czym są wytyczne?

Wytyczne zawierają zalecenia dotyczące leczenia chorób. Są opracowywane przez specjalistów i oparte na wiedzy naukowej oraz praktycznym doświadczeniu. Niniejsze wytyczne dla pacjentów przekładają wytyczne dla lekarzy dotyczące przejścia pacjentów z otyłością na język zrozumiały dla wszystkich.

1.2 Dlaczego można polegać na wytycznych?

Wytyczne są zaleceniami ekspertów opartymi na najnowszej wiedzy naukowej. Pomagają one między innymi lekarzom w znalezieniu najlepszego leczenia dla ich pacjentów. Ponieważ wytyczne są regularnie sprawdzane i aktualizowane, możesz mieć pewność, że informacje w nich zawarte są bezpieczne i wiarygodne. Ponadto są pomocne w lepszym zrozumieniu swoich jako pacjenta praw.

1.3 Czym są zalecenia silne i słabe?

Niektóre zalecenia zawarte w wytycznych są bardzo ważne i należy ich przestrzegać – nazywamy je zaleceniami silnymi. Opierają się one na wielu wiarygodnych danych naukowych i okazały się szczególnie skuteczne. Zalecenia słabe mają raczej charakter sugestii, ponieważ podstawy naukowe nie są jeszcze tak jednoznaczne lub istnieje kilka dobrych możliwości. Twój lekarz może wyjaśnić Ci, które zalecenie jest dla Ciebie najbardziej odpowiednie. W ten sposób możecie wspólnie podjąć właściwą decyzję.

2. Wprowadzenie do tematu wytycznych

2.1 Czym jest przejście?

Przejście oznacza planowane przekazanie młodzieży z przewlekłą chorobą, taką jak otyłość, z opieki dla dzieci i młodzieży do opieki dla dorosłych. Takie przekazanie jest ważne, aby leczenie również w wieku dorosłym mogło być kontynuowane bez zakłóceń.

2.2 Czym jest otyłość?

Otyłość to medyczne określenie znacznej nadwagi. Jest to choroba przewlekła, która ma wiele różnych przyczyn i zwiększa ryzyko wystąpienia innych chorób. Otyłość określa się na podstawie wskaźnika masy ciała (BMI).

2.3 Dlaczego przejście w przypadku otyłości jest ważne?

Leczenie dzieci z otyłością różni się od leczenia dorosłych. Istnieją różne metody leczenia, leki i zalecenia. Aby młodzież i młodzi dorośli mieli zapewnioną dobrą opiekę, ważne jest, abyś Ty przejął odpowiedzialność za swoje zdrowie.

2.4 Komu możesz zaufać w kwestiach zdrowotnych?

Lekarze i inni specjaliści posiadający odpowiednie wykształcenie i certyfikaty muszą przestrzegać jasnych zaleceń medycznych i oni wiedzą, co naprawdę może pomóc Twojemu zdrowiu, co jest dla Ciebie dobre. Uwaga: określenia takie jak „coach”, „doradca żywieniowy” lub „trener personalny” nie są w Niemczech chronione. Każdy może tak siebie nazywać, nawet nie mając wykształcenia. Wielu z takich osób nie pracuje zgodnie z aktualnymi standardami naukowymi. Być może mają dobre intencje, ale mogą udzielać Ci błędnych wskazówek, które mogą Tobie bardziej zaszkodzić niż pomóc.

2.5 Czym różni się pediatria od medycyny dorosłych?

Większość dzieci i młodzieży chodzi do gabinetu lekarza dziecięcego (pediatry). Pediatria oznacza dziedzinę medycyny zajmującą się chorobami dziecięcymi, opieką nad dziećmi.

Po ukończeniu 18 lat musisz przejść do lekarza internisty czyli lekarza chorób wewnętrznych. Będziesz wtedy leczony przez lekarzy specjalizujących się w leczeniu dorosłych.

Niektóre dzieci i młodzież już wcześniej zgłaszają się do lekarza rodzinnego. Dzieje się tak na przykład wtedy, gdy cała rodzina chodzi do tej samej przychodni lub gdy w pobliżu nie ma gabinetu pediatrycznego. Lekarze ci nie są specjalnie przeszkoleni tylko i wyłącznie do leczenia dzieci, ale mimo tego mogą zapewnić Ci dobrą opiekę.

W poniższej tabeli podsumowano kilka różnic między opieką nad dziećmi a opieką dla dorosłych.

Pediatria Opieka nad dziećmi i młodzieżą	Interna Opieka dla osób powyżej 18 roku życia
<ul style="list-style-type: none">- poczekalnie są często kolorowe i przyjazne dla dzieci- lekarze mówią cierpliwie i udzielają wielu wyjaśnień- Twoi rodzice są zazwyczaj obecni i pomocni- często pracuje tam zespół różnych specjalistów	<ul style="list-style-type: none">- poczekalnie są raczej proste i ciche- sam decydujesz, o czym chcesz porozmawiać z lekarzem- Twoi rodzice zazwyczaj nie są obecni- w przypadku chorób współistniejących zostaniesz skierowany do innych lekarzy specjalistów

3. Zalecenia dotyczące przejścia

W niniejszych wytycznych znajdziesz zalecenia, które pomogą Ci uzyskać najlepszą opiekę medyczną. Aby zalecenia te były wiarygodne, zostały opracowane w oparciu o dwie ważne zasady:

- Zalecenia oparte na dowodach naukowych (#1 - #8): Eksperti dokładnie analizują najnowsze badania naukowe i sprawdzają, które metody leczenia są szczególnie skuteczne. Im lepsze są badania, tym silniejsze jest zalecenie.
- Zalecenia oparte na zgodnym stanowisku ekspertów (#9 - #15): Jeśli nie ma wystarczających badań naukowych na dany temat, specjaliści omawiają go i wspólnie uzgadniają, jakie postępowanie uważają za najlepsze.

Wszystkie zalecenia mają stopień wiarygodności danych i klasę zaleceń. Stopień wiarygodności danych pokazuje, na ile zalecenie jest poparte badaniami naukowymi. Badania wysokiej jakości stanowią solidną podstawę. Ponieważ nie ma jeszcze specyficznych badań dotyczących okresu przejścia w przypadku otyłości, stopień wiarygodności danych wszystkich zaleceń opartych na dowodach naukowych jest bardzo niski.

Poziom rekomendacji A, B lub 0 wskazuje, jak pilnie należy zastosować się do danego zalecenia.

Poziom	Sformułowanie	Proste wyjaśnienie
A	Zalecenie brzmi „jest zalecane/powinno”	Zalecenie to jest bardzo ważne i poparte wynikami badań. Należy je bezwzględnie stosować.
B	Zalecenie brzmi „raczej stosować/jest uzasadnione”	Zalecenie jest sensowne i pomocne, ale nie tak silne jak stopień A.
0	Zalecenie brzmi „można rozważyć”	Zalecenie jest otwarte. Można je zastosować, ale nie jest to konieczne – w zależności od sytuacji.

Poziomy te pomagają lekarzom i specjalistom w podejmowaniu dobrych decyzji – i oferowaniu Ci odpowiedniego leczenia.

3.1 Szkolenia i warsztaty

Młodzież z otyłością dorastając staje przed obliczem wielu zmian. Aby im w tym pomóc, organizowane są odpowiednie szkolenia. Podczas tych krótkich warsztatów oni uczą się, jak lepiej radzić ze swoją chorobą i przygotować się do dorosłego życia, zwłaszcza w odniesieniu do swojej choroby.

Ponadto są omawiane kwestie, na które należy zwrócić uwagę przy wyborze zawodu, antykoncepcji i planowaniu posiadania dzieci w przyszłości. Chodzi o to, aby młodzież wzięła odpowiedzialność za własne zdrowie i aktywnie uczestniczyła w podejmowaniu decyzji.

W celu poprawy samokontroli, gotowości i zdolności do przejścia oraz aktywizacji pacjentów jest uzasadnione oferowanie kompaktowych szkoleń dla młodzieży z otyłością i, w razie potrzeby, ich rodziców, podczas których będą oni przygotowywani do przejścia do dorosłego życia i opieki dla dorosłych. (Zalecenie nr 1, poziom dowodów: bardzo niski, stopień zalecenia B)

W razie potrzeby rodzice mogą również uczestniczyć w szkoleniach, aby móc wspierać swoje dzieci w tym ważnym okresie.

3.2 Długoterminowe oferty doradcze

Aby młodzi ludzie z otyłością mogli lepiej radzić sobie ze swoją chorobą, istnieją specjalne szkolenia i konsultacje, które towarzyszą im przez dłuższy czas (często przez kilka miesięcy). Konsultacje te mogą być dostosowane do indywidualnych pytań młodzieży. Pomagają one lepiej zrozumieć chorobę i podejmować decyzje sprzyjające zdrowiu.

Ponadto pomagają one dobrze przygotować się do przejścia z opieki dla dzieci do opieki dla dorosłych. Młodzi ludzie powinni nauczyć się brać odpowiedzialność za swoje leczenie i pewnie poruszać się w opiece dla dorosłych.

Wspierające leczenie, długoterminowe, *dostosowane do potrzeb* szkolenia i konsultacje dla młodych ludzi z otyłością powinny być stosowane w celu poprawy *samodzielnego zarządzania* chorobą oraz *gotowości i zdolności do przejścia*. (Zalecenie nr 2, poziom dowodów: bardzo niski, stopień zalecenia A)

3.3 Programy przejściowe i zarządzanie przypadkiem (z ang. case management) w ramach opieki nad osobami otyłymi

W niektórych przypadkach młodzi ludzie z otyłością potrzebują większego wsparcia, aby dobrze przejść z opieki dla dzieci do opieki dla dorosłych. Istnieją specjalne programy, które składają się z kilku części i zapewniają długoterminową pomoc.

Programy te mogą przyczynić się do poprawy zarówno zdrowia fizycznego, jak i psychicznego młodzieży. Oferują one różne rozwiązania, które można dostosować indywidualnie, aby osoby dotknięte problemem czuły się bezpiecznie i miały zapewnione odpowiednie wsparcie.

W przypadku młodych osób z otyłością można rozważyć złożone, wieloczęściowe programy przejściowe, aby poprawić *wyniki związane z ciałem i emocjami*. (Zalecenie nr 3 Poziom dowodów: bardzo niski, stopień zalecenia 0)

Ważną częścią tych programów mogą być *menedżerowie przypadku* (z ang. *case manager*) lub *koordynatorzy przejścia*.

Specjaliści ci towarzyszą młodzieży przez dłuższy czas, pomagają jej odnaleźć się w opiece dla dorosłych i dbają o to, aby pacjenci regularnie korzystali z opieki medycznej. Zwiększa to prawdopodobieństwo, że młodzi ludzie będą również później dbać o swoje zdrowie i nie przerywają leczenia.

Młodym osobom z otyłością jest uzasadnione zaoferowanie długoterminowego, uporządkowanego wsparcia (np. poprzez koordynatora ds. przejścia lub menedżera przypadku), aby zwiększyć

prawdopodobieństwo regularnej opieki medycznej w wieku dorosłym. (Zalecenie nr 8, poziom dowodów: bardzo niski, stopień zalecenia B)

3.4 Oferty oparte na aplikacjach i stronach internetowych

Aby pomóc młodym osobom z otyłością lepiej radzić z chorobą, można korzystać z aplikacji lub stron internetowych stworzonych i sprawdzonych przez specjalistów. Te aplikacje cyfrowe oferują wsparcie, na przykład poprzez porady dotyczące odżywiania, aktywności fizycznej lub planowania wizyt lekarskich.

Korzystanie z takich aplikacji może pomóc młodzieży w aktywnym dbaniu o swoje zdrowie i lepszym śledzeniu postępów leczenia.

W celu poprawy samodzielnego zarządzania zdrowiem przez młodych ludzi z otyłością jest uzasadnione korzystanie z zatwierdzonych aplikacji internetowych lub mobilnych. (Zalecenie nr 4, poziom dowodów: bardzo niski, stopień rekomendacji B)

Niektóre *narzędzia cyfrowe* oferują jednak bardzo niewiele funkcji, na przykład same aplikacje do czatu służące do komunikacji z *zespołem opiekunów*. Same takie aplikacje nie pomagają poprawić zdrowia fizycznego i samopoczucia.

Dlatego zaleca się zrezygnować z takich ograniczonych narzędzi cyfrowych i zamiast tego korzystać z bardziej kompleksowych aplikacji lub programów, które mogą aktywnie wspierać leczenie i samokontrolę.

W celu poprawy zdrowia fizycznego lub wyników psychospołecznych jest uzasadniona rezygnacja z narzędzi cyfrowych o bardzo ograniczonej zawartości (np. aplikacje przeznaczone wyłącznie do komunikacji z zespołem opiekunów). (Zalecenie nr 5, poziom dowodów: bardzo niski, stopień zalecenia B)

3.5 Przypomnienia o terminach

Aby młodzi ludzie z otyłością nie zapominali o wizytach u lekarza, pomocne mogą być przypomnienia, na przykład za pośrednictwem poczty elektronicznej, SMS-ów lub powiadomień w aplikacji. Te małe przypomnienia zapewniają, że wizyty są wykonywane na czas, a leczenie odbywa się płynnie.

Jest uzasadnione stosowanie przypomnień o wizytach i śledzenie terminów w celu poprawy punktualności młodych osób z otyłością (w razie potrzeby). (Zalecenie nr 6, poziom dowodów: bardzo niski, stopień zalecenia B)

3.6 Poznanie nowego lekarza

Przejęcie z opieki dla dzieci do opieki dla dorosłych może być dla młodzieży z otyłością dużą zmianą. Aby ułatwić im tę zmianę, może być pomocne wcześniejsze, jeszcze w trakcie leczenia w ośrodku dla dzieci, poznanie przyszłych lekarzy.

Można to osiągnąć na przykład poprzez wspólne konsultacje, podczas których młodzież może poznać nowego lekarza i ma możliwość zadawania pytań. Dzięki temu czują się pewniej i łatwiej radzą sobie z przejściem.

Można rozważyć możliwość zapoznania się z przyszłymi lekarzami już w ośrodku dla dzieci (np. poprzez wspólne konsultacje), w celu poprawy skuteczności przejścia do opieki dla dorosłych, w przypadku młodzieży z otyłością. (Zalecenie nr 7, poziom dowodów: bardzo niski, stopień zalecenia 0)

Warto również umówić się na pierwszą wizytę u lekarza dla dorosłych będącą na wizycie u lekarza dla dzieci. Zapewni to płynne przejście i kontynuację opieki medycznej bez przerw.

W celu zapewnienia lepszego połączenia opieki dla dzieci z opieką dla dorosłych, można rozważyć, aby wybór lekarzy, które przejmą prowadzenie leczenia młodych osób z otyłością i umówienie pierwszej wizyty odbyło się jeszcze w ośrodku dla dzieci. (Zalecenie nr 9, stopień zalecenia 0)

3.7 O czym lekarz powinien z Tobą porozmawiać

Kiedy młodzież z otyłością dorasta, pojawia się wiele nowych ważnych kwestii. Należą do nich na przykład nawyki związane ze snem, korzystanie z mediów, seksualność, planowanie rodziny oraz korzystanie z alkoholu, nikotyny lub innych substancji.

Zespół terapeutyczny powinien rozmawiać z nimi na te tematy, aby byli oni dobrze poinformowani i mogli podejmować właściwe decyzje. W ten sposób zdobędą niezbędną wiedzę, aby bezpiecznie i samodzielnie wkroczyć w dorosłe życie.

W procesie przejścia młodzieży z otyłością jest uzasadnione, aby zespół terapeutyczny poruszył istotne tematy, takie jak seksualność, planowanie rodziny, rytm snu i czuwania, radzenie sobie ze stresem, korzystanie z mediów i substancji psychoaktywnych oraz ich wpływ na chorobę i terapię, a w razie potrzeby wskazał możliwości uzyskania porady. (Zalecenie nr 10, stopień zalecenia B)

Istnieją dwie różne wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia otyłości: jedne są skierowane dla dzieci i młodzieży, drugie - dla dorosłych. Kiedy młodzież z otyłością przechodzi do opieki dla dorosłych, niektóre zalecenia dotyczące leczenia ulegają zmianie. Dlatego należy młodzież dobrze poinformować o istniejących różnicach, na przykład w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej lub ewentualnych leków i zabiegów czy operacji.

Pomoże im to lepiej zrozumieć leczenie i samodzielnie podejmować decyzje dotyczące swojego zdrowia. W ten sposób w wieku dorosłym będą mogli znaleźć najlepiej ich potrzebom odpowiadające leczenie.

Jest uzasadnione, aby młodych ludzi z otyłością informować o różnicach w zaleceniach metod leczenia dzieci i dorosłych (m.in. w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej, opcji leczenia farmakologicznego i chirurgicznego). (Zalecenie nr 11, stopień zalecenia B)

Jeśli młodzi ludzie z otyłością cierpią dodatkowo na inne choroby (tak zwane choroby współistniejące), ich opieka medyczna może ulec zmianie w momencie przejścia do opieki dla dorosłych. Dlatego już wcześniej należy ich poinformować, którzy lekarze specjaliści będą ich leczyć w przyszłości i czy konieczne będzie dostosowanie ich leczenia.

Dzięki temu będą mogli lepiej przygotować się na zmiany i nadal korzystać z odpowiedniej opieki medycznej.

Jest uzasadnione poinformowanie młodych ludzi z otyłością i chorobami współistniejącymi o zmieniających się strukturach opieki specjalistycznej, a także o możliwych indywidualnych zmianach w leczeniu w procesie przejścia. (Zalecenie nr 12, stopień zalecenia B)

3.8 Regularne badania

Możliwe jest, że młodzi ludzie z otyłością oprócz otyłości cierpią również na inne choroby fizyczne lub u nich rozwijają się choroby psychiczne. Dlatego tak ważne jest regularne badania, aby móc wcześniej wykryć i leczyć takie choroby.

W tym celu należy stosować sprawdzone badania medyczne, aby diagnoza była wiarygodna, a leczenie odpowiednie.

Jest uzasadnione regularne badanie młodych ludzi z otyłością powinni w kierunku chorób współistniejących, fizycznych i psychicznych, najlepiej przy użyciu sprawdzonych metod diagnostycznych. (Zalecenie nr 13, stopień zalecenia B)

Należy młodych ludzi z otyłością dodatkowo pytać o obciążenia emocjonalne czy problemy w codziennym środowisku. Dzięki temu można im szybko pomóc i zapewnić im potrzebne wsparcie poprzez rozmowy z specjalistami lub pomóc w inny sposób.

Aby wcześniej rozpoznać potencjalne lub istniejące obciążenia psychospołeczne, indywidualne zasoby i czynniki sprzyjające, jest

uzasadnione regularne przepytывanie młodych osób z otyłością na te tematy. (Zalecenie nr 14, stopień zalecenia B)

Młodzi ludzie z otyłością powinni być regularnie pytani o to, jak dobrze radzą sobie w szkole, pracy i podczas zajęć rekreacyjnych. Dzięki temu można dowiedzieć się, czy napotykają trudności i jak można im w tym pomóc.

Ponadto należy ich poinformować o możliwościach poprawy ich udziału w życiu społecznym. Istnieją specjalne oferty pomocy i grupy wsparcia, które mogą pomóc im aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym i uzyskać wsparcie.

Jest uzasadnione regularne sprawdzenie szans młodych osób z otyłością na udział w życiu społecznym dotyczącym edukacji, pracy i czasu wolnego, a osoby dotknięte problemami w tych obszarach, powinny być informowane o możliwościach wsparcia oraz o ofertach stowarzyszeń samopomocy dla osób z otyłością. (Zalecenie nr 15, stopień zalecenia B)

4. Lista kontrolna dotycząca przejścia

Ostatnie wizyty w gabinecie pediatrycznym

- Badanie końcowe wraz z aktualnymi wynikami i zaleceniami dotyczącymi leczenia
- Wyjaśnienie struktur specjalistycznych w opiece medycznej dla dorosłych
- Wyjaśnienie na temat różnic w zaleceniach dotyczących leczenia w opiece medycznej dla dzieci i dla dorosłych
- Omówienie możliwości udziału w programach przejściowych
- Zapytanie o szkolenia dotyczące przejścia lub poprawy samokontroli
- Informacje o sprawdzonych aplikacjach lub stronach internetowych dotyczących zarządzania chorobą
- Zapytać o możliwości wsparcia w sytuacjach stresowych o charakterze społecznym i finansowym

Pierwsze wizyty w ośrodku medycznym dla dorosłych

- Regularne wizyty w celu wykonania badań krwi oraz wczesnego wykrywania chorób fizycznych i psychicznych
- Rozmowa na temat przyszłości zawodowej i szans na aktywny udział w życiu społecznym
- Rozmowa na temat antykoncepcji i planowania rodziny
- Zapytać o możliwości przypomnienia o wizycie

5. Twoje prawa

Masz prawo do dobrej opieki medycznej – również po ukończeniu 18 lat. Porozmawiaj ze swoim zespołem, który Ciebie leczy, o swoich życzeniach i pytaniach. Przejście powinna przebiegać w taki sposób, abyś Ty czuł się dobrze i bezpiecznie.

Od 2013 roku w Niemczech obowiązuje ustawa, która dokładnie określa, do czego masz prawo. Więcej informacji znajdziesz tutaj:

www.patientenbeauftragter.de/patientenrechte .

Masz prawo do:

- Swobodnego wyboru lekarza – możesz samodzielnie wybrać swojego lekarza.
- Jasnych informacji – Twój lekarz musi wyjaśnić Ci wszystko w sposób zrozumiały.
- Ochronę danych – Twoje dane dotyczące zdrowia są chronione.
- Tajemnicy lekarskiej – od 15. roku życia możesz współdecydować o tym, komu przekazywane są informacje na Twój temat.
- Samostanowienie – sam decydujesz, na jakie zabiegi się zgadzasz, a jakie odrzucasz.
- Skargi – jeśli coś Ci nie odpowiada, możesz złożyć skargę.

Dodatkowe prawa:

- Dobre leczenie – opieka medyczna musi być wysokiej jakości i niezawodna.
- Dokumentacja – badania muszą być odpowiednio zorganizowane i udokumentowane.
- Wgląd w wyniki badań – masz wgląd w swoją dokumentację medyczną (np. wypisy, zaświadczenia) i otrzymać kopie.
- Druga opinia – możesz poprosić innego lekarza o opinię. Najpierw skontaktuj się ze swoją kasą chorych, aby dowiedzieć się, jakie koszty zostaną pokryte.

6. Organizacje samopomocy i możliwości wsparcia społecznego

Adipositas Verband Deutschland e.V., www.adipositasverband.de

AdipositasHilfe Deutschland e.V., www.adipositas-selbsthilfe.de

7. Słownik

zgodny z potrzebami

Tak, jak najlepiej pasuje do Ciebie osobiście – w zależności od tego, czego potrzebujesz.

Zespół opiekunów

Grupa specjalistów, którzy wspólnie zajmują się Twoim leczeniem, np. lekarze, terapeuci i konsultanci.

Wskaźnik masy ciała (BMI)

Wartość liczbowa wskazująca, czy Twoja masa ciała jest w normie w stosunku do wzrostu.

Zarządzanie przypadkiem / menedżer ds. przypadku

Osoba, która towarzyszy Ci i pomaga znaleźć odpowiednie leczenie oraz dobrze wszystko zorganizować.

Choroba przewlekła

Choroba, która utrzymuje się przez długi czas lub powraca wielokrotnie, np. otyłość lub cukrzyca.

Diagnoza

Dokładne ustalenie, na jaką chorobę cierpisz, gdy lekarze specjaliści przeprowadzą badania.

Procedura diagnostyczna

Określona procedura lub test, za pomocą którego lekarze specjaliści ustalają stan zdrowia pacjenta.

Narzędzia cyfrowe (aplikacje/programy cyfrowe)

Programy lub aplikacje, które pomagają Ci dbać o zdrowie, np. w planowaniu, przypominaniu lub informowaniu.

Oparte na dowodach

Zalecenie lub leczenie opiera się na badaniach naukowych i jest dobrze zbadane.

Lekarze specjaliści

Lekarze specjalizujący się w określonej dziedzinie, np. chorobach dziecięcych lub żywieniu.

Promujące zdrowie

Coś, co jest dobre dla zdrowia, np. ruch, zdrowe odżywianie lub relaks.

Lekarz rodzinny

Lekarz, do którego udajesz się w pierwszej kolejności, gdy jesteś chory i on często opiekuje się całą rodziną.

Choroby współistniejące

Inne choroby, które występują dodatkowo oprócz choroby głównej, np. nadciśnienie tętnicze w przypadku otyłości.

Części

Poszczególne części lub składniki programu lub leczenia, np. ruch, odżywianie, rozmowy.

Oparte na zgodnym stanowisku

Zalecenie zostało wspólnie uzgodnione przez specjalistów – wszyscy byli zgodni.

Pediatrya

Trudne słowo oznaczające opiekę medyczną nad dziećmi i młodzieżą.

Aktywizacja pacjentów

Zachęca się Cię do samodzielnego działania i dbania o swoje zdrowie.

Wyniki psychiczne (punkty końcowe/wyniki psychiczne)

Wyniki pokazujące, jak się czujesz psychicznie lub emocjonalnie, np. czy czujesz się lepiej.

Zasoby

Rzeczy, które mogą ci pomóc, np. wsparcie rodziny, wiedza, czas lub oferty pomocy.

Samokontrola

Nauczysz się samodzielnie dbać o swoją chorobę, np. planować wizyty, przyjmować leki, prowadzić zdrowy tryb życia.

Otoczenie (środowisko, miejsce)

Miejsce lub środowisko, w których coś się dzieje, np. szkoła, gabinet lekarski lub dom.

Wyniki fizyczne

Wyniki pokazujące stan Twojego ciała, np. waga, ciśnienie krwi lub sprawność fizyczna.

Udział

Możesz brać udział w ważnych sprawach, np. w szkole, podczas zajęć rekreacyjnych lub leczenia.

Wskaźnik przejścia

Pokazuje, ilu młodych ludzi z powodzeniem przechodzi z opieki dla dzieci do opieki dla dorosłych.

Gotowość i zdolność do przejścia

Oznacza to, że jesteś gotowy i zdolny do samodzielnego przejęcia odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Koordynator przejścia

Osoba, która pomaga w przejściu z opieki medycznej dla dzieci do opieki dla dorosłych i dobrze wszystko organizuje.

Opieka / opieka medyczna

Otrzymujesz potrzebną pomoc, leczenie i opiekę, np. od lekarzy lub terapeutów.

Warsztaty

Spotkania lub wydarzenia, podczas których uczysz się lub ćwiczysz, np. na temat odżywiania lub samokontroli.

Imagem gerada por IA (criada com ChatGPT da OpenAI/DALL·E em 18/07/2025)



Diretrizes para pacientes

Transição de jovens com obesidade da pediatria para a medicina de adultos

em complemento à

S3-Leitlinie Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie
in die Erwachsenenmedizin

(número de registo AWMF: 050-003)



AGA

Arbeitsgemeinschaft
Adipositas im Kindes-
und Jugendalter



Gesellschaft
für Transitions-
medizin e.V.

Editor

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG)

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.

Escritório

Fraunhoferstr. 5

82152 Martinsried

Tel. 089 – 710 48 358

E-mail: mail@adipositas-gesellschaft.de

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM) e.V.

Escritório

c/o Kirsten Gerber

Grethe-Jürgens-Straße 30

30655 Hannover

Autores das orientações para pacientes

Gundula Ernst

Jana Brauchmann

Johannes Oepen

Luise Laudénbach

Marion Rung-Friebe

Melanie Bahlke

Edição e coordenação das diretrizes para pacientes

Jana Brauchmann

Gundula Ernst

Susanna Wiegand

O projeto que serve de base para esta publicação foi financiado pelo Comitê de Inovação vindo do Comitê Federal Conjunto, sob o número de referência 01VSF22014.

Financiamento das diretrizes para pacientes

As recomendações apresentadas nesta diretriz para pacientes baseiam-se em estudos científicos. Elas foram desenvolvidas no âmbito de um projeto de pesquisa específico chamado «TransitADl», que apoia jovens com obesidade na transição da medicina infantil para a medicina adulta. O projeto foi financiado pelo Comitê Federal Conjunto (G-BA, código de financiamento 01VSF22014).

Importante: não houve influência de empresas ou outro grupo de interesse no desenvolvimento desta diretriz. Todos os especialistas que trabalharam nela o fizeram voluntariamente e sem remuneração. Mais informações sobre a gestão de conflitos de interesses podem ser encontradas na tabela 39 do relatório de diretrizes: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003>

Validade e atualização

Esta diretriz é válida por cinco anos e será revista com a atualização desta diretriz (prevista para 2030).

Informações gerais sobre esta brochura

Algumas palavras estão *em itálico e sublinhadas*. Trata-se de termos técnicos ou palavras estrangeiras. Você as encontra no dicionário no final da brochura, onde tudo é explicado de forma simples.

As caixas amarelas contêm as recomendações oficiais da diretriz. Esta também é utilizada por médicos e outros especialistas da área.

Aqui estão as recomendações

Os números (#) das recomendações por vezes não estão na ordem correta. Isto é intencional! Nós os organizamos dessa forma para facilitar a compreensão.

Cada recomendação é acompanhada por um texto explicativo em linguagem simples. Assim, você pode entender facilmente do que se trata e o que isso significa.

As informações sobre o processo de elaboração da diretriz encontram-se no relatório da diretriz.

Caros pais,

se o vosso filho está a passar da medicina pediátrica para a medicina para adultos (o que se denomina transição), vocês são particularmente importantes. O vosso filho está agora perante a tarefa de assumir, passo a passo, a responsabilidade pela sua saúde – e, para isso, precisa do vosso apoio.

O que podem fazer?

- ✓ Ajudem o vosso filho a anotar ele próprio as consultas no calendário. Lembrem-no gentilmente se ele se esquecer de alguma coisa.
- ✓ Acompanhem o vosso filho às consultas médicas – isso dá-lhe segurança.
- ✓ Deixe as conversas entre o seu filho e o médico ou profissional de saúde a sós. Assim, o seu filho aprende a fazer perguntas e a tomar decisões.
- ✓ Conversem juntos sobre a doença e sobre o que é importante, por exemplo, alimentação, exercício físico ou medicamentos. Mostre interesse e dê espaço ao seu filho para encontrar o seu próprio caminho.

Índice

1. O que esta diretriz para pacientes oferece	6
1.1 O que é uma diretriz?	6
1.2 Por que se pode confiar nas diretrizes?	6
1.3 O que são recomendações fortes e fracas?	6
2. Introdução ao tema da diretriz.....	7
2.1 O que é transição?	7
2.2 O que é obesidade?	7
2.3 Por que é importante a transição na obesidade?	7
2.4 Em quem podemos confiar para questões de saúde?.....	7
2.5 Qual é a diferença entre pediatria e medicina para adultos?	8
3. Recomendações para a transição.....	9
3.1 Formações e workshops	10
3.2 Serviços de aconselhamento a longo prazo	10
3.3 Programas de transição e gestão de casos.....	11
3.4 Aplicações e ofertas baseadas na web	12
3.5 Lembretes de compromissos.....	12
3.6 Conhecer o novo médico.....	13
3.7 O que o médico deve falar consigo	13
3.8 Exames regulares.....	15
4. Lista de verificação para a transição	17
5. Os teus direitos.....	17
6. Organizações de autoajuda e possibilidades de apoio social.....	18
7. Dicionário.....	19

1. O que esta diretriz para pacientes oferece

Esta diretriz é destinada a adolescentes e jovens adultos com obesidade que estão na transição da medicina infantil e juvenil para a medicina adulta, assim como a seus pais ou responsáveis legais. Ela oferece informações e recomendações sobre como essa transição pode ser bem preparada e acompanhada.

1.1 O que é uma diretriz?

Uma diretriz contém recomendações para o tratamento de doenças. É desenvolvida por profissionais especializados e baseia-se em conhecimentos científicos e experiência prática. Esta diretriz traduz orientações médica para a transição da obesidade em uma linguagem compreensível para todos.

1.2 Por que se pode confiar nas diretrizes?

As diretrizes são recomendações de especialistas baseadas nos mais recentes conhecimentos científicos. Entre outros aspectos, ajudam os médicos a encontrar o melhor tratamento para os seus pacientes. Considerando que as diretrizes são revistas e atualizadas regularmente, é possível confiar na segurança e confiabilidade das informações. Elas oferecem orientação e ajudam a compreender melhor os seus direitos como paciente.

1.3 O que são recomendações fortes e fracas?

Certas recomendações em uma diretriz são muito importantes e devem ser seguidas sem exceção – são chamadas de recomendações fortes. Elas baseiam-se em muitos estudos confiáveis e provaram ser particularmente eficazes. Recomendações fracas são principalmente sugestões, pois a base científica ainda não é tão clara ou existem várias opções viáveis. O seu médico pode explicar- qual recomendação é mais adequada para si. Assim, vocês podem tomar a decisão certa juntos.

2. Introdução ao tema da diretriz

2.1 O que é transição?

Transição é a passagem planeada de adolescentes com uma doença crônica, como a obesidade, da medicina infantil e juvenil para a medicina adulta. Esta transição é importante para que o tratamento possa continuar sem interrupções na idade adulta.

2.2 O que é obesidade?

Obesidade é o termo médico para excesso de peso importante. Trata-se de uma doença crônica que tem muitas causas diferentes e aumenta o risco de outras doenças. A obesidade é determinada com base no índice de massa corporal (IMC; Body Mass Index, BMI).

2.3 Por que é importante a transição na obesidade?

O tratamento da obesidade difere entre a medicina infantil e juvenil e a medicina para adultos. Existem diversas opções terapêuticas, medicamentos e orientações. Para que os adolescentes e jovens adultos continuem a receber bons cuidados, é importante que eles assumam as responsabilidades pela sua própria saúde.

2.4 Em quem podes confiar para questões de saúde?

Médicos e demais profissionais com formação reconhecida e certificados devem seguir recomendações claras – eles sabem o que realmente pode ajudar a sua saúde e o que é bom para si. Atenção: termos como «coach», «nutricionista» ou «treinador pessoal» não são regulamentados na Alemanha. Qualquer pessoa pode usar esses títulos, mesmo sem formação. Muitos deles não trabalham de acordo com os padrões científicos atuais. Eles podem ter boas intenções, mas podem dar conselhos errados que podem prejudicar mais do que ajudar.

2.5 Qual é a diferença entre pediatria e medicina para adultos?

A maioria das crianças e adolescentes vão para uma clínica pediátrica. O termo Pediatria é utilizada para medicina infantil e juvenil.

A partir dos 18 anos, você deve mudar para a medicina para adultos. Você será então tratado por médicos especializados em adultos, o clínico geral.

No entanto, algumas crianças e adolescentes já vão ao médico de família mais cedo. Isso acontece, por exemplo, quando toda a família vai ao mesmo consultório ou não há um consultório de pediatria nas proximidades. Esses médicos não são formados especificamente para crianças, mas podem tratá-lo adequadamente.

A tabela a seguir resume algumas diferenças entre a medicina infantil e a medicina para adultos.

Pediatria Medicina infantil e juvenil	Medicina para adultos Medicina para pessoas com 18 anos ou mais
<ul style="list-style-type: none">- As salas de espera são frequentemente coloridas e adequadas para crianças- Os médicos falam com paciência e explicam tudo- Os teus pais geralmente estão presentes e ajudam- Muitas vezes há uma equipa composta por diferentes profissionais	<ul style="list-style-type: none">- As salas de espera são bastante simples e tranquilas- Você decide o que quer conversar com os médicos- Os seus pais geralmente não estão presentes- Em caso de doenças concomitantes, você é encaminhado para outros especialistas

3. Recomendações para a transição

Nesta diretriz, você encontrará recomendações que te ajudarão a obter os melhores *cuidados médicos*. Para garantir a confiabilidade dessas recomendações, elas foram elaboradas com base em dois princípios importantes:

- Recomendações *baseadas em evidências* (#1 - #8): especialistas analisam cuidadosamente os estudos científicos mais recentes e verificam quais tratamentos são mais eficazes. Quanto melhores forem os estudos, mais forte será a recomendação.
- Recomendações *baseadas em consenso* (#9 - #15): se não houver pesquisa suficiente sobre um tema, os especialistas discutem e chegam a um consenso sobre o que consideram ser a melhor forma de proceder.

Todas as recomendações têm um certo grau de evidência, e certo um grau de recomendação. O grau de evidência mostra o quão bem a recomendação é comprovada por estudos científicos. Estudos de alta qualidade significam uma base sólida. Como ainda não existem estudos específicos sobre a transição na obesidade, o grau de evidência de todas as recomendações baseadas em evidências é muito baixo. O grau de recomendação A, B ou O indica a urgência com que uma recomendação deve ser seguida.

Grau	Formulação	Explicação simples
A	Recomendação «deve»	A recomendação é muito importante e está bem comprovada por estudos. Deve ser implementada em todos os casos.
B	Recomendação «deveria»	A recomendação é sensata e útil, mas não tão forte quanto a de grau A.
O	Recomendação «pode»	A recomendação é aberta. Pode ser implementada, mas não é obrigatória, dependendo da situação.

Esses graus ajudam os médicos e profissionais de saúde a tomar boas decisões e oferecer um tratamento adequado.

3.1 Formações e workshops

Os jovens com obesidade enfrentam muitas mudanças ao atingirem a idade adulta. Para ajudá-los, existem formações para jovens. Nestas *oficinas* curtas, eles aprendem a lidar melhor com a sua doença e a preparar-se para a vida adulta, especialmente no que diz respeito à sua doença.

Além disso, são discutidos temas como a escolha da profissão, a contraceção e um eventual desejo de ter filhos no futuro. O objetivo é que os jovens assumam a responsabilidade pela sua própria saúde e participem ativamente nas suas decisões.

Para melhorar a *autogestão, a capacidade de transição e a motivação dos pacientes*, devem ser oferecidos cursos compactos para jovens com obesidade. E, se necessário, para os seus pais, onde eles sejam preparados especificamente para essa transição à vida adulta. (Recomendação #1, nível de evidência: muito baixo, grau de recomendação B)

Se necessário, os pais também podem participar de cursos de formação para que possam apoiar os seus filhos nesta fase importante.

3.2 Serviços de aconselhamento a longo prazo

Para que os jovens com obesidade possam lidar melhor com a doença, existem formações e aconselhamentos especiais que os acompanham durante um período mais longo, muitas vezes vários meses. Estes aconselhamentos podem ser orientados para as questões individuais dos jovens. Ajudam a compreender melhor a doença e a tomar decisões *que promovam a sua saúde*.

Além disso, ajudam a preparar bem a transição da medicina infantil e juvenil para a medicina adulta. Os jovens devem aprender a assumir a responsabilidade pelo seu tratamento, e a orientar-se com segurança na fase da medicina adulta.

Devem ser utilizados programas de formação e aconselhamento para as necessidades a longo prazo e acompanhando o tratamento para jovens com obesidade. O objetivo seria melhorar a autogestão da doença, bem como a disponibilidade e a capacidade de transição. (Recomendação #2, nível de evidência: muito baixo, grau de recomendação A)

3.3 Programas de transição e gestão de casos

Em alguns casos, os jovens com obesidade precisam de mais apoio para fazer uma boa transição da medicina infantil para a medicina adulta. Para isso, existem programas especiais com diferentes etapas que judam a longo prazo.

Esses programas podem contribuir para melhorar da saúde física e mental dos jovens. Eles oferecem várias opções que podem ser adaptadas individualmente para que os pacientes se sintarem seguros e acompanhados.

Programas de transição complexos, com múltiplos componentes, podem ser aplicados a jovens com obesidade, a fim de melhorar os resultados somáticos e psicológicos. (Recomendação #3 Nível de evidência: muito baixo, grau de recomendação 0)

Uma parte importante destes programas pode ser constituída por gestores de casos ou coordenadores de transição.

Esses profissionais acompanham os jovens por um longo período, ajudam a se familiarizar na medicina para adultos, e garantem que recebam cuidados médicos regulares. Isso aumenta a probabilidade de que os jovens continuem a cuidar bem da sua saúde, e não interrompam o tratamento.

Deve ser oferecido aos jovens com obesidade um acompanhamento estruturado e de longo prazo (por exemplo, por um coordenador de transição ou um gestor de caso) para aumentar a probabilidade de receberem cuidados médicos regulares na idade adulta. (Recomendação #8, nível de evidência: muito baixo, grau de recomendação B)

3.4 Aplicações e ofertas baseadas na web

Para ajudar os jovens com obesidade a gerir melhor a sua doença, podem ser utilizadas aplicações ou sites criados e testados por especialistas. Estas aplicações digitais oferecem apoio, por exemplo, através de dicas sobre nutrição, exercício físico ou organização de consultas médicas.

A utilização dessas aplicações podem ajudar os jovens a cuidar ativamente da sua saúde e acompanhar melhor o seu tratamento.

Para melhorar a autogestão de jovens com obesidade, deve-se recomendar o uso de aplicações validadas baseadas na web ou em apps. (Recomendação #4, nível de evidência: muito baixo, grau de recomendação B)

No entanto, algumas das ferramentas digitais oferecem poucas funções, por exemplo, aplicações de chat para comunicação com a equipa de cuidados. Essas aplicações, por si só, não ajudam a melhorar a saúde física e o bem-estar.

Por isso, recomenda-se evitar ferramentas digitais limitadas e, em vez disso, utilizar aplicações ou programas mais abrangentes que possam apoiar ativamente o tratamento e a autogestão.

Ferramentas digitais com conteúdo muito limitado devem ser evitadas para melhorar parâmetros somáticos ou psicossociais (por exemplo, aplicações adequadas exclusivamente para comunicação com a equipa de cuidados). (Recomendação #5, nível de evidência: muito baixo, grau de recomendação B)

3.5 Lembretes de compromissos

Para que os jovens com obesidade não se esqueçam das consultas médicas, os lembretes podem ajudar – por exemplo, por e-mail, SMS ou notificação de aplicativos. Estes pequenos lembretes garantem que as consultas serão lembradas a tempo, e e que o tratamento médico regularmente acontecerá.

Para melhorar o cumprimento dos compromissos por parte dos jovens com obesidade, devem ser utilizados lembretes de compromissos e, se necessário,

acompanhamento de compromissos. (Recomendação #6, nível de evidência: muito baixo, grau de recomendação B)

3.6 Conhecer o novo médico

A mudança da medicina infantil para a medicina adulta pode ser uma grande mudança para os adolescentes com obesidade. Para facilitar a transição, pode ser útil que eles conheçam seus futuros médicos com antecedência, enquanto ainda estão em tratamento na medicina infantil e juvenil.

Isso pode ser feito, por exemplo, através de consultas conjuntas, nas quais os adolescentes têm a oportunidade de fazer perguntas, e familiarizar-se com os seus novos profissionais de saúde. Assim, eles sentem-se mais seguros e conseguem lidar melhor com a transição.

Para melhorar a *taxa de transferência* para a medicina adulta, pode-se considerar a possibilidade de os adolescentes com obesidade conhecerem os seus médicos responsáveis pelo tratamento posterior já na pediatria (por exemplo, através de consultas conjuntas). (Recomendação #7, nível de evidência: muito baixo, grau de recomendação 0)

Também pode ser útil marcar a primeira consulta na medicina para adultos já com o pediatra. Isso garante que a transição ocorra sem problemas e que os cuidados médicos continuem sem interrupção.

A seleção de profissionais para o tratamento de jovens com obesidade e o agendamento de uma primeira consulta já no *ambiente* pediátrico podem ser considerados para melhorar a transição para a medicina adulta. (Recomendação #9, grau de recomendação 0)

3.7 O que o médico deve falar consigo

Quando os adolescentes com obesidade atingem a idade adulta muitas questões importantes passam a afetá-los. Entre eles estão, por exemplo, hábitos de sono, consumo de mídia, sexualidade, planejamento familiar, consumo de álcool, nicotina ou outras substâncias.

A equipa de tratamento deve falar com eles sobre esses temas para que estejam informados e possam tomar boas decisões. Assim, eles adquirem o conhecimento necessário para iniciar a vida adulta de forma segura e autónoma.

No processo de transição de adolescentes com obesidade, temas relevantes, como sexualidade, planejamento familiar, ritmo de sono-vigília, gestão do stress, consumo de meios de comunicação, substâncias e sua interação com a doença e a terapia, devem ser abordados pela equipa de tratamento e, se necessário, devem ser indicadas possibilidades de aconselhamento. (Recomendação #10, grau de recomendação B)

Existem duas diretrizes diferentes para o diagnóstico e tratamento da obesidade: uma para crianças e adolescentes e outra para adultos. Quando os adolescentes com obesidade passam para a medicina para adultos, algumas recomendações de tratamento mudam. Por isso, devem ser bem informados sobre as diferenças existentes, por exemplo, em termos de alimentação, exercício físico ou possíveis medicamentos e cirurgias.

Isso ajuda-os a compreender melhor a sua terapia e a tomar decisões sobre a sua saúde. Assim, podem encontrar o melhor tratamento possível para as suas necessidades na idade adulta.

Os jovens com obesidade devem ser informados sobre as diferenças nas recomendações terapêuticas entre a medicina juvenil e a medicina para adultos (incluindo alimentação, exercício físico, opções terapêuticas medicamentosas e cirúrgicas). (Recomendação #11, grau de recomendação B)

Se os jovens com obesidade também tiverem outras doenças, os seus cuidados médicos podem mudar na transição para a medicina para adultos. Por isso, devem ser informados antecipadamente quais *os médicos especialistas* que irão trata-los no futuro, e se a terapia terá de ser adaptada.

Desta forma, podem adaptar-se melhor às mudanças e continuar a ser bem acompanhados no seu tratamento.

Os jovens com obesidade e comorbidades existentes devem ser informados sobre as mudanças nas estruturas de cuidados médicos especializados, bem como sobre possíveis alterações individuais na terapia durante o processo de transição. (Recomendação #12, grau de recomendação B)

3.8 Exames regulares

É possível que os jovens com obesidade tenham outras doenças físicas além da obesidade ou desenvolvam uma doença mental. Por isso, é importante examiná-los regularmente para detectar e tratar precocemente essas doenças.

Para isso, devem ser utilizados testes médicos comprovados, para que o diagnóstico seja fiável. Desta forma, é possível garantir que cada pessoa receba o tratamento adequado.

Os jovens com obesidade devem ser regularmente rastreados para comorbidades somáticas e psíquicas, de preferência utilizando métodos de avaliação diagnóstica estabelecidos. (Recomendação #13, grau de recomendação B)

Os jovens com obesidade devem também ser questionados sobre estresse emocional ou social. Isso permite que eles recebam ajuda rápida em caso de problemas, seja por meio de conversas com profissionais especializados ou outros serviços de assistência.

Para identificar precocemente potenciais ou existentes estresses psicossociais, recursos individuais e fatores promotores, os jovens com obesidade devem ser questionados regularmente. (Recomendação #14, grau de recomendação B)

Os jovens com obesidade devem ser questionados regularmente sobre o seu nível de participação na escola, no trabalho e nas atividades de lazer. Desta forma, é possível identificar se existem dificuldades e como podem ser melhor apoiados.

Além disso, devem ser informados sobre as possibilidades de melhorar a sua participação. Existem ofertas de ajuda específicas e grupos de autoajuda que podem ajudá-los a participar ativamente na vida social e a obter apoio.

Deve ser realizada regularmente uma avaliação da situação das oportunidades de participação dos jovens com obesidade nas áreas da educação, trabalho e lazer, e os afetados devem ser informados sobre as possibilidades de promoção da participação e sobre as ofertas das associações de autoajuda para obesidade. (Recomendação #15, grau de recomendação B)

4. Lista de verificação para a transição

Últimas consultas no pediatria

- Exame final, incluindo resultados atuais e recomendações terapêuticas
- Informação sobre estruturas médicas especializadas na área da saúde para adultos
- Informação sobre as diferenças nas recomendações terapêuticas na área da saúde para adultos
- Discutir a possibilidade de participar em programas de transição
- Perguntar sobre formações para a transição ou para melhorar a autogestão
- Informações sobre aplicativos móveis (apps) ou web testadas para a gestão da doença
- Solicitar informações sobre possibilidades de apoio em situações de dificuldade social e financeira

Primeiras consultas na medicina para adultos

- Marcar consultas regulares para análises de sangue, e rastreio precoce de doenças físicas e psíquicas associadas
- Conversa sobre o futuro profissional e oportunidades de participação conjunta
- Conversa sobre métodos contraceptivos e planeamento familiar
- Consultar opções de novas consultas

5. Os teus direitos

Tens direito a bons cuidados médicos – mesmo depois de completares 18 anos. Fala com sua equipa médica sobre os teus desejos e dúvidas. A transição deve ser planeada de forma a que se sinta seguro.

Desde 2013, existe na Alemanha uma lei que define exatamente o que é possível.

Encontras mais informações aqui:

www.patientenbeauftragter.de/patientenrechte .

Tens direito a:

- Livre escolha do médico – podes escolher o seu médico.
- Informações claras – O seu médico deve explicar tudo de forma compreensível.
- Proteção de dados – os seus dados de saúde serão protegidos.
- Sigilo profissional – a partir dos 15 anos, podes decidir a quem serão transmitidas informações sobre si.
- Autodeterminação – você decide quais os tratamentos que deseja ou recusa.
- Reclamações – Se algo não estiver certo, pode fazer reclamações .

Direitos adicionais:

- Bom tratamento – os cuidados médicos devem ser de alta qualidade e fiáveis.
- Documentação – os exames devem ser organizados e registados de forma adequada.
- Acesso aos resultados – Pode consultar os seus registos médicos (por exemplo, relatórios médicos) e obter cópias.
- Segunda opinião – Pode pedir a opinião de outro médico. Verifique previamente com a sua seguradora de saúde quais os custos que serão cobertos.

6. Organizações de autoajuda e possibilidades de apoio social

Adipositas Verband Deutschland e.V., www.adipositasverband.de

AdipositasHilfe Deutschland e.V., www.adipositas-selbsthilfe.de

7. Dicionário

Ativação do paciente

Você é incentivado a participar e a cuidar da sua saúde.

Autogestão

Aprender a cuidar da sua doença – por exemplo: planejar consultas, tomar medicamentos ou ter uma vida mais saudável.

baseado em consenso

A recomendação foi decidida em conjunto por especialistas – todos concordaram.

Baseado em evidências

A recomendação ou tratamento baseia-se em estudos científicos bem fundamentados.

Comorbidades

Outras doenças que ocorrem em conjunto com a doença principal – por exemplo, hipertensão arterial em caso de obesidade.

Componentes

Partes individuais ou elementos de um programa ou tratamento – por exemplo: exercício físico, alimentação ou conversas.

Conforme a necessidade

Da forma que for mais adequada para si, dependendo das suas necessidades.

Contexto

O local ou ambiente em que algo acontece – por exemplo: escola, consultório médico ou casa.

Coordenador de transição

Uma pessoa que ajuda na transição da medicina infantil para a medicina adulta, e na sua organização.

Cuidados/assistência médica

Recebe ajuda, tratamento, e os cuidados de que precisa, por exemplo, através de médicos ou terapeutas.

Diagnóstico

A determinação exata da doença que tem, após um exame realizado por especialistas.

Doença crónica

Uma doença que permanece por muito tempo ou que volta sempre, por exemplo, obesidade ou diabetes.

Equipa de apoio

Um grupo de profissionais que trabalham em conjunto para o seu tratamento – por exemplo, médicos, terapeutas e conselheiros.

Ferramentas digitais

Programas ou aplicações que ajudam sua saúde, por exemplo: planejar, lembrar ou informar.

Gestão de casos / Gestor de casos

Uma pessoa que o acompanha e ajuda a encontrar o tratamento apropriado, e a organizar adequadamente.

Índice de massa corporal (IMC; Body Mass Index, BMI)

Um número que indica se o seu peso corporal está dentro da faixa normal em relação à sua altura.

Médico da família

O médico a quem se dirige primeiro quando está doente – muitas vezes para toda a família.

Médicos especialistas

Médicos especializados numa determinada área – por exemplo, pediatria ou medicina nutricional.

Participação

Podes participar em coisas importantes – por exemplo: na escola, nos tempos livres ou no tratamento.

Pediatria

Uma palavra para designar a medicina infantil e juvenil.

Preparação e capacidade para a transição

Significa que estás pronto e apto para assumir a responsabilidade pela tua saúde.

Procedimento de avaliação diagnóstica

Um procedimento ou teste específico que os profissionais utilizam para determinar o teu estado de saúde.

Promotor da saúde

Algo que faz bem à tua saúde – por exemplo: exercício físico, alimentação saudável ou relaxamento.

Recursos

Coisas que podem ajudá-lo – por exemplo: apoio da família, conhecimento, tempo ou ofertas de ajuda.

Resultados psíquicos

Resultados que mostram como está o teu estado mental ou emocional – por exemplo, se te sentes melhor.

Resultados somáticos

Resultados que mostram como está o teu corpo – por exemplo: peso corporal, pressão arterial ou condicionamento físico.

Taxa de transferência

Mostra quantos jovens passam com sucesso da medicina infantil para a medicina adulta.

Workshops

Reuniões ou eventos onde aprendes ou praticas algo, por exemplo, sobre nutrição ou autogestão.

Imagen generada por IA (creada con ChatGPT de OpenAI/DALL·E el 18/07/2025)



Directrices para pacientes

Transición de los jóvenes con obesidad de la pediatría a la medicina para adultos

Como complemento a la
S3-Leitlinie Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie
in die Erwachsenenmedizin
(número de registro AWMF: 050-003)



AGA

Arbeitsgemeinschaft
Adipositas im Kindes-
und Jugendalter



**Gesellschaft
für Transitions-
medizin e.V.**

Editor

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG)

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.

Oficina

Fraunhoferstr. 5

82152 Martinsried

Tel. 089 – 710 48 358

Correo electrónico: mail@adipositas-gesellschaft.de

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM) e.V.

Oficina

c/o Kirsten Gerber

Grethe-Jürgens-Straße 30

30655 Hannover

Autores de la guía para pacientes

Gundula Ernst

Jana Brauchmann

Johannes Oepen

Luise Laudенbach

Marion Rung-Friebe

Melanie Bahlke

Redacción y coordinación de la guía para pacientes

Jana Brauchmann

Gundula Ernst

Susanna Wiegand

El proyecto en el que se basa esta publicación ha sido financiado con fondos del Comité de Innovación del Comité Federal Conjunto con el número de referencia 01VSF22014.

Financiación de la guía para pacientes

Las recomendaciones de esta guía para pacientes se basan en estudios científicos. Se han desarrollado en el marco de un proyecto de investigación especial denominado «TransitADI», que ayuda a los jóvenes con obesidad en la transición de la medicina infantil a la medicina para adultos. El proyecto ha sido financiado por el Comité Federal Conjunto (G-BA, número de referencia O1VSF22014).

Importante: ninguna empresa u otro grupo de interés ha influido en la elaboración de la guía. Todos los expertos que han participado en ella lo han hecho de forma voluntaria y sin remuneración. Encontrará más información sobre la gestión de conflictos de intereses en la tabla 39 del informe sobre directrices: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003>

Periodo de validez y actualización

Esta guía para pacientes tiene una validez de cinco años y se actualizará con la actualización de la directriz (prevista para 2030).

Indicaciones generales sobre este folleto

Algunas palabras aparecen *en cursiva y subrayadas*. Se trata de términos técnicos o extranjeros. Los encontrarás en el glosario al final del folleto, donde se explican de forma sencilla.

Los recuadros amarillos contienen las recomendaciones oficiales de la directriz. Esta guía también es utilizada por médicos y otros profesionales.

Aquí están las recomendaciones

Los números (#) de las recomendaciones a veces no aparecen en el orden correcto. ¡Es a propósito! Los hemos ordenado para que te resulte más fácil entenderlos.

Cada recomendación va acompañada de un texto adicional en un lenguaje fácil de entender. De este modo, podrás comprender bien de qué se trata y qué significa para ti. En el informe sobre la directriz se encuentra información sobre el proceso de elaboración de la guía para pacientes.

Estimados padres

Cuando su hijo pasa de la medicina infantil y juvenil a la medicina para adultos (lo que se denomina «transición»), ustedes son especialmente importantes. Su hijo se enfrenta ahora a la tarea de asumir paso a paso la responsabilidad de su propia salud, y para ello necesita su apoyo.

¿Qué pueden hacer ustedes?

- ✓ Ayuden a su hijo a anotar las citas en el calendario. Recuérdeselas amablemente si se le olvida algo.
- ✓ Acompañen a su hijo a las citas médicas, eso le dará seguridad.
- ✓ Deje que las conversaciones entre su hijo y el médico o el profesional sanitario sean privadas. Así, su hijo aprenderá a hacer preguntas y a tomar decisiones por sí mismo.
- ✓ Hablen juntos sobre la enfermedad y sobre lo que es importante, por ejemplo, la alimentación, el ejercicio o los medicamentos. Muestre interés y dé a su hijo espacio para encontrar su propio camino.

Índice

1. Qué ofrece esta guía para pacientes	6
1.1 ¿Qué es una guía?.....	6
1.2 ¿Por qué se puede confiar en las directrices?.....	6
1.3 ¿Qué son las recomendaciones fuertes y débiles?	6
2. Introducción al tema de la guía	7
2.1 ¿Qué es la transición?.....	7
2.2 ¿Qué es la obesidad?.....	7
2.3 ¿Por qué es importante la transición en la obesidad?	7
2.4 ¿En quién puedes confiar si tienes preguntas sobre salud?	7
2.5 ¿En qué se diferencian la pediatría y la medicina para adultos?	8
3. Recomendaciones para la transición.....	9
3.1 Cursos y talleres.....	10
3.2 Servicios de asesoramiento a largo plazo.....	10
3.3 Programas de transición y gestión de casos.....	11
3.4 Ofertas basadas en aplicaciones y en la web	12
3.5 Recordatorios de citas	13
3.6 Conocer al nuevo médico	13
3.7 De qué debería hablarte el médico	14
3.8 Revisiones periódicas	15
4. Lista de control para la transición	17
5. Tus derechos.....	17
6. Organizaciones de autoayuda y posibilidades de apoyo social.....	18
7. Diccionario.....	19

1. Qué ofrece esta guía para pacientes

Esta guía para pacientes está dirigida a adolescentes y adultos jóvenes con obesidad que se encuentran en la transición de la medicina infantil y juvenil a la medicina para adultos, así como a sus padres o tutores legales. Ofrece información y recomendaciones sobre cómo preparar y acompañar adecuadamente esta transición.

1.1 ¿Qué es una guía?

Una guía contiene recomendaciones para el tratamiento de enfermedades. Está elaborada por profesionales y se basa en conocimientos científicos y en la experiencia práctica. Esta guía para pacientes traduce la guía médica sobre la transición en la obesidad a un lenguaje comprensible para todos.

1.2 ¿Por qué se puede confiar en las directrices?

Las directrices son recomendaciones de expertos basadas en los últimos conocimientos científicos. Entre otras cosas, ayudan a los médicos a encontrar el mejor tratamiento para sus pacientes. Dado que las directrices se revisan y actualizan periódicamente, puedes confiar en que la información es segura y fiable. Te orientan y te ayudan a comprender mejor tus derechos como paciente.

1.3 ¿Qué son las recomendaciones fuertes y débiles?

Algunas recomendaciones de una guía son muy importantes y deben seguirse sin excepción; se denominan recomendaciones fuertes. Se basan en numerosos estudios fiables y han demostrado ser especialmente eficaces. Las recomendaciones débiles son más bien sugerencias, ya que la base científica aún no es tan clara o existen varias opciones válidas. Tu médico te puede explicar qué recomendación es la más adecuada para ti. De este modo, podréis tomar juntos la decisión correcta.

2. Introducción al tema de la guía

2.1 ¿Qué es la transición?

La transición es el paso planificado de los adolescentes con una enfermedad crónica, como la obesidad, de la medicina infantil y juvenil a la medicina para adultos. Esta transición es importante para que el tratamiento pueda continuar sin interrupciones en la edad adulta.

2.2 ¿Qué es la obesidad?

La obesidad es el término médico para referirse al sobrepeso grave. Se trata de una enfermedad crónica que tiene muchas causas diferentes y aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades. La obesidad se determina mediante el índice de masa corporal (IMC; Body Mass Index, BMI).

2.3 ¿Por qué es importante la transición en la obesidad?

El tratamiento de la obesidad difiere entre la medicina infantil y juvenil y la medicina para adultos. Existen diferentes opciones terapéuticas, medicamentos y recomendaciones. Para que los adolescentes y los adultos jóvenes reciban una atención adecuada, es importante que asumas la responsabilidad de tu salud.

2.4 ¿En quién puedes confiar si tienes preguntas sobre salud?

Los médicos y otros profesionales con formación reconocida y certificados deben seguir recomendaciones médicas claras: saben lo que realmente puede ayudar a tu salud y lo que es bueno para ti. Atención: términos como «coach», «nutricionista» o «entrenador personal» no están protegidos en Alemania. Cualquiera puede llamarse así, incluso sin formación. Muchos de ellos no trabajan según los estándares científicos actuales. Puede que sus intenciones sean buenas, pero pueden darte consejos erróneos que pueden ser más perjudiciales que beneficiosos.

2.5 ¿En qué se diferencian la pediatría y la medicina para adultos?

La mayoría de los niños y adolescentes consultan a un médico especialista en pediatría. A esto se le denomina pediatría, una palabra difícil para referirse a la medicina infantil y juvenil.

A partir de los 18 años, debes pasar a la medicina para adultos. Entonces te tratarán médicos especializados en adultos.

Sin embargo, algunos niños y adolescentes acuden antes a un médico de cabecera. Esto ocurre, por ejemplo, cuando toda la familia acude a la misma consulta o no hay una consulta de pediatría cerca. Estos médicos no están especializados en niños, pero pueden tratarte bien.

En la siguiente tabla se resumen algunas diferencias entre la medicina infantil y la medicina para adultos.

Pediatría Medicina infantil y juvenil	Medicina para adultos Medicina para personas mayores de 18 años
<ul style="list-style-type: none">- Las salas de espera suelen ser coloridas y acogedoras para los niños.- Los médicos hablan con paciencia y dan muchas explicaciones.- Tus padres suelen estar presentes y ayudan- A menudo hay un equipo formado por diferentes profesionales	<ul style="list-style-type: none">- Las salas de espera son más bien sencillas y tranquilas.- tú decides lo que quieres comentar con los médicos- Tus padres no suelen estar presentes.- Si tienes alguna enfermedad concomitante, te derivarán a otros especialistas.

3. Recomendaciones para la transición

En esta guía encontrarás recomendaciones que te ayudarán a obtener la mejor *atención médica*. Para que estas recomendaciones sean fiables, se han elaborado siguiendo dos principios importantes:

- Recomendaciones *basadas en la evidencia* (n.º 1 - n.º 8): los expertos examinan cuidadosamente los últimos estudios científicos y comprueban qué tratamiento funciona especialmente bien. Cuanto mejores sean los estudios, más sólida será la recomendación.
- Recomendaciones *basadas en el consenso* (n.º 9- n.º 15): cuando no hay suficiente investigación sobre un tema, los expertos debaten y acuerdan cuál es el mejor procedimiento.

Todas las recomendaciones tienen un grado de evidencia y un grado de recomendación. El grado de evidencia indica en qué medida la recomendación está respaldada por estudios científicos. Los estudios de alta calidad constituyen una base sólida. Dado que aún no existen estudios específicos sobre la transición en casos de obesidad, el grado de evidencia de todas las recomendaciones basadas en la evidencia es muy bajo.

El grado de recomendación A, B o 0 indica la urgencia con la que debe seguirse una recomendación.

Grado	Formulación	Explicación sencilla
A	Recomendación «debe»	La recomendación es muy importante y está bien respaldada por estudios. Debe aplicarse en todos los casos.
B	Recomendación «debería»	La recomendación es razonable y útil, pero no tan fuerte como la de grado A.
0	Recomendación «puede»	La recomendación es abierta. Se puede seguir, pero no es obligatorio, dependiendo de la situación.

Estos grados ayudan a los médicos y profesionales a tomar buenas decisiones y a ofrecerte un tratamiento adecuado.

3.1 Cursos y talleres

Los adolescentes con obesidad se enfrentan a muchos cambios al llegar a la edad adulta. Para ayudarles, existen cursos de formación para adolescentes. En estos breves *talleres* aprenden a lidiar mejor con su enfermedad y a prepararse para la vida adulta, especialmente en lo que respecta a su enfermedad.

Además, se debate qué se debe tener en cuenta, por ejemplo, a la hora de elegir una profesión, la anticoncepción y la posibilidad de tener hijos en el futuro. Se trata de que asuman la responsabilidad de su propia salud y participen activamente en la toma de decisiones.

Para mejorar la *autogestión*, la *disposición* y la *capacidad de transición* y la *activación de los pacientes*, se deben ofrecer cursos compactos para adolescentes con obesidad y, si es necesario, para sus padres, en los que se les prepare específicamente para la transición a la vida adulta y la medicina para adultos. (Recomendación n.º 1, grado de evidencia: muy bajo, grado de recomendación B)

Si es necesario, los padres también pueden participar en los cursos de formación para poder apoyar a sus hijos en esta fase tan importante.

3.2 Servicios de asesoramiento a largo plazo

Para que los jóvenes con obesidad puedan afrontar mejor su enfermedad, existen cursos de formación y asesoramiento especiales que les acompañan durante un periodo de tiempo prolongado, a menudo varios meses. Este asesoramiento puede adaptarse a las preguntas individuales de los jóvenes. Les ayuda a comprender mejor la enfermedad y a tomar decisiones *saludables*.

Además, les ayudan a prepararse bien para la transición de la medicina infantil y juvenil a la medicina para adultos. Los jóvenes deben aprender a asumir la

responsabilidad de su tratamiento y a sentirse seguros en la medicina para adultos.

Se deben utilizar ofertas de formación y asesoramiento orientadas a las necesidades, que acompañen el tratamiento y tengan un carácter a largo plazo, para jóvenes con obesidad, con el fin de mejorar la autogestión relacionada con la enfermedad, así como la disposición y la capacidad para la transición. (Recomendación n.º 2, grado de evidencia: muy bajo, grado de recomendación A)

3.3 Programas de transición y gestión de casos

En algunos casos, los jóvenes con obesidad necesitan más apoyo para realizar con éxito la transición de la medicina infantil a la medicina para adultos. Para ello existen programas especiales que constan de varias partes y ayudan a largo plazo.

Estos programas pueden contribuir a mejorar tanto la salud física como la mental de los adolescentes. Ofrecen diferentes servicios que pueden adaptarse individualmente para que los afectados se sientan seguros y bien acompañados.

Se pueden considerar programas de transición complejos, que constan de varios componentes, para jóvenes con obesidad, con el fin de mejorar los resultados somáticos y psíquicos. (Recomendación n.º 3, grado de evidencia: muy bajo, grado de recomendación 0).

Una parte importante de estos programas pueden ser los gestores de casos o los coordinadores de transición.

Estos profesionales acompañan a los jóvenes durante un periodo prolongado, les ayudan a orientarse en la medicina para adultos y se aseguran de que reciban atención médica regular. De este modo, aumenta la probabilidad de que los jóvenes sigan cuidando bien de su salud en el futuro y no interrumpan su tratamiento.

Se debe ofrecer a los jóvenes con obesidad un acompañamiento estructurado a largo plazo (por ejemplo, mediante un coordinador de transición o un gestor de casos) para aumentar la probabilidad de que reciban atención médica regular en la edad adulta. (Recomendación n.º 8, nivel de evidencia: muy bajo, grado de recomendación B)

3.4 Ofertas basadas en aplicaciones y en la web

Para ayudar a los jóvenes con obesidad a controlar mejor su enfermedad, se pueden utilizar aplicaciones o sitios web creados y revisados por expertos. Estas aplicaciones digitales ofrecen apoyo, por ejemplo, con consejos sobre nutrición, ejercicio físico o la organización de citas médicas.

El uso de estas aplicaciones puede ayudar a los adolescentes a cuidar activamente de su salud y a controlar mejor su tratamiento.

Para mejorar la autogestión de los jóvenes con obesidad, se recomienda el uso de aplicaciones web o móviles validadas como apoyo. (Recomendación n.º 4, grado de evidencia: muy bajo, grado de recomendación B)

Sin embargo, algunas de las herramientas digitales ofrecen muy pocas funciones, como las aplicaciones de chat para comunicarse con el equipo de atención. Estas aplicaciones por sí solas no ayudan a mejorar la salud física y el bienestar.

Por lo tanto, se recomienda prescindir de estas herramientas digitales limitadas y utilizar en su lugar aplicaciones o programas más completos que puedan ayudar activamente en el tratamiento y la autogestión.

Se debe evitar el uso de herramientas digitales con un contenido muy limitado para mejorar los parámetros somáticos o psicosociales (por ejemplo, aplicaciones adecuadas exclusivamente para la comunicación con el equipo de asistencia). (Recomendación n.º 5, grado de evidencia: muy bajo, grado de recomendación B)

3.5 Recordatorios de citas

Para que los jóvenes con obesidad no se olviden de sus citas médicas, pueden ser útiles los recordatorios, por ejemplo, por correo electrónico, SMS o notificaciones de aplicaciones. Estos pequeños recordatorios garantizan que se acuda a las citas a tiempo y que el tratamiento médico se realice con regularidad.

Para mejorar el cumplimiento de las citas por parte de los jóvenes con obesidad, se deben utilizar recordatorios de citas y, si es necesario, un sistema de seguimiento de citas. (Recomendación n.º 6, grado de evidencia: muy bajo, grado de recomendación B)

3.6 Conocer al nuevo médico

El paso de la medicina infantil a la medicina para adultos puede suponer un gran cambio para los adolescentes con obesidad. Para facilitarles la transición, puede ser útil que conozcan a sus futuros médicos de antemano, mientras aún están en tratamiento en la medicina infantil y juvenil.

Esto puede hacerse, por ejemplo, mediante consultas conjuntas en las que los adolescentes tengan la oportunidad de hacer preguntas y familiarizarse con sus nuevos médicos. De este modo, se sentirán más seguros y podrán afrontar mejor la transición.

Para mejorar la tasa de transferencia a la medicina para adultos, se puede considerar la posibilidad de que los adolescentes con obesidad conozcan a sus médicos tratantes en pediatría (por ejemplo, mediante consultas conjuntas). (Recomendación n.º 7, nivel de evidencia: muy bajo, grado de recomendación 0)

También puede ser útil concertar la primera cita en medicina para adultos con el pediatra. De este modo, se garantiza que la transición se realice sin problemas y que la atención médica continúe sin interrupciones.

Se puede considerar la selección de los profesionales que tratarán a los jóvenes con obesidad y concertar una primera cita en el ámbito pediátrico para facilitar la transición a la medicina para adultos. (Recomendación n.º 9, grado de recomendación 0)

3.7 De qué debería hablarte el médico

Cuando los adolescentes con obesidad se hacen adultos, hay muchos temas importantes que les afectan. Entre ellos se encuentran, por ejemplo, los hábitos de sueño, el consumo de medios de comunicación, la sexualidad, la planificación familiar y el consumo de alcohol, nicotina u otras sustancias.

El equipo de tratamiento debe hablar con ellos sobre estos temas para que estén informados y puedan tomar buenas decisiones. De este modo, obtienen los conocimientos necesarios para iniciar la vida adulta de forma segura y autónoma.

Durante el proceso de transición de los adolescentes con obesidad, el equipo terapéutico debe abordar temas relevantes, como la sexualidad, la planificación familiar, el ritmo de sueño-vigilia, la gestión del estrés, el consumo de medios de comunicación y sustancias, y su interacción con la enfermedad y la terapia, y, si es necesario, indicar las posibilidades de asesoramiento. (Recomendación n.º 10, grado de recomendación B)

Existen dos directrices diferentes para el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad: una para niños y adolescentes y otra para adultos. Cuando los adolescentes con obesidad pasan a la medicina para adultos, algunas recomendaciones de tratamiento cambian. Por lo tanto, deben estar bien informados sobre las diferencias, por ejemplo, en cuanto a la alimentación, el ejercicio físico o los posibles medicamentos y operaciones.

Esto les ayudará a comprender mejor su terapia y a tomar decisiones sobre su salud por sí mismos. De este modo, podrán encontrar el mejor tratamiento posible para sus necesidades en la edad adulta.

Los jóvenes con obesidad deben recibir información sobre las diferencias entre las recomendaciones terapéuticas de la medicina infantil y la medicina para adultos (entre otras cosas, sobre nutrición, ejercicio físico y opciones terapéuticas farmacológicas y quirúrgicas). (Recomendación n.º 11, grado de recomendación B)

Si los jóvenes con obesidad padecen otras enfermedades, su atención médica puede cambiar al pasar a la medicina para adultos. Por lo tanto, se les debe informar con antelación sobre qué especialistas les tratarán en el futuro y si su terapia debe adaptarse.

De este modo, podrán adaptarse mejor a los cambios y seguir recibiendo un buen seguimiento de su tratamiento.

Se debe informar a los jóvenes con obesidad y comorbilidades existentes sobre los cambios en las estructuras de atención médica especializada, así como sobre los posibles cambios en el tratamiento individual durante el proceso de transición. (Recomendación n.º 12, grado de recomendación B)

3.8 Revisiones periódicas

Es posible que los jóvenes con obesidad, además de su obesidad, padezcan otras enfermedades físicas o desarrollen una enfermedad mental. Por lo tanto, es importante examinarlos periódicamente para poder detectar y tratar estas enfermedades en una fase temprana.

Para ello, deben utilizarse pruebas médicas de eficacia probada, a fin de que el diagnóstico sea fiable. De este modo se garantiza que cada persona reciba el tratamiento adecuado.

Los jóvenes con obesidad deben someterse a exámenes periódicos para detectar comorbilidades somáticas y psíquicas, preferiblemente utilizando métodos de evaluación diagnóstica establecidos. (Recomendación n.º 13, grado de recomendación B)

Además, se debe preguntar a los jóvenes con obesidad si sufren estrés emocional o social. De este modo, se les puede ayudar rápidamente en caso de problemas y recibir el apoyo que necesitan, ya sea mediante conversaciones con profesionales u otras ofertas de ayuda.

Para detectar a tiempo posibles estreses psicosociales, recursos individuales y factores favorables, se debe preguntar regularmente a los jóvenes con obesidad al respecto. (Recomendación n.º 14, grado de recomendación B)

Se debe preguntar regularmente a los jóvenes con obesidad sobre su grado de participación en la escuela, el trabajo y las actividades de ocio. De este modo, se puede determinar si existen dificultades y cómo se les puede apoyar mejor.

Además, se les debe informar sobre las posibilidades que existen para mejorar su participación. Existen ofertas de ayuda específicas y grupos de autoayuda que pueden ayudarles a participar activamente en la vida social y a obtener apoyo.

Debería realizarse periódicamente un estudio sobre las oportunidades de participación de los jóvenes con obesidad en los ámbitos de la educación, el trabajo y el ocio, y se debería informar a los afectados sobre las posibilidades de fomento de la participación y sobre las ofertas de las asociaciones de autoayuda para personas con obesidad. (Recomendación n.º 15, grado de recomendación B)

4. Lista de control para la transición

Últimas citas en la consulta del pediatra

- Examen final, incluyendo los resultados actuales y las recomendaciones terapéuticas.
- Información sobre las estructuras médicas especializadas para adultos
- Información sobre las diferencias en las recomendaciones terapéuticas en el ámbito de la edad adulta
- Discutir la posibilidad de participar en programas de transición
- Preguntar por cursos de formación sobre la transición o para mejorar la autogestión
- Informar sobre aplicaciones móviles o web verificadas para la gestión de la enfermedad
- Solicitar información sobre posibilidades de apoyo en situaciones de estrés social y financiero

Primeras citas en medicina para adultos

- Citas periódicas para análisis de sangre y detección precoz de enfermedades físicas y psíquicas concomitantes
- Conversación sobre el futuro profesional y las oportunidades de participación
- Conversación sobre anticoncepción y planificación familiar
- Solicitar opciones para recordar citas

5. Tus derechos

Tienes derecho a una buena asistencia médica, incluso después de cumplir los 18 años. Habla con tu equipo médico sobre tus deseos y preguntas. La transición debe organizarse de manera que te sientas bien y seguro.

Desde 2013 existe en Alemania una ley que establece exactamente lo que te corresponde. Encontrarás más información aquí: www.patientenbeauftragter.de/patientenrechte

Tienes derecho a:

- Libre elección de médico: puedes elegir tú mismo a tu médico.
- Información clara: tu médico debe explicarte todo de forma comprensible.
- Protección de datos: tus datos médicos están protegidos.
- Alteración de la confidencialidad: a partir de los 15 años, puedes decidir a quién se le puede facilitar información sobre ti.
- Autodeterminación: tú decides qué tratamientos deseas recibir o rechazar.
- Quejas: si algo no te parece bien, puedes presentar una queja.

Derechos adicionales:

- Buen trato: la asistencia médica debe ser de alta calidad y fiable.
- Documentación: los exámenes deben organizarse y registrarse adecuadamente.
- Acceso a los resultados: puedes consultar tu historial médico (por ejemplo, informes médicos) y obtener copias.
- Segunda opinión: puedes pedir la opinión de otro médico. Aclara previamente con tu seguro médico qué gastos se cubrirán.

6. Organizaciones de autoayuda y posibilidades de apoyo social

Asociación Alemana de Obesidad (Adipositas Verband Deutschland e.V.), www.adipositasverband.de

AdipositasHilfe Deutschland e.V., www.adipositas-selbsthilfe.de

7. Diccionario

Activación del paciente

Se te anima a participar y a cuidar de tu salud.

Atención médica

Recibes la ayuda, el tratamiento y la atención que necesitas, por ejemplo, a través de médicos o terapeutas.

Autogestión

Aprendes a cuidar de tu enfermedad, por ejemplo, planificando citas, tomando medicación y llevando una vida sana.

Basado en el consenso

La recomendación ha sido acordada conjuntamente por expertos, todos ellos de acuerdo.

Basado en la evidencia

La recomendación o el tratamiento se basa en estudios científicos y está bien investigado.

Beneficioso para la salud

Algo que es bueno para tu salud, por ejemplo, el ejercicio, una alimentación saludable o la relajación.

Comorbilidades

Otras enfermedades que se presentan además de la enfermedad principal, por ejemplo, hipertensión arterial en caso de obesidad.

Componentes

Partes individuales o elementos constitutivos de un programa o tratamiento, por ejemplo, ejercicio físico, alimentación, conversaciones.

Coordinador de transición

Una persona que te ayuda en la transición de la medicina infantil a la medicina para adultos y se encarga de que todo esté bien organizado.

Diagnóstico

La determinación exacta de la enfermedad que padeces, tras un examen realizado por especialistas.

Enfermedad crónica

Una enfermedad que persiste durante mucho tiempo o que reaparece de forma recurrente, por ejemplo, la obesidad o la diabetes.

Entorno

El lugar o el entorno en el que ocurre algo, por ejemplo, la escuela, la consulta del médico o el hogar.

Equipo de atención

Un grupo de profesionales que trabajan juntos para tu tratamiento, por ejemplo, médicos, terapeutas y asesores.

Gestión de casos / Gestor de casos

Una persona que te acompaña y te ayuda a encontrar el tratamiento adecuado y a organizarlo todo bien.

Herramientas digitales

Programas o aplicaciones que te ayudan con tu salud, por ejemplo, para planificar, recordar o informarte.

Índice de masa corporal (IMC; Body Mass Index, BMI)

Un número que indica si tu peso corporal está dentro del rango normal en relación con tu altura.

Médico de familia

El médico al que acudes en primer lugar cuando estás enfermo, a menudo para toda la familia.

Médicos especialistas

Médicos especializados en un área específica, por ejemplo, pediatría o medicina nutricional.

Participación

Puedes participar en cosas importantes, por ejemplo, en la escuela, en el tiempo libre o en el tratamiento.

Pediatría

Término difícil para la medicina infantil y juvenil.

Preparación y capacidad para la transición

Significa que estás preparado y eres capaz de asumir la responsabilidad de tu propia salud.

Procedimiento de evaluación diagnóstica

Procedimiento o prueba específico que utilizan los profesionales para determinar tu estado de salud.

Recursos

Cosas que pueden ayudarte, por ejemplo, el apoyo de la familia, los conocimientos, el tiempo o las ofertas de ayuda.

Resultados psíquicos

Resultados que muestran cómo te encuentras a nivel mental o emocional, por ejemplo, si te sientes mejor.

Resultados somáticos

Resultados que muestran cómo está tu cuerpo, por ejemplo, el peso, la presión arterial o la forma física.

Según tus necesidades

De la forma que mejor se adapte a ti, en función de lo que necesites.

Talleres

Reuniones o eventos en los que aprendes o practicas algo, por ejemplo, sobre nutrición o autogestión.

Tasa de transferencia

Muestra cuántos jóvenes pasan con éxito de la medicina infantil a la medicina para adultos.

AI tarafından oluşturulan görüntü (OpenAI/DALL-E tarafından 18.07.2025 tarihinde ChatGPT ile oluşturulmuştur)



Hasta Kılavuzu

Obez gençlerin pediatriден yetişkin tıbbına geçişi

S3-Leitlinie Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin
(AWMF-Registernummer: 050-003)
kılavuzuna ek olarak



AGA

Arbeitsgemeinschaft
Adipositas im Kindes-
und Jugendalter



**Gesellschaft
für Transitions-
medizin e.V.**

Yayıncı

Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG)

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA)

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.

Ofis

Fraunhoferstr. 5

82152 Martinsried

Tel. 089 – 710 48 358

E-posta: mail@adipositas-gesellschaft.de

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)

Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM) e.V.

Ofis

c/o Kirsten Gerber

Grethe-Jürgens-Straße 30

30655 Hannover

Hasta kılavuzunun yazarları

Gundula Ernst

Jana Brauchmann

Johannes Oepen

Luise Laudенbach

Marion Rung-Friebe

Melanie Bahlke

Hasta kılavuzunun editörlüğü ve koordinasyonu

Jana Brauchmann

Gundula Ernst

Susanna Wiegand

Bu yayının dayandığı proje, „Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss“ tarafından 01VSF22014 destek numarasıyla finanse edilmiştir.

Hasta kılavuzunun finansmanı

Bu hasta kılavuzundaki tavsiyeler bilimsel arařtırmalara dayanmaktadır. Bu tavsiyeler, obez gençlerin çocuk/gençlik tıbbından yetişkin tıbbına geçiř sürecinde destek sağlamak amacıyla "TransitADI" adlı özel bir arařtırma projesi kapsamında geliştirilmiştir. Proje, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA, destek numarası 01VSF22014) tarafından finanse edilmiştir.

Önemli: Kılavuzun geliştirilmesinde hiçbir şirket veya çıkar grubu etki sahibi olmamıştır. Kılavuzun hazırlanmasında görev alan tüm uzmanlar, bu görevi gönüllü ve ücretsiz olarak yerine getirmiştir. Çıkar çatışması yönetimi hakkında daha fazla bilgi, kılavuz raporundaki Tablo 39'da bulunabilir: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003>

Geçerlilik süresi ve güncelleme

Bu hasta kılavuzu beş yıl süreyle geçerlidir ve kılavuzun yenilenmesiyle (tahmini olarak 2030 yılında) güncellenecektir.

Bu kılavuzla ilgili genel bilgiler

Bazı kelimeler *italik ve altı çizili* olarak yazılmıştır. Bunlar teknik terimler veya yabancı kelimelerdir. Bunları kılavuzun sonundaki sözlükte bulabilirsin – burada her şey basit bir şekilde açıklanmıştır.

Sarı kutular kılavuzdaki resmi tavsiyeleri içerir. Bu kılavuz hekimler ve diğere uzmanlar tarafından da kullanılır.

Tavsiyeler burada yer almaktadır

Tavsiyelerin numaraları (#) bazen yanlış sıralanmış olabilir. Bu kasıtlıdır! Tavsiyeleri senin için daha kolay anlaşılabilir hale getirmek için bu şekilde sıraladık.

Her tavsiyeye, kolay anlaşılır bir dille yazılmış ek bir metin ekledik. Böylece, tavsiyenin ne hakkında olduğunu ve senin için ne anlama geldiğini kolayca anlayabilirsin.

Sevgili ebeveynler,

Çocuğunuz çocuk ve gençlik tıbbından yetişkin tıbbına geçiyorsa (buna Transition denir), özellikle sizler önemlisiniz. Çocuğunuz artık yavaş yavaş kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenmekle karşı karşıya ve bu süreçte sizin desteğimize ihtiyacı var.

Ne yapabilirsiniz?

- ✓ Çocuğunuzun randevularını takvime not etmesine yardımcı olun. Unuttuğubir şey olduğunda nazikçe hatırlatın.
- ✓ Çocuğunuzun hekim randevularına eşlik etmekten çekinmeyin – bu ona güven verir.
- ✓ Çocuğunuz ile hekim veya sağlık uzmanı arasındaki konuşmalara katılmayın. Böylece çocuğunuz kendi sorularını sormayı ve kararlarını vermeyi öğrenir.
- ✓ Hastalık ve önemli konular hakkında konuşun – örneğin beslenme, fiziksel aktivite veya ilaçlar. İlgigösterin ve çocuğunuzun kendi yolunu bulması için ona özerklik tanıyın.

İçindekiler

1. Bu hasta kılavuzunun sundukları	6
1.1 Kılavuz nedir?.....	6
1.2 Kılavuzlara neden güvenilebilir?	6
1.3 Güçlü ve zayıf tavsiyeler nedir?	6
2. Kılavuzun konusuna giriş	7
2.1 Transition (Geçiş) nedir?.....	7
2.2 Obezite nedir?	7
2.3 Obezitede Transition (geçiş) neden önemlidir?.....	7
2.4 Sağlık konularında kime güvenebilirsiniz?	7
2.5 Pediatri ve yetişkin tıbbı arasındaki farklar nelerdir?.....	8
3. Transition (Geçiş) için tavsiyeler	9
3.1 Eğitimler ve atölye çalışmaları.....	10
3.2 Uzun vadeli danışmanlık hizmetleri.....	10
3.3 Transition (Geçiş) programları ve vaka yönetimi.....	11
3.4 App ve web tabanlı hizmetler.....	12
3.5 Randevu hatırlatmaları	12
3.6 Yeni hekimle tanışma.....	13
3.7 Hekimin seninle konuşması gereken konular.....	13
3.8 Düzenli muayeneler.....	15
4. Transition (Geçiş) için kontrol listesi.....	17
5. Hakların.....	17
6. Kendi kendine yardım kuruluşları ve sosyal destek olanakları	18
7.Sözlük.....	19

1. Bu hasta kılavuzunun sundukları

Bu hasta kılavuzu, çocuk ve gençlik tıbbından yetişkin tıbbına geçiş sürecinde olan obez gençler ve genç yetişkinler ile ebeveynleri veya velilerine yöneliktir. Bu geçişin nasıl iyi bir şekilde hazırlanıp desteklenebileceğine dair bilgiler ve tavsiyeler sunmaktadır.

1.1 Kılavuz nedir?

Kılavuz, hastalıkların tedavisi için tavsiyeler içerir. Uzmanlar tarafından geliştirilir ve bilimsel bulgular ile pratik deneyimlere dayanır. Bu hasta kılavuzu, obezitede Transition (geçiş) için tıbbi kılavuzu genel olarak anlaşılabilir bir dile çevirir.

1.2 Kılavuzlara neden güvenilebilir?

Kılavuzlar, güncel bilimsel bulgulara dayanan uzman tavsiyeleridir. Kılavuzlar, hekimlerin hastaları için en uygun tedaviyi bulmalarına yardımcı olur. Kılavuzlar düzenli olarak gözden geçirilip güncellenir, bu sayede bilgilerin güvenilir ve doğru olduğundan emin olabilirsiniz. Kılavuzlar sana yol gösterir ve hasta haklarını daha iyi anlamana yardımcı olur.

1.3 Güçlü ve zayıf tavsiyeler nedir?

Kılavuzdaki bazı tavsiyeler çok önemlidir ve mutlaka uygulanmalıdır – bunlara güçlü tavsiyeler denir. Bu tavsiyeler, birçok güvenilir araştırmaya dayanır ve oldukça etkili olduğu kanıtlanmıştır. Zayıf tavsiyeler ise daha çok birer öneri niteliğindedir, çünkü bilimsel dayanakları henüz net değildir veya birden fazla iyi seçenek mevcuttur. Hekimin sana en uygun olan tavsiyeyi açıklayabilir. Böylece birlikte doğru kararı verebilirsiniz.

2. Kılavuzun konusuna giriş

2.1 Transition (Geçiş) nedir?

Transition (Geçiş), obezite gibi kronik bir hastalığı olan gençlerin çocuk ve gençlik tıbbından yetişkin tıbbına planlı geçişini ifade eder. Bu geçiş, tedavinin yetişkinlikte de kesintisiz bir şekilde devam edebilmesi için önemlidir.

2.2 Obezite nedir?

Obezite, aşırı kiloluluk için kullanılan tıbbi terimdir. Birçok farklı nedeni olan ve diğer hastalıkların riskini artıran *kronik hastalıktır*. Obezite, *vücut kitle indeksi (Body Mass Index, BMI)* ile belirlenir.

2.3 Obezitede Transition (geçiş) neden önemlidir?

Obezitenin tedavisi çocuk ve gençlik tıbbı ile yetişkin tıbbında farklılık gösterir. Farklı tedavi seçenekleri, ilaçlar ve tavsiyeler mevcuttur. Gençlerin ve genç yetişkinlerin iyi *tedavi/bakım* alabilmeleri için, sağlığının sorumluluğunu üstlenmeleri önemlidir.

2.4 Sağlık konularında kime güvenebilirsiniz?

Hekimler ve tanınmış bir eğitim ve sertifikaya sahip diğer uzmanlar, tıbbi tavsiyelere uymak zorundadırlar – onlar sağlığın için neyin faydalı olduğunu ve sana neyin iyi geldiğini bilirler. Dikkat: “koç”, “beslenme danışmanı” veya “kişisel antrenör” gibi terimler Almanya'da koruma altında değildir. Herkes bu unvanları kullanabilir – eğitim almamış olsa bile. Bu kişilerin çoğu güncel bilimsel standartlara göre çalışmamaktadır. Niyetleri iyi olabilir, ancak sana yardımcı olmak yerine zarar verebilecek yanlış tavsiyelerde bulunabilirler.

2.5 Pediatri ve yetişkin tıbbı arasındaki farklar nelerdir?

Çoğu çocuk ve genç, çocuk ve gençlik tıbbına gider. Buna *pediatri* denir – çocuk ve gençlik tıbbı için zor bir kelime.

18. yaşını doldurduğunda yetişkin tıbbına geçmelisin. Artık yetişkinlere özel uzmanlık sahibi hekimler tarafından tedavi edileceksin.

Ancak bazı çocuklar ve gençler daha erken yaşlarda *aile hekimine* başvururlar. Bu durum, örneğin tüm ailenin aynı hekime gitmesi veya yakınarda çocuk ve gençlik tıbbı olmaması gibi durumlarda ortaya çıkar. Bu hekimler çocuklar için özel olarak eğitilmemişlerdir, ancak yine de seni iyi bir şekilde tedavi edebilirler.

Aşağıdaki tabloda çocuk/gençlik ve yetişkin tıbbı arasındaki bazı farklar özetlenmiştir.

Pediatri Çocuk ve gençlik tıbbı	Yetişkin tıbbı 18 yaş ve üstü kişiler için tıp
- Bekleme odaları genellikle renkli ve çocuklar için uygundur	- Bekleme odaları oldukça sade ve sessizdir
- Hekimler sabırlıdır ve her şeyi ayrıntılı olarak açıklar	- Hekimle neyi konuşmak istediğine sen karar verirsin
- Ebeveynlerin genellikle yanında olup yardımcı olurlar	- Ebeveynlerin genellikle yanında bulunmazlar
- Genellikle farklı uzmanlardan oluşan bir ekip vardır	- Ek hastalıkların varsa, başka uzman hekimlere yönlendirilirsin

3. Transition (Geçiş) için tavsiyeler

Bu kılavuzda, en iyi tıbbi bakımı almana yardımcı olacak tavsiyeler bulunur. Bu tavsiyelerin güvenilir olması için iki önemli ilkeye dayanarak hazırlanmıştır:

- Kanıtla dayalı tavsiyeler (#1 - #8): Uzmanlar en son bilimsel çalışmalarını dikkatlice inceler ve hangi tedavinin özellikle etkili olduğunu araştırır. Araştırmalar ne kadar iyi olursa, tavsiye de o kadar güçlü olur.
- Oybirliğine dayalı tavsiyeler (#9 - #15): Bir konu hakkında yeterli bilimsel çalışma bulunmadığında, uzmanlar bir araya gelir ve en iyi yöntemin ne olduğu konusunda oy birliği ile karar verir.

Tüm tavsiyeler bir kanıt derecesi ve bir tavsiye derecesine sahiptir. Kanıt derecesi, tavsiyenin bilimsel çalışmalarla ne kadar iyi desteklendiğini gösterir. Yüksek kaliteli çalışmalar, güçlü bir temel anlamına gelir. Obezitede Transitiona (geçişe) ilişkin henüz spesifik çalışmalar bulunmadığından, tüm kanıtla dayalı tavsiyelerin kanıt derecesi çok düşüktür.

A, B veya 0 tavsiye derecesi, bir tavsiyenin ne kadar acil olarak uygulanması gerektiğini belirtir.

Derece	Derecelendirme	Basit açıklama
A	„Yapılmalıdır” (mutlak tavsiye)	Bu tavsiye çok önemlidir ve araştırmalarla da kanıtlanmıştır. Kesinlikle uygulanmalıdır.
B	„Mümkün olduğunca yapılmalıdır” (tavsiye)	Bu tavsiye mantıklı ve yararlıdır, ancak A derecesi kadar güçlü değildir.
0	„Yapılabilir” (isteğe bağlı tavsiye)	Tavsiye açık bir tavsiye niteliğindedir. Duruma göre uygulanabilir, ancak uygulanması zorunlu değildir.

Bu dereceler, hekimlerin ve uzmanların doğru kararlar almasına – ve sana uygun tedaviyi sunmasına yardımcı olur.

3.1 Eğitimler ve atölye çalışmaları

Obez gençler, yetişkinliğe adım atarken birçok değişiklikle karşı karşıya kalırlar. Onlara bu süreçte yardımcı olmak için gençlere yönelik eğitimler düzenlenmektedir. Bu kısa atölye çalışmalarında, hastalıklarıyla daha iyi başa çıkmayı ve özellikle hastalıkları açısından yetişkin hayata hazırlanmayı öğrenirler.

Ayrıca, meslek seçimi, doğum kontrolü ve ileride çocuk sahibi olma isteği gibi konularda nelere dikkat edilmesi gerektiği de konuşuluyor. Burada önemli olan, kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenmek ve aktif olarak karar alma sürecine katılmak.

Öz yönetim, geçiş hazırlığı ve becerisini ile hasta aktivasyonunu geliştirmek için, obez gençlere ve gerekirse ebeveynlerine, yetişkin yaşamına ve yetişkin tıbbına geçiş için özel olarak hazırlanacakları kompakt eğitimler sunulmalıdır. (Tavsiye #1, Kanıt derecesi: çok düşük, Tavsiye derecesi B)

Gerekirse, ebeveynler de eğitimlere katılabilirler, böylece bu önemli dönemde çocuklarına destek olabilirler.

3.2 Uzun vadeli danışmanlık hizmetleri

Obez gençlerin hastalıklarıyla daha iyi başa çıkabilmeleri için, uzun bir süre boyunca (genellikle birkaç ay) devam eden özel eğitimler ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu danışmanlık hizmetleri, gençlerin bireysel sorularına göre şekillendirilebilir. Hastalığı daha iyi anlamalarına ve sağlığını koruyacak kararlar almalarına yardımcı olur.

Ayrıca, çocuk ve gençlik tıbbından yetişkin tıbbına geçişin iyi bir şekilde hazırlanmasına da destek olurlar. Gençler, tedavileri konusunda sorumluluk almayı ve yetişkin tıbbında güven içinde yolunu bulmayı öğrenmelidir.

Obez gençler için tedaviye eşlik eden, uzun vadeli, *ihtiyaç odaklı* eğitim ve danışmanlık hizmetleri, hastalığa ilişkin *öz yönetimi* ve *geçiş hazırlığı ve becerisini* geliştirmek amacıyla uygulanmalıdır. (Tavsiye #2, Kanıt derecesi: çok düşük, Tavsiye derecesi A)

3.3 Transition (Geçiş) programları ve vaka yönetimi

Bazı durumlarda, obez gençler çocuk/gençlik tıbbından yetişkin tıbbına geçişi başarılı bir şekilde gerçekleştirmek için daha fazla desteğe ihtiyaç duyar. Bunun için, uzun vadede yardımcı olan ve birkaç bölümden oluşan özel programlar mevcuttur.

Bu programlar, gençlerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını iyileştirmeye katkıda bulunabilir. Programlar, etkilenen kişilerin kendilerini güvende ve iyi desteklenmiş hissetmeleri için bireysel olarak uyarlanabilen çeşitli hizmetler sunar.

Obez gençler için, *somatik ve psikolojik sonuçları* iyileştirmek amacıyla, birden fazla *bölümden* oluşan kompleks geçiş programları düşünülebilir. (Tavsiye #3 Kanıt derecesi: çok düşük, Tavsiye derecesi 0)

Bu programların önemli bir parçası *vaka yöneticileri* veya *Transition (geçiş) koordinatörleri* olabilir.

Bu uzmanlar, gençleri uzun bir süre boyunca destekler, yetişkin tıbbında yolunu bulmalarına yardımcı olur ve düzenli olarak tıbbi bakım almalarını sağlar. Bu sayede, gençlerin ileride de sağlıklarına özen gösterme ve tedavilerini yarıda bırakmama olasılığı artar.

Obez gençlere, yetişkinlikte düzenli tıbbi bakım alma olasılığını artırmak için uzun vadeli, yapılandırılmış bir destek (örneğin bir Transition (geçiş) koordinatörü veya vaka yöneticileri tarafından) sağlanmalıdır. (Tavsiye #8, Kanıt derecesi: çok düşük, Tavsiye derecesi B)

3.4 App ve web tabanlı hizmetler

Obezite sorunu olan gençlerin hastalıklarını daha iyi yönetmelerine yardımcı olmak için, uzmanlar tarafından geliştirilen ve test edilen uygulamalar veya web siteleri kullanılabilir. Bu dijital uygulamalar, beslenme, egzersiz veya hekim randevularının planlanması gibi konularda destek sağlar.

Bu tür uygulamaların kullanımı, gençlerin kendi sağlıklarını aktif olarak korumalarına ve tedavilerini daha iyi takip etmelerine yardımcı olabilir.

Obez gençlerin öz yönetimini iyileştirmek için, onaylanmış web veya app tabanlı uygulamaların kullanımı desteklenmelidir. (Tavsiye #4, Kanıt derecesi: çok düşük, Tavsiye derecesi B)

Ancak bazı *dijital uygulamalar* çok az işlev sunmaktadır, örneğin *tedavi ekibi* ile iletişim kurmak için kullanılan sohbet uygulamaları gibi. Bu tür uygulamalar tek başına fiziksel sağlığı ve refahı iyileştirmeye yardımcı olmaz.

Bu nedenle, bu tür sınırlı dijital uygulamalardan kaçınılması ve bunun yerine tedavi ve öz yönetimde aktif destek sağlayabilecek daha kapsamlı uygulamalar veya programlar kullanılması önerilir.

Somatik veya psikososyal parametrelerin iyileştirilmesi için içerik açısından çok sınırlı dijital uygulamalardan kaçınılmalıdır (örneğin, yalnızca tedavi ekibiyle iletişim için kullanılan uygulamalar). (Tavsiye #5, Kanıt derecesi: çok düşük, Tavsiye derecesi B)

3.5 Randevu hatırlatmaları

Obez gençlerin hekim randevularını unutmamaları için hatırlatmalar yardımcı olabilir – örneğin e-posta, SMS veya app bildirimleri ile. Bu küçük hatırlatmalar, randevuların zamanında yerine getirilmesini ve tıbbi tedavinin düzenli olarak yapılmasını sağlar.

Obez gençlerin randevularına daha iyi uymaları için randevu hatırlatmaları ve gerekirse randevu takibi kullanılmalıdır. (Tavsiye #6, Kanıt derecesi: çok düşük, Tavsiye derecesi B)

3.6 Yeni hekimle tanışma

Çocuk/gençlik tıbbından yetişkin tıbbına geçiş, obez gençler için büyük bir değişiklik olabilir. Bu geçişi kolaylaştırmak için, gençlerin gelecekteki hekimleriyle önceden tanışmaları, yani çocuk ve gençlik tıbbında tedavi görürken tanışmaları yararlı olabilir.

Bu, örneğin gençlerin sorularını sorma ve yeni hekimleriyle tanışma fırsatı buldukları ortak muayene saatleri ile gerçekleştirilebilir. Böylece kendilerini daha güvende hissedebilirler ve geçiş sürecini daha kolay aşabilirler.

Yetişkin tıbbına *transfer oranını* artırmak için, obez gençlerin pediatrik tedavi aşamasında, devam tedavisini üstlenecek hekimlerle tanışmaları düşünülebilir (örneğin ortak muayene saatleri kapsamında). (Tavsiye #7, Kanıt derecesi: çok düşük, Tavsiye derecesi 0)

Ayrıca, yetişkin tıbbında ilk randevuyu çocuk ve gençlik hekiminde almak da mantıklı olabilir. Böylece geçişin sorunsuz gerçekleşmesi ve tıbbi bakımın kesintisiz devam etmesi sağlanır.

Obez gençler için tedaviye devam edecek hekimlerin seçimi ve ilk randevunun pediatri *ortamında* alınması, yetişkin tıbbına daha iyi bir geçiş için düşünülebilir. (Tavsiye #9, Tavsiye derecesi 0)

3.7 Hekimin seninle konuşması gereken konular

Obez gençler yetişkinliğe adım attıklarında, onları ilgilendiren birçok önemli konu bulunmaktadır. Bunlar arasında uyku alışkanlıkları, medya tüketimi, cinsellik, aile planlaması ve alkol, nikotin veya diğer maddelerle başa çıkma gibi konular yer almaktadır.

Tedavi ekibi, bu konular hakkında onlarla konuşmalı, böylece bilgilendirilmiş olurlar ve doğru kararlar verebilirler. Böylece, güvenli ve özerk bir şekilde yetişkin hayatına başlamak için gerekli bilgileri edinirler.

Obez gençlerin Transition (geçiş) sürecinde, cinsellik, aile planlaması, uyku-uyanıklık ritmi, stres yönetimi, medya ve madde kullanımı gibi konular ve bunların hastalık ve tedavi ile etkileşimi tedavi ekibi tarafından ele alınmalı ve gerekirse danışmanlık olanakları gösterilmelidir. (Tavsiye #10, Tavsiye derecesi B)

Obezitenin tanı ve tedavisi için iki farklı kılavuz vardır: biri çocuklar ve gençler için, diğeri yetişkinler için. Obez gençler yetişkin tıbbına geçtiğinde, bazı tedavi tavsiyeleri değişir. Bu nedenle, beslenme, egzersiz veya olası ilaçlar ve ameliyatlara gibi konularda farklılıklar hakkında iyi bilgilendirilmeleri gerekir.

Bu, tedavilerini daha iyi anlamalarına ve sağlıklarıyla ilgili kararları kendileri vermelerine yardımcı olur. Böylece yetişkinlikte ihtiyaçlarına en uygun tedaviyi bulabilirler.

Obez gençlere, gençlik ve yetişkin tıbbı arasındaki tedavi tavsiyelerindeki farklılıklar hakkında bilgi verilmelidir (beslenme, egzersiz, ilaç ve ameliyat seçenekleri gibi). (Tavsiye #11, Tavsiye derecesi B)

Obez gençlerin başka hastalıkları da varsa, yetişkin tıbbına geçiş sürecinde tıbbi bakımları değişebilir. Bu nedenle, gelecekte hangi *uzman hekimler* tarafından tedavi edilecekleri ve tedavilerinin değiştirilmesi gerekip gerekmediği konusunda erken bilgilendirilmeleri gerekir.

Böylece değişikliklere daha iyi uyum sağlayabilir ve tedavilerini sorunsuz bir şekilde sürdürebilirler.

Obezite ve mevcut komorbiditeleri olan gençler, değişen uzman hekimlik hizmetleri ve geçiş sürecinde olası bireysel tedavi değişiklikleri konusunda bilgilendirilmelidir. (Tavsiye #12, Tavsiye derecesi B)

3.8 Düzenli muayeneler

Obez gençlerin obezitenin yanı sıra başka fiziksel hastalıkları da olabilir veya psikolojik rahatsızlıklar geliştirebilirler. Bu nedenle, bu tür hastalıkları erken teşhis edebilmek ve tedavi edebilmek için düzenli olarak muayene edilmeleri önemlidir.

Bunun için, teşhis güvenilir olması için kanıtlanmış tıbbi testler kullanılmalıdır. Böylece her bireyin kendine uygun tedaviyi alması sağlanabilir.

Obez gençler, somatik ve psikolojik komorbiditeler açısından düzenli olarak taranmalıdır; bu taramalar mümkün olduğunca yerleşik tanısal değerlendirme yöntemleri kullanılarak yapılmalıdır. (Tavsiye #13, Tavsiye derecesi B)

Obez gençlere ayrıca psikolojik veya sosyal sorunları olup olmadığı da sorulmalıdır. Böylece sorunları olduğunda hızlı bir şekilde yardım alabilirler ve uzmanlarla görüşmeler veya diğer yardım hizmetleri yoluyla ihtiyaç duydukları desteği alabilirler.

Olası veya mevcut psikososyal zorlukları, bireysel olanakları ve destekleyici faktörleri erken aşamada tespit etmek için, obez gençlere düzenli olarak bu konuda sorular sorulmalıdır. (Tavsiye #14, Tavsiye derecesi B)

Obez gençlere, okul, iş ve boş zaman etkinliklerine ne kadar katılabildikleri düzenli olarak sorulmalıdır. Böylece, bu konuda herhangi bir zorluk olup olmadığı ve onlara nasıl daha iyi destek olunabileceği tespit edilebilir.

Ayrıca, sosyal katılımlarını geliştirmek için hangi imkânların mevcut olduğu konusunda da bilgilendirilmelidirler. Toplumsal hayata aktif olarak katılmalarına ve destek almalarına yardımcı olabilecek özel yardım hizmetleri ve kendi kendine yardım grupları bulunmaktadır.

Obez gençlerin eğitim, iş ve boş zaman alanlarında katılım fırsatlarına ilişkin durum değerlendirmesi düzenli olarak yapılmalıdır. İlgili kişiler, katılımın teşvik edilmesine yönelik olanaklar ve obeziteyle mücadele derneklerinin

sunduğu hizmetler hakkında bilgilendirilmelidir. (Tavsiye #15, Tavsiye derecesi B)

4. Transition (Geçiş) için kontrol listesi

Çocuk hekimi muayenehanesindeki son randevular

- Son muayene, güncel bulgular ve tedavi tavsiyeleri dahil
- Yetişkinlerde uzman hekimlik yapıları hakkında bilgilendirme
- Yetişkinlerde tedavi tavsiyelerindeki farklılıklar hakkında bilgilendirme
- Transition (Geçiş) programlarına katılım imkanlarını görüşmek
- Transition (Geçiş) veya öz yönetim becerilerinin geliştirilmesi konusunda eğitim talep etme
- Hastalık yönetimi için test edilmiş app veya web uygulamaları hakkında bilgi edinme
- Sosyal ve mali sorunlar durumunda destek olanakları hakkında bilgi edinme

Yetişkin tıbbında ilk randevular

- Düzenli kan tahlilleri ve fiziksel ve psikolojik eşlik eden hastalıkların erken teşhisi
- Mesleki gelecek ve sosyal katılım fırsatları hakkında görüşme
- Doğum kontrolü ve aile planlaması hakkında görüşme
- Randevu hatırlatma olanakları hakkında bilgi alma

5. Hakların

18 yaşını doldurduktan sonra da iyi tıbbi bakım alma hakkına sahipsin. İsteklerini ve sorularını tedavi ekibinle paylaş. Transition (Geçiş) süreci, kendini iyi ve güvende hissedeceğin şekilde düzenlenmelidir.

2013 yılından beri Almanya'da, haklarını ayrıntılı olarak belirleyen bir yasa yürürlüktedir. Daha fazla bilgiyi burada bulabilirsin: www.patientenbeauftragter.de/patientenrechte

Hakların:

- Serbest hekim seçimi – Hekimini kendin seçebilirsin.
- Açık bilgiler – Hekimin sana her şeyi anlaşılır bir şekilde açıklamak zorundadır.
- Veri koruma – Sağlık verilerin korunmaktadır.
- Gizlilik – 15. yaş gününden itibaren, hakkındaki bilgilerin kimlere verilebileceğine karar verebilirsin.
- Özerklik – Hangi tedavileri kabul edip reddedeceğine sen karar verirsin.
- Şikayet – Bir şeylerin yolunda gitmediğini düşünürsen şikayet edebilirsin.

Ek haklar:

- İyi muamele – Tıbbi bakım yüksek kaliteli ve güvenilir olmalıdır.
- Belgeleme – Muayeneler düzgün bir şekilde organize edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- Tanı sonuçlarını görme – Tıbbi belgelerini (örn. hekim mektupları) görebilir ve kopyalarını alabilirsin.
- İkinci görüş – Başka bir hekime danışarak onun görüşünü alabilirsin. Önceden sağlık sigortanla hangi masrafların karşılanacağını netleştir.

6. Kendi kendine yardım kuruluşları ve sosyal destek olanakları

Adipositas Verband Deutschland e.V., www.adipositasverband.de

AdipositasHilfe Deutschland e.V., www.adipositas-selbsthilfe.de

7. Sözlük

aile hekimi

Hastalandığında ilk başvurduğun hekim – genellikle tüm aile için.

atölye çalışmaları

Bir şeyler öğrendiğin veya pratik yaptığın toplantılar veya etkinlikler – örneğin beslenme veya öz yönetim konulu.

bölüm

Bir programın veya tedavinin tek tek parçaları veya yapı taşları – örneğin egzersiz, beslenme, görüşmeler.

dijital uygulamalar

Sağlığın için sana yardımcı olan programlar veya app'ler – örneğin planlama, hatırlatma veya bilgi verme.

ihtiyaç odaklı

Sana en uygun şekilde – ihtiyaçlarına göre.

kanıta dayalı

Tavsiye veya tedavi, bilimsel çalışmalara dayanmaktadır ve iyi araştırılmıştır.

katılım

Önemli konularda katılım sağlayabilirsin – örneğin okulda, boş zamanlarında veya tedavinde.

komorbiditeler

Asıl hastalığa ek olarak ortaya çıkan diğer hastalıklar – örneğin obezitede yüksek tansiyon.

kronik hastalık

Uzun süre devam eden veya tekrar tekrar ortaya çıkan bir hastalık – örneğin obezite veya diyabet.

olanaklar

Sana yardımcı olabilecek şeyler – örneğin, ailenin desteği, bilgi, zaman veya yardım teklifleri.

ortam

Bir şeyin gerçekleştiği yer veya çerçeve – örneğin okul, hekim muayenehanesi veya ev.

oybirliğine dayalı

Tavsiye, uzmanlar tarafından ortaklaşa kararlaştırılmıştır – herkes aynı fikirdedir.

öz yönetim

Hastalığınla ilgilenmeyi öğrenirsin – örneğin randevuları planlamak, ilaçları almak, sağlıklı yaşamak.

pediatri

Çocuk ve gençlik tıbbı için zor bir kelime.

psikolojik sonuçlar

Ruhsal veya duygusal durumunu gösteren sonuçlar – örneğin, kendini daha iyi hissedip hissetmediğin.

sağlığını koruyacak

Sağlığına iyi gelen şey – örneğin egzersiz, sağlıklı beslenme veya dinlenme.

somatik sonuçlar

Vücudunun durumunu gösteren sonuçlar – örneğin kilo, tansiyon veya fiziksel kondisyon.

tanısal değerlendirme yöntemi

Uzmanların sağlık durumunu belirlemek için kullandıkları belirli bir prosedür veya test.

tedavi / (tıbbi) bakım

İhtiyacın olan yardımı, tedaviyi ve bakımı alabilirsin – örneğin hekimler veya terapistler tarafından.

tedavi ekibi

Tedavin için bir araya gelen uzmanlardan oluşan bir grup – örneğin hekimler, terapistler ve danışmanlar.

teşhis

Uzmanlar tarafından yapılan muayene sonrasında, hangi hastalığa sahip olduğunun kesin olarak belirlenmesi.

transition (geçiş) hazırlığı ve becerisi

Anlamı: Sağlığın konusunda sorumluluk almaya hazır ve muktedir olman.

transition (geçiş) koordinatörü

Çocuk/gençlik tıbbından yetişkin tıbbına geçişinde sana yardımcı olan ve her şeyi iyi organize eden kişi.

transfer oranı

Çocuk/gençlik tıbbından yetişkin tıbbına başarılı bir şekilde geçiş yapan gençlerin sayısını gösterir.

hasta aktivasyonu

Kendi sağlığıyla ilgilenmen ve aktif olarak katılım göstermen teşvik edilir.

uzman hekimler

Belirli bir alanda uzmanlaşmış hekimler – örneğin çocuk hastalıkları veya beslenme tıbbı.

vaka yönetimi / vaka yöneticisi

Sana eşlik eden ve doğru tedaviyi bulmana ve her şeyi iyi organize etmene yardımcı olan kişi.

vücut kitle indeksi (Body Mass Index, BMI)

Vücut ağırlığının boyuna oranının normal aralıkta olup olmadığını gösteren bir sayı.