

EINFACH • STRUKTURIERT • PROFESSIONELL

IHR **ADIPOSITAS** LEITFADEN

STARTEN SIE JETZT
mit Ihrem Praxiskonzept
in die Adipositas-Therapie!



Lilly
A MEDICINE COMPANY



Adipositas – Ihr Praxiskonzept für eine ge-WICHTIGE Krankheit

Adipositas ist eine chronische Erkrankung mit teils schweren gesundheitlichen Folgen.¹⁻³ Oft benötigen Menschen mit Adipositas professionelle Hilfe, um ihr „Gesundgewicht“ zu erreichen und zu halten. Genau hier sind Sie gefragt als Expert:in mit klarer Strategie.

Dieses **Praxiskonzept** unterstützt Sie beim erfolgreichen Einstieg in die Adipositas-Therapie – selbst bei geringen Ressourcen! Fachlich fundiert, klar strukturiert und sofort umsetzbar.

Wissen, das in der Praxis sitzt

Hier finden Sie u.a. Tipps zur Beratungsstrategie, praxisorientierte Adipositas-Servicematerialien, Weiterbildungsmöglichkeiten, eine Kodierhilfe, Abrechnungs-Infos u.v.m.

Der erste Schritt? Das folgende **5A-Modell** unterstützt Sie dabei, den Behandlungsablauf zu strukturieren – egal ob in der Einzelberatung oder in spezialisierten Sprechstunden.

1. ASK ERFRAGEN/EINSCHÄTZEN

Beginnen Sie das Gespräch sensibel. Erkundigen Sie sich nach den persönlichen Hintergründen und bisherigen Abnehmversuchen.

Seit wann leben Sie bereits mit Übergewicht?

Welche Belastungen entstehen dadurch im Alltag?

Interessieren Sie sich für eine Adipositas-Behandlung?

Welche Maßnahmen wurden bisher versucht?

2. ASSESS ANAMNESE UND KLIN. UNTERSUCHUNG

Ermitteln Sie gemeinsam den Body-Mass-Index (**BMI**). Er berechnet das Verhältnis von Körpergewicht zur Körpergröße.

Eine körperliche Untersuchung (z.B. Erfassung des Taillenumfangs), eine Laborkontrolle (siehe S. 8) und eine Ermittlung von Ursachen der Erkrankung können die Anamnese unterstützen.



Online-BMI-Rechner

Übergewicht

25–
29,9 kg/m²

Adipositas Grad I

30–
34,9 kg/m²

Adipositas Grad II

35–
39,9 kg/m²

Adipositas Grad III

≥ 40 kg/m²

Vorbereitet in das Erstgespräch

Patient:innen können den Anamnesebogen vorab ausfüllen.

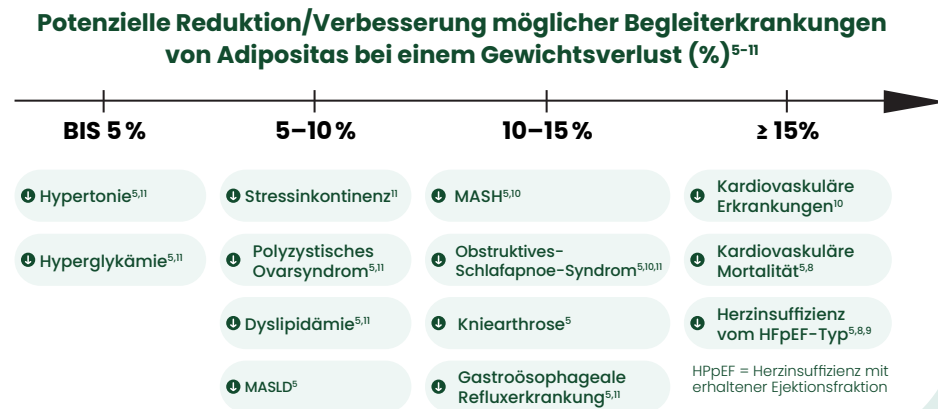


Adipositas-Anamnesebogen zum Download

3. ADVISE BERATEN

Klären Sie über das Krankheitsbild, Vorteile einer Gewichtsreduktion und mögliche Therapieoptionen auf:

Adipositas ist eine chronische Erkrankung mit vielfältigen Ursachen – darunter genetische Veranlagung, hormonelle Einflüsse und Umweltfaktoren. Eine Gewichtsreduktion kann zu zahlreichen gesundheitlichen Vorteilen führen.¹⁻⁴ **Je größer der Gewichtsverlust, desto deutlicher können die positiven Effekte patientenindividuell ausfallen:**



Es stehen für die Adipositas verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung



**Lebensstil-
veränderungen**
(Ernährung, Bewegung
und Verhalten)



**Medikamentöse
Therapie** mit
Lebensstil-
veränderungen



**Chirurgischer
Eingriff**
(z. B. Magenbypass)

4. AGREE EINIGEN

Legen Sie gemeinsam realistische, individuelle Ziele fest (kurz- und langfristig), z. B. kleine Etappenziele bei Ernährung, Bewegung und Gewicht.

5. ASSIST UNTERSTÜTZEN

Planen Sie regelmäßige Folgetermine zur Überprüfung des Fortschritts und zur Rückfallprophylaxe.

So könnte eine mögliche Betreuung aufgebaut sein:

ERSTGESPRÄCH

- Aufklärungsgespräch zur Adipositas
- Erhebung relevanter Gesundheitsparameter (z.B. Gewicht, Körpermaße, Blutbild)
- Start der multimodalen Behandlung (Ernährung, Bewegung, Verhalten)
- Aufklärung (und Start) über eine medikamentöse Therapie

**Nach
4 Wochen**

EINGANGSUNTERSUCHUNG

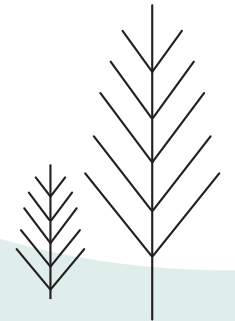
- Erhebung von körperlichen Parametern (z.B. Gewicht, Taillenumfang, BMI)
- Verschreibung Folgerezept

**Nach
4–8 Wochen**

VERLAUFSKONTROLLE

- Kontrolle relevanter Gesundheitsparameter
- Unterstützung bei Lebensstilinterventionen
- Kontinuierliche Begleitung durch medikamentöse Therapie
- Optional: Untersuchung auf erste mögliche Veränderungen von Adipositas-assoziierten Folgeerkrankungen (z. B. Diabetes, OSA, Bluthochdruck, PCOS, psychische Belastung)

**Folgetermine nach
individuellem Bedarf**



EXPERTISE SICHTBAR MACHEN

Sie können Menschen mit Adipositas über verschiedene Wege auf Ihr Praxisangebot und Ihre Adipositas-Kompetenzen aufmerksam machen. Hier finden Sie ein paar **Ideen als Inspiration:**



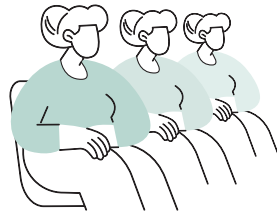
Webseiten-Hinweis

Adipositas-Behandlung als Leistungskompetenz kennzeichnen und die angebotenen Therapieoptionen neutral abbilden (z.B. Lebensstilintervention, medikamentöse Therapien).

Nennung und Bewerbung von konkreten (verschreibungspflichtigen) Arzneimitteln oder Substanzen an Laien ist rechtlich ausgeschlossen.

Wartezimmer nutzen

Poster und Aufklärungsbroschüren an der Anmeldung, im Wartezimmer oder im WC platzieren, damit Patient:innen Sie proaktiv ansprechen können. Passendes Material finden Sie auf S. 7.



Adipositas in die Praxisroutine einbauen

Patient:innen proaktiv ansprechen bei Anzeichen für Adipositas-assoziierte Begleiterkrankungen (z.B. Prädiabetes, Kniearthrose, PCOS, OSA).

Gewicht, BMI und Familienhistorie in der Anamnese von Neu-Patient:innen erfassen und in regelmäßigen Check-ups einbauen.

Interdisziplinärer Austausch

Mit Kolleg:innen aus der Region vernetzen (z.B. Ernährungsberatung), um Patient:innen interdisziplinäre Behandlung anzubieten. Zuweisende (Fach-)Ärzt:innen hinweisen, dass Sie die Adipositas behandeln.



ALLES, WAS IHRE PRAXIS FÜR DEN START BRAUCHT

Jetzt Adipositas-Servicematerialien bestellen – und sofort durchstarten!

Die Unterlagen bringen zusätzliche Struktur in Ihre Arbeit und unterstützen Sie besonders dann, wenn Praxisressourcen knapp sind.

Für das Aufklärungsgespräch



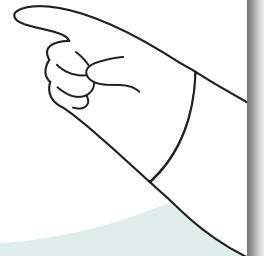
Für Ihr Wartezimmer



Für Ihre Patient:innen



Jetzt bestellen!
Das Adipositas-Starterkit für Ihre Praxis



Weiteres Servicematerial zum Downloaden



Aufklärungsblatt:
Was ist Adipositas?



Begleitinformation zum Therapiestart



ERFOLG SICHTBAR MACHEN. AUCH IM LABOR.

Labor-Hilfssparameter

Beispiel-Parameter: nach individuellem Patient:innen-Bedarf

- Kleines Blutbild
- TSH-Wert
- HbA_{1c}
- Nüchternglukose
- Gesamt-Cholesterin
- LDL-C-Wert
- Triglyzeride
- Leberwerte
- eGFR
- CRP



Die Laboruntersuchung kann als IGeL-Leistung abgerechnet werden.

Ob andere Laborwerte oder körperliche Kontrollen (z.B. BIA-Messung) im Therapieverlauf kontrolliert werden, hängt vom individuellen Patient:innen-Bedarf ab.

Weiterbildungsmöglichkeiten von Lilly



Podcast: „Adipositas: eine Erkrankung, keine Entscheidung“ mit Prof. Dr. med. Matthias Laudes, Präsident der Deutschen Adipositas-Gesellschaft.



Veranstaltungsaufzeichnungen sowie zertifizierte Online-Fortbildungen (eCMEs) finden Sie auf dem Lilly-Campus.

ICD-10-KODIERUNG

Die eindeutige Kodierung von Adipositas als chronische Erkrankung ermöglicht Patient:innen den Zugang zu interdisziplinären Therapien. Gleichzeitig schafft sie die Grundlage für eine korrekte Leistungsabrechnung.

Adipositas (immer endstellig, d. h. mit 5 Stellen zu kodieren, z. B. E66.86)	
1.–4. Stelle	Bezeichnung
E66.0-	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr
E66.1-	Arzneimittelinduzierte Adipositas
E66.2-	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation • Obesitas-Hypoventilationssyndrom (OHS) • Pickwick-Syndrom
E66.8-	Sonstige Adipositas • Krankhafte Adipositas
E66.9-	Adipositas, nicht näher bezeichnet ^a

An **1.–4. Stelle** kodieren Sie die Grunderkrankung Adipositas.

5. Stelle	Bezeichnung
0	Adipositas Grad I (WHO) bei Patientinnen oder Patienten von 18 Jahren und älter; Body-Mass-Index (BMI) von 30 bis unter 35
1	Adipositas Grad II (WHO) bei Patientinnen oder Patienten von 18 Jahren und älter; Body-Mass-Index (BMI) von 35 bis unter 40
4	Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren [...]
5	Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren [...]
6	Adipositas Grad III (WHO) bei Patientinnen oder Patienten von 18 Jahren und älter; BMI von 40 bis unter 50
7	Adipositas Grad III (WHO) bei Patientinnen oder Patienten von 18 Jahren und älter; BMI von 50 bis unter 60
8	Adipositas Grad III (WHO) bei Patientinnen oder Patienten von 18 Jahren und älter; BMI von 60 und mehr
9	Grad oder Ausmaß der Adipositas nicht näher bezeichnet ^a

An der **5. Stelle** wird das Ausmaß der Adipositas mit Hilfe der BMI-Angabe ergänzt. Mit dieser Angabe wird auch die Begründung und Notwendigkeit der eingeleiteten Maßnahme dokumentiert (z. B. medikamentöse Therapie).

SO KODIEREN
SIE RICHTIG!



ERSTATTUNG ODER SELBST ZAHLEN?

Die Erstattung ist in der Adipositas-Therapie differenziert geregelt:

Je nach Behandlung wird sie von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen oder ist eine Selbstzahlerleistung:

- **(Anteilig) Erstattet werden u. a.:** Multimodale Basistherapien, DiGAs.
- **Operative Maßnahmen** (z. B. Magenband, Schlauchmagen, Magenballon) können im Einzelfall von den Krankenkassen übernommen werden – bei entsprechender Indikation und Erfüllung aller Voraussetzungen.

Werden medikamentöse Therapien erstattet ??

NEIN ...

Obwohl die Effektivität von Adipositas-Medikamenten in Studien nachgewiesen wurde, müssen **gesetzlich Versicherte die Kosten für eine medikamentöse Behandlung i. d. R. selbst tragen**. Hintergrund: Arzneimittel zur Abmagerung, zur Zügelung des Appetits oder zur Regulierung des Körpergewichts sind nach aktueller Rechtslage von der Erstattung ausgeschlossen – siehe § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V.

... ABER

Wichtig: Auch wenn medikamentöse Therapien nicht als Regelleistung von der Krankenkasse erstattet werden, können sie trotzdem medizinisch sinnvoll oder sogar notwendig sein! Wenn Patient:innen von solch einer Behandlung profitieren können, kann diese als Selbstzahlerleistung angeboten werden.

Ob und für welche Therapien Menschen mit Adipositas Geld ausgeben, ist eine individuelle Entscheidung der Patient:innen!

Mögliche Entscheidungsfaktoren können sein: Einbindung der Therapie in den Alltag, nachgewiesene Wirksamkeit, Empfehlung des Arztes/der Ärztin ...

TRANSPARENZ BEI IGeL-ABRECHNUNGEN

Bei **IGeL-Leistungen** handelt es sich um Privat- oder Selbstzahlerleistungen. Das bedeutet: Über eine IGeL-Abrechnung werden Patient:innen solche Leistungen in Rechnung gestellt, die außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Als Grundlage dient hier i. d. R. die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).



GOÄ-Ziffern

Sie möchten IGeL-Leistungen anbieten?

Für eine transparente Umsetzung sollten vor Behandlungsbeginn u. a. folgende Unterlagen vorliegen:

- Schriftliche Vereinbarung/Vertrag zwischen Ärztin/Arzt und Patient:in inkl. transparenter Kostenaufstellung mit GOÄ-Ziffern und ggf. Honoraren
- Einwilligungserklärung & Datenschutzerklärung
- Optional: Aufklärungsbogen/Infoblatt zum Behandlungsansatz

(Bitte konsultieren Sie Ihre Steuerberatung und/oder Rechtsberatung für Abrechnungsthemen wie etwa eine korrekte Leistungsabrechnung.)

Eine spezialisierte Behandlung kann für Menschen mit Adipositas einen großen Gewinn darstellen: Statt auf sich allein gestellt zu sein, **profitieren sie von einer seriösen, strukturierten und engmaschigen Adipositas-Therapie. Ärzt:innen können sich ihre Expertise, die angefallenen Ressourcen und (Zusatz-)Leistungen entsprechend entlohnen lassen.**

IGeL-ABRECHNUNGS- BEISPIELE

BEISPIEL 1

**Anamnese, Aufklärungsgespräch, individuelle Gesundheitsunter-
suchung, Start der medikamentösen Therapie ...**

Leistung	GOÄ-Ziffer	Faktor	Betrag	Hinweis
Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Be- ratung – auch mit- tels Fernsprecher	3	2,3 (Regel- höchstsatz)	20,11 €	Leistungszeit > 10 Minuten
Untersuchung des gesamten Körpers und der Organe sowie Dokumen- tation	8	1,0	15,15 €	Erhebung des Ganzkörperstatus dokumentieren Allgemeine Untersu- chung beinhaltet z.B. Stütz- und Bewe- gungsorgane, Brust- und Bauchorgane, Haut, Gefäßstatus, sichtbare Schleim- häute, orientierende neurologische Unter- suchung

Kurzer Kontroll- und Beratungstermin

Beratung – auch mittels Fernsprecher	1	1,0	4,66 €	Leistungszeit < 10 Minuten
--	---	-----	--------	-------------------------------

Total: 39,92 €



Im **Abrechnungsguide von „Arzt & Wirtschaft“** finden Sie weitere
Tipps zur wirtschaftlichen Behandlung,
IGeL-Leistungen, möglichen GOÄ-Ziffern
und Abrechnungstipps in der Adipositas-
Therapie.



BEISPIEL 2

**Anamnese, Aufklärungsgespräch, individuelle Gesundheitsuntersuchung,
Start der medikamentösen Therapie ...**

Leistung	GOÄ-Ziffer	Faktor	Betrag	Hinweis
Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher	3	3,5 (Höchstsat)	30,60 €	Leistungszeit > 10 Minuten
Untersuchung des gesamten Körpers und der Organe sowie Dokumen- tation	8	3,5 (Höchstsat)	53,04 €	Erhebung des Ganzkörperstatus dokumentieren Allgemeine Untersu- chung beinhaltet z.B. Stütz- und Bewegungs- organe, Brust- und Bauchorgane, Haut, Gefäßstatus, sichtbare Schleimhäute, orien- tierende neurologische Untersuchung

Folgerezept, Messung Körperzustand, Administratives

Ausstellung Wiederholungs- rezept & Über- weisung, Messung Körperzustand	2	1,0	1,75 €	Leistung durch MFA
--	---	-----	--------	--------------------

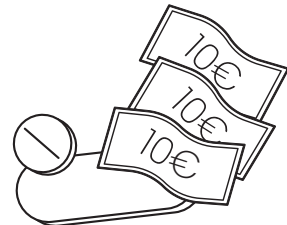
Kontrolle und kontinuierliche Betreuung

Symptombezogene Untersuchung	5	2,3 (Regel- höchstsat)	10,72 €	Körperliche Untersu- chung mit einfachen Hilfsmitteln
Beratung – auch mittels Fernsprecher	1	1,0	4,66 €	Leistungszeit < 10 Minuten

Total: 100,77 €

WICHTIGER HINWEIS: Es handelt sich hier um fiktive Abrechnungsbeispiele. Die in diesen Beispielen genann-
ten Ziffern, Sätze und Beträge basieren auf den unter abrechnungsstelle.com bereitgestellten Informationen.
Die Angaben erfolgen hier ohne Gewähr. Insbesondere wird keine Haftung für Vollständigkeit, Richtigkeit
und Aktualität dieser Informationen übernommen. Bitte konsultieren Sie Ihre Steuerberatung und/oder Ihre Rechtsbera-
tung für eine vollständige und richtige Abrechnung Ihrer Leistungen.

ADIPOSITAS HAT EINEN GEWICHTIGEN PREIS ...



DAUERKOSTEN ZUZAHLUNG

Dauerkosten, die einen schlucken lassen:

Die Adipositas verursacht **häufig höhere Kosten für Medikamente** – von Blutdrucksenkern über Cholesterinsenker bis zu Schmerzmitteln für die geplagten Gelenke.¹² Ausgaben für Zuzahlungen und Hilfsmittel können sich schnell summieren. Ganz zu schweigen von den finanziellen Einbußen aufgrund möglicher Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung.



ÜBERGRÖSSEN TEURER

Shopping-Upgrade: Wer schon mal versucht hat, schicke Klamotten jenseits der Standardgrößen zu finden, weiß: XXL steht oft für „X-tra teuer, X-tra langweilig“. Die Auswahl schrumpft, die Preise wachsen – und das T-Shirt mit dem lustigen Spruch gibt's plötzlich nur noch in Größe M. **Übergrößen sind im Schnitt 30–50 % teurer** als Standardgrößen.^{13,b}



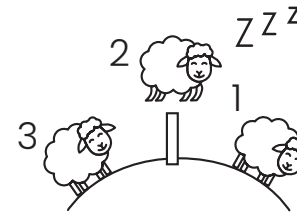
... NICHT ALLE PREISE LASSEN SICH IN EURO MESSEN!

Verlust von Lebenszeit, Lebensqualität, Einbußen bei persönlichen Chancen und Beziehungen gehen weit über das hinaus, was das „Kassenbuch“ erfassen kann.



Wenn die Krankheit das Familienalbum mitgestaltet: Knapp **jede 2. Frau mit PCOS*** lebt mit (starkem) **Übergewicht**.¹⁴ Eine mögliche Folge des PCOS: **eine verringerte Fruchtbarkeit**. Gleichzeitig berichten Männer mit Übergewicht häufiger von Erektionsproblemen.¹⁵ Der Kinderwunsch wird zur Geduldsprobe mit hohen **emotionalen Kosten**.

* Polyzystisches Ovarsyndrom.



Der gesunde Schlaf als Luxusgut: Die obstruktive Schlafapnoe (OSA) ist eine häufige Folge der Adipositas.¹⁶ OSA-Patient:innen berichten u.a. von **Schlafstörungen, Müdigkeit und Kopfschmerzen**. Während Betroffene vom gesunden Schlaf nur träumen können, gibt es – neben dunklen Augenringen – das kardiovaskuläre Risiko noch kostenlos dazu.¹⁷



VERLUST AN LEBENS- ERWARTUNG

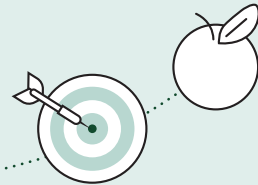
Den teuersten Preis zahlt man zum Schluss:

Während die Zahlen auf der Waage steigen, sinkt die Lebenserwartung. Je nach Schweregrad **kann die Adipositas 2–10 wertvolle Lebensjahre stehlen**.¹⁸ So haben Menschen mit Adipositas beispielsweise ein **bis zu 62%-iges höheres Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden**.¹⁹

AUF EINEN BLICK: S3-LEITLINIE ADIPOSITAS



S3-Leitlinie



Grundsätze der Behandlung

5.2: „Ziel der Gewichtsreduktionstherapie ist die langfristige Senkung des Körpergewichts, verbunden mit einer Reduktion gewichtsassoziierter Risiken und Komorbiditäten, Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung sowie Steigerung der Lebensqualität.“

5.3: „Die Therapieziele sollten **realistisch und an die individuellen Gegebenheiten** angepasst sein. Dabei sollten insbesondere Komorbiditäten, Erwartungen und Ressourcen der Patientinnen berücksichtigt werden. [...]“

5.4: „Da Adipositas als chronische Erkrankung mit hoher Rezidivneigung anzusehen ist, sollen den Patient:innen über die Phase der Gewichtsabnahme hinaus geeignete **Maßnahmen zur dauerhaften Gewichtsstabilisierung** empfohlen werden.“

5.5: „Patient:innen mit Adipositas sollten von **ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin (mit)betreut** und hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten beraten werden.“

Eine Mitbehandlung in **Einrichtungen, die auf interdisziplinäre Adipositasstherapie spezialisiert** sind, sollte bei höhergradiger Adipositas erfolgen. [...]“

Multimodale Basistherapie



5.7: „Grundlage jedes Gewichtsmanagements soll eine Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie sein. Diese Komponenten sollen unter Berücksichtigung der individuellen Situation kombiniert werden.“

Ernährung

5.11: „Um das Körpergewicht zu senken, sollte ein tägliches Energiedefizit von etwa 500–600 kcal/Tag oder alternativ ein individuell ermitteltes Energiedefizit angestrebt werden.“

Bewegung

5.19: „Zur Unterstützung einer Gewichtsabnahme sollten 30 bis 60 Minuten körperlicher Aktivität am Tag empfohlen werden.“

Verhalten

5.24: „Interventionen zur Verhaltensmodifikation sollen an die Betroffenen und ihre Situation angepasst werden.“

Pharmakotherapie



5.28: „Eine medikamentöse Therapie soll nur in Kombination mit einer multimodalen Basistherapie zur Gewichtsreduktion durchgeführt werden.“

5.29: „Eine medikamentöse Therapie kann bei einem BMI $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ (mit Orlistat ab BMI $\geq 28 \text{ kg/m}^2$) und zusätzlichen Adipositas-assoziierten Risikofaktoren und/oder Komorbiditäten bzw. mit einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ zum Gewichtserhalt (Maintenance) einer erzielten Gewichtsabnahme eingesetzt werden.“

5.30: „Der Erfolg der medikamentösen Therapie, basierend auf den individuellen Patient:innenzielen (Gewichtsabnahme oder Gewichtserhalt), soll regelmäßig evaluiert werden.“

5.31: „Die Wahl der medikamentösen Therapie soll in Abhängigkeit der Patient:innen-individuellen Therapieziele, der Verträglichkeit und Sicherheit, der Komorbiditäten, des Wirkmechanismus, der Applikation und des individuellen Ansprechens auf die Medikation getroffen werden.“

Bariatrische Chirurgie

Eine Adipositas-Chirurgie ist i. d. R. ab einem BMI von 40 kg/m^2 oder ab einem BMI von 35 kg/m^2 mit Begleiterkrankungen, nach Ausschöpfung konservativer Therapien und ausführlicher Aufklärung und Voruntersuchungen, indiziert. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Primärindikation möglich. **Mehr erfahren: S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“.**

Was machst du,
Kolleg:in?
Powered by *Leit*

ADIPOSITAS- FALLBEISPIELE:

Blicken Sie Ihren Kolleg:innen über die Schulter.

Begleiten Sie die Kolleg:innen bei der Behandlung Ihrer Patient:innen und verstehen Sie ihre Beweggründe.



UP-TO-DATE BLEIBEN



Unterstützung und Aufklärung für Ihre Patient:innen

Selbsthilfegruppen, Veranstaltungen und weitere Unterstützung für Menschen mit Adipositas bietet der Adipositas Verband Deutschland e.V.



*Achtung: Unspezifische Kodierung möglichst vermeiden! *Basiert auf einer Zusammenfassung von Marktbeobachtungen. Die Preise für Übergrößen-Kleidung sind nicht einheitlich, variieren je nach Anbieter und Produkt und Anbieter.

1. Greenway FL. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. *Int J Obes (Lond)*. 2015;39(8):1188–1196. doi:10.1038/ijo.2015.59. 2. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. What causes obesity & overweight? Reviewed 08.01.2026. <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/obesity/conditioninfo/cause>. Letzter Zugriff: Januar 2026. 3. Horn DB, Almandoz JP, Look M. What is clinically relevant weight loss for your patients and how can it be achieved? A narrative review. *Postgrad Med*. 2022;134(4):359–375. doi:10.1080/00325481.2022.2051366. 4. Albano G, Rowlands K, Baciadonna L, Coco GL, Cardi V. Interpersonal difficulties in obesity: a systematic review and meta-analysis to inform a rejection sensitivity-based model. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;107:846–861. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.09.039. 5. Garvey WT. *Endocr Pract* 2016;22(Suppl. 3):1–203. 6. Look AHEAD Research Group. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016;4:913–21. 7. Lean ME et al. *Lancet* 2018;391:541–51. 8. Benraoune F and Litwin SE. *Curr Opin Cardiol* 2011;26:555–61. 9. Sundström J et al. *Circulation* 2017;135:1577–85. 10. Garvey WT et al. *J Clin Endocrinol Metab*. 2022; 107(4):e1339–e1347. 11. Cefalu WT et al. *Diabetes Care*. 2015;38(8):1567–1582. 12. Yates N et al. *Obes Fakten* (2017) 9 (6): 397–409. <https://doi.org/10.1159/000452248>. 13. https://www.dghev.de/fileadmin/user_upload/HuW_2014_Heft_2_Thiele_Artikel.pdf 14. Glueck CJ, Goldenberg N. *Metabolism*. 2019;92:108–20. 15. Liu Y, Hu X, Xiong M, Li J, Jiang X, Wan Y, Bai S, Zhang X. Association of BMI with erectile dysfunction: A cross-sectional study of men from an andrology clinic. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023 Mar 30;14:1135024. doi: 10.3389/fendo.2023.1135024. PMID: 37065736; PMCID: PMC10101565. 16. Xia Y, et al. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(3):402. 17. Fitch AK, Bays HE. *Obes Pillars*. 2022;1:1000004. 18. Mathias, D. (2018). Übergewicht und Sterberisiko. In: Fit und gesund von 1 bis Hundert. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56307-6_48. 19. Luo, H., Liu, Y., Tian, X. et al. Association of obesity with cardiovascular disease in the absence of traditional risk factors. *Int J Obes* 48, 263–270 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41366-023-01408-z>.