

Entwicklungen in der Behandlung der Adipositas

***GLP1-Agonisten: der medikamentöse
Gamechanger?***

Was Hausärzt:innen wissen sollten

Dr. med. Stefan Zechmann

Allgemeine Innere Medizin/ Praktischer Arzt FHM

Endokrinologie/ Diabetologie FMH

Hintere Gärten 8/ 8555 Müllheim

stefan.zechmann@hin.ch

Conflict of interest

Vortragshonorare von Novo Nordisk® und Menarini®

Dieser Vortrag wurde nicht gesponsert.



Lebensstiloptimierung

- Ernährung
- körperliche Aktivität
- mentale Gesundheit

stellt eine grundlegende Säule der Behandlung von Menschen mit Adipositas dar

Wie bei den meisten anderen chronischen Erkrankungen

The NEW ENGLAND
JOURNAL *of* MEDICINE

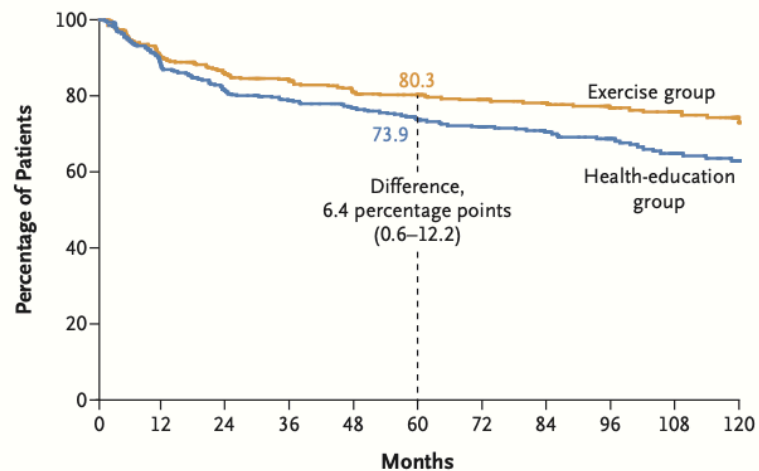
ESTABLISHED IN 1812

JULY 3, 2025

VOL. 393 NO. 1

Structured Exercise after Adjuvant Chemotherapy
for Colon Cancer

A Disease-free Survival



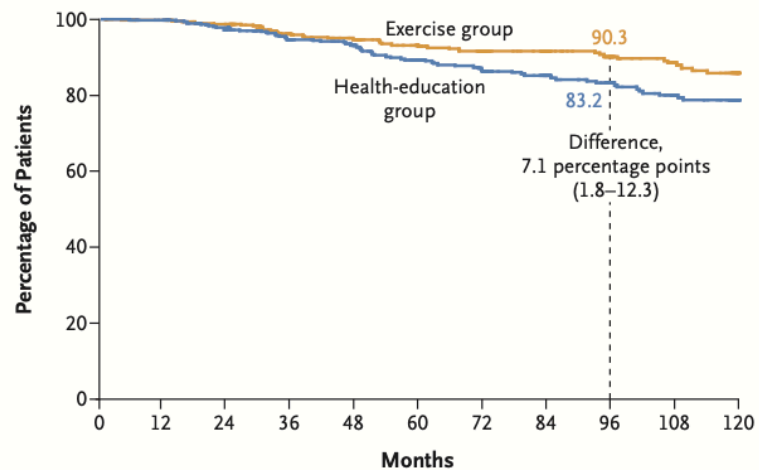
	Total Patients	Patients with Disease Recurrence, New Primary Cancer, or Death <i>no.</i>
Exercise Group	445	93
Health-Education Group	444	131

Hazard ratio, 0.72 (95% CI, 0.55–0.94)
2-sided P=0.02

No. of Patients

Exercise group	445	378	336	301	278	254	229	190	159	119	58
Health-education group	444	374	326	295	272	239	213	178	142	107	53

B Overall Survival



	Total Patients	Patients Who Died <i>no.</i>
Exercise Group	445	41
Health-Education Group	444	66

Hazard ratio, 0.63 (95% CI, 0.43–0.94)

No. of Patients

Exercise group	445	428	397	349	331	298	267	225	188	141	71
Health-education group	444	431	394	359	335	294	260	218	176	134	59



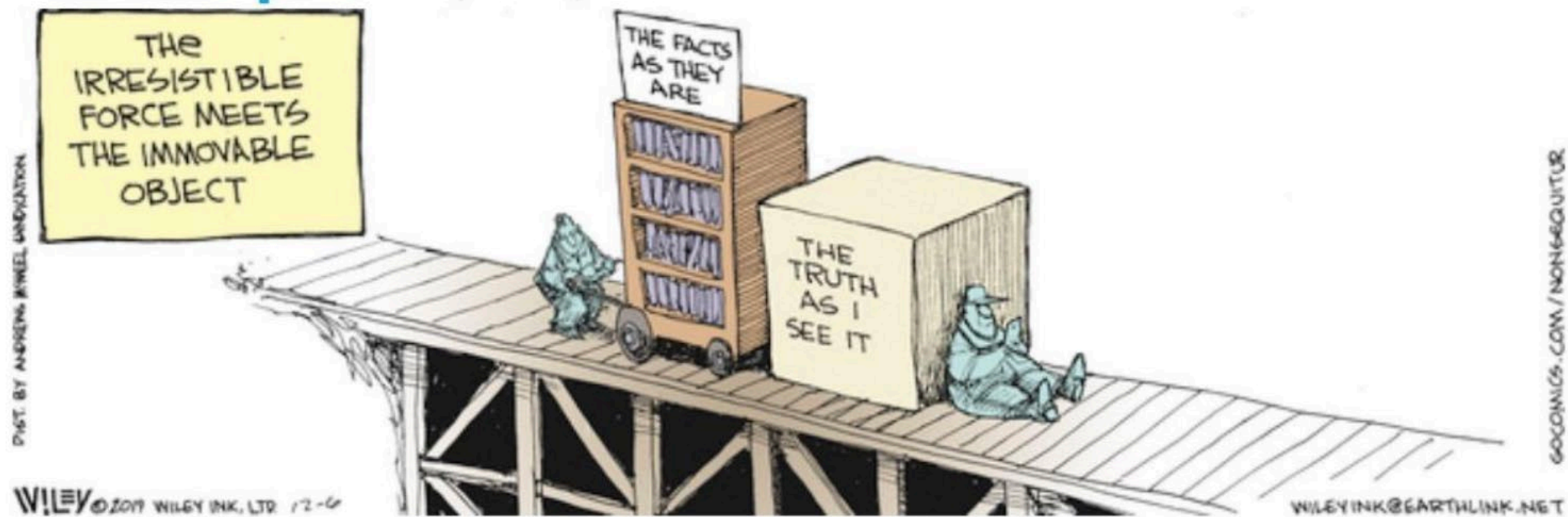
Lebensstiloptimierung

- Ernährung
- körperliche Aktivität
- mentale Gesundheit

stellt eine grundlegende Säule der Behandlung von Menschen mit Adipositas dar

Wie bei den meisten anderen chronischen Erkrankungen

In den meisten Fällen reicht es jedoch nicht aus, klinische Adipositas allein mit Lebensstilmaßnahmen ausreichend effektiv zu behandeln



PHOT. BY ANDREW KWEL UNIKATION

GOCOMICS.COM/NON-REGUITOR

WILEY © 2019 WILEY INK, LTD. 12-6

WILEYINK@EARTHLINK.NET

Daher sollten/ können/ müssen diese im klinischen Alltag
durch

Metabolisch-bariatrische Operationen

sowie

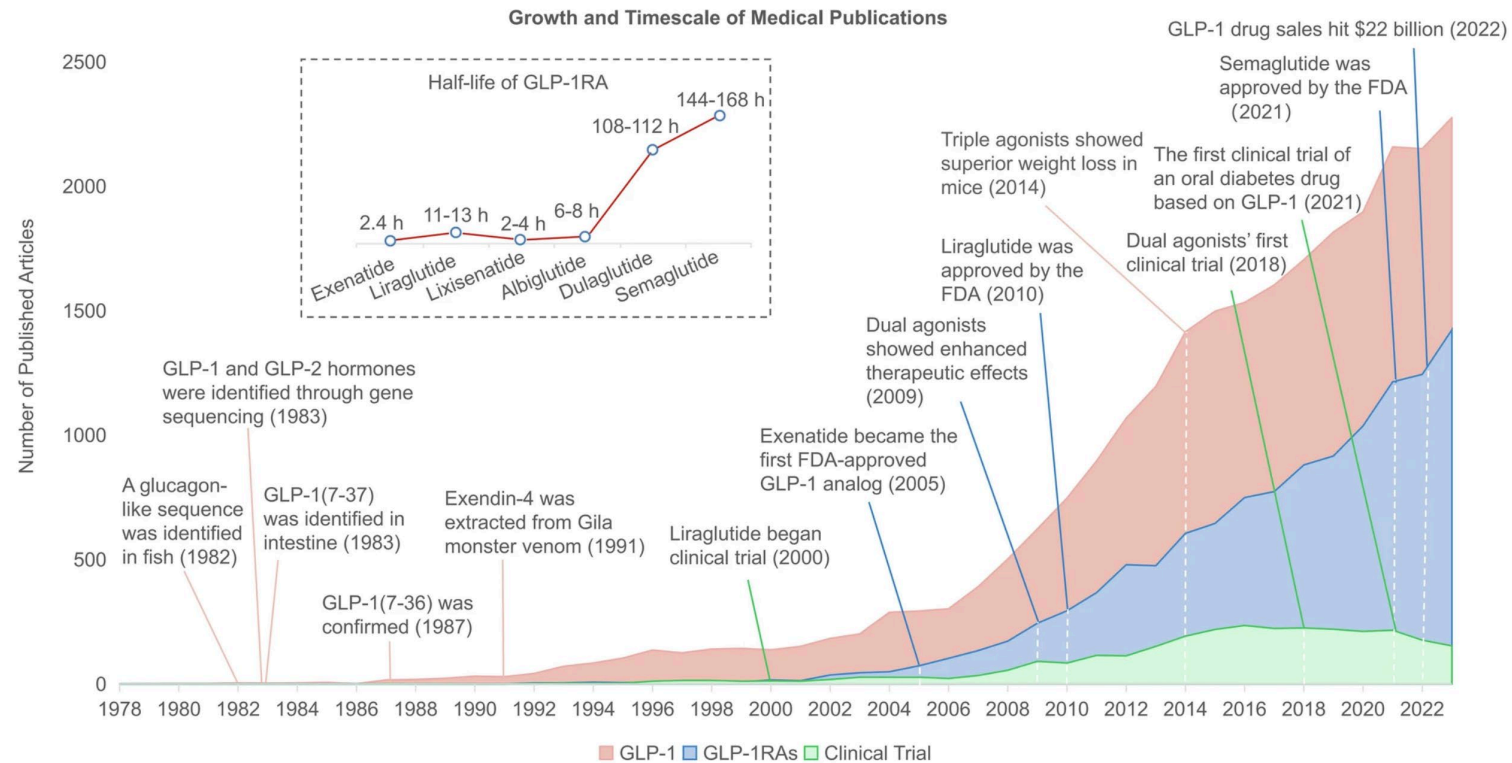
langfristig fortgeführte Pharmakotherapien

unterstützt werden.

«GLP1-Agonisten: der medikamentöse Gamechanger?»

Fig.1

From: [Glucagon-like peptide-1 receptor: mechanisms and advances in therapy](#)




«GLP1-Agonisten: der medikamentöse Gamechanger?»

Indikation	Studie (Jahr)	Substanz	Population	Zentrale Ergebnisse	Evidenzstatus
Typ-2-Diabetes (CV-Outcome)	LEADER (2016)	Liraglutid	T2D + hohes CV-Risiko	↓ MACE 13%, ↓ CV-Tod 22%	Etabliert
	SUSTAIN-6 (2016)	Semaglutid	T2D + CV-Risiko	↓ MACE 26%	Etabliert
	REWIND (2019)	Dulaglutid	T2D (auch Primärprävention)	↓ MACE 12%	Etabliert
Adipositas (Gewichtsreduktion)	STEP-1 (2021)	Semaglutid 2.4 mg	Adipositas ohne DM	-14,9% KG vs. -2,4% Placebo	Etabliert
	SURMOUNT-1 (2022)	Tirzepatid	Adipositas ohne DM	-20-22% KG (max. Dosis)	Etabliert
Adipositas + CV-Risiko ohne DM	SELECT (2023)	Semaglutid 2.4 mg	17.604 Pat., Adipositas + CVD	↓ MACE 20%	Paradigmenwechsel
CKD bei T2D	FLOW (2024)	Semaglutid	T2D + CKD	↓ renaler Komposit-Endpunkt 24%	Etabliert
OSA (Obstruktive Schlafapnoe)	SURMOUNT-OSA (2024)	Tirzepatid	Adipositas + moderat-schwere OSA	↓ AHI signifikant, Gewichtsabhängig	Evidenz etabliert (Surrogat-Endpoint)

Etablierte metabolische Endpunkte mit zunehmender Outcome-Relevanz

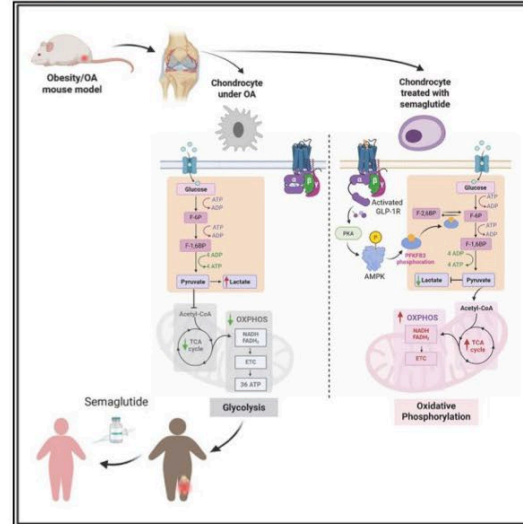
Indikation	Studie (Jahr)	Substanz	Ergebnisse	Kommentar
MASLD / MASH (Fettleber)	Semaglutid NASH Trial (NEJM 2021)	Semaglutid	NASH-Resolution 59% vs. 17%	Fibroseverbesserung nicht signifikant
	SYNERGY-NASH (2024/25)	Tirzepatid	Höhere NASH-Resolution + Fibroseverbesserung	Sehr vielversprechend
HFpEF + Adipositas	STEP-HFpEF (2023)	Semaglutid	Verbesserung KCCQ-Score + Belastbarkeit	Klinisch relevant
Blutdruck	Meta-Analysen GLP-1 RA (2020–2023)	Klasseffekt	–2–5 mmHg systolisch	Moderater Effekt

Indikationserweiterung

Indikation	Studie / Registry	Substanz	Population / Fokus	Status / Endpunkte 
Periphere arterielle Verschlusskrankheit (paVK)	GLP1-PAD Trial (NCT05246137)	Semaglutid	paVK (Femoropopliteal)	Ziel: MLD, PWI; Ergebnis noch ausstehend
	SURPASS-PAD (Not yet registered / exploratory)	Tirzepatid	paVK	Laufend
Substanzgebrauchsstörungen	GLP1-Alcohol (NCT05510477)	Semaglutid	Alkoholgebrauchsstörung	Reduktion Trinkmengen (Verlauf)
	GLP1-Smoking Cessation (NCT05315113)	Semaglutid	Tabakabhängigkeit	Abnahme Abstinenzraten
Parkinson-Erkrankung	Exenatide PD – PD-PROTECT (NCT04232969)	Exenatide (GLP-1-RA)	Parkinson	Neuroprotektiver Effekt (Explorativ)
	ALPHA-PD (NCT04269642)	Semaglutid	Parkinson	Ziel: motor. Funktion; Ergebnis offen
Hypertonie als Primärindikation	HTN-GLP1 (NCT05336382)	Semaglutid	Primäre Hypertonie	Endpunkte: systolischer Blutdruck
	Tirzepatid HTN Exploratory (NCT05963245)	Tirzepatid	Hypertonie	Laufende Wirksamkeitsanalyse
Arthrose / Gelenkschmerz	STEP-OA (NCT05687304)	Semaglutid	Kniearthrose + Adipositas	Schmerzscore ↓, funktionell
	Tirzepatid OA Pilot (NCT05843306)	Tirzepatid	OA-Schmerz	Ziel: Schmerzlinderung
Neurodegeneration (Alzheimer)	EVOKE 1 & 2 (NCT04777396 / NCT04777409)	Semaglutid	Alzheimer	Kognitive Endpunkte (neutral)
Substanzgebrauch – weitere	GLP1-Opioid Abuse (NCT05485380)	Semaglutid	Opioid-Abhängigkeit	Explorativ

Semaglutide ameliorates osteoarthritis progression through a weight loss-independent metabolic restoration mechanism

Graphical abstract



Authors

Hongyu Qin, Jiamin Yu, Huan Yu, ..., John R. Speakman, Di Chen, Liping Tong

Correspondence

zhanghuantian@jnu.edu.cn (H.-T.Z.), j.speakman@abdn.ac.uk (J.R.S.), di.chen@siat.ac.cn (D.C.), lp.tong@siat.ac.cn (L.T.)

In brief

Qin et al. demonstrated the chondroprotective effects of semaglutide in obesity-related osteoarthritis. Mechanistically, these effects are independent of body weight loss and involve metabolic reprogramming of chondrocyte via the GLP-1R-AMPK-PFKFB3 signaling axis.

Highlights

- Semaglutide alleviates OA in a weight loss-independent manner
- Semaglutide shifts chondrocyte metabolism from glycolysis to oxidative phosphorylation
- Semaglutide exerts its chondroprotective effect via the “GLP-1R-AMPK-PFKFB3” axis
- Semaglutide could serve as an effective drug to treat metabolic OA

... und es kommt mehr

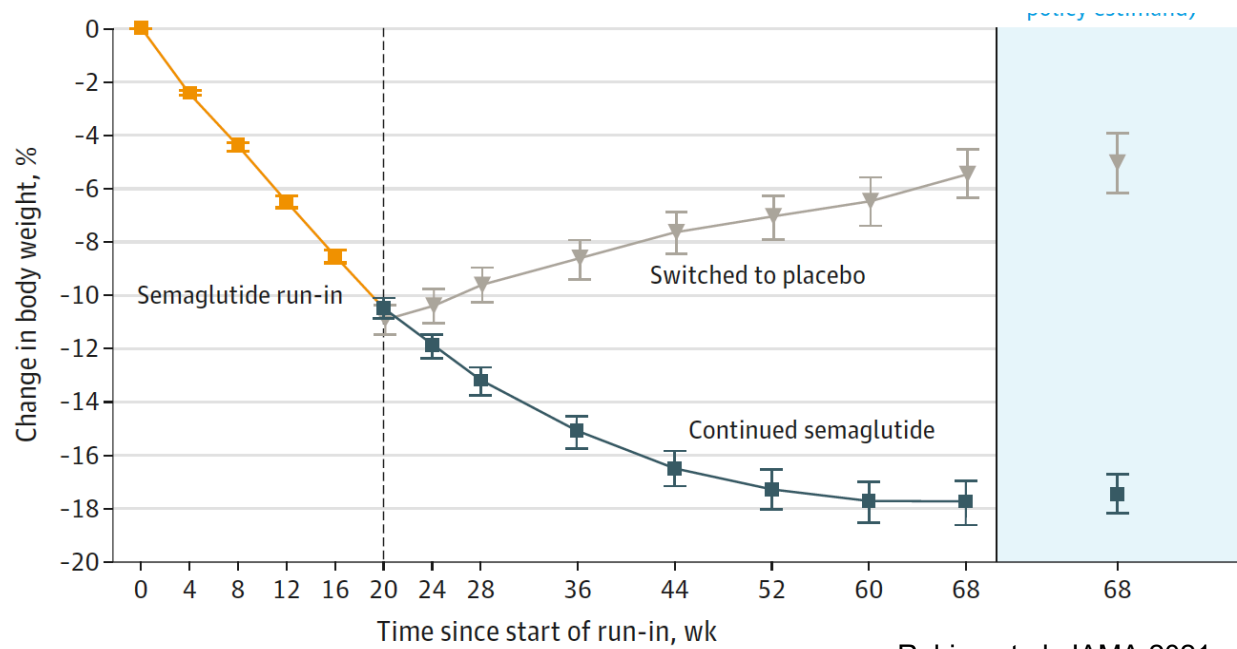
Multiagonisten als nächste Entwicklungsstufe:

- GLP-1/GIP-Dualagonisten (*Tirzepatide*)
- GLP-1/Glukagon-Agonisten (*Survodutid (BI 456906)/ Pemvidutid (ALT-801)*..)
- Triple-Agonisten (*Retatrutid (LY3437943)/ HM15211*...

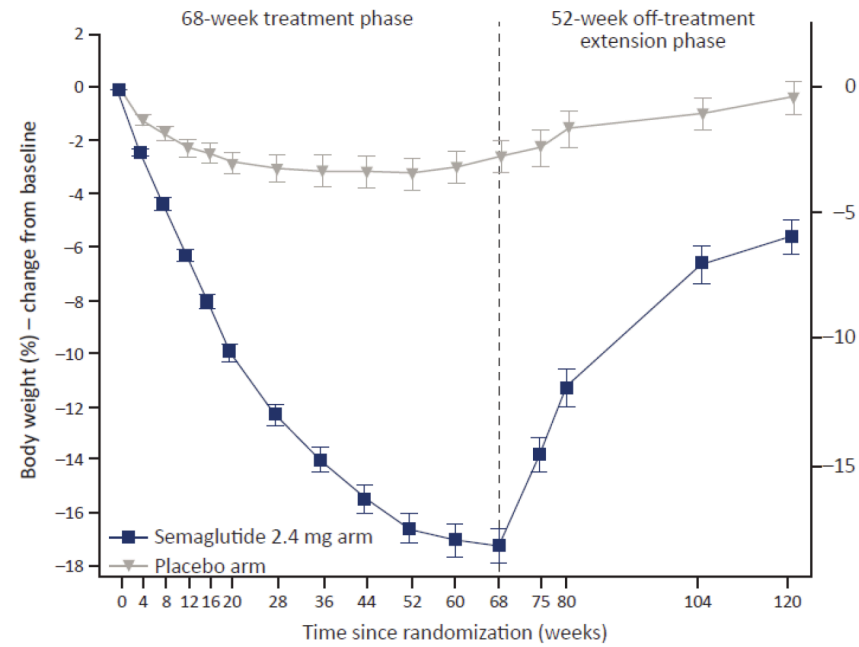
Diese Substanzen zeigen:

- noch stärkere Gewichtsreduktion
- potenziell bessere metabolische Effekte
- differenzierte Nebenwirkungsprofile

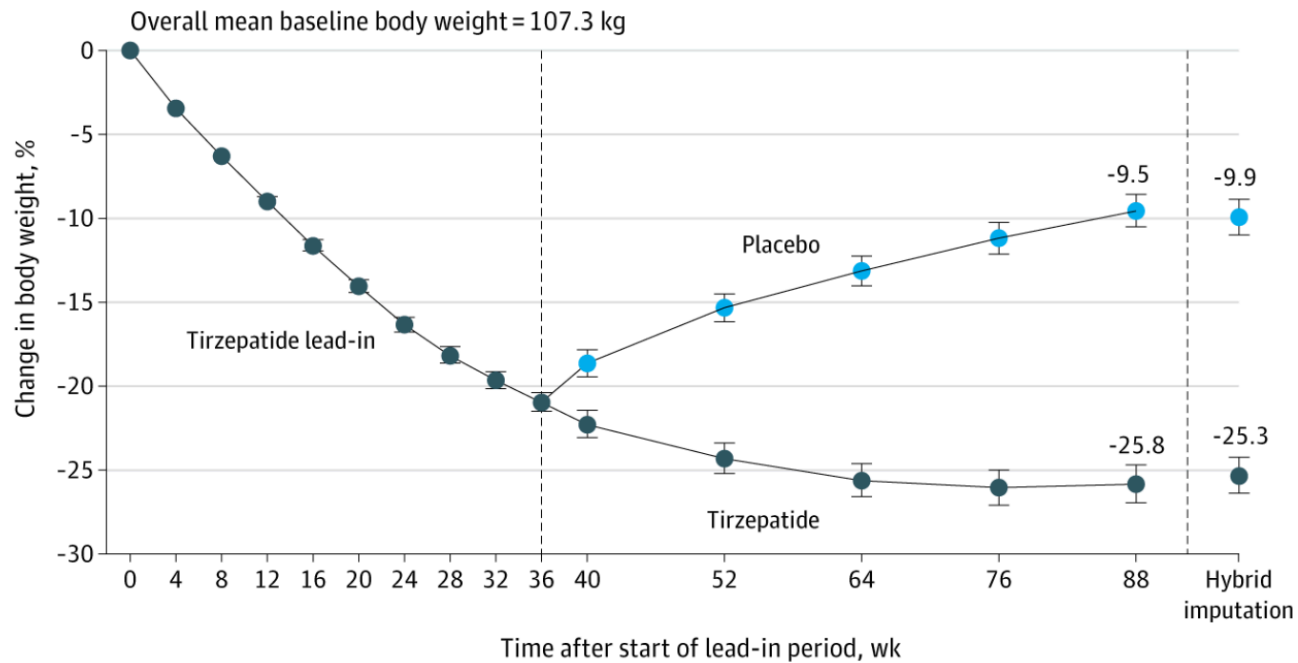
Das Feld verschiebt sich damit Richtung „**metabolischer Plattformtherapie**“.



Rubino et al. JAMA 2021

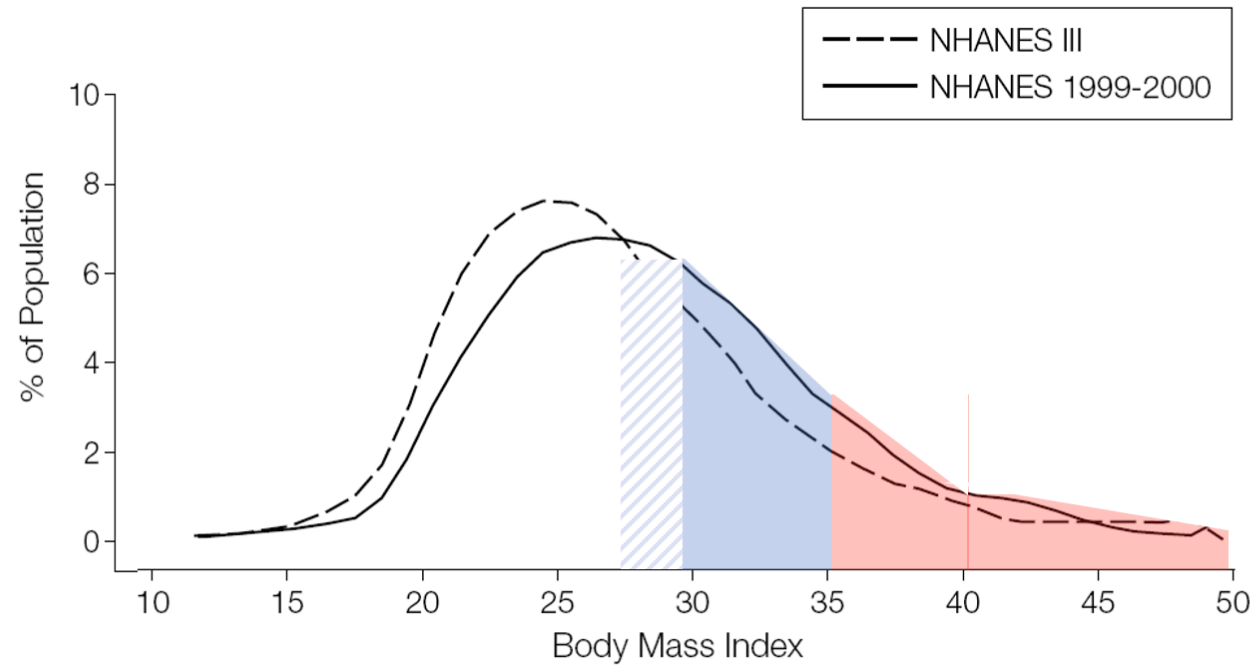


Wilding et al. DOM 2022



Aronne et al. JAMA 2024

Wer qualifiziert für die Behandlung?



Flegal et al. *JAMA* 2002

▶ [J Nutr Health Aging](#). Author manuscript; available in PMC: 2014 Apr 16.

Published in final edited form as: *J Nutr Health Aging*. 2012 Jan;16(1):89–98. doi: [10.1007/s12603-011-0073-x](https://doi.org/10.1007/s12603-011-0073-x) [↗](#)

A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE CONCERNING THE RELATIONSHIP BETWEEN OBESITY AND MORTALITY IN THE ELDERLY

[L M DONINI](#)¹, [C SAVINA](#)², [E GENNARO](#)¹, [M R DE FELICE](#)², [A ROSANO](#)³, [M M PANDOLFO](#)¹, [V DEL BALZO](#)¹, [C CANNELLA](#)¹, [P RITZ](#)⁴, [W M C CHUMLEA](#)⁵

▶ [Author information](#) ▶ [Copyright and License information](#)

PMCID: PMC3988674 NIHMSID: NIHMS565311 PMID: [22238007](#)

- Die niedrigste Mortalität liegt bei einem BMI zwischen **ca. 23,5 und 27,5 kg/m²**.
- Der Nadir der U-förmigen Kurve verschiebt sich im Alter nach rechts.

EOSS: Edmonton Obesity Staging System

Stadium 0

- **Keine** Anzeichen Adipositas-assoziiierter Risikofaktoren
- **Keine** physischen Symptome
- **Keine** psychischen Symptome
- **Keine** funktionellen Einschränkungen

Fallbeispiel:
Körperlich aktive Frau mit einem BMI von 32 kg/m², keine Risikofaktoren, keine physischen Symptome, keine Probleme mit dem Selbstwertgefühl, keine funktionellen Einschränkungen.

Adipositas	Grad 1	Stadium 0
EOSS-Skala		

Adipositas-Klassifizierung nach WHO

Stadium 1

- **Subklinische**, Adipositas-assoziierte Risikofaktoren (Grenzwert-Hypertonie, Glukoseintoleranz, erhöhte Leberenzyme) – ODER –
- **Milde** physische Symptome, Behandlung von Co-Morbiditäten noch nicht erforderlich (Mäßige Dyspnoe, gelegentliche Schmerzen, Erschöpfung etc.) – ODER –
- **Milde** Adipositas-assoziierte psychische Symptome und/oder milde Befindlichkeitsstörungen (Lebensqualität nicht beeinträchtigt)

Fallbeispiel:
38-jährige Frau mit einem BMI von 59,2 kg/m², Grenzwert-Hypertonie, milde Beschwerden im unteren Rücken, Knieschmerzen. Medizinisches Eingreifen nicht erforderlich.

Adipositas Grad 3, Stadium 1

WHO-Klassifizierung nach Gewicht (BMI kg/m²)

	Adipositas Grad 1 30 – 34,9
kg/m ²	Adipositas Grad 2 25 – 39,9
kg/m ²	Adipositas Grad 3 ≥ 40 kg/m ²

➔

Adipositas Stadium 0/Stadium 1 Patient **erfüllt** zu diesem Zeitpunkt **nicht die Kriterien für klinische Behandlung**. Bitte wenden Sie sich an die Primärvorsorgung für weitere präventive Behandlungsoptionen.

Stadium 2

- **Etablierte** Adipositas-assoziierte Co-Morbiditäten, medizinisches Eingreifen erforderlich (Hypertonie, Typ 2 Diabetes, Schlaf-Apnoe, polyzystisches Ovarialsyndrom, Arthrose, Reflux) – ODER –
- **Mäßige** Adipositas-assoziierte psychische Symptome (Depression, Essstörungen, Angststörungen) – ODER –
- **Mäßige** Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten (Lebensqualität allmählich beeinträchtigt)

Fallbeispiel:
32-jähriger Mann mit einem BMI von 36 kg/m² mit primärer Hypertonie und obstruktiver Schlafapnoe.

Adipositas Grad 2, Stadium 2

Stadium 3

- **Signifikante** Adipositas-assoziierte Endorganschäden (Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, diabetische Komplikationen, behindernde Arthrose) – ODER –
- **Signifikante** Adipositas-assoziierte psychische Symptome (schwere Depression, Suizidgedanken) – ODER –
- **Signifikante** funktionelle Einschränkungen (z. B. Patient kann nicht arbeiten oder Routinehandlungen ausführen, eingeschränkte Mobilität)
- **Signifikante** Befindlichkeitsstörungen (Lebensqualität signifikant beeinträchtigt)

Fallbeispiel:
49-jährige Frau mit einem BMI von 67 kg/m² mit Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Reflux, Z. n. Schlaganfall. Signifikante Einschränkung der Mobilität aufgrund von Arthrose und Gicht.

Adipositas Grad 3, Stadium 3

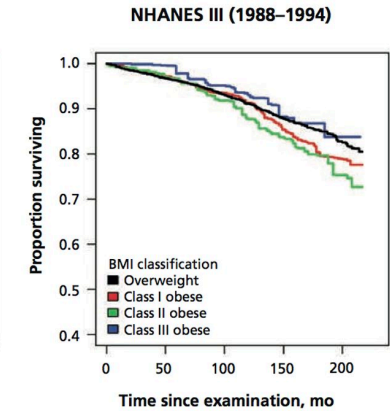
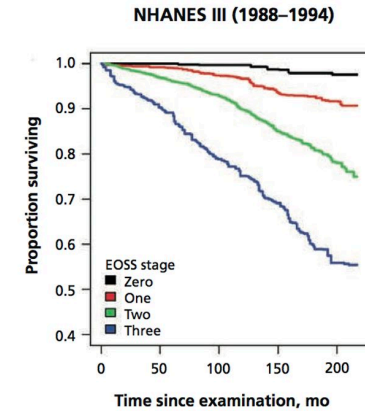
Stadium 4

- **Schwere** (potentiell endphasige Invalidität) durch Adipositas-assoziierte chronische Erkrankungen – ODER –
- **Schwere**, einschränkende psychische Symptome – ODER –
- **Schwere** funktionelle Einschränkungen

Fallbeispiel:
45-jährige Frau mit einem BMI von 54 kg/m² im Rollstuhl aufgrund von Arthrose, Hyperpnoe und Angststörung.

Adipositas Grad 3, Stadium 4

Sharma AM et al. Int J Obes (2009)



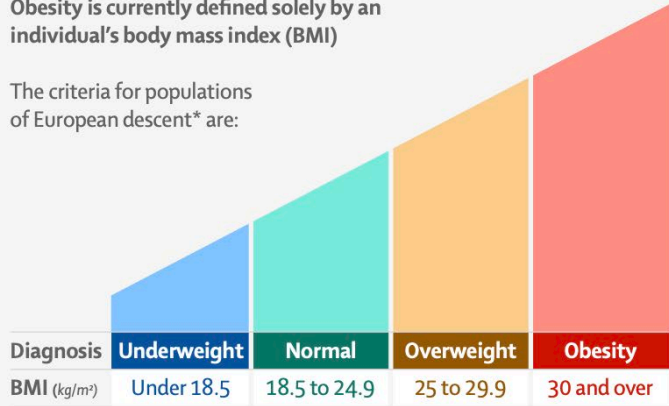
n = 4367

Padwal RS, Sharma AM et al. CMAJ (201

Limitations of the current definition of obesity

Obesity is currently defined solely by an individual's body mass index (BMI)

The criteria for populations of European descent* are:



*Criteria for other ethnic groups are different

✓ Although BMI is **useful** for identifying individuals at increased risk of health consequences...

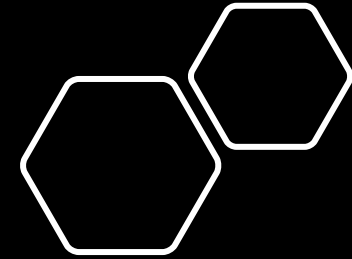
✗ It **is not** a direct measure of fat

✗ It **does not** establish the distribution of fat around the body

✗ It **cannot** determine when excess body fat is a health problem

Relying on BMI alone to establish if someone has obesity is problematic as this can inaccurately classify a person as having or not having excess body fat, and also lead to under-diagnosis of many whose health is impaired and over-diagnosis of many who are healthy.

#	1	2	3	4
BMI (kg/m ²)	28.2	30.1	36.2	36.2
Diagnosis	Overweight	Obesity	Obesity	Obesity
Excess body fat?	✓ Yes	✗ No	✓ Yes	✓ Yes
Signs and symptoms?†	✗ No	✗ No	✗ No	✓ Yes
Notes	Under-diagnosis of obesity	Over-diagnosis of obesity	Obesity with preserved health	Obesity with ongoing illness



A more accurate and clinically relevant approach

The Commission proposes a new diagnostic approach to obesity that focuses on other measures of body fat and objective signs and symptoms of ill health. The Commission also introduces two new categories of obesity: preclinical obesity and clinical obesity.

Preclinical obesity

A condition of excess body fat associated with variable level of health risk, but no ongoing illness

People living with preclinical obesity:



Have no evidence of reduced organ or tissue function due to obesity



Are generally at a higher risk of developing diseases, such as:

- Clinical obesity
- Cardiovascular disease
- Some cancers
- Type 2 diabetes



Can complete day-to-day activities unhindered

Clinical obesity

A chronic disease due to obesity alone, and characterised by signs and symptoms of ongoing organ dysfunction and/or reduced ability to conduct daily activities

People living with clinical obesity have reduced tissue or organ function due to obesity, such as:



Breathlessness caused by effects of obesity on the heart or lungs



A cluster of metabolic abnormalities



Knee or hip pain with joint stiffness and reduced range of motion



Dysfunction of other organs including kidneys, upper airways, nervous, urinary, and reproductive systems.

Full details of these new categories can be found in the Commission report

The pathophysiology of preclinical and clinical obesity

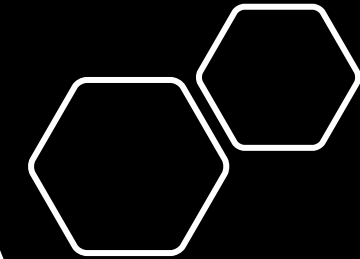
Preclinical obesity

Excess body fat

Alterations of organ structure



















Clinical obesity

Alterations of organ function



<https://www.thelancet.com/commissions-do/clinical-obesity>

Traditional measurement of obesity vs new diagnostic method

#	1	2	3	4	5	6
						
BMI (kg/m ²)	23.7	28.8	28.8	32.4	39.2	39.2
Excess body fat?	 No	 No	 Yes	 No	 Yes	 Yes
Muscle mass	Normal / High	Normal	Normal / Low	High	Normal / Low	Normal / Low
Signs and symptoms?*	 No	 No	 No	 No	 No	 Yes
Old diagnosis	No obesity	Overweight	Overweight	Obesity	Obesity	Obesity
New diagnosis	No obesity	No obesity	Preclinical obesity	No obesity	Preclinical obesity	Clinical obesity

SMOB recommendations for prioritization of 2.4 mg Semaglutide therapy in patients with complicated overweight or obesity

Bernd Schultes¹, Marco Bueter^{2,3}, Lucie Favre^{4,5,6}, Katharina Timper^{7,8} for the collaborative task force “prioritization of anti-obesity pharmacotherapy” of the Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)

All patients with a BMI ≥ 35 kg/m² or a BMI ≥ 30 kg/m² with uncontrolled type 2 diabetes (T2DM) defined by HbA1c $\geq 8\%$ for ≥ 12 month and who formally qualify for bariatric surgery according to the SMOB guidelines (1) must be offered bariatric surgery and referral to a surgeon specialized in bariatric-metabolic surgery to receive surgery-specific information.

Domäne	Studie / Jahr	Befund (Effekt über Gewichtsverlust hinaus)
Kardiovaskuläre Ereignisse (MACE)	SELECT (NCT03574597) – 2023/2024: Semaglutid 2.4 mg vs. Placebo bei Adipositas + CVD ohne Diabetes	↓ 20 % MACE (CV-Tod, MI, Stroke) vs. Placebo; unabhängig vom Gewicht; breit konsistent über Subgruppen. (American College of Cardiology)
	TriNetX Real-World (2025) – Tirzepatid vs. Semaglutid bei CAD + Adipositas	Tirzepatid war mit niedrigerer Gesamtmortalität, HF, AF und AKI assoziiert vs. Semaglutid. (ScienceDirect)
	SURPASS-5 Post-hoc (2025) – Tirzepatid vs. Semaglutid Risikoprojektion	Prognostizierte größere 10-Jahres-CVD-Risikoreduktion mit Tirzepatid vs. Semaglutid. (PubMed)
Herzinsuffizienz (HFpEF)	JAMA HFpEF Observational – Semaglutid & Tirzepatid vs. Sitagliptin	>40 % Risiko-Senkung vs. Sitagliptin; kein signifikanter Vorteil von Tirzepatid vs. Semaglutid in direktem Vergleich. (JAMA Network)
Nicht-alkoholische Fettleber (NAFLD/NASH)	Phase II/III Synergy-NASH (Tirzepatid) – 2025	Verbesserung von Leberfett, Entzündung & Fibrose-Markern bei Tirzepatid (explorativ).
	Semaglutid NASH-Daten (versch. Studien) – 2022–2025	Verbesserte Transaminasen und Lebersteatose; keine eindeutige NASH-Fibrose-Resolution.
Insulin-/Metabolische Effekte	SURPASS Programm (Tirzepatid) – verschiedene Phasen 3, 2021–2025	Größere HbA1c-Senken und stärkere Insulinsensitivität als mit Semaglutid Daten zeigen. (Frontiers)
Blutdruck & Lipide	Diverse RCT/Post-hoc	GLP-1s senken systolischen BD moderat; Tirzepatid zeigt zusätzlich stärkere Triglyzerid-, HDL-/LDL-Verbesserungen in Daten.
Nierenfunktion / CKD	CKD-Analysen in CVD/Obesitas-Populationen	Semaglutid reduziert Albuminurie und <u>eGFR-Abfall</u> ; <u>Tirzepatid</u> zeigt robuste CV-Outcome-Signale, aber wenige formale CKD-Endpunkte publiziert. (OUP Academic)
Psychologische / Appetite Effects	Weight-Loss head-to-head Daten – cohort evidence	Tirzepatid zeigte höhere Raten von ≥10–15 % Gewichtsreduktion und stärkere Hunger-/Sättigungsverbesserung vs. Semaglutid. (American College of Cardiology)
Neurologisch / Kognition	Semaglutid Alzheimer trials – 2024/2025	Semaglutid zeigte keinen signifikanten klinischen Nutzen bei Alzheimer-Progression. (TIME)
Osteoarthritis / Schmerz	Explorative Reports	Beide zeigen Verbesserungen durch Belastungsreduktion/inflammatorische Modulation.

«Gibt es relevante Unterschiede betreffend Effekt (Gewichtsreduktion) zwischen den unterschiedlichen GLP1 Analogika (Plus Tirzepatide) die in der CH zugelassen sind?»

MEDICATIONS FOR OBESITY APPROVED BY THE U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION ^{a,b}

	ORLISTAT	PHEENTERMINE ^c	PHEENTERMINE/ TOPIRAMATE ER	NALTREXONE ER/ BUPROPION ER	LIRAGLUTIDE	SEMAGLUTIDE	TIRZEPATIDE
CLASS/MECHANISM OF ACTION	Lipase Inhibitor	NE-releasing agent	NE-releasing agent GABA Receptor Modulation	Opioid-Receptor Antagonist DA-NE Reuptake Inhibitor	GLP-1 RA	GLP-1 RA	GIP/GLP-1 RA
AGE	≥12 years ^d	>16 years	≥12 years	≥18 years ^d	≥12 years ^e	≥12 years ^e	≥18 years ^d
DELIVERY	Oral	Oral	Oral	Oral	Subcutaneous Injection	Subcutaneous Injection	Subcutaneous Injection
STARTING DOSE	60 mg 3 times/day AC	8mg or 15mg QAM	3.75 mg/23 mg QAM	8 mg/90 mg QAM	0.6 mg QD	0.25 mg QWK	2.5 mg QWK
DOSE ESCALATION	Titrate up to needed dose Slow dose titration if side effects occur Formulations: 60 mg cap 120mg cap	Titrate up to needed dose Slow down dose titration if side effects occur Formulations: 8mg tab 15 mg cap 37.5mg tab	Titrate up bi-weekly to needed dose Slow down dose titration if side effects occur 3.75 mg/23 mg QAM x 2 wk 7.5 mg/ 46 mg QAM x 12 wk 11.25 mg / 69 mg QAM x 2 wk 15 mg/92 mg QAM	Titrate up weekly to needed dose Slow down dose titration if side effects occur 8 mg/90 mg QAM x 1wk 8 mg/90 mg twice daily x 1 wk 16 mg/90 mg QAM and 8 mg/90 mg QPM x 1 wk 16 mg/90 mg twice daily	Titrate up weekly to needed dose Slow down dose titration if side effects occur 0.6 mg QD x 1 wk 1.2 mg QD x 1 wk 1.8 mg QD x 1 wk 2.4 mg QD x 1 wk 3.0 mg QD	Titrate up monthly to needed dose Slow down dose titration if side effects occur 0.25 mg QWK x 4 wk 0.5 mg QWK x 4 wk 1.0 mg QWK x 4 wk 1.7 mg QWK x 4 wk 2.4 mg QWK	Titrate up monthly to needed dose Slow down dose titration if side effects occur 2.5 mg QWK x 4 wk 5.0 mg QWK x 4 wk 7.5 mg QWK x 4 wk 10 mg QWK x 4 wk 12.5 mg QWK x 4 wk 15 mg QWK
MAXIMUM DOSE	120 mg 3 times/day AC	37.5 mg QAM ^f	15 mg/92 mg QD	16mg/180mg twice daily	3.0 mg QD	2.4 mg QWK	15 mg QWK
WEIGHT REDUCTION ^g	4% (52 weeks)	5%-6% (28 weeks)	9.6%-9.9% (52 weeks) dose dependent	4.2%-5.2% (52 weeks)	9.2% (56 weeks)	16.9% (68 weeks)	22.5% (72 weeks)
POTENTIAL SIDE EFFECTS ^h	Flatulence Fecal Urgency Oily Stools Fat-Soluble Vitamin and Drug Malabsorption Potential Drug-Drug Interactions	Restlessness Insomnia Headache Dry Mouth Tachycardia BP Elevation	Paresthesia, Dizziness Dysgeusia, Insomnia Constipation, Dry Mouth Fatigue Blurred Vision Mental Clouding Mood Changes	Nausea, Constipation Headache Vomiting Dizziness Insomnia Dry Mouth, Diarrhea Anxiety	Nausea Diarrhea Constipation Dyspepsia Vomiting Abdominal Pain GERD	Nausea, Diarrhea Constipation Dyspepsia Vomiting Abdominal Pain Headache Fatigue	Nausea, Diarrhea Constipation Dyspepsia Vomiting Abdominal Pain Headache Fatigue
CAUTIONS, RELATIVE AND ABSOLUTE CONTRAINDICATIONS ⁱ	Cholestasis Chronic Malabsorption Syndrome Nephrolithiasis Vitamin Malabsorption Encourage Supplementation Potential for Misuse	CAD, CVA, Arrhythmias, CHF, Uncontrolled HTN*, Hyperthyroidism Agitated States History of Drug Abuse MAOI Use Angle-Closure Glaucoma	MAOI Hyperthyroidism Angle-Closure Glaucoma Monitor for Increased Heart Rate Nephrolithiasis Metabolic Acidosis ^c Monitor for Worsening Anxiety or Depression ^c	Seizure Disorder Uncontrolled HTN Chronic Opioid Use Anorexia Nervosa Bulimia Nervosa MAOI Use Abrupt Drug or Alcohol Withdrawal Angle-Closure Glaucoma Monitor for Worsening Anxiety or Depression ^c	History or Family History MTC/MEN2 Gallbladder Disease Pancreatitis Increased Heart Rate	History or Family History MTC/MEN2 Gallbladder Disease Pancreatitis Diabetic Retinopathy ^j	History or Family History MTC/MEN2 Gallbladder Disease Diabetic Retinopathy ^j
ACCESS/COST	\$\$	\$	\$\$	\$\$	\$\$\$	\$\$\$\$	\$\$\$\$

^aMonogenic obesity treatment, devices for weight reduction, and setmelanotide can be found in narrative. ^bFDA-approved for CWM. ^cThis class of medications includes diethylpropion (or amfepramone), phendimetrazine, and benzphetamine. ^dEMA approved for age 18 years and above for CWM. ^eEMA approved for age 12 years and above for CWM. ^fMaximum dose allowed for phentermine; however, many patients will see results on 8 mg 3 times a day which is also considered a maintenance dose in patients with diabetes and obesity. ^gPercent body weight reduction in treatment in Phase 3 trial. ^hComplications requiring caution or monitoring in order of observed frequency. ⁱAll FDA-approved medications for obesity are contraindicated in individuals who are pregnant or breastfeeding; effective birth control should be recommended/prescribed. A negative pregnancy test is recommended before initiating, with monthly monitoring. ^jIn patients with T2D and obesity. ^kBlood pressures are significantly decreased in clinical trials for phentermine/topiramate ER.

Abbreviations: **AC**, before meals; **BP**, blood pressure; **CAD**, coronary artery disease; **CHF**, congestive heart failure; **CVA**, cerebrovascular accident; **CWM**, chronic weight management; **DA**, dopamine; **EMA**, European Medicines Agency; **ER**, extended release; **FDA**, U.S. Food and Drug Administration; **GERD**, gastroesophageal reflux disease; **GIP**, glucose-dependent insulinotropic polypeptide; **GLP-1 RA**, glucagon-like peptide-1 receptor agonist; **HTN**, hypertension; **MAOI**, monoamine oxidase inhibitors; **MEN2**, multiple endocrine neoplasia, type 2; **MTC**, medullary thyroid cancer; **NE**, norepinephrine; **QAM**, every morning; **QD**, every day; **QPM**, every afternoon or evening; **QWK**, every week; **wk**, week(s)

Algorithm Figure 11 - FDA-Approved Medications for Obesity: Prescribing Information

COPYRIGHT © 2025 AACE. May not be reproduced in any form without express written permission from Elsevier on behalf of AACE.

Visit doi.org/10.1016/j.eprac.2025.07.017 to request copyright permission.



Substanz / Schema	Population	Studienprogramm (Publikationsjahre)	Relativ (%)	Absolut (kg)	Zulassung CH
Tirzepatid 15 mg	Adipositas ohne DM2	SURMOUNT-1 (2022)	-20.9 %	-22.5 kg	seit 01.01.2026
Tirzepatid 15 mg	Adipositas MIT DM2	SURMOUNT-2 (2023)	-15.7 %	-15.6 kg	seit 01.01.2026
Semaglutid 7.2 mg	Adipositas ohne DM2	STEP UP (2023)	-20.7 %	-18.7 kg	noch nicht zugelassen
Semaglutid 2.4 mg	Adipositas ohne DM2	STEP-1 (2021)	-14.9 %	-15.3 kg	seit 01.03.2024
Semaglutid 2.4 mg	Adipositas MIT DM2	STEP-2 (2021)	-9.6 %	-9.7 kg	seit 01.03.2024
Semaglutid oral 50 mg	Adipositas ohne DM2	OASIS-1 / OASIS-2 (2023)	-14.3 %	-13.6 kg	noch nicht zugelassen
Liraglutid 3.0 mg	Adipositas ohne DM2	SCALE Obesity (2015)	-8.0 %	-8.4 kg	Kinder und Jugendliche 12–18 J.
Semaglutid oral 14 mg	DM2	PIONEER-II, -IV (2019)	-4–5 %	-4.3 bis -4.4 kg	bei DM2
Dulaglutid 1.5 mg	DM2	AWARD-6 (2014) u.a.	~-2–3 %	-2.9 kg	bei DM2
Exenatide ER 2 mg	DM2	DURATION-Programm (2010–2018)	~-2–3 %	-2–3 kg	bei DM2
IDegLira (Xultophy)	DM2	DUAL-Programm (2016–2017)	~-1 %	-0.5 bis -1.8 kg	bei DM2

Patientin, 31 J- BMI 29:

«Berichtet in der Erstkonsultation über mehrere bisherige und stets frustrane Versuche Gewicht zu verlieren. Sie habe bereit eine Ernährungsberatung und ein Coaching betreffend Sport (über 3 Monate) versucht. Sie konnte dabei leider nur wenig Gewicht verlieren und hatte es stets innert weniger Monaten wieder zurück.

Nun habe sie sich entschieden es mit Ozempic zu versuchen, will sofort starten. Auf ihren Wunsch hin erfolgte ein Rezept für Wegovy, welches sie selber bezahlte, und eine Zuweisung ans Kompetenzzentrum für Adipositas und Stoffwechsel Zürich (KASZ).

Im Verlauf meldet die Patientin dass die Spezialisten ihr Wegovy empfehlen und verschrieben, sie es aber weiterhin selber bezahlen müsse da die KK dies ablehnt - offenbar weil sie es bereits zuvor eingenommen hatte? Ist dies korrekt oder soll die Patientin sich hier weiter wehren?»

Wegovy® (Semaglutide 2.4 mg)

Kostengutsprache gesuch Grundversicherung für Erwachsene
zu Händen des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin

Therapie der Adipositas
bzw. des Übergewichts

Gültig seit 01.12.2025

Wegovy® wurde zum 01.03.2024 befristet bis 28.02.2027 in die SL aufgenommen.*

Hiermit bitte ich um

1. Kostengutsprache Therapiestart
 Kenntnisnahme der Verlaufskontrolle 16 Wochen nach Therapiestart (Abschluss der Titrationsphase)
 2. Kostengutsprache Therapiefortsetzung (10 Monate nach Therapiestart)
 Kenntnisnahme der Verlaufskontrolle nach (> 10 Monate nach Therapiestart, in 6-Monats-Intervall)
 16 Monaten 22 Monaten 28 Monaten 34 Monaten

für eine Therapie mit dem Arzneimittel **Wegovy® (Semaglutide 2.4 mg)** über die Grundversicherung zur Therapie der Adipositas bzw. des Übergewichts.

Personalien Patient:in:

Vorname:

Geschlecht: m f

Name:

Strasse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Versicherer:

Krankenversicherer (Grundversicherung):

Versicherten-Nr.:

PLZ/Ort:

Verschreibender Arzt/ verschreibende Ärztin:

Vorname:

Nachname:

Institution:

Strasse:

PLZ/Ort:

E-Mail:

- Facharzt/ Fachärztin für Endokrinologie/ Diabetologie FMH, welcher / welche pro 12-Monatsperiode mindestens 100 Patient:innen mit Adipositas behandelt.
- Arzt/ Ärztin an einem Adipositas-Zentrum, welches die folgenden Kriterien erfüllt:
- Im Adipositas-Zentrum müssen **insgesamt** zwei Fachärzt:innen tätig sein, die jeweils über einen der folgenden Facharzttitel verfügen:
 - Endokrinologie/Diabetologie
 - Allgemeine Innere Medizin
 - Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie
 - Wobei im Zentrum **mindestens** zwei unterschiedliche der genannten Fachrichtungen vertreten sein müssen.
 - Die Einrichtung behandelt pro 12-Monatsperiode mindestens 300 Patient:innen mit Adipositas.

Für beide gelten folgende Kriterien:

- Vor Ort berät zudem ein Ernährungsberater (nach Artikel 11 GesBG) oder es kann eine feste Zusammenarbeit mit einer externen Ernährungsberatung (nach Artikel 11 GesBG) nachgewiesen werden.
- Der für das Zentrum verantwortliche Arzt bzw. der Facharzt für Endokrinologie/Diabetologie ist entweder Mitglied der ASEMO, SGED oder der SMOB.
- Das interdisziplinäre Netzwerk des Adipositas-Zentrums oder des Facharztes für Endokrinologie/Diabetologie umfasst mindestens einen Psychiater/ klinischen Psychologen, einen zertifizierten Physiotherapeuten und ein SMOB-anerkanntes bariatrisches Zentrum.

Bemerkung:

*Spezialitätenliste (SL) des BAG, www.spezialitaetenliste.ch.

1. Kostengutsprache zum Therapiestart

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt/ die Vertrauensärztin bestimmt):

Ausgangsgewicht bei Therapiestart in kg: _____ Grösse (in cm): _____ BMI (kg/m²): _____

- Ausgangs-BMI $\geq 28 < 35$ kg/m² Ausgangs-BMI ≥ 35 kg/m²
- Prädiabetes Typ 2 Diabetes
 Arterielle Hypertonie Dyslipidämie
- Der Patient/ die Patientin ist motiviert und willigt ein, ergänzend an einem Adipositasprogramm teilzunehmen, welches folgende Vorgaben beinhaltet:
- 500 kcal/Tag-Defizit-Diät
 - Ernährungsberatung
 - verstärkte körperliche Aktivität
- Keine Vorbehandlung mit einem GLP-1-Rezeptoragonisten ausser einem zur Gewichtsreduktion eingesetzten.
- Keine Kombination mit anderen GLP-1-Rezeptoragonisten, Gliptinen, SGLT-2-Inhibitoren (ausser wenn zur Herzinsuffizienz oder chronischen Nierenerkrankung indiziert), Insulin und anderen Arzneimitteln (z.B. Orlistat-enthaltende Arzneimittel) zur Gewichtsreduktion.
- Eine gleichzeitige Behandlung mit SGLT-2-Inhibitoren, die zur Behandlung einer Herzinsuffizienz oder einer chronischen Nierenerkrankung verschrieben wurden:
- SGLT2-I Behandlung für Herzinsuffizienz
 - SGLT2-I Behandlung für chronische Nierenerkrankung
- Zur Zeit ist keine bariatrische Operation geplant und es wurde bisher keine durchgeführt.

Verlaufskontrolle 16 Wochen nach Therapiestart

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt/ die Vertrauensärztin bestimmt):

- Der Patient/ die Patientin hat die geforderte Gewichtsreduktion von mind. 5% bzw. 7% des Ausgangskörpergewichtes 16 Wochen nach Therapiestart erreicht und nimmt weiterhin an einem Adipositasprogramm, welches eine 500 kcal/Tag-Defizit-Diät, Ernährungsberatung und verstärkte körperliche Aktivität beinhaltet, teil.
- Verlaufskontrolle nach 16 Wochen auf Verlangen der Krankenkasse.

Gewicht nach 16 Wochen: _____ Datum der Kontrolle: _____

BMI (kg/m²) nach 16 Wochen: _____

Wegovy® wurde zum 01.03.2024 befristet bis 28.02.2027 in die SL aufgenommen.*

Limitatio:*

Einsatz bei Diabetikern (DM Typ 2) nur, wenn diese nicht mit einem GLP-1-Rezeptoragonisten, ausser einem zur Gewichtsreduktion eingesetzten, vorbehandelt sind, sowie bei Nicht-Diabetikern:

- Als Ergänzung zu einer 500 kcal/Tag-Defizit-Diät, begleitender Ernährungsberatung und verstärkter, belegter (bspw. Schrittzähler) körperlicher Aktivität bei motivierten Patienten (ohne vorangegangene bariatrische Operation und ohne geplante oder bevorstehende bariatrische Operation) zur Gewichtsregulierung bei erwachsenen Patienten mit:
 - BMI ≥ 35 kg/m²
 - BMI ≥ 28 kg/m², falls zusätzliche gewichtsbedingte Begleiterkrankungen (Prädiabetes oder Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie) vorliegen.
 - Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.
 - Die dokumentierte Einhaltung einer 500 kcal/Tag-Defizit-Diät ist Voraussetzung für die Vergütung von Wegovy® und muss gegenüber dem Krankenversicherer bestätigt werden.
 - Die Verschreibung sowie die medizinischen Erfolgskontrollen nach 16 Wochen, 10 Monaten und danach alle 6 Monate, dürfen ausschliesslich vor Ort:
 - Durch Fachärzte für Endokrinologie/Diabetologie mit nachgewiesener Expertise in der Behandlung von Adipositas (vgl. unten)
- ODER**
- An einem Adipositas-Zentrum mit nachgewiesener Expertise in der Behandlung von Adipositas (vgl. unten) durch einen Facharzt mit einem der drei folgenden Facharztstitel erfolgen:
 - Endokrinologie/Diabetologie
 - Allgemeine Innere Medizin
 - Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie

In Adipositas-Zentren müssen insgesamt zwei Fachärzte tätig sein, die jeweils über einen der genannten Facharztstitel verfügen, wobei im Zentrum mindestens zwei unterschiedliche der genannten Fachrichtungen vertreten sein müssen.

Fachärzte für Endokrinologie/Diabetologie **UND** Adipositas-Zentren müssen zusätzlich folgende Kriterien erfüllen:

- Vor Ort berät zudem ein Ernährungsberater (nach Artikel 11 GesBG) oder es kann eine feste Zusammenarbeit mit einer externen Ernährungsberatung (nach Artikel 11 GesBG) nachgewiesen werden.
- Der für das Zentrum verantwortliche Arzt bzw. der Facharzt für Endokrinologie/Diabetologie ist entweder Mitglied der ASEMO, SGED oder der SMOB.
- Das interdisziplinäre Netzwerk des Adipositas-Zentrums oder des Facharztes für Endokrinologie/Diabetologie umfasst mindestens einen Psychiater/klinischen Psychologen, einen zertifizierten Physiotherapeuten und ein SMOB-anerkanntes bariatrisches Zentrum.
- Eine nachgewiesene Expertise ist gegeben, wenn der Facharzt für Endokrinologie/Diabetologie pro 12-Monatsperiode mindestens 100 und das Zentrum mindestens 300 Patienten mit Adipositas behandelt.
- Die Behandlung muss abgebrochen werden, wenn die Patienten mit BMI ≥ 28 kg/m² und < 35 kg/m² nach 16-wöchiger Behandlung (Abschluss der Titrationsphase) nicht mindestens 5 % ihres Ausgangskörpergewichts und die Patienten mit BMI ≥ 35 kg/m² nach 16-wöchiger Behandlung (Abschluss der Titrationsphase) nicht mindestens 7 % ihres Ausgangskörpergewichts im Vergleich zu Beginn der Therapie mit Wegovy® verloren haben. Nach weiteren 6 Monaten muss die Behandlung abgebrochen werden, wenn die Patienten mit BMI ≥ 28 kg/m² und < 35 kg/m² nicht insgesamt eine Gewichtsreduktion von mindestens 10 % gegenüber dem Ausgangsgewicht und die Patienten mit BMI ≥ 35 kg/m² nicht insgesamt eine Gewichtsreduktion von mindestens 12 % erzielen konnten.
- Für eine weiterführende Therapie über diese initiale Behandlungsphase hinaus ist eine erneute Kostengutsprache durchzuführen, wobei die Gewichtsreduktion nach 16 Wochen und nach insgesamt 10 Monaten zu belegen sind.
- Eine Erfolgskontrolle hat danach grundsätzlich alle 6 Monate zu erfolgen. Wegovy® kann bei Einhalten der vorgenannten Vergütungskriterien während insgesamt maximal 3 Jahren vergütet werden. Bei einer Gewichtszunahme, bei der das Gewicht des Patienten höher ist als das nach 10 Monaten zu erreichende Ziel vom Ausgangsgewicht (-10% bzw. -12%), ist die Therapie abzubrechen. Die Therapie ist auch abzubrechen, sobald ein BMI < 25 kg/m² erreicht wurde. Sollte bei diesen Personen das Gewicht wieder über einen BMI > 25 kg/m² ansteigen, darf die Therapie wieder begonnen werden, jedoch nicht länger als die maximale Therapiedauer von 3 Jahren. Das gleiche gilt, sollte die Therapie aus anderen begründeten Fällen, wie z.B. Schwangerschaft, unterbrochen werden. Die Abbruchkriterien (Zielgewicht Monat 10 = 10% bzw. 12% tiefer als Ausgangsgewicht) bleiben bestehen.
- Wird von einem anderen zur Gewichtsreduktion eingesetzten GLP-1-Rezeptoragonisten während der Initialphase (erste 10 Monate Behandlung) auf Wegovy® umgestellt, gelten die Abbruchkriterien wie während der initialen Behandlungsphase von Wegovy®. Wird während der weiterführenden Therapie umgestellt, entfällt die initiale Behandlungsphase unter Wegovy®. Die entsprechende Dokumentation der Vorbehandlung ab Behandlungsbeginn muss für die Kostengutsprache vorliegen.
- Wegovy® darf weder mit anderen GLP-1-Rezeptoragonisten noch mit Gliptinen, SGLT-2-Inhibitoren noch mit Insulin kombiniert werden. Wegovy® darf nicht mit anderen Arzneimitteln (z.B. Orlistat-enthaltende Arzneimittel) zur Gewichtsreduktion kombiniert werden. Eine gleichzeitige Behandlung mit SGLT-2-Inhibitoren wird vergütet, wenn diese zur Behandlung einer Herzinsuffizienz oder einer chronischen Nierenerkrankung verschrieben wurden.
- Patienten, die unter erstmaligem Einsatz von Wegovy® nach 16-wöchiger Behandlung keine Gewichtsreduktion von mindestens 5 % bzw. 7 % ihres Ausgangskörpergewichtes erzielten (Nonresponder), sind grundsätzlich von einer Vergütung der Wiederaufnahme der Therapie ausgeschlossen.
- Ein Therapiewechsel von Saxenda® auf Wegovy® soll grundsätzlich möglich sein. Die maximale Therapiedauer einer Monotherapie mit Wegovy® oder einer sequentiellen Therapie mit Wegovy® nach Saxenda® beträgt 3 Jahre.
- Die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt sollen die entsprechenden Daten basierend auf der kontinuierlichen Patientendokumentation in einem von einer unabhängigen Stelle geführten Register erfasst werden.

Bei Patienten, welche **Semaglutid als Selbstzahler anwenden** werde ich teilweise mit folgender Bitte konfrontiert:

Sie möchten gerne die grösste Menge Medikament kaufen, und die Wochendosen explizit tiefer als vorgesehen anwenden. Dies mit der Idee eine Monatsdosis auf z.B. 2 Monate zu strecken und so den Preis zu halbieren. (Ich nehme an dass dies aus Foren stammt?)

a) Ist dies bei Wegovy Pen in der CH überhaupt möglich?

JA

b) Was sollen wir diesbezüglich beachten da die laut Hersteller angegebene maximale Lagerungszeit nach Benutzen ja nur 4 Wochen beträgt?

*«Wie dir sicherlich bekannt ist basieren unsere Studien immer nur mit einer Hochdosierung von 0,25 mg auf 2,4 mg und dies ist auch die Erhaltungsdosis. Daher **haben wir keine offizielle Statements zu Klicks und möchten dies so auch nicht fördern.** Es ist wichtig, dass Patienten die Sicherheitsaspekte kennen. Mit Klicks kann vieles schief gehen und die Haltbarkeit des Pens ist offiziell auch bei 6 Wochen gesetzt, nach dem Öffnen. Daher wäre ich damit sowieso sehr vorsichtig. **Natürlich ist es am Ende in der Hand des behandelnden Arztes, welcher diese Entscheidung trifft.**»*

*«34 J Patient, nimmt **seit 8 Monaten Wegovy mit sehr langsamer Dosissteigerung bei wiederholt gastrointestinalen Nebenwirkungen.** Nun nimmt er seit 2 Monaten die volle Dosierung von 2.4 mg und hat diese Dosis bisher gut vertragen. Seit nun 10 Tagen plagen ihn wieder täglich Bauchschmerzen, Blähungen und teilweise Diarrhoe.*

Soll hier eine erneute Dosisreduktion eingeleitet werden?»

Kinder und Jugendliche

- Saxenda auch seit 01.03.2024
- Wegovy seit 01.05.2025 >12Jahren
- Das GLP-1 Analogon Liraglutid (Saxenda®)/ Semaglutide (Wegovy®) darf nur von pädiatrischen Endokrinolog:innen oder durch Ärzt:innen mit Akkreditierung als Leiter:in von MSIT-Programmen oder an einem pädiatrischen Adipositas-Referenzzentrum verschrieben werden.

Medizinische Kriterien

BMI \geq 35 kg/m² plus mindestens eine schwere Komorbidität:

z. B. Typ2 Diabetes, mittelschweres-schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), Herz-Kreislauf- Erkrankung, schwere psychosoziale Morbidität, Pseudotumor cerebri

BMI \geq 40 kg/m² plus mindestens eine andere Komorbidität:

z. B. arterielle Hypertonie, Insulinresistenz, erhöhter Nüchternblutzucker oder pathologische Glukosetoleranz, Dyslipidämie, nicht-alkoholische

Tabelle 2. Indikation und Medizinische Kriterien für eine Bariatrische C

Medikament	Funktion	Zulassung	Applikation	Wirkung	Nebenwirkungen
Orlistat	Lipasehemmer Zu fetthaltigen Mahlzeiten einnehmen	\geq 12 Jahre	Per os	\downarrow 2-3 % BMI	Durchfall, Flüssigkeitsstühle Blähungen Substitution fettlös. Vitamine
Metformin	Primärer Einsatz bei Typ-2 Diabetes Hemmung der hepatischen Gluconeogenese und Verbesserung der Insulinempfindlichkeit, Erhöhung der Glukoseaufnahme im peripheren Gewebe	\geq 10 Jahre	Per os	\downarrow 1-2.7 % BMI	Übelkeit, Blähungen, Durchfall, Vitamin B 12 Mangel Cave selten Laktatazidose! Pausieren bei Krankheiten, mit Gewebshypoxie und bei Röntgen-Kontrastmittel
Liraglutid (Saxenda®)	Glukagon-like-Peptide-1-Analagon (GLP-1) Magenentleerung \downarrow Sättigungsgefühl \uparrow Hunger \downarrow (zentrale Wirkung)	\geq 12 Jahre	s.c. 1x/Tag	\downarrow 5 % BMI	Übelkeit, Erbrechen Selten Cholelithiasis, Cholezystitis, Pankreatitis Erhöhtes Risiko für medulläres Schilddrüsenkarzinom bei Patienten mit Familienanamnese von mehreren endokrinen Neoplasien
Semaglutid (Wegovy®)	Glukagon-like-Peptide-1-Analagon (GLP-1)	\geq 12 Jahre Kostenübernahme durch Krankenkassen in der Schweiz seit 01.05.2025	s.c. 1x/Woche	\downarrow 16 % BMI	s.o.

Tabelle 1. Übersicht verfügbarer Antiadipositas-Medikamente für Kinder und Jugendliche

Take Home Message

Ernährung, körperliche Aktivität und mentale Gesundheit sind die BASIS...

Selbst bei Patienten mit Darmkrebs...

Jedoch lässt sich dies im klinischen Alltag unserer Patienten oft NICHT umsetzen ...

«GLP1-Agonisten: der medikamentöse Gamechanger?» ...

Für wen geeignet?

Welche Präparate wie wirksam?

Für wen gezahlt....

Fragen aus der Praxis mit Dosierung... und Nebenwirkungen..

Und natürlich die Frage bzgl. Langzeitwirkungen, Muskulatur/ Frailty – Sarkopenie, bis hin zur mittel- und langfristigen Kostenerstattung/ Finanzierung.

Dr. med. Stefan Zechmann

Allgemeine Innere Medizin/ Praktischer Arzt FHM

Endokrinologie/ Diabetologie FMH

Hintere Gärten 8/ 8555 Müllheim

stefan.zechmann@hin.ch

OneDoc –Buchungsportal

<https://www.onedoc.ch/de/endokrinologe-inkl-diabetesspezialisten/mullheim/pcrtk/dr-med-stefan-zechmann>