

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 36. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-ARL): 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)

Vom 22. November 2024

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	23
4.	Verfahrensablauf.....	23
5.	Fazit	26
6.	Literaturverzeichnis	26
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	29

1. Rechtsgrundlage

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Absatz 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die er gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat. § 137f Absatz 1 Satz 3 SGB V legt fest, dass der G-BA insbesondere für die Behandlung von Adipositas eine entsprechende Richtlinie zu erlassen hat.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Allgemeines

Die Anforderungen der DMP-A-RL an die Behandlung von DMP werden nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors normiert, vgl. § 137f Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V. Bei der Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch an Leitlinientexten orientieren.

Wissenschaftliche Grundlage für die Erstfassung der Anforderungen an DMP Adipositas-Kinder und Jugendliche ist insbesondere die „Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche“ des IQWiG vom 18. August 2022.

Zu geeigneten digitalen medizinischen Anwendungen

Gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V prüft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.

Nähere Vorgaben zum Vorgehen des G-BA bei der medizinisch-inhaltlichen Prüfung auf Eignung digitaler medizinischer Anwendungen zur Aufnahme in das jeweilige DMP finden sich im 6. Kapitel Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA, insbesondere im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO.

Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 Satz 3 VerfO erfolgt, zusätzlich zur Ermittlung von Inhalten und relevanten Themenbereichen nach 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 4 VerfO, die Aufforderung an die nach § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen, digitale medizinische Anwendungen für die jeweilige Indikation vorzuschlagen. Dieses Verfahren soll dazu dienen, dem G-BA frühzeitig geeignete digitale medizinische Anwendungen zur Kenntnis zu geben, um diese im Rahmen des Prüfauftrages gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V berücksichtigen zu können.

Der Unterausschuss DMP hat am 7. Juli 2021 mit der Erstellung der Anforderungen an DMP Adipositas begonnen. Mit Schreiben vom 3. Dezember 2021 und 26. Januar 2022 wurden die gemäß § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen erstmals aufgefordert, mit einer Frist von vier Wochen (bis zum 7. Januar 2022 bzw. 25. Februar 2022), geeignete digitale medizinische Anwendungen für das DMP Adipositas vorzuschlagen. Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden gebeten,

Angaben zu den im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 unter Nummer 5 VerFO genannten Kriterien vorzulegen, die der G-BA dann für seine Prüfung der Eignung von digitalen medizinischen Anwendungen für ein DMP heranzieht.

Insgesamt gingen elf Vorschläge zu digitalen medizinischen Anwendungen von elf stellungnahmeberechtigten Organisationen ein.

Der G-BA hat die Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm anhand der vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen umfassend geprüft und beraten. Die vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendungen richten sich alle an erwachsene Patienten und Patientinnen mit Adipositas. Die Vorschläge sind somit nicht relevant für die Zielgruppe in diesem DMP. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Zu Anlage 2

Die Änderung der Anlage 2 der DMP-A-RL durch eine Ergänzung der laufenden Nummer 10 um die Ausprägung Adipositas - Kinder und Jugendliche wurde infolge der Ergänzung eigenständiger Anforderungen an DMP Adipositas - Kinder- und Jugendliche erforderlich.

Die Ergänzung der Fußnote 6 zum Dokumentationsfeld 13 Körpergröße dient der Umsetzung der Qualitätsziele 1-3. Die Anforderung bezieht sich auf die Datenübernahme aus der vorhergehenden Dokumentation. Diese ist im DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche nicht zulässig. Eine Datenübernahme aus der Praxisverwaltungssoftware (PVS) bleibt davon unberührt.

Die Ergänzung der Fußnote 3 entspricht den Empfehlungen einer optionalen Blutdruckmessung unter Berücksichtigung der individuellen Erfordernisse wie unter Nummer 1.6 beschrieben.

Zu den Anlagen 23 und 24

Der vorliegende Beschluss erlässt Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas. Um klarzustellen, dass sich die in den Anlagen 23 und 24 festgelegten Anforderungen auf Menschen mit Adipositas beziehen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird in den Überschriften der Anlagen und in der Überschrift der Dokumentation jeweils das Wort „Erwachsene“ ergänzt. Zudem werden hierdurch die Überschriften in den Anlagen 23, 24, 25 und 26 vereinheitlicht.

Zu Anlage 25

Zu Nummer 1.1 Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Auch im Kindes- und Jugendalter hat sich die Verwendung der einfach messbaren Parameter Körpergröße und Körpergewicht und des daraus abgeleiteten Body Mass Index [BMI = Körpergewicht / Körpergröße² (kg/m²)] zur Definition des Gewichtsstatus sowie zur Abschätzung des Ausmaßes einer Adipositas weltweit durchgesetzt.

Der Body Mass Index ist während des Wachstums eines Menschen alters- und geschlechtsabhängig. Anders als bei Erwachsenen verwendet man daher bei Kindern und Jugendlichen keine absoluten BMI-Werte zur Definition von Übergewicht, sondern Perzentilangaben. Als „Perzentil“ bezeichnet man ein Maß für die Streuung einer statistischen Verteilung. Man orientiert sich daran, wie der individuelle BMI-Wert eines Kindes oder einer oder eines Jugendlichen im Verhältnis zu einer Stichprobe derselben Altersgruppe steht. Die

Gesamtstichprobe für diese Altersgruppe beträgt 100%. Der Wert für das 50er-Perzentil („P50“) ist derjenige, bei dem 50% der Stichprobe einen kleineren, und 50% der Stichprobe einen größeren BMI-Wert haben. Entsprechend liegen dann 97% aller Messwerte unter das 97er-Perzentil („P97“) und 3% darüber. Eine Perzentilenkurve ist deren grafische Darstellung.

Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) empfiehlt die Verwendung der Referenzwerte für Kinder und Jugendliche in Deutschland, die 2001 für die AGA publiziert [21] und im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren aktualisiert [20] wurden. Durch die in diesem Altersbereich vorgenommene Zusammenführung der AGA-Daten und der Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 [14] wird eine kontinuierliche Beurteilung der BMI-Entwicklung von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter (0 bis 79 Jahre) ermöglicht.

Um in Deutschland einheitliche Definitionen heranzuziehen, hat sich die AGA darauf verständigt, die BMI-Kategorien über bestimmte Perzentilangaben dieser Referenzdaten wie folgt zu definieren:

- Übergewicht: BMI-Perzentil > 90 – 97
- Adipositas: BMI-Perzentil > 97 – 99,5
- Extreme Adipositas: BMI-Perzentil > 99,5

[8].

Zu Nummer 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe

Die Einschlusskriterien für das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche sind wie folgt begründet: Die Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter mit dem Überschreiten des 97. alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Perzentil entspricht der deutschen Leitlinie AGA 2019 [8]. Die zentrale Maßnahme dieses DMP ist die Patientenschulung. Die durch den G-BA geprüften und als geeignet bewerteten Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas sind überwiegend für Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten 8. Lebensjahr konzipiert und anwendbar.

Für diese Patientengruppe ist ein bundesweit flächendeckendes Angebot vorhanden. Dementsprechend ist eine Teilnahme an diesem DMP ab dem vollendeten 8. Lebensjahr möglich. Für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen gibt es bisher nur vereinzelte und regional begrenzte Schulungsangebote, die die Anforderungen nach § 4 DMP-A-RL erfüllen. Um die Weiterentwicklung und Verbreitung dieser Schulungsprogramme zu fördern und gleichzeitig eine frühzeitige Umsetzung des DMP für die größere Gruppe der 8- bis 17-jährigen bundesweit zu ermöglichen, wird die Teilnahmevoraussetzung alters- und schulungsangebotsbezogen formuliert. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen angeboten und in die Behandlungsprogramme integriert werden kann.

In diesen Fällen ist die Teilnahme erst ab dem 8. Lebensjahr möglich. Hierbei gilt dann, dass Schulungen für diese Altersgruppe entsprechend § 4 verpflichtend ab Programmstart angeboten werden müssen. Dementsprechend ist eine Teilnahme an diesem DMP spätestens ab dem vollendeten 8. Lebensjahr möglich.

Weitere Voraussetzung für die DMP-Teilnahme ist das aktive Mitwirken der Kinder und Jugendlichen am gesamten Programm.

Die Eingrenzung der Möglichkeit zur Einschreibung in dieses DMP bis zum vollendeten 18. Lebensjahr leitet sich daraus ab, dass für Menschen mit einer Adipositas, die das vollendete 18. Lebensjahr erreicht haben, die Möglichkeit der Einschreibung in das DMP Adipositas Erwachsene besteht.

Zu Nummer 1.3 Therapieziele

Vom IQWiG bewertete Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt, der konkret als Therapieziele benannt wird. Dennoch lassen sich die für das DMP benannten Ziele aus den Leitlinientexten ableiten: so beschreibt die Leitlinie der AGA [8], dass sich der Krankheitswert der Adipositas im Kindes- und Jugendalter aus der funktionellen und individuellen Einschränkung, der psychosozialen Beeinträchtigung und vor allem der bereits fassbaren, höheren Komorbidität im Vergleich zu Normalgewichtigen ergibt. Auch die aktuelle US-Amerikanische Leitlinie [13] nennt eine Verbesserung des Gewichtsstatus und die Reduktion bzw. Elimination von Begleiterkrankungen als wichtige Behandlungsziele. Ebenfalls wird in der italienischen Leitlinie [29] dargestellt, dass durch die Adipositas psychische und physische Beeinträchtigungen bereits im Kindesalter bestehen und sich bei Persistenz der Adipositas ins Erwachsenenalter fortsetzen. Entsprechend wurden als Ziele der Behandlung die Senkung/Stabilisierung des Körpergewichts, die Verringerung von Risikofaktoren und die Vermeidung von Folgeschäden der Adipositas formuliert. Ausführliche Erläuterungen zum BMI-SDS sind unter den Erläuterungen zu Nummer 1.6 Verlaufsuntersuchungen und zu Anlage 26 (Adipositas – Kinder und Jugendliche – Dokumentation) zu finden.

Zu Nummer 1.4. Allgemeine Grundsätze der Therapie

Im Rahmen der IQWiG-Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu diesem Aspekt identifiziert [8], [29].

Aufgrund eines Hinweises aus dem Stellungnahmeverfahren wurde ein allgemeiner Absatz in diesem Kapitel ergänzt, der auch die rechtlichen Vorgaben zur Einbeziehung von Personensorgeberechtigten bzw. Betreuungspersonen beschreibt, die im DMP genauso gelten, wie auch außerhalb der DMP-Versorgung.

Eine Einbeziehung der Familie und relevanten Betreuungspersonen wird in den verschiedenen Therapiebereichen und auch als Motivationsunterstützung in diversen Leitlinien als wichtige Voraussetzung für den Erfolg der Maßnahmen hervorgehoben und dringend empfohlen [2,8,29]. Je jünger die Patientinnen und Patienten sind, umso größer ist der Stellenwert der Einbeziehung zu sehen. Bei älteren Jugendlichen nimmt mit der Selbständigkeit auch der Einfluss der Familie ab. Bei einwilligungsfähigen älteren Jugendlichen ist zu beachten, ob dieser Einbezug von der oder dem Jugendlichen selbst gewünscht wird und erforderlich ist.

Zu Nummer 1.4.1 Indikationsspezifische Erstanamnese

Bei der indikationsspezifischen Erstanamnese handelt es sich um ein Gespräch, das die Basis einer differenzierten Therapieplanung darstellt. Initial wird der bisherige Gewichtsverlauf, idealerweise anhand von Perzentil-Dokumentationen erhoben. Die Erhebung bisher erfolgter Maßnahmen umfasst sowohl ärztlich oder anderweitig durchgeführte Therapien als auch Maßnahmen zum (Selbst)management bzw. im familiären Bezugsraum durchgeführte Änderungen.

Zwar macht keine der einbezogenen Leitlinien konkrete Aussagen zu einzelnen Inhalten einer Erstanamnese, zur Basismaßnahme der Ernährungsumstellung findet sich jedoch die Feststellung hoher Evidenz für die Bedeutung einer initialen Erhebung des Ernährungsverhaltens des betroffenen Kindes oder Jugendlichen sowie seines familiären Umfelds [29]. Diese umfasst unter anderem die Art, Häufigkeit und Zusammensetzung der Mahlzeiten, die Einnahme gemeinsamer Mahlzeiten, die Portionsgrößen sowie Vorlieben und Abneigungen.

Die aktuelle Energiezufuhr (durch Nahrungsaufnahme) und der aktuelle Energieabbau (insbesondere durch Bewegung) sollen abgeschätzt werden, um daraus Ansatzpunkte für Maßnahmen in den Bereichen Ernährung und Bewegung ableiten zu können. Zur Erfassung der körperlichen Aktivität zählt dabei nicht nur der aktive Bewegungsumfang, sondern auch sein Gegenteil, die Vermeidung, die sich insbesondere aus sitzenden Tätigkeiten wie beispielsweise der Beschäftigung mit elektronischen Medien und TV-Konsum ergibt. Die Erhebung der Familienanamnese kann Hinweise auf potenzielle Risikofaktoren für Begleit- oder Folgeerkrankungen geben. Angaben zur Sozialanamnese und psychosozialen Belastungsfaktoren erlauben beispielsweise eine Abschätzung über die Notwendigkeit des Einbezugs weiterer Fachgruppen im Sinne von Nummer 1.7.2. Die Erhebung von Komorbiditäten umfasst auch die Abfrage nach Medikamenten, deren Einnahme mit einer Gewichtszunahme einhergehen kann (z. B. Antidepressiva, Glukokortikoide).

Zu Nummer 1.4.2 Therapieplanung

Die Adipositas ist eine chronische Erkrankung mit heterogener Ausprägung bezogen auf die Ursachen, Krankheitslast und vorhandene individuelle Ressourcen. Bei Kindern und Jugendlichen spielen außerdem weitere Faktoren eine Rolle, insbesondere solche, die sich aus der familiären Situation bzw. sozialen Umgebung ergeben. Daher bedarf es einer individuellen Therapieplanung auf Grundlage der indikationspezifischen Erstanamnese. Mit der Einschreibung in das DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche sind erste Schritte für das Management der Erkrankung bereits erfolgt (gemeinsame Identifizierung der Adipositas und des Krankheitswertes und Erfassung der Motivation der Patientin oder des Patienten für weitere Maßnahmen). Die daran anknüpfende Therapieplanung orientiert sich an der individuellen Situation (Krankheitslast, Vorgeschichte, Lebensstil und -situation) und an den individuellen Möglichkeiten (Ressourcen) der Patientin oder des Patienten und dem gesamten Umfeld. Zur Unterstützung eines langfristigen Therapieerfolgs soll, wann immer möglich und sinnvoll, die gesamte Familie bzw. andere Betreuungspersonen oder Personensorgeberechtigten wie unter Nummer 1.4 beschrieben in die Planung (und weitere Unterstützung) der therapeutischen Maßnahmen einbezogen werden.

Zu Nummer 1.4.3 Überleitung

Laut KiGGS-Studie vom RKI hatten im Zeitraum 2014-2017 der Altersgruppe 14-17 Jahre 7,7 Prozent der Mädchen und 9,2 % der Jungen eine Adipositas [28]. Damit handelt es sich um eine häufige Erkrankung des Jugendalters. Es gibt Hinweise darauf, dass u.a. bedingt durch die COVID-19 Pandemie diese Zahl sogar noch weiter angestiegen ist [30]. Die meisten Jugendlichen mit Adipositas bleiben auch als Erwachsene adipös [5],[15].

Damit eine kontinuierliche Betreuung von Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen mit Adipositas sichergestellt wird, muss der Übergang von der pädiatrischen Versorgung in die Erwachsenenmedizin geplant und strukturiert gestaltet werden. Die Lebensphase der Adoleszenz stellt für Jugendliche mit Adipositas (ähnlich wie für Jugendliche mit anderen chronischen Erkrankungen) eine besonders sensible Lebensphase dar, auch weil sie mit zahlreichen jugendspezifischen und krankheitsspezifischen Herausforderungen einhergeht (u.a. Berufsfindung, Sexualität, Übernahme der Therapieverantwortung, Identitätsfindung, Akzeptanz des Körpers, Wechsel des koordinierenden Arztes). Diese Lebensphase ist auch für das Herausbilden von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen relevant. Mit zunehmender Unabhängigkeit von den Eltern ergibt sich die Chance, eigene, neue Gewohnheiten (bzgl. Einkaufsverhalten, Zubereitung von Speisen und körperlicher Aktivität) zu etablieren, die für das Adipositasmanagement maßgeblich sind.

Bis zum Vorliegen einer nationalen S3 -Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin (AWMF- Registriernummer 050-030, Innovationsfondprojekt TransitADI) kann die S3-Leitlinie der Gesellschaft für Transitionsmedizin hilfreiche Empfehlungen zur Gestaltung dieses Übergangs bieten [12].

Zu Nummer 1.5 Therapeutische Maßnahmen

Nummer 1.5 beinhaltet die therapeutischen Maßnahmen des DMP Adipositas.

Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen

Die Abschnitte in der Leitliniensynopse, die die Evidenz zu den Einzelkomponenten Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation darstellen, benennen die Notwendigkeit der Kombination der jeweiligen Einzelmaßnahme mit den anderen Bausteinen als Empfehlung mit hohem Evidenzgrad. Aus diesem Grund wird dies als übergeordneter Abschnitt „Basismaßnahmen“ dargestellt.

Die Empfehlungen unter 1.5.2, 1.5.3 und 1.5.4 sind grundsätzlicher Art und sollen die Umsetzung geeigneter Schulungen gemäß 4.2 wegen gegebenenfalls abweichender Begrifflichkeiten und Priorisierung in den Schulungscurricula nicht behindern.

Die Leitlinie AGA 2019 [8] beschreibt eine Reduktion des BMI-SDS um 0,20 als guten Therapieerfolg bei Patienten, die durch Einrichtungen oder in Programmen betreut werden. An anderer Stelle wird in dieser Leitlinie sowie auch in der italienischen Leitlinie ISPE 2018 [29] zitiert, dass eine Übergewichtsreduktion um 0,25 BMI-SDS, als Resultat einer interdisziplinären Intervention mit 1388 übergewichtigen Kindern über ein Jahr, zu einer signifikanten Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren geführt habe, mit einer Verdoppelung der gemessenen Effekte bei einer Reduktion um 0,5. [27]. Da bei der Evaluation von Schulungsprogrammen in Deutschland ein Konsens dazu besteht, eine Reduktion des BMI-SDS um mindestens 0,20 als Erfolgskriterium zu verwenden, wird dieser Wert auch zur Messung der Zielerreichung in diesem DMP eingesetzt.

Zu Nummer 1.5.2 Ernährung

Die Formulierung der Empfehlungen zur Ernährungsumstellung basiert auf den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes Jugendalter [8], sowie der Italienischen Leitlinie [29], der allerdings im IQWiG-Bericht eine geringere methodische Qualität zugesprochen wird.

Einen hohen Evidenzgrad haben demnach die Empfehlungen zu einer abwechslungsreichen, ausgewogenen Ernährung im Gegensatz zur Einhaltung starrer Kostformen sowie der Ernährungsumstellung unter Einbezug der Familie bzw. des sozialen Umfelds insbesondere bei Kindern.

Bezüglich der Lebensmittelauswahl findet sich eine indirekte Empfehlung, indem der Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Hinblick auf die Steigerung (Gemüse, Obst) bzw. Verringerung der Aufnahme (zuckerhaltige Getränke) eine hoher Evidenzgrad bescheinigt wird.

Aufgrund mehrerer Hinweise aus dem Stellungnahmeverfahren wurde analog zu dem DMP Adipositas für Erwachsene Empfehlungen zur individuellen Ernährungsberatung aufgenommen. Die Leistung wird durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte (Diätassistentinnen/Diätassistenten oder vergleichbar akademisch qualifizierte Ökotrophologinnen/ Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen/ Ernährungswissenschaftler bzw. Absolventinnen/Absolventen fachverwandter Studiengänge) durchgeführt. In der S3 Leitlinie zur Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter findet sich ebenfalls die Empfehlung eine Ernährungstherapie durchzuführen, da sie die Lebensmittelauswahl günstig beeinflussen kann (Empfehlung 7,[8]). Die Ernährungsberatung bei Kindern und Jugendliche mit Adipositas ist keine Regelleistung der GKV, wird aber zum Teil

auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V als Patientenschulungsmaßnahme für chronisch Kranke bewilligt.

Zu Nummer 1.5.3 Bewegung

Zur Formulierung der Empfehlungen stand wesentlich die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter [8] zur Verfügung. Einen hohen Evidenzgrad haben laut IQWiG-Bericht die Empfehlungen zur (vornehmlichen) Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag als primäres Ziel, da dies langfristig im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion wirkungsvoller ist als zeitlich begrenzte Sportprogramme. Ebenfalls einen hohen Evidenzgrad hat die Empfehlung zur Anpassung der Aktivitätssteigerung an den Grad der Adipositas und die Erhöhung der Verstärkung der Wirksamkeit durch positive Verstärkung und Unterstützung durch das soziale Umfeld. Eine Konkretisierung von Art um Umfang der körperlichen Aktivität wird in der Leitlinie nicht als explizite Empfehlung aufgeführt. Dem begleitenden Text bzw. auch Empfehlungen mit niedrigerem Evidenzgrad ist aber zu entnehmen, dass ein gelenkschonendes Training durchgeführt werden sollte, generell wird ein Umfang von 90 Minuten moderate Aktivität am Tag empfohlen. Bewegungsarme bzw. sportungewohnte Kinder und Jugendliche sollten schrittweise an diese Umfänge herangeführt werden. Das körperliche Training sollte ein Kraft- und ein Ausdauertraining unter Einbezug attraktiver motivierender Bewegungs-, Spiel- und Übungsformen beinhalten.

Zu Nummer 1.5.4 Verhaltensmodifikation

Die Empfehlungen zu verhaltensbasierten Maßnahmen basieren auf der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter [8]. Ein hoher Evidenzgrad liegt vor für die Empfehlung zur Unterstützung erreichter Verhaltensänderungen durch positive Verstärkung, die Anwendung mehrerer verschiedener Strategien und der Einsatz von Interventionen mittlerer bis hoher Intensität. Letztere Aussage stützt sich auf eine Meta-Analyse aus n=11 RCTs (mit einer Dauer von 3 bis 24 Monaten). Hier waren umfassende verhaltensbasierte Interventionen mittlerer bis hoher Intensität (>26h Kontakt), die eine Kombination aus Diät, körperlicher Bewegung und Verhaltensschulung beinhalten, der effektivste verhaltensbasierte Ansatz und resultieren in kleinen bis moderaten kurzzeitigen Verbesserungen im BMI im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Zu Nummer 1.6 Verlaufsuntersuchungen

Die Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Verlaufsuntersuchungen leiten sich ab aus den Kapiteln 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe, 1.4.1 Indikationsspezifische Erstanamnese und 1.5 Therapeutische Maßnahmen (Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation).

Aus der aktuellen Körpergröße und dem aktuellen Körpergewicht lässt sich der BMI-Standard Deviation Score für Kinder und Jugendliche (BMI-SDS) berechnen. Dieser wird bei Kindern und Jugendlichen zur initialen Einschätzung des Ausmaßes der Adipositas und als Parameter für die Einordnung von Gewichtsveränderungen im Verlauf eingesetzt (s. auch [8],[2],[29]). Er gibt an, um ein wie viel Faches einer Standardabweichung ein individueller BMI bei gegebenem Alter und Geschlecht ober- oder unterhalb der 50. Perzentile der Referenzpopulation liegt. Hierbei wurde die Referenzpopulation gemäß AGA 2019 [8] gewählt [20,21]. Da die Perzentilangaben bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas keine adäquate Vergleichsmöglichkeit bieten, ist durch die BMI-SDS-Werte eine genaue Zuordnung möglich. Die Berechnung des BMI-SDS wird in den Erläuterungen zu Anlage 26 (Adipositas – Kinder und Jugendliche – Dokumentation) beschrieben.

In der Tabelle 1 werden die Perzentilgrenzen für Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas und extreme Adipositas gemäß der deutschen Leitlinie [8] mit entsprechenden BMI-SDS

dargestellt. Die Transformation der Perzentilgrenzen in die entsprechenden BMI-SDS erfolgte durch den G-BA gemäß [20,21],[6]. Das 97. Perzentil entspricht einem BMI-SDS von 1,88, das 99,5. Perzentil einem BMI-SDS von 2,58. Anhand des individuellen BMI-SDS kann somit das initiale Ausmaß der Adipositas und die Gewichtsveränderung im Verlauf eingeordnet werden. Bei bestehender Adipositas wird eine Veränderung des BMI-SDS um 0,20 als klinisch relevante Übergewichtsreduktion eingestuft [8].

Weiterführende Diagnostik oder Verlaufsuntersuchungen können zur besseren Einschätzung des Gesundheitsstatus und Erfassung von Adipositas-assoziierten Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen erwogen werden. Hierbei sollten insbesondere die vier relevantesten Komorbiditäten fokussiert werden (Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Lipidstoffwechselstörung und Fettleber). Die Empfehlungen stützen sich auf Expertenconsense, auf Empfehlungen aus der Leitlinie ISPE 2018 [29] und der Leitlinie ADA 2022 [1], sowie auf Empfehlungen aus der Leitlinie AAP 2023 [13].

Eine regelmäßige Blutdruckmessung wird in den Leitlinien AAP 2023 [13] und ISPE 2018 [29] mit hohem Empfehlungsgrad empfohlen. Die Leitlinie AAP 2023 [13] empfiehlt mit moderater Empfehlungsstärke die Blutdruckmessung bei jeder Patientenvorstellung. Die Empfehlung zur jährlichen Blutdruckkontrolle ergab sich schließlich aus einem Expertenconsens. Diese Kontrolle kann insbesondere dann relevant sein, wenn eine Adipositas im Kindes- und Jugendalter bestehen bleibt oder sich verschlimmert.

Eine laborchemische Diagnostik wird ab dem Alter von 10 Jahren empfohlen (AAP 2023 [13], starke Empfehlung). In der Leitlinie AAP 2023 [13] wird ferner empfohlen, Laborkontrollen im Standardfall alle zwei Jahre zu wiederholen (Empfehlungsstärke unklar). Die Leitlinie ADA 2022 [1] empfiehlt hingegen bei bestimmten Risikokonstellationen den laborchemischen Ausschluss eines Diabetes mellitus Typ 2 alle drei Jahre zu wiederholen. Die Entscheidung zu (ggf. wiederholter) Labordiagnostik sollte daher unter Berücksichtigung des BMI-Verlaufs sowie des Vorhandenseins von Risikofaktoren und Komorbiditäten erfolgen.

	Perzentilgrenze	BMI-SDS
Untergewicht	< 10. Perzentil	< -1,28
Normalgewicht	10. - 90. Perzentil	-1,28 bis 1,28
Übergewicht	> 90. bis 97. Perzentil	>1,28 bis 1,88
Adipositas	> 97. Perzentil	> 1,88
Extreme Adipositas	> 99,5. Perzentil	> 2,58

Tabelle 1: Perzentilgrenzen für Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas und extreme Adipositas im Kindes- und Jugendalter gemäß der deutschen Leitlinie [8] mit entsprechenden BMI-SDS gemäß [21],[20],[6].

Zu Nummer 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren

Nach Nummer 1.7 erfordert die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

Zu Nummer 1.7.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

DMP verfolgen grundsätzlich einen niedrigschwelligen, bevölkerungsnahen und integrativen Versorgungsansatz mit langfristiger Patientenbegleitung unter Berücksichtigung bestehender Komorbiditäten und des häuslichen und familiären Umfelds. Die Verfügbarkeit von fachärztlichem Spezialwissen zu einzelnen Fragestellungen wird durch Überweisungsregelungen an entsprechende Fachärztinnen oder Fachärzte sichergestellt. Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt stimmt die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen aufeinander ab, bezieht gegebenenfalls auch weitere Gesundheitsprofessionen und flankierende Dienste mit ein, führt die Befunde zusammen und bewertet sie auch mit der Patientin oder dem Patienten und ggf. den nach Maßgabe der Nummer 1.4 einbezogenen Betreuungspersonen oder Personensorgeberechtigten zusammen und dokumentiert diese. Entsprechend § 73 SGB V werden diese Aufgaben der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben, an der unter anderem Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, sowie Ärztinnen und Ärzte nach § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 4 und 5 SGB V teilnehmen.

Kinder- und Jugendärztinnen bzw. Kinder- und Jugendärzte mit einer Schwerpunktbezeichnung oder einer Zusatzweiterbildung nehmen grundsätzlich an der hausärztlichen Versorgung teil. Sie sind daher, neben den Kinder- und Jugendärztinnen bzw. Kinder- und Jugendärzten ohne Schwerpunktbezeichnung oder Zusatzweiterbildung, ebenfalls von der Formulierung im vorangehenden Absatz umfasst.

Eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas kann in Ausnahmefällen auch durch eine qualifizierte Einrichtung betreut werden, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt. Dies können beispielsweise Kinder- und Jugendmedizinische Ambulanzen an Kliniken oder sozialpädiatrische Zentren sein.

Zu 1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten

Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

Bei Verdacht oder Auftreten einer psychischen Komorbidität ist zu berücksichtigen, dass weiterführende diagnostische und therapeutische Maßnahmen insbesondere mit einer jeweils qualifizierten Fachärztin, einem jeweils qualifizierten Facharzt oder einer ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutin, einem ärztlichen oder Psychologischen

Psychotherapeuten oder einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder einer qualifizierten Fachpsychotherapeutin, einem qualifizierten Fachpsychotherapeuten oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung notwendig sein können. Insbesondere bei schweren somatischen Komorbiditäten, bei Progression einer Komorbidität oder bei komplexen Konstellationen von Komorbiditäten kann die Zusammenarbeit mit jeweils qualifizierten Fachärztinnen, jeweils qualifizierten Fachärzten oder jeweils qualifizierten Einrichtungen angezeigt sein.

Bei bestehenden oder neu auftretenden Komorbiditäten bzw. Begleiterkrankungen kann für eine optimale Wirkstoffauswahl hinsichtlich des Einflusses auf das Gewicht die Zusammenarbeit mit einer jeweils qualifizierten Fachärztin oder einem jeweils qualifizierten Facharzt angezeigt sein.

Bei neu aufgetretenen Hinweisen für eine spezifische und anderweitig behandlungsbedürftige Ursache der Adipositas, beispielsweise einer monogenetischen oder endokrinen Ursache, kann je nach individueller Konstellation eine Überweisung zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung indiziert sein.

Zu Nummer 1.7.3 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

Der G-BA weist auf die Bedeutung der unterschiedlichen Leistungsbereiche der Rehabilitation hin. Es sind die verschiedenen Zuständigkeiten des Rehabilitationsrechts zu beachten. Hinsichtlich des Regelungsbereichs der strukturierten Behandlungsprogramme ist insbesondere für das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung die Rehabilitations-Richtlinie des G-BA maßgeblich.

Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen

Die allgemeinen Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in § 2 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

Auf Basis der Empfehlungen dieser Anlage wurden Qualitätsziele und -indikatoren festgelegt. Die entsprechenden Zielwerte zu den jeweiligen Qualitätsindikatoren wurden unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Literatur im Expertenkonsens festgelegt.

Die langfristige Senkung mit Stabilisierung des relativen Körpergewichts oder die Vermeidung einer weiteren Gewichtszunahme ist ein unter Nummer 1.3 definiertes Therapieziel. Die Qualitätsziele 1 bis 3 leiten sich aus den starken Empfehlungen zur Gewichtsreduktion bzw. -stabilisierung bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas ab und dienen einer standardisierten Darstellung der Erreichung dieser Therapieziele. Für eine individuelle Einschätzung der Gewichtsveränderung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas wird der Einsatz eines alters- und geschlechtsstandardisierten BMI empfohlen [8],[2],[29]. Hierbei wird die LMS-Methode nach Cole, T.J., 1990 [6] angewandt, da mit dieser die Berechnung des Standard Deviation Score (SDS) für nicht normalverteilte Parameter wie dem BMI möglich ist. Die Buchstaben L, M und S stehen dabei für die drei Parameter Schiefe (L), Median (M) und Variationskoeffizient (S). Der Median entspricht dem 50. Perzentil. Dieser BMI-spezifische SDS (BMI-SDS) für Kinder und Jugendliche gibt an, um ein wie viel Faches einer Standardabweichung ein individueller BMI bei gegebenem Alter und Geschlecht ober- oder unterhalb der 50. Perzentile liegt. Hierbei wurde die Referenzpopulation gemäß AGA 2019 [8] gewählt [21],[20].

Analog zu den Perzentilangaben ist bei Kindern und Jugendlichen anhand des BMI-SDS eine Einordnung des individuellen relativen Gewichts in die Kategorien Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas und extreme Adipositas möglich (vgl. Tabelle 1 unter

Zu Nummer 1.6 Verlaufsuntersuchungen). Ferner kann der Erfolg einer Therapie zur Gewichtsreduktion anhand der erzielten Änderung des BMI-SDS genauer beurteilt werden als anhand der Perzentilkurven. Es wird angenommen, dass eine erfolgreiche Gewichtsreduktion dann vorliegt, wenn der BMI-SDS ein Jahr nach Therapiebeginn um mindestens 0,20 zurückgegangen ist (entspricht einer Gewichtsreduktion von ca. 5 %). Ein sehr guter Erfolg besteht bei einer Reduktion des BMI-SDS von mindestens 0,50 (entspricht einer Gewichtsreduktion von ca. 10 %) [8]. Die Formel zur Berechnung des BMI-SDS und die entsprechend erforderlichen Werte sind an die deutsche Leitlinie angelehnt [8] und in den Tragenden Gründen zu Anlage 26 Dokumentation ausführlich dargestellt.

Im Qualitätsziel 1 wird die aktuelle Reduktion des Übergewichts der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dargestellt. Dieses Qualitätsziel soll erst nach einer Teilnahmedauer von 12 Monaten berechnet werden. Dementsprechend umfasst der Nenner alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten. Eine Reduktion des BMI-SDS von mindestens 0,20 im Vergleich zum BMI-SDS bei Einschreibung gilt als ausreichend relevante Verbesserung. Für die Berechnung des 1. Qualitätsziels zur Reduktion des Übergewichts im Vergleich zur Einschreibung wird eine Reduktion des BMI-SDS von mindestens 0,20 (Differenz: BMI-SDS der Erstdokumentation minus BMI-SDS der aktuellen Dokumentation $\geq 0,20$) als gute Qualität operationalisiert. Eine Reduktion des BMI-SDS von weniger als 0,20, ein unveränderter BMI-SDS sowie eine Zunahme des BMI-SDS (Differenz $< 0,20$) wird als schlechte Qualität operationalisiert. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das Qualitätsziel 1 erreichen, sollte bei mindestens 35 % liegen.

Die Qualitätsziele 2 und 3 stellen die Erreichung bzw. Aufrechterhaltung einer Stabilisierung des relativen Gewichts dar, die sowohl eine Stabilisierung als auch eine Reduktion des BMI-SDS umfasst. Beide Qualitätsziele beziehen sich auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ohne Beschränkung der Teilnahmedauer und schließt somit auch die Subgruppe aus Qualitätsziel 1 ein.

Für die Berechnung des Qualitätsziels 2 zur Vermeidung einer Zunahme des Übergewichts im Vergleich zur Einschreibung wird bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Reduktion des BMI-SDS jedwedem Ausmaß oder ein gleichbleibender BMI-SDS (Differenz: BMI-SDS der Erstdokumentation minus BMI-SDS der aktuellen Dokumentation ≥ 0) als gute Qualität operationalisiert. Eine Zunahme des BMI-SDS jedwedem Ausmaß wird als schlechte Qualität operationalisiert. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 2 erreichen, sollte bei mindestens 70 % liegen.

Für die Berechnung des Qualitätsziels 3 zur Stabilisierung des Übergewichts im Vergleich zur letzten verfügbaren Dokumentation wird bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Reduktion des BMI-SDS jedwedem Ausmaß oder ein gleichbleibender BMI-SDS (Differenz: BMI-SDS der letzten verfügbaren Dokumentation minus BMI-SDS der aktuellen Dokumentation ≥ 0) als gute Qualität operationalisiert. Ist der BMI-SDS bei der aktuellen Dokumentation kleiner oder gleich 1,28 (dementsprechend unterhalb des Cut-off-Wertes für Übergewicht, s. Tabelle 1), gilt dies als gute Qualität, unabhängig von dem Wert des BMI-SDS der letzten verfügbaren Dokumentation. Eine Zunahme des BMI-SDS jedwedem Ausmaß wird als schlechte Qualität operationalisiert (Differenz < 0). Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 3 erreichen, sollte bei mindestens 70 % liegen.

Die Angaben zu der Zielwerterreichung der Qualitätsziele 1-3 beruhen auf Expertenkonsens unter Berücksichtigung von Ergebnissen von Evaluationsstudien zu Adipositas-Schulungen für Kinder und Jugendliche [11],[7],[24,25],

Die Qualitätsziele 4 bis 7 dienen der Umsetzung der Empfehlungen zu den Basismaßnahmen (1.5.1), zu Ernährung (1.5.2) sowie zu Bewegung (1.5.3) und werden jeweils auf alle

Teilnehmerinnen und Teilnehmer angewendet. Wesentlicher Bestandteil der Basismaßnahmen des Adipositasmanagements bei Kindern und Jugendlichen sind Änderungen der Ernährung und Steigerung der Bewegung im Alltag.

Durch die Festlegung individueller Ziele und die regelmäßige Überprüfung dieser Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung sowie zur regelmäßigen Bewegung im Alltag werden Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei der Änderung zu einem adäquaten Ernährungsverhalten sowie bei der Umsetzung regelmäßiger Bewegung im Alltag unterstützt.

Die Qualitätsziele 4 „Individuelle Ziele zu regelmäßiger Bewegung im Alltag“ sowie 6 „Individuelle Ziele zum Ernährungsverhalten“ sind als Prozessparameter zu verstehen, in denen gute Qualität über die Vereinbarung und Überprüfung von Zielen zu regelmäßiger Bewegung im Alltag bzw. zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung definiert wird. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die die Qualitätsziele 4 und 6 erreichen, sollte jeweils bei mindestens 90 % liegen.

Die Qualitätsziele 5 „Regelmäßige Bewegung im Alltag (entsprechend der individuell festgelegten Ziele)“ sowie 7 „Adäquates Ernährungsverhalten (entsprechend der individuell festgelegten Ziele)“ sind als patientenseitige Ergebnisparameter zu verstehen. Unabhängig davon, ob die Prozessqualität über eine individuelle Zielvereinbarung erfüllt wurde (vgl. Qualitätsziele 4 bzw. 6), wird es in den beiden Qualitätszielen 5 und 7 als gute Qualität gewertet, wenn eine Teilnehmerin oder ein Teilnehmer sich entsprechend den individuellen Möglichkeiten regelmäßig bewegt bzw. adäquat ernährt.

Demnach werden im Qualitätsziel 5 im Nenner alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer berücksichtigt. Als gute Qualität wird definiert, wenn im Dokumentationsfeld „Regelmäßige Bewegung im Alltag“ die Angabe „Ja“ gemacht wurde. Wurde die Angabe „Nein“ gemacht, gilt dies als schlechte Qualität. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 5 erreichen, sollte bei mindestens 60 % liegen.

Im Qualitätsziel 7 werden im Nenner alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer berücksichtigt. Als gute Qualität wird definiert, wenn im Dokumentationsfeld „Adäquat geändertes Ernährungsverhalten“ die Angabe „Ja“ gemacht wurde. Wurde die Angabe „Nein“ gemacht, gilt dies als schlechte Qualität. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 7 erreichen, sollte bei mindestens 60 % liegen.

Das Qualitätsziel 8 zur Teilnahme an einer Schulung dient der Umsetzung der in Nummer 4.2 formulierten Empfehlungen zur Teilnahme an einer Patientenschulung. Patientenschulungen stellen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche eine zentrale Maßnahme dar und sollen allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern angeboten werden. Bei der Berechnung des Qualitätsindikators werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Schulung wahrgenommen haben, als gute Qualität gewertet, unabhängig von einer dokumentierten Empfehlung. Diejenigen, die trotz einer dokumentierten Empfehlung keine Schulung wahrgenommen haben, werden als schlechte Qualität gewertet. War eine Schulung aktuell nicht möglich oder wurde diese bereits vor Einschreibung in das DMP wahrgenommen, werden diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer in dem Indikator nicht berücksichtigt. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 8 erreichen, sollte bei mindestens 80 % liegen.

Zu Nummer 3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)

Zu Nummer 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen sind in § 3 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Die speziellen Teilnahmevoraussetzungen sind durch die diagnostischen Kriterien und Vorgaben unter Nummer 1.2 geregelt.

Kommen die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt, die Patientin oder der Patient zu dem Ergebnis, dass diese oder dieser von einer Teilnahme an dem Programm nicht länger profitiert, so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die Krankenkasse. Um denjenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die erst kurz vor der Vollendung des 18. Lebensjahres in dieses DMP eingeschrieben werden, die Möglichkeit zum Abschluss einer Adipositas-Schulung als wesentliche Maßnahme dieses DMP zu geben, kann im Einzelfall die Teilnahme über das 18. Lebensjahr hinaus gehen. Eine regelhafte Teilnahme nach dem vollendeten 18. Lebensjahr ist für dieses DMP nicht vorgesehen, da zum einen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr eine Teilnahme am DMP für Erwachsene vorgesehen ist und zum anderen die Schulungen in beiden DMP mit Altersgrenzen versehen sind. Die Teilnahme am DMP für Kinder und Jugendliche ist jedoch längstens bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres möglich.

Die spezifische Behandlung der Adipositas während der Schwangerschaft und der Stillzeit wird nicht in diesem DMP fokussiert, da in diesen Situationen insbesondere hinsichtlich der Gewichtsreduktion und der Ernährungsumstellung andere Empfehlungen bestehen. Daher wird eine Einschreibung erst nach der Phase der Schwangerschaft bzw. Stillzeit empfohlen.

Zu Nummer 4 Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)

Zu Nummer 4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Die Schulungen der Leistungserbringer sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten

Gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2 SGB V hat der G-BA Anforderungen an Patientenschulungen zu definieren. Die Patientenschulungen sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt. Entsprechend dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen und sind deshalb integraler Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme. Längerfristig über mehrere Monate bis zu einem Jahr angelegte Schulungsangebote von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas – und, wann immer möglich und sinnvoll, unter Einbezug der Betreuungspersonen oder Personensorgeberechtigten wie unter Nummer 1.4 beschrieben (im Folgenden nur als „Betreuungspersonen“ bezeichnet) – stellen die zentrale Maßnahme in diesem DMP dar (s. Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen) und sollen demnach jedem Teilnehmenden angeboten werden. In der deutschen Leitlinie wird betont, dass kombinierte interdisziplinäre Programme, die Interventionen zu Bewegung und Ernährung kombinieren, die beste Wirksamkeit haben.

Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung existieren mehrere Schulungen, die die Anforderungen dieses DMP erfüllen. Dies sind Schulungen für Kinder und Jugendliche, in der Regel ab dem achten bis zum 18. Lebensjahr, welche bereits an verschiedenen Standorten in Deutschland angeboten werden.

Ferner existiert eine Schulung für Kinder im Alter von vier bis sieben Jahren, welche den Schwerpunkt auf die Betreuungspersonen legt (vgl. Absatz zu „Obeldicks mini“).

Die der Prüfung zugrundeliegenden konkreten Schulungen und deren Bewertung werden im Folgenden beschrieben:

Das „Trainermanual Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche“ der Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS) [10,17] einschließlich des dort beschriebenen Rahmenkonzepts für eine ambulante Gruppenschulung sowie der fünf davon umfassten Broschüren (Grundlagen, Ernährung, Bewegung, Psychosoziales und Medizin), ist Basis vieler Schulungsangebote für Kinder und Jugendliche mit Adipositas oder Übergewicht in Deutschland und ist nur für den rein ambulanten Einsatz konzipiert. Das interdisziplinäre Gruppenschulungsprogramm dauert in der Regel ein Jahr und richtet sich an adipöse bzw. übergewichtige Kinder und Jugendliche ab dem 8. Lebensjahr und ihre Betreuungspersonen. Es umfasst die Module ‚Medizin‘, ‚Ernährung‘, ‚Bewegung‘ und ‚Psychosoziales‘. Ziel ist die Reduktion des Übergewichts sowie ein ausgewogenes Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Die ambulante Gruppenschulung nach dem Programm der KgAS wurde in einer multizentrischen Studie evaluiert [11]. Es wurden 297 Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 16 Jahren eingeschlossen, die eine der folgenden Voraussetzungen erfüllten: extreme Adipositas (BMI oberhalb des 99,5. Perzentils), Adipositas (BMI oberhalb des 97. Perzentils) mit zusätzlichen Risikofaktoren oder Komorbiditäten oder Übergewicht (BMI oberhalb des 90. Perzentils) mit behandlungsbedürftiger Krankheit bzw. Krankheiten. Davon waren 13,2 % übergewichtig, 55,8 % adipös und 31,0 % extrem adipös. Als Outcomes wurden neben dem BMI der Blutdruck, Laborwerte zu Fett- und Glukosestoffwechsel sowie die Lebensqualität erhoben. Der BMI-SDS reduzierte sich nach Beendigung der Schulung signifikant von 2,32 auf 2,03 sowie langfristig (ein Jahr nach Ende der Schulung) auf 2,07. Die Hypertonie- und Dyslipidämieprävalenz und auch die Lebensqualität verbesserten sich ebenfalls sowohl zum Ende der Schulung als auch zum 1-Jahres-Follow-up signifikant [11].

Es liegen zudem weitere Evaluationen von ambulanten Schulungsprogrammen vor, die entsprechend dem KgAS-Rahmenkonzept schulen:

In einer Evaluationsstudie des KgAS-Zentrum an der Deutschen Sporthochschule Köln zum ambulanten interdisziplinären Programm CHILT (Children’s Health Interventional Trial) wurden insgesamt 16 Kohorten mit Teilnehmenden im Alter von 8 bis 31 Jahre in einer per-protocol (PP) Analyse betrachtet [22]. CHILT richtet sich an Kinder und Jugendliche mit Adipositas unter Beteiligung des familiären Umfelds bzw. der Betreuungspersonen. Es können auch übergewichtige Kinder oder Jugendliche teilnehmen, wenn sie Adipositas-assoziierte Risikofaktoren oder Krankheiten aufweisen. Insgesamt 88,8 % der Teilnehmenden waren adipös. Die meisten Teilnehmenden waren im Alter von 12 bis 15 Jahre (61,8 %) oder unter 12 Jahre alt (31,8 %). Der BMI-SDS reduzierte sich um 0,19 (Spannweite -1,33 bis 0,55) bei einem initialen durchschnittlichen Wert von 2,46 (Standardabweichung 0,50). Die Reduktion des BMI-SDS war mit einer Verbesserung von Komorbiditäten wie Hypertonie und Dyslipidämie assoziiert.

In einer Evaluationsstudie des KgAS-Zentrum KLAKE e.V. zum ambulanten interdisziplinären Programm KLAKE (Konzept Leipzig bewegungsaktive Adipositasschulung für Kinder im Schulalter), welches ebenfalls die Betreuungspersonen mit einbezieht, wurden 142 Kinder und Jugendliche mit Adipositas (BMI oberhalb des 97. Perzentil) oder Übergewicht (BMI oberhalb des 90. Perzentil) und assoziierter Komorbiditäten im Alter von 7 bis 18 Jahren eingeschlossen

[3]. Das Durchschnittsalter betrug 12,2 Jahre. Die meisten Kinder und Jugendlichen waren adipös (n=115). Der durchschnittliche BMI-SDS war initial 2,33 (Standardabweichung 0,4). Die Reduktion des BMI-SDS betrug im Schnitt 0,11 (intention-to-treat (ITT) Analyse, Spannweite von -0,16 bis -0,07) und war signifikant. Insgesamt 26% der Teilnehmenden erreichten in der ITT-Analyse eine relevante Verminderung des BMI-SDS von mindestens 0,20.

Das ambulante interdisziplinäre Schulungsprogramm Kindergewicht intensiv Coaching im Krankenhaus (KiCK) nach KgAS für Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 17 Jahren hat das Ziel, u.a. langfristig das Gewicht zu reduzieren und zu stabilisieren und das Ess- und Bewegungsverhalten der Kinder unter Einbezug der Betreuungspersonen verbessern. In einer retrospektiven Längsschnittstudie [7] wurden die Daten von 373 Teilnehmenden untersucht, die das Programm in den Jahren 2006 bis 2015 vollständig beendet haben. Eingeschlossen wurden übergewichtige oder adipöse Kinder bzw. Jugendliche im Alter von 8 bis 17 Jahren. Das mittlere Alter betrug 11,9 Jahre (Standardabweichung 2,3 Jahre) und der mittlere BMI-SDS 2,40 (Standardabweichung 0,40). Am Ende des Programms reduzierte sich der BMI-SDS signifikant um durchschnittlich 0,78 (Standardabweichung 0,41). 41,8% der Teilnehmenden erreichten eine Reduktion des BMI-SDS von mindestens 0,20.

Die ambulante Gruppenschulung der KgAS, einschließlich der o. g. Schulungsprogramme, die entsprechend dem Rahmenkonzept der KgAS für ambulante Gruppenschulungen schulen, sind somit für Kinder mit einem BMI oberhalb des 97. BMI-Perzentil geeignet. Diese Schulungsprogramme sind sowohl für Kinder und Jugendliche ohne weitere Adipositas-assoziierten Risikofaktoren oder Folgeerkrankungen als auch mit zusätzlichen Adipositas-assoziierten Risikofaktoren oder Folgeerkrankungen geeignet.

In seiner Prüfung auf Eignung des Schulungskonzepts sowie der Evaluationsstudien kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass das ambulante Gruppenschulungsprogramm der KgAS, einschließlich der Programme CHILT, KLAKS und KiCK, für die Integration in das DMP geeignet sind und somit unter Berücksichtigung der jeweilig vorgesehenen unteren Altersgrenze, spätestens aber ab acht Jahren, allen Patientinnen und Patienten angeboten werden können, die die Einschlusskriterien gemäß 1.2 erfüllen. Weitere Schulungsprogramme, die in Zukunft nach KgAS schulen werden, sind für die Integration in das DMP ebenfalls geeignet.

Ferner lag dem G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung mit dem Freiburg Intervention Trial for Obese Children (FITOC) ein weiteres, ambulantes interdisziplinäres Schulungsprogramm vor. Es kombiniert über einen Zeitraum von 8 Monaten ein Sport- mit einem Ernährungs- und Verhaltensprogramm unter Einbezug der Eltern bzw. Betreuungspersonen. Das Programm richtet sich an Kinder im Alter von 8 bis 11 Jahren mit einem BMI oberhalb des 97. Perzentil. Ziel ist neben dem Gewichtsmanagement eine Verbesserung der körperlichen Fitness. In der Evaluationsstudie im Längsschnittdesign wurden Daten von 496 Kinder mit einer Interventionszeit von 8 Monaten erfasst und mit einer Kontrollgruppe von 35 Kindern verglichen [19]. Der BMI-SDS verringerte sich signifikant in der Interventionsgruppe von initial 2,08 auf 1,86 (Standardabweichung jeweils 0,51 und 0,59) nach durchschnittlich 8,5 Monaten (Standardabweichung 1,2 Monate). In der Kontrollgruppe veränderte sich der BMI-SDS von vor zu nach Beendigung der Schulung nicht. Des Weiteren konnte in der Interventionsgruppe eine signifikante Senkung des LDL-Cholesterins sowie eine signifikante Verbesserung des Fitness-Niveaus (Watt/kg Körpergewicht) erreicht werden. Die positiven Veränderungen waren noch 3,3 Jahre nach Beginn der Schulung zu verzeichnen [19],[18].

Ein weiteres Schulungsprogramm ist das Programm „Obeldicks“. Bausteine dieser einjährigen ambulanten, strukturierten und interdisziplinären Gruppenschulung sind Bewegungs-, Ernährungs- und Verhaltensmodule einschließlich einer individuellen Betreuung von Kind und Familie oder Betreuungspersonen. Ziel ist u.a. eine Verringerung des Übergewichts und eine langfristige dauerhafte Umstellung der Verhaltensweisen, die zu Übergewicht führen wie

kalorienreiche Ernährung und mangelnde Bewegung. Die Wirksamkeit des Programms „Obeldicks“ wurde in mehreren Studien untersucht. In einer Längsschnittstudie [24] mit 132 Teilnehmenden im Alter von 6 bis 15 Jahren (im Mittel 10,7 Jahre), die einen BMI oberhalb des 97. Perzentils hatten, zeigte sich eine mittlere Reduktion des BMI-SDS von 0,43 (Spannweite -2,28 bis 0,53) bei einem initialen durchschnittlichen BMI-SDS von 2,50 (Standardabweichung 0,43). In der ITT-Analyse reduzierten 71% der Kinder ihr relatives Übergewicht um mehr als 5%, 55% der Kinder um mehr als 10%. Der Anteil von Kindern mit Hypertonie, Insulinresistenz und Dyslipidämie wurde signifikant vermindert. Es konnten ferner ein verbessertes Gesundheitsverhalten und Selbst- und Kompetenzeinschätzung erreicht werden. Der BMI-SDS-Verlauf über 2 Jahre konnte bei 60 Kindern erhoben werden und blieb im Vergleich zu deren initialem BMI-SDS weiterhin signifikant reduziert (durchschnittlich -0,35 +/-0,57). Ferner wurde das Schulungsprogramm „Obeldicks“ in einer multizentrischen, kontrollierten Studie evaluiert [26]. Die Interventionsgruppe umfasste 288 Teilnehmende von 10 bis 16 Jahren (im Mittel 12,5 Jahre) mit Adipositas. Die Kontrollgruppe umfasste 186 Teilnehmende (im Mittel 12,8 Jahre) mit Adipositas. In der Interventionsgruppe zeigte sich eine signifikante Gewichtsreduzierung am Ende des Programms. Der BMI-SDS reduzierte sich von durchschnittlich 2,48 auf 2,26 (Standardabweichung jeweils 0,39 und 0,54). In der Kontrollgruppe kam es im Durchschnitt hingegen zu einer relativen Gewichtszunahme. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe konnte bei den Teilnehmenden von „Obeldicks“ eine signifikante Senkung des Blutdrucks, der Triglyceride, des LDL-Cholesterins, der Insulinresistenz am Ende der Schulung erreicht werden. Eine weitere kontrollierte Studie [23] an 240 Kindern mit Adipositas (BMI oberhalb des 97. Perzentils) zeigte, dass die signifikante Reduktion des BMI-SDS durch „Obeldicks“ ein Jahr nach Schulungsende weiterhin nachzuweisen ist.

Die Schulungen „Obeldicks“ und FITOC sind damit für Kinder mit einem BMI oberhalb des 97. BMI-Perzentil geeignet. Die Programme sind sowohl für Kinder und Jugendliche mit als auch ohne bestehende Adipositas-assoziierten Risikofaktoren oder Folgeerkrankungen geeignet.

Bei der Schulung „Obeldicks mini“ für Kinder im Alter von vier bis sieben Jahren handelt es sich um ein einjähriges multimodales Programm basierend auf Ernährung, Bewegung und Verhalten. Bis auf die praktischen Bewegungseinheiten liegt der Schwerpunkt auf der Schulung der betreuenden Person/en. Das Programm wurde an 84 Kindern mit Adipositas evaluiert. Es kam zu einer signifikanten Reduktion des BMI-SDS von 0,46 im Mittel (Standardabweichung 0,35), sowie zu einer signifikanten Reduktion von kardiovaskulären Risikofaktoren [16]. Bei 50 Kindern konnte nachgewiesen werden, dass die Effekte auf das Übergewicht auch nach drei Jahren noch anhielten [9].

In seiner Prüfung kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass zum Zeitpunkt der Beschlussfassung neben dem ambulanten Gruppenschulungsprogramm der KgAS, einschließlich der Programme CHILT, KLAKS und KiCK, auch die Programme FITOC, „Obeldicks“ und „Obeldicks mini“ für die Integration in das DMP geeignet sind. Hierbei ist zu beachten, dass die genannten Schulungsprogramme für ältere Kinder ab acht (bzw. je nach jeweilig vorgesehener Altersgrenze auch ab sieben) Jahren zum Zeitpunkt der Beschlussfassung bereits an verschiedenen Standorten angeboten werden und somit eine gute Grundlage für eine flächendeckende Umsetzung im DMP bieten. Die Schulung „Obeldicks mini“ für Eltern von Kindern im Alter von vier bis sieben Jahren ist hingegen bisher nicht verbreitet.

Der G-BA begrüßt es jedoch ausdrücklich, wenn geeignete Schulungen für jüngere Kinder im Alter von unter acht (oder unter sieben) Jahren bzw. für deren Eltern in die Verträge integriert werden.]

Zu Nummer 5 Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)

Gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V hat der G-BA Anforderungen an die Evaluation von DMP festzulegen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe hat der G-BA am 19. Juni 2014 in § 6 DMP-A-RL eine Regelung getroffen, nach der die Evaluation auf folgende Bestandteile aufbaut:

- eine regelmäßige Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung innerhalb eines Programms für eine bestimmte Erkrankung,
- ein Vergleich der Versorgung für eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines Programms mit der Versorgung außerhalb des Programms.

Der Beschluss vom 19. Juni 2014 und auch der vorliegende Beschluss zur Änderung der DMP-A-RL enthalten nur Regelungen zum ersten Bestandteil. Zum zweiten Bestandteil wurde die fehlende Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung von medizinischen und persönlichen Daten für nicht am DMP teilnehmende Versicherte thematisiert. Mit Schreiben vom 10. Oktober 2014 wandte sich die Vorsitzende des Unterausschusses an die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Die BfDI antwortete am 20. November 2014, dass sie den gesetzlichen Regelungen keine Hinweise entnehmen könne, dass Daten von Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, für eine vergleichende Evaluation verwendet werden dürfen. Vor dem Hintergrund der im Schreiben der BfDI vom 20. November 2014 geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken beriet der GBA die Streichung von § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL, welcher die vergleichende DMP-Evaluation verankert. Im Ergebnis wurde die Regelung in § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL belassen, weil die gesetzlich geforderte Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen nach Auffassung des G-BA auch der vergleichenden Evaluation bedarf. Darauf wurde von wissenschaftlicher Seite, insbesondere auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hingewiesen.

Die medizinischen Evaluationsparameter a) bis d) wurden unter Berücksichtigung der Ziele des strukturierten Behandlungsprogrammes und der aktuellen wissenschaftlichen Literatur im Expertenkonsens festgelegt. Die Datengrundlage zu den Buchstaben a) bis d) sind die DMP-Dokumentationsdaten.

Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten: Bei Buchstabe a) soll eine Darstellung der Gewichtsentwicklung (BMI-SDS) über alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgen. Des Weiteren soll der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dargestellt werden, die ihr Gewicht um mindestens 0,20 BMI-SDS reduziert haben. Zusätzlich soll eine Darstellung des Anteils an Teilnehmerinnen und Teilnehmern entsprechend der BMI-SDS-Kategorien < -1,28 (Untergewicht, < 10. Perzentil), -1,28 bis 1,28 (Normalgewicht, 10. – 90. Perzentil), >1,28 bis 1,88 (Übergewicht, >90. bis 97. Perzentil), >1,88 bis 2,58 (Adipositas, >97. bis 99,5. Perzentil), >2,58 (extreme Adipositas, >99,5. Perzentil).

Mit dem vorliegenden Beschluss zur DMP-A-RL wurden erstmalig Evaluationsparameter für ein DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche festgelegt. Die für die Auswertungen erforderlichen Dokumentationsparameter können jedoch erst mit Umsetzung der DMP-Verträge erhoben werden. Um einen ausreichend langen Auswertungszeitraum sicherzustellen, innerhalb dessen aussagefähige Ergebnisse generiert werden können, sieht der G-BA die Notwendigkeit, von den bestehenden Regelungen des § 6 Absatz 3 Nummer 2 DMP-A-RL abzuweichen. Die Möglichkeit von abweichenden Regelungen zum Evaluations- und Bewertungszeitraum bei chronischen Erkrankungen, für die der G-BA erstmalig Richtlinien

zu den Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme erlässt, wurde bereits in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vom 19. Juni 2014 dargestellt.

Daher legt der G-BA für den erstmalig zu erstellenden Bericht einen Evaluationszeitraum von 48 Monaten fest. Dieser beginnt mit dem 1. Tag des Quartals, welches auf die früheste Zulassung eines DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche folgt. Für anschließend zu erstellende Folgeberichte gelten die Bestimmungen des § 6 Absatz 3 Nummer 2 DMP-A-RL. Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2, das heißt der Vergleich der Versicherten, die an einem DMP teilnehmen, mit Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, kann derzeit aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage zur Verwendung der Daten der nicht am DMP teilnehmenden Versicherten nicht durchgeführt werden. Folglich wurden keine Parameter für die vergleichende Evaluation definiert.

Zu Anlage 26 Adipositas Kinder und Jugendliche – Dokumentation

Die Dokumentationsparameter dienen der Umsetzung der unter Nummer 2 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten Anforderungen an die Evaluation.

Zum Dokumentationsfeld 1:

Der aktuelle BMI-SDS wird wie folgt berechnet:

$$\text{BMI-SDS} = \frac{(\text{BMI} / \text{M}(t))^{L(t)} - 1}{L(t) * S(t)}$$

BMI = aktueller individueller BMI-Wert des Kindes, berechnet nach der Formel: BMI = aktuelles Körpergewicht (kg) geteilt durch (aktuelle Körpergröße (m) zum Quadrat); entsprechend kg/m².

M(t), L(t) und S(t) sind die entsprechend einzusetzenden Parameter für das individuelle Alter (t) des eingeschriebenen Kindes. Das Alter des Kindes berechnet sich aus der Datumsangabe des Dokumentationsdatums und der Datumsangabe aus Feld 3 der Anlage 2 dieser Richtlinie.

In den folgenden beiden Tabellen sind die L-, S- und M-Werte in halbjährigen Altersstufen, jeweils für Mädchen und für Jungen, abgebildet. Beispiel: Ein Kind mit einem Alter von 9 Jahren und 8 Monaten wird in die Altersstufe 9,5 eingeordnet. Je nach Geschlecht des eingeschriebenen Kindes muss die Formel auf die Werte in Tabelle 2 (bei Geschlecht: männlich) oder Tabelle 3 (bei Geschlecht: weiblich) zugreifen.

Das PVS-System muss den BMI-SDS entsprechend der Formel berechnen und den errechneten Wert in das Dokumentationsfeld 1 „BMI-SDS“ übertragen.

Alter in Jahren	L	S	M
0,0	1,306	0,101	12,676
0,5	-0,667	0,084	16,699
1,0	-1,051	0,081	16,791
1,5	-1,276	0,081	16,440
2,0	-1,453	0,082	16,079
2,5	-1,577	0,083	15,799
3,0	-1,672	0,085	15,619
3,5	-1,746	0,087	15,512
4,0	-1,804	0,088	15,451
4,5	-1,848	0,090	15,416
5,0	-1,881	0,093	15,398
5,5	-1,904	0,096	15,404
6,0	-1,918	0,099	15,447
6,5	-1,924	0,102	15,534
7,0	-1,923	0,106	15,661
7,5	-1,917	0,110	15,822
8,0	-1,906	0,114	16,006
8,5	-1,891	0,118	16,209
9,0	-1,872	0,123	16,423
9,5	-1,850	0,126	16,650
10,0	-1,827	0,130	16,891
10,5	-1,801	0,133	17,145
11,0	-1,774	0,136	17,413
11,5	-1,747	0,137	17,697
12,0	-1,719	0,139	17,993
12,5	-1,691	0,139	18,300
13,0	-1,663	0,139	18,616
13,5	-1,635	0,139	18,937
14,0	-1,606	0,138	19,258
14,5	-1,578	0,137	19,575
15,0	-1,550	0,136	19,886
15,5	-1,522	0,134	20,189
16,0	-1,495	0,133	20,483
16,5	-1,467	0,131	20,767
17,0	-1,440	0,130	21,042
17,5	-1,492	0,128	21,375
18,0	-1,458	0,128	21,642
18,5	-1,425	0,128	21,897
19	-1,393	0,128	21,143
19,5	-1,361	0,128	22,382
20	-1,331	0,128	22,615
20,5	-1,301	0,129	22,840
21	-1,272	0,129	23,057

Tabelle 2: L-, S- und M-Werte von Jungen für den BMI-SDS in halbjährigen Altersstufen im Alter von 0 bis 21 Jahren gemäß [21],[20]

Alter in Jahren	L	S	M
0,0	1,339	0,097	12,583
0,5	-0,032	0,082	16,160
1,0	-0,443	0,081	16,399
1,5	-0,709	0,084	16,192
2,0	-0,915	0,087	15,935
2,5	-1,071	0,090	15,714
3,0	-1,194	0,091	15,543
3,5	-1,295	0,093	15,416
4,0	-1,382	0,096	15,335
4,5	-1,457	0,098	15,305
5,0	-1,524	0,101	15,319
5,5	-1,579	0,104	15,347
6,0	-1,620	0,108	15,394
6,5	-1,646	0,111	15,481
7,0	-1,658	0,115	15,622
7,5	-1,654	0,119	15,811
8,0	-1,638	0,124	16,029
8,5	-1,612	0,128	16,255
9,0	-1,580	0,131	16,478
9,5	-1,543	0,135	16,702
10,0	-1,505	0,138	16,939
10,5	-1,466	0,140	17,201
11,0	-1,428	0,142	17,498
11,5	-1,391	0,143	17,829
12,0	-1,358	0,144	18,186
12,5	-1,327	0,143	18,560
13,0	-1,299	0,143	18,935
13,5	-1,273	0,141	19,300
14,0	-1,249	0,140	19,641
14,5	-1,225	0,138	19,949
15,0	-1,221	0,136	20,221
15,5	-1,257	0,134	20,490
16,0	-1,300	0,132	20,759
16,5	-1,344	0,130	21,027
17,0	-1,387	0,131	21,296
17,5	-1,431	0,132	21,544
18,0	-1,487	0,133	21,686
18,5	-1,517	0,134	21,817
19	-1,548	0,135	21,948
19,5	-1,577	0,136	22,068
20	-1,606	0,137	22,187
20,5	-1,632	0,137	22,291
21	-1,658	0,138	22,394

Tabelle 3: L-, S- und M-Werte von Mädchen für den BMI-SDS in halbjährigen Altersstufen im Alter von 0 bis 21 Jahren gemäß [21],[20]

Abhängig von dem numerischen Wert des BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation wird gemäß Tabelle 4 folgende Angabe zur Anzeige gebracht (kategoriale Einordnung):

BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation	Anzuzeigender Text
< -1,28	Untergewicht
-1,28 bis 1,28	Normalgewicht
>1,28 bis 1,88	Übergewicht
> 1,88 bis 2,58	Adipositas
> 2,58	Extreme Adipositas

Tabelle 4: Anzuzeigender Text in Abhängigkeit des numerischen Wertes des BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation

Es wird zudem automatisch die Differenz zwischen dem BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation und dem BMI-SDS in der letzten vorhandenen Dokumentation berechnet und dem Anwender angezeigt. Abhängig von dem numerischen Wert der Differenz wird dem Anwender gemäß Tabelle 5 zusätzlich folgende Angabe angezeigt:

Differenz des BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation im Vergleich zur letzten verfügbaren Dokumentation (BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation minus BMI-SDS in der letzten verfügbaren Dokumentation)	Anzuzeigender Text
> 0	Gewichtszunahme
0 bis -0,20	Gewichtsstabilisierung
< -0,20	Klinische relevante Gewichtsabnahme, guter Erfolg

Tabelle 5: Anzuzeigender Text in Abhängigkeit des numerischen Wertes der Differenz des BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation im Vergleich zur letzten verfügbaren Dokumentation.

Es wird zudem automatisch die Differenz zwischen dem BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation und dem BMI-SDS in der Erstdokumentation berechnet und dem Anwender angezeigt. Abhängig von dem numerischen Wert der Differenz wird dem Anwender gemäß Tabelle 6 zusätzlich folgende Angabe angezeigt:

Differenz des BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation im Vergleich zur Erstdokumentation (BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation minus BMI-SDS in der Erstdokumentation)	Anzuzeigender Text
> 0	Gewichtszunahme
0 bis -0,20	Gewichtsstabilisierung
-0,20 bis -0,50	Klinisch relevante Gewichtsabnahme, guter Erfolg
< -0,50	Klinisch relevante Gewichtsabnahme, sehr guter Erfolg

Tabelle 6: Anzuzeigender Text in Abhängigkeit des numerischen Wertes der Differenz des BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation im Vergleich zur Erstdokumentation.

Zum Dokumentationsfeld 9:

Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt soll regelmäßig überprüfen, ob die Patientin oder der Patient weiterhin von einer Teilnahme am DMP in Bezug auf die vereinbarten Therapieziele profitieren kann.

Kommen Ärztin oder Arzt und die Patientin oder der Patient zur Auffassung, dass eine weitere Teilnahme am DMP nicht sinnvoll ist, wird dies über den Dokumentationsparameter (Nr. 9) dokumentiert. Die DMP-Teilnahme endet mit dem Datum dieser Dokumentation. Von der Krankenkasse wird auf dieser Basis die Ausschreibung aus dem DMP vorgenommen. Eine erneute Teilnahme ist bei Vorliegen der Einschlusskriterien nicht ausgeschlossen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 636.480 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 777.120 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 9. September 2024 begann die Arbeitsgruppe DMP Adipositas mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes. In 17 Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
7. Juli 2021	UA DMP	Beschlussempfehlung über Beauftragungen des IQWiG mit einer LL-Recherche zu Adipositas bei Erwachsenen und Kinder und Jugendliche

19. August 2021	Plenum	Beschlussfassungen über Beauftragungen des IQWiG mit einer LL-Recherche zu Adipositas bei Erwachsenen und Kinder und Jugendliche
31. August 2022	IQWiG	Abgabe Abschlussbericht des IQWiG für Kinder
9. September 2022	AG-Sitzung	Vorstellung der IQWiG-Berichte für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche
20. Oktober 2022	AG-Sitzung	Beratung über Umgang mit zusätzlichen LL-Empfehlungen (Kinder und Jugendliche)
18. Juli 2023	AG-Sitzung	Beginn der Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas Kinder und Jugendliche
6. Oktober 2023	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas Kinder und Jugendliche
16. November 2023	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas Kinder und Jugendliche
12. Dezember 2023	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas Kinder und Jugendliche
18. Januar 2024	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas Kinder und Jugendliche
1. Februar 2024	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas Kinder und Jugendliche
5. März 2024	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas Kinder und Jugendliche
10. April 2024	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas Kinder und Jugendliche

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Absatz 5, Absatz 5a und § 137f Absatz 2 Satz 5 und Absatz 8 Satz 2 SGB V wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlagen 2, 23 und 24, Ergänzung der Anlage 25 und der Anlage 26 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom 10. Juli 2024 wurde das Stellungnahmeverfahren am 17. Juli 2024 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 14. August 2024.

Es wurden 18 Stellungnahmen fristgerecht und eine Stellungnahme nicht fristgerecht eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in vier Arbeitsgruppensitzungen, am 10., 13., 20. und 25. September 2024, vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 16. Oktober 2024 durchgeführt (**Anlage 5**).

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 30. September 2024 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen (vgl. **Anlage 5**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. November 2024 beschlossen, die DMP-A-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6. Literaturverzeichnis

1. **American Diabetes Association Professional Practice C, Draznin B, Aroda VR, Bakris G, Benson G, Brown FM, et al.** 14. Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. Diabetes Care 2022;45(Suppl 1):S208-S231.
2. **American Psychological Association (APA).** Clinical practice guideline for multicomponent behavioral treatment of obesity and overweight in children and adolescents: current state of the evidence and research needs [online]. Washington (USA): APA; 2018. [Zugriff: 06.09.2022]. URL: <https://www.apa.org/obesity-guideline/clinical-practice-guideline.pdf>.
3. **Blüher S, Petroff D, Wagner A, Warich K, Gausche R, Klemm T, et al.** The one year exercise and lifestyle intervention program KLAKS: effects on anthropometric parameters, cardiometabolic risk factors and glycemic control in childhood obesity. Metabolism 2014;63(3):422-430.
4. **Burki T.** European Commission classifies obesity as a chronic disease. Lancet Diabetes Endocrinol 2021;9(7):418.
5. **Cleland V, Tian J, Buscot MJ, Magnussen CG, Bazzano L, Burns TL, et al.** Body-mass index trajectories from childhood to mid-adulthood and their sociodemographic

- predictors: Evidence from the International Childhood Cardiovascular Cohort (i3C) Consortium. *EClinicalMedicine* 2022;48:101440.
6. **Cole TJ.** The LMS method for constructing normalized growth standards *Eur J Clin Nutr* 1990;44(1):45-60.
 7. **Danne T, Guntermann K, Galuschka L, Bokelmann A, Ziegler C, Sadeghian E, et al.** Erfolgreiche Teilnahme an einem interdisziplinären Interventionsprogramm für übergewichtige Kinder. *Kinder- und Jugendmedizin* 2018;17(6):403-408.
 8. **Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ).** Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter; S3-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 050-002. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2019. [Zugriff: 06.09.2022]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-002l_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf.
 9. **Dobe M, Geisler A, Hoffmann D, Kleber M, von Köding P, Lass N, et al.** Das Obeldicks-Konzept: Beispiel eines erfolgreichen ambulanten Therapieprogramms für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2011;54(5):628-635.
 10. **Gellhaus I, Koch B, Tiedjen U.** Trainermanual Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche, 3. Aufl. Bonn: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung; 2019.
 11. **Gellhaus I, van Egmond-Fröhlich A, Tiedjen U, Koch B, Torbahn G, Flothkötter M.** Gewicht, Gesundheit, Lebensqualität: Ergebnisse der KgAS-Adipositas-schulung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 2016;10(1):4-10.
 12. **Gesellschaft für Transitionsmedizin.** Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin; S3-Leitlinie, Langfassung, Version 1.1 [online]. AWMF-Registernummer 186-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 26.01.2024]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/186-001l_S3_Transition_Paediatrie_Erwachsenenmedizin_2021-04.pdf.
 13. **Hampel SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF, et al.** Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics* 2023;151(2):e2022060640.
 14. **Helmert U, Merzenich H, Bammann K.** Der Zusammenhang zwischen Bildungsstatus, chronischen Krankheiten und kardiovaskulären Risikofaktoren bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren: Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998. *Soz Praventivmed* 2001;46(5):320-8.
 15. **Kartiosuo N, Ramakrishnan R, Lemeshow S, Juonala M, Burns TL, Woo JG, et al.** Predicting overweight and obesity in young adulthood from childhood body-mass index: comparison of cutoffs derived from longitudinal and cross-sectional data. *Lancet Child Adolesc Health* 2019;3(11):795-802.

16. **Kleber M, Schaefer A, Winkel K, Hoffmann D, Wunsch R, Kersting M, et al.** Lifestyle intervention "Obeldicks Mini" for obese children aged 4 to 7 years. *Klin Padiatr* 2009;221(5):290-4.
17. **Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendlicher.** Adipositas Schulungsprogramm "Leichter, aktiver, gesünder"; Programmhandbuch, 2. überarb. Aufl.: KgAS; 2011.
18. **Korsten-Reck U, Korsten K, Link F, Wölker U.** Das Freiburger Interventionsprogramm FITOC. *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 2009;3(1):11-16.
19. **Korsten-Reck U, Kromeyer-Hauschild K, Wolfarth B, Dickhuth HH, Berg A.** Freiburg Intervention Trial for Obese Children (FITOC): results of a clinical observation study. *International Journal of Obesity* 2004;29(4):356-361.
20. **Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M.** Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland: Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 2015;9(3):123-127.
21. **Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, et al.** Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2001;149(8):807-818.
22. **Lier LM, Breuer C, Ferrari N, Friesen D, Maisonave F, Schmidt N, et al.** Cost-effectiveness of a family-based multicomponent outpatient intervention program for children with obesity in Germany. *Public Health* 2020;186:185-192.
23. **Reinehr T, de Sousa G, Toschke AM, Andler W.** Long-term follow-up of cardiovascular disease risk factors in children after an obesity intervention. *Am J Clin Nutr* 2006;84(3):490-6.
24. **Reinehr T, Kersting M, Wollenhaupt A, Alexy U, Kling B, Ströbele K, et al.** Evaluation der Schulung „OBELDICKS“ für adipöse Kinder und Jugendliche. *Klinische Pädiatrie* 2005;217(1):1-8.
25. **Reinehr T, Kersting M, Wollenhaupt A, Dobe M, Damschen U, Hepp A, et al.** Nachweis der Effektivität des Adipositasprogramms »Obeldicks«. *Kinder- und Jugendmedizin* 2018;05(2):79-84.
26. **Reinehr T, Kleber M, Toschke AM.** Lifestyle intervention in obese children is associated with a decrease of the metabolic syndrome prevalence. *Atherosclerosis* 2009;207(1):174-80.
27. **Reinehr T, Lass N, Toschke C, Rothermel J, Lanzinger S, Holl RW.** Which amount of BMI-SDS reduction is necessary to improve cardiovascular risk factors in overweight children? *J Clin Endocrinol Metab* 2016;101(8):3171-9.
28. **Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A.** Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):16-23.

29. **Valerio G, Maffei C, Saggese G, Ambruzzi MA, Balsamo A, Bellone S, et al.** Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the Italian Society of Pediatrics. Ital J Pediatr 2018;44(1):88.
30. **Vogel M, Geserick M, Gausche R, Beger C, Poulain T, Meigen C, et al.** Age- and weight group-specific weight gain patterns in children and adolescents during the 15 years before and during the COVID-19 pandemic. Int J Obes (Lond) 2022;46(1):144-152.

7. Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe
- Anlage 4: Stellungnahmen
- Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 22. November 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zum Beschluss über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 25 (DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche) und der Anlage 26 (Adipositas – Kinder und Jugendliche - Dokumentation)

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert er gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlusssentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird eine neue Informationspflicht für Ärztinnen und Ärzte eingeführt. Hierbei handelt es sich um die Erstellung teilnehmerbezogener Dokumentationen im DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche gemäß den Vorgaben in Anlage 26 sowie der indikationsübergreifenden Dokumentation gemäß Anlage 2 DMP-A-RL. Im Folgenden werden die mit der Änderung der DMP-A-RL einhergehenden Bürokratiekosten für Ärztinnen und Ärzte geschätzt.

Die Anzahl der künftig in dem DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche eingeschriebenen Patientinnen und Patienten ist mit großen Unsicherheiten verbunden und wird auf potenziell 48.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer geschätzt. Wie viele Versicherte sich tatsächlich in den nächsten Jahren einschreiben werden, wird sich erst nach Etablierung des DMP sowie dessen konkreter Ausgestaltung auf regionaler Ebene zeigen.

Durch die neue Informationspflicht zum DMP entsteht den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten ein einmaliger Einarbeitungsaufwand von 60 Minuten. Aufgrund der schwer vorhersehbaren Teilnahmebereitschaft an diesem neuen DMP stellt die Schätzung auf etwa 7.000 Ärztinnen und Ärzte einen Annäherungswert dar. Insofern entstehen im Zuge der Einarbeitung einmalige Bürokratiekosten von insgesamt geschätzt 413.700 Euro (59,10 Euro/60 x 60 x 7000).

Durch die Einführung der Dokumentation ergeben sich zudem jährlich fortlaufende Bürokratiekosten. In diesem Zusammenhang wird für die Bürokratiekostenermittlung davon ausgegangen, dass im Durchschnitt drei Dokumentationen pro Patientin oder Patient und Jahr erstellt werden. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass für die Dokumentation eines Parameters jeweils 0,5 Minuten erforderlich sind. Dabei wird für die Erstdokumentation stets ein hohes Qualifikationsniveau (59,10 Euro/h) vorausgesetzt; für die Erstellung der Folgedokumentationen wird ein Mischansatz aus hohem (59,10 Euro/h) und niedrigem (22,90 Euro/h) Qualifikationsniveau im Verhältnis 50:50 zugrunde gelegt, da Teile der DMP-Dokumentation an das Praxispersonal delegiert werden können. Daraus resultieren für die Erstdokumentation Bürokratiekosten in Höhe von 0,49 Euro je Parameter sowie für die Folgedokumentation Kosten in Höhe von 0,34 Euro je Parameter. Es wird davon ausgegangen, dass jährlich geschätzt fünf Prozent der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten aus dem DMP ausscheiden und dafür entsprechend Neueinschreibungen erfolgen.

Die Anzahl der zu dokumentierenden Parameter ergibt sich aus Anlage 26 DMP-A-RL (Adipositas - Kinder und Jugendliche Dokumentation) und Anlage 2 DMP-A-RL (indikationsübergreifende Dokumentation).

Tabelle 1: Anzahl der im DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche zu dokumentierenden Parametern

Anlage	Anzahl Dokumentationsparameter bei Erstdokumentation	Anzahl Dokumentationsparameter bei Folgedokumentation	Geschätzte Bürokratiekosten je Erstdokumentation in Euro	Geschätzte Bürokratiekosten je Folgedokumentation in Euro
Anlage 26	7	7	3,43 Euro	2,38 Euro
Anlage 2 ¹	8	6	3,92 Euro	2,04 Euro
Gesamt	15	13	7,35 Euro	4,42 Euro

Im Jahr der Einschreibung ergeben sich aus einer Erstdokumentation sowie zwei Folgedokumentationen geschätzte Bürokratiekosten von 16,19 Euro je Patientin oder Patient. In den Folgejahren ergeben sich bei drei Folgedokumentationen pro Jahr Bürokratiekosten von geschätzt 13,26 Euro je Patientin oder Patient.

Bei einer geschätzten Fallzahl von 48.000 Patientinnen und Patienten ergeben sich im Jahr der Einschreibung aus einer Erstdokumentation sowie zwei Folgedokumentationen geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 777.120 Euro.

In den Folgejahren ergeben sich bei drei Folgedokumentationen pro Jahr geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 636.480 Euro.

¹ Hinsichtlich Anlage 2 wird davon ausgegangen, dass ein Teil der geforderten administrativen Daten automatisch in der elektronischen Dokumentation hinterlegt wird (DMP-Fallnummer, Name der/des Versicherten, Geburtsdatum der/des Versicherten, Kostenträgername, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nummer, Vertragsarzt- bzw. Betriebsstättennummer, Krankenhaus-Institutionskennzeichen, Datum). Die Felder Nr. 10 (Einschreibung wegen) sowie Nr. 12 (Geschlecht) sind einmalig zu dokumentieren. Weitere sechs Felder der indikationsübergreifenden Dokumentation sind regelmäßig zu erheben (Körpergröße, Körpergewicht, Blutdruck, Raucher, Begleiterkrankungen, Dokumentationsintervall). Hieraus ergeben sich für die Erstdokumentation acht Parameter und für die Folgedokumentation sechs Parameter.

**Verteiler für das Stellungnahmeverfahren
nach § 137f Abs. 2 Satz 5 sowie Abs. 8 Satz 2 SGB V und § 91 Abs. 5 und 5a
SGB V zum Beschlussentwurf über die XX. 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)**

(Stand: 3. Juli 2024)

- Bundesärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundeszahnärztekammer
- Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
- Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e. V.
- Deutscher Heilbäderverband e. V.
- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.
- AdipositasHilfe Deutschland e. V.
- AdipositasVerband Deutschland e. V.
- Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e. V.
- Deutsche Diabetes Föderation e. V.
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e. V.
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)
- Verband Physikalische Therapie e. V.
- Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V.
- Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED)
- Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V.
- Berufsverband Oecotrophologie e. V.
- Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)
- Bundesamt für Soziale Sicherung
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
(mit der Bitte um entsprechende Weiterleitung an die Mitgliedsgesellschaften)
- Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI)
- Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e. V. (DPhG)
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)
- Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e. V. (EVAA)
- Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland (GAÄD)
- GWG – Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e. V.
- Studiengemeinschaft Orthopädieschuhtechnik e. V.
- Bundesverband Medizintechnologie e. V.
- Bundesverband der Hörsysteme-Industrie e. V.

- Bundesinnung der Hörakustiker K.d.Ö.R
- Bitkom Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V.
- SPECTARIS – Deutscher Industrieverband für Optik, Photonik, Analysen- und Medizintechnik e. V.
- Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V.
- VDPGH Verband der Diagnostica-Industrie e. V.
- Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (B.A.H)



1 **Beschlussentwurf**

2 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die **XX.** Änderung
3 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):

4 Änderung der Anlagen 2, 23 und 24, Ergänzung der Anlage 25
5 (DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche) und der Anlage 26
6 (Adipositas – Kinder und Jugendliche - Dokumentation)

7

8 **Stand: 17.07.2024**

9 **Legende:**

10 **Gelb hinterlegt:** dissente Positionen

11 **Grau hinterlegt:** von der G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassen

12 Vom **T. Monat JJJJ**

13 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ** beschlossen,
14 die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der
15 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-
16 Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014 (BAnz AT 26.06.2014
17 B3, AT 26.08.2014, B2), zuletzt geändert am **T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V)**, wie folgt zu
18 ändern:

19

20 I. Die Anlage 2 wird wie folgt geändert:

21 1. Die laufende Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
„10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/ Asthma bronchiale/COPD/chronische Herzinsuffizienz/ chronischer Rückenschmerz/ Depression/ Osteoporose/ rheumatoide Arthritis/ Adipositas - Erwachsene/ Adipositas - Kinder und Jugendliche“

22

23 2. Die laufenden Nummern 13 und 14 werden wie folgt gefasst:

24

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
„13	Körpergröße ⁶	m“
„14	Körpergewicht ^{5, 6}	kg“

25 ⁵ Nur im DMP Adipositas - Erwachsene: Mit der Eingabe des Körpergewichts bei der aktuellen
 26 Dokumentation sind automatisch drei Werte anzuzeigen: 1. Differenz zwischen der Angabe
 27 des Körpergewichts aus der aktuellen Dokumentation und der Angabe des Körpergewichts aus
 28 der letzten verfügbaren Dokumentation; 2. Differenz zwischen der Angabe des
 29 Körpergewichts aus der aktuellen Dokumentation und der Angabe des Körpergewichts aus der
 30 Erstdokumentation; 3. aktueller Body-Mass-Index (BMI). Der BMI berechnet sich aus den
 31 Feldern 13 und 14 nach folgender Formel: Quotient aus dem Körpergewicht und der
 32 Körpergröße zum Quadrat. Daher ist diese Angabe für Patientinnen und Patienten, die in ein
 33 DMP Adipositas - Erwachsene eingeschrieben sind, bei jeder Dokumentation auszufüllen und
 34 darf nicht automatisiert aus der Vordokumentation übernommen werden.

35 ⁶ Nur im DMP Adipositas - Kinder- und Jugendliche: Diese Angabe ist für Patientinnen und
 36 Patienten, die in ein DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche eingeschrieben sind, bei jeder
 37 Dokumentation auszufüllen und darf nicht automatisiert aus der Vordokumentation
 38 übernommen werden.

39

40 II. Die Bezeichnung der Anlage 23 wird wie folgt gefasst: „Anlage 23 Anforderungen an das
 41 strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Adipositas –
 42 Erwachsene“.

43

44 III. Die Anlage 24 wird wie folgt geändert:

45 1. Die Bezeichnung der Anlage 24 wird wie folgt gefasst: „Anlage 24 Adipositas –
 46 Erwachsene – Dokumentation“.

47 2. In der Anlage 24 wird die erste Zeile der Tabelle wie folgt gefasst: „Adipositas –
 48 Erwachsene – Dokumentation“.

49

50 IV. Folgende Anlagen 25 und 26 werden angefügt:

51 **„Anlage 25 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen
 52 und Patienten mit Adipositas – Kinder und Jugendliche**

53 **1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter
 54 Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten
 55 verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen
 56 Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)**

57 **1.1 Definition der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen**

58 Adipositas ist definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des
 59 Körperfetts ab einem Body-Mass-Index (BMI) > 97. alters- und geschlechtsbezogenen
 60 Perzentil. Die extreme Adipositas wird definiert mit einem BMI > 99,5. Perzentil. Der BMI ist
 61 der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m²).

62 **1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe**

63 In das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche können Patientinnen und Patienten ab dem
 64 vollendeten

GKV-SV, DKG, KBV achten	PatV fünften
-----------------------------------	------------------------

65 Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer Adipositas eingeschrieben werden,
 66 wenn die Kinder und Jugendlichen und, je nach Alter des teilnehmenden Kindes oder
 67 Jugendlichen, die

DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten
---------------------------------------	--

68 , aktiv an dem Programm mitwirken. Das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas
 69 bei Kindern und Jugendlichen wird anhand eines BMI über dem 97. alters- und
 70 geschlechtsspezifischen Perzentil

PatV oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5	GKV-SV, DKG, KBV [keine Aufnahme]
---	---

71 definiert. Voraussetzung für die Einschreibung ist insbesondere die Fähigkeit und Motivation
 72 zur Teilnahme an einer Patientenschulung, die die zentrale Maßnahme des DMP darstellt.

73 Bei Einschreibung soll ein aktueller, zielgerichteter körperlicher Status erhoben werden.
 74 Hierzu gehört die Erfassung des aktuellen Körpergewichts und der aktuellen Körpergröße, um
 75 das alters- und geschlechtsspezifische BMI-Perzentil zu bestimmen. Eine weiterführende

76 Diagnostik und gegebenenfalls sich anschließende Maßnahmen in Abhängigkeit der
 77 individuellen Erfordernisse liegen im Ermessen der koordinierenden Ärztin oder des
 78 koordinierenden Arztes.

79 **1.3 Therapieziele**

80 Die Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen dient der Verminderung des Risikos
 81 für das Fortbestehen der Adipositas bis in das Erwachsenenalter und der Erhaltung oder der
 82 Verbesserung der Lebensqualität.

83 Dabei sind in Abhängigkeit zum Beispiel von Begleiterkrankungen der Patientin oder des
 84 Patienten folgende Therapieziele anzustreben:

- 85 a) langfristige Senkung mit Stabilisierung des relativen Körpergewichts (anhand des BMI-
 86 Standard Deviation Score, BMI-SDS) oder Vermeidung einer weiteren
 87 Gewichtszunahme,
- 88 b) Verbesserung adipositas-assoziiertes Risikofaktoren und Krankheiten bei den
 89 Betroffenen sowie
- 90 c) Vermeidung von Folgeschäden der Adipositas-assoziierten Krankheiten und
 91 Komorbiditäten bis hin zur vorzeitigen Sterblichkeit.

92

93 **1.4. Allgemeine Grundsätze der Therapie**

94 Adipositas bei Kindern und Jugendlichen soll als chronische Erkrankung therapiert werden. Die
 95 Therapie soll dabei einen familienzentrierten und nicht stigmatisierenden Ansatz verfolgen,
 96 der die biologischen, sozialen und strukturellen Ursachen der Adipositas berücksichtigt.

97

98 **1.4.1 Indikationsspezifische Erstanamnese**

99 Bei allen eingeschriebenen Patientinnen und Patienten und, wann immer sinnvoll und
 100 möglich, unter Einbezug der

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

101 sollen als erster Schritt der therapeutischen Maßnahmen insbesondere folgende Punkte
 102 erfasst werden:

- 103 a) bisheriger Verlauf von Gewicht und BMI in Perzentilkurven,
- 104 b) bereits erfolgte Maßnahmen zum Gewichtsmanagement und zur Therapie der Adipositas
 105 im Kindes- und Jugendalter,
- 106 c) aktuelle Ernährungsgewohnheiten der gesamten Familie (beispielsweise Art, Häufigkeit
 107 und Zusammensetzung der Mahlzeiten, die Portionsgrößen, Vorlieben und
 108 Abneigungen),
- 109 d) Bewegungsgewohnheiten (insbesondere körperliche Inaktivität,- zum Beispiel
 110 Medienkonsum) sowie Mobilität und körperliche Belastbarkeit,
- 111 e) Familienanamnese mit Schwerpunkt auf Adipositas und deren assoziierte
 112 Komorbiditäten,
- 113 f) Sozialanamnese und psychosoziale Belastungsfaktoren und

114 g) Komorbiditäten und Vormedikation mit Identifizierung von Medikamenten, die eine
 115 Gewichtszunahme begünstigen.

116

117 **1.4.2 Therapieplanung**

118 Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten und den

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

119 führt die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt eine differenzierte
 120 Therapieplanung auf der Basis der psychischen, somatischen und psychosozialen Situation
 121 durch.

122 Dabei sollen der bisherige Krankheitsverlauf, die stattgefundenen Untersuchungen und
 123 Behandlungen sowie die Erwartungen und individuellen Möglichkeiten der Patientin oder des
 124 Patienten und seiner

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

125 berücksichtigt werden.

126 Bereits bei der Therapieplanung soll das Konzept eines multimodalen Vorgehens erläutert und
 127 die Bedeutsamkeit der Selbstbefähigung und der Unterstützung und Mitarbeit der

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

128 für das Erreichen der Therapieziele hervorgehoben werden, die für einen langfristigen
 129 Umgang mit der Erkrankung oftmals maßgeblich ist. Dabei ist auf eine vorurteils- und
 130 stigmatisierungsfreie Gesprächsführung zu achten.

131 Auf Basis der individuellen Befundkonstellation soll die Ärztin oder der Arzt in Abstimmung
 132 mit der Patientin oder mit dem Patienten und seiner

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

133 beraten, von welchen Maßnahmen die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in 1.3
 134 genannten Therapieziele profitieren kann. Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende
 135 Arzt soll gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit
 136 individuellen Zielen, insbesondere zur Ernährungsumstellung und zu Bewegung im Alltag,
 137 erstellen. Es soll darauf geachtet werden, dass die individuell gesetzten Ziele für die Patientin
 138 oder den Patienten realistisch und erreichbar sind. Dies können auch solche sein, die nicht
 139 unmittelbar auf eine Gewichtsreduktion abzielen. Die individuellen Therapieziele sollen im
 140 Verlauf regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

PatV 1.4.3 Transition Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, soll die nahtlose Überleitung für	GKV-SV, DKG, KBV [keine Aufnahme]
--	---

<p>Jugendliche in das DMP Adipositas Erwachsene gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin sowie mit relevanten Personensorgeberechtigten geplant und strukturiert gestaltet werden. Für Jugendliche, die im DMP Adipositas Kinder und Jugendliche eingeschrieben waren, ist das Vorliegen von Komorbiditäten keine Voraussetzung für die Teilnahme am DMP Adipositas Erwachsene.</p>	
---	--

141

142 **1.5 Therapeutische Maßnahmen**

143 **1.5.1 Basismaßnahmen**

144 Basismaßnahmen des Adipositasmanagements bei Kindern und Jugendlichen sind
 145 Änderungen des Lebensstils, die zu einer negativen Kalorienbilanz führen, um das
 146 Übergewicht schrittweise zu senken.

147 Die Basismaßnahmen umfassen Änderungen der Ernährung, eine Steigerung der körperlichen
 148 Aktivität und Verhaltensmodifikationen. Sie sollen in Kombination umgesetzt werden, da sie
 149 als Einzelmaßnahmen allenfalls begrenzte Wirksamkeit im Hinblick auf eine
 150 Gewichtsabnahme entfalten.

151 Die zentrale Maßnahme zur Unterstützung dieser Empfehlung ist die Schulung gemäß 4.2.
 152 Unabhängig von der Schulung gelten die Empfehlungen zu Ernährung, Bewegung und
 153 Verhaltensmodifikationen gemäß 1.5.2 bis 1.5.4

<p>GKV-SV, DKG, KBV,</p> <p>.</p>	<p>PatV</p> <p>, die durch motivierende Gesprächsführung im Arzt-Patienten Gespräch vermittelt werden sollen.</p>
--	--

154 Der Erfolg einer Therapie zur Gewichtsreduktion kann anhand der erzielten Änderung des
 155 BMI-SDS beurteilt werden. Es wird angenommen, dass eine kurzfristig erfolgreiche
 156 Gewichtsreduktion dann vorliegt, wenn der BMI-SDS ein Jahr nach Therapiebeginn um
 157 mindestens 0,2 zurückgegangen ist. Ein sehr guter Erfolg besteht bei einer Reduktion des BMI-
 158 SDS um mindestens 0,5.

159

160 **1.5.2 Ernährung**

161 Wenn bei Kindern und Jugendlichen eine Ernährungsumstellung erfolgt, soll wann immer
 162 sinnvoll und möglichauch die Familie mit einbezogen werden, da die Familie insbesondere bei
 163 der Langzeitadhärenz eine wesentliche Rolle spielt. Die Ernährung zur Behandlung der
 164 Adipositas sollte ausgewogen und abwechslungsreich sein, auch unter Berücksichtigung der
 165 Portionsgrößen. Eine Steigerung der Aufnahme von Gemüse, Obst und ballaststoffreichen
 166 Kohlenhydraten und eine Reduktion der Aufnahme an fett- und zuckerhaltigen Lebensmitteln
 167 werden empfohlen. Insbesondere sollte die Getränkeauswahl zugunsten von Wasser geändert
 168 werden. Starre Diätpläne oder Kostformen mit extremen Nährstoffrelationen gehen mit
 169 medizinischen Risiken und fehlendem Langzeiterfolg einher und sollten daher nicht
 170 angewandt werden.

171 **1.5.3 Bewegung**

172 Primäres Ziel der bewegungsbezogenen Maßnahmen bei Adipositas bei Kindern und
 173 Jugendlichen ist die Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag bei einer gleichzeitigen
 174 Verringerung von körperlich passiver bzw. sitzender Beschäftigung beispielsweise am
 175 Computer und bei TV- bzw. Medienkonsum.

176 Die Steigerung der körperlichen Aktivität sollte an den Grad der Adipositas angepasst werden.
 177 In einem Gruppensetting ist die Durchführung mit einer Stärkung der gegenseitigen
 178 Motivation verbunden. Die Unterstützung durch das soziale Umfeld wie Eltern oder andere

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

179 , Mitschülerinnen und Mitschüler und Lehrerinnen und Lehrer zum Beispiel durch positives
 180 Feedback kann zu langanhaltenden positiven Effekten der bewegungsbezogenen Maßnahmen
 181 beitragen.

182 Es sollte über die Möglichkeit einer Teilnahme an Rehabilitationssportgruppen informiert
 183 werden. Die Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitationssportgruppe kann eine geeignete
 184 Möglichkeit zum Einstieg in ein regelmäßiges körperliches Training sein.

185 **1.5.4 Verhaltensmodifikation**

186 Verhaltensbezogene Maßnahmen sind der dritte Baustein der Basismaßnahmen zur
 187 Behandlung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Sie dienen der Umsetzung und
 188 Aufrechterhaltung der Veränderungen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten.

189 Erreichte Verhaltensänderungen sollten durch Verstärkungsmechanismen (zum Beispiel
 190 Loben) unterstützt werden. Das erlernte Ernährungs-, Ess- und Bewegungsverhalten wird auf
 191 diese Weise stabilisiert und das Selbstwertgefühl der Kinder und Jugendlichen gestärkt.

192 Verhaltensbezogene Interventionen sollen verschiedene Techniken und Strategien
 193 beinhalten, beispielsweise Informationsvermittlung über die Auswirkungen einer
 194 Verhaltensänderung, Stressmanagement, das Training emotionaler Kontrolle und praktische
 195 Übungen des erlernten Verhaltens.

196 Die kombinierte Anwendung von verhaltenstherapeutischen Interventionen mittlerer bis
 197 hoher Intensität sollte bevorzugt werden.

198 In Bezug auf das Essverhalten ist die Einübung eines flexibel-kontrollierten Verhaltens
 199 langfristig effektiver als eine rigide Verhaltenskontrolle.

DKG, PatV 1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie Nach § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V in Verbindung mit § 14 Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sind Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen, die zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits beziehungsweise zur Regulierung des Körpergewichts dienen. Diese sind in Anlage II AM-RL zusammengestellt.	GKV-SV, KBV <i>[keine Aufnahme]</i>
---	---

200

DKG, PatV 1.5.6 Chirurgische Therapie	GKV-SV, KBV <i>[keine Aufnahme]</i>
--	---

Bei ausgeschöpfter oder aussichtsloser konservativer Therapie kann bei Jugendlichen mit einer extremen Adipositas ($\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$) eine Adipositas-chirurgische Maßnahme in Erwägung gezogen werden, wenn mindestens eine erhebliche somatische oder psychosoziale Komorbidität besteht (z.B. Schlafapnoe-Syndrom, Typ-2-Diabetes mellitus). Ab einem $\text{BMI} \geq 50 \text{ kg/m}^2$ kann eine Adipositas-chirurgische Maßnahme in Erwägung gezogen werden, auch wenn keine Komorbidität besteht.

Die Indikationsstellung für eine Adipositas-chirurgische Maßnahme bei einem Jugendlichen mit extremer Adipositas soll nur nach sorgfältiger Einzelfallprüfung gemäß den geltenden Leitlinien erfolgen. Die Indikation soll durch ein interdisziplinäres, auf dem Gebiet der extremen Adipositas bei Jugendlichen erfahrenes Team gestellt werden.

In Abhängigkeit der Art der chirurgischen Intervention ist auf die Notwendigkeit einer lebenslangen Nachsorge hinzuweisen.

201

202 1.6 Verlaufsuntersuchungen

203 Der Gewichtsverlauf sowie die Erreichung der vereinbarten Ziele zu jeweils
204 Ernährungsumstellung und Bewegung sowie gegebenenfalls erforderliche Anpassungen sind
205 in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.

206 Abhängig von den individuellen Erfordernissen sind zudem regelmäßige Kontrollen des
207 somatischen und psychischen Gesundheitszustandes durchzuführen.

208 Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Verlaufsuntersuchung sind:

- 209 a) BMI (Körpergewicht, Körpergröße) und Einordnung der Veränderung anhand des BMI-
210 SDS,
- 211 b) Einschätzung von Motivation zu Verhaltensänderungen hinsichtlich Ernährung und
212 Bewegung,
- 213 c) Berücksichtigung psychischer und psychosozialer Aspekte und
- 214 d) Bei Medikation Überprüfung auf Substanzen, die eine Gewichtszunahme begünstigen
215 und ggf. Anpassung.

216 Zur weiterführenden Untersuchung auf Adipositas-assoziiierter Komorbiditäten bei Kindern
217 und Jugendlichen können folgende Untersuchungen in größeren Zeitintervallen in Erwägung
218 gezogen werden:

- 219 a) Jährliche Messung des Blutdrucks,
- 220 b) Regelmäßige laborchemische Diagnostik, insbesondere ab dem vollendeten zehnten
221 Lebensjahr, in individuell festzulegenden Intervallen (beispielsweise alle zwei bis drei
222 Jahre):
223 Nüchternplasmaglukose (NPG), Gesamt-Cholesterin, Low Density Lipoprotein (LDL),
224 High Density Lipoprotein (HDL), Triglyzeride (TGZ), Gamma-Glutamyl-Transferase
225 (GGT), Glutamat-Pyruvat-Transaminase (GPT).

226 Hierbei sollten auch der individuelle Gesundheitsstatus und individuelle Risikofaktoren
227 Berücksichtigung finden.

228 **1.7 Kooperation der Versorgungssektoren**

229 Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter
 230 erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine
 231 qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

232 **1.7.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt**

233 Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im
 234 Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich

<p>GKV-SV durch die Hausärztin oder den Hausarzt, insbesondere durch die Kinder- und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas eine entsprechend qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt,</p>	<p>KBV, PatV durch die Hausärztin oder den Hausarzt, insbesondere durch die Kinder- und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt, sowohl mit als auch ohne Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung, im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter eine entsprechend qualifizierte Fachärztin oder einen entsprechend qualifizierten Facharzt mit Bezug zu Kinder- und Jugendmedizin oder eine entsprechend qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt,</p>
--	---

235 auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im
 236 strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn

Folgedissens zu Nummer 1.7.1	
<p>KBV, PatV die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder</p>	<p>GKV-SV [keine Aufnahme]</p>

237 die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt.

238 Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung
 239 von dieser Ärztin oder diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist
 240 oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

241 Die Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.7.2 sind von der gewählten Ärztin oder dem
 242 gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere
 243 Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten
 244 Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

245 **1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur**
 246 **jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils**
 247 **qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin**
 248 **oder zum qualifizierten Psychotherapeuten**

249
 250 Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei den folgenden Indikationen oder
 251 Anlässen eine Überweisung zur Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas
 252 im Kindes- und Jugendalter zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten
 253 Facharzt oder zu einer ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin, zu einem

254 ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten oder zu einer jeweils qualifizierten
 255 Einrichtung erfolgen soll:

- 256 - bei Hinweisen auf krankheitsunterhaltende Belastungen oder auf psychische
 257 Komorbidität,
- 258 - bei Vorhandensein oder Auftreten von adipositas-assoziierten Komplikationen oder
 259 Komorbiditäten, welche durch die adipositas-spezifischen Maßnahmen nicht
 260 ausreichend kontrolliert sind
- 261 - bei Umstellung einer Vormedikation auf möglichst gewichtsneutrale Wirkstoffe
 262 beziehungsweise zur Auswahl möglichst gewichtsneutraler Wirkstoffe bei neuer
 263 medikamentöser Therapie einer Komorbidität oder einer anderen Vor- oder neu
 264 aufgetretenen Begleiterkrankung, wenn der Bedarf einer fachärztlichen Mitbetreuung
 265 besteht
- 266 - bei neu aufgetretenen Hinweisen für eine spezifische und anderweitig
 267 behandlungsbedürftige Ursache der Adipositas je nach individueller Konstellation zur
 268 jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer
 269 jeweils qualifizierten Einrichtung.

270 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
 271 Überweisung.

<p>DKG, PatV</p> <p>1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus</p> <p>Eine Indikation zur stationären Behandlung besteht bei Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter insbesondere für die Durchführung einer Adipositas-chirurgischen Maßnahme.</p> <p>Darüber hinaus entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.</p>	<p>GKV-SV, KBV <i>[Keine Aufnahme]</i></p>
---	--

272

273 **[DKG, PatV 1.7.4] [GKV-SV, KBV 1.7.3] Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme**

274 Im Rahmen des DMP können stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bei entsprechender
 275 Indikationsstellung in Ergänzung zu den ambulanten Schulungsprogrammen sinnvoll sein.

276 Die Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist individuell und
 277 frühzeitig zu beurteilen.

<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>Der BMI-Perzentilenwert allein ist für die Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht ausreichend. Wesentlich ist die Berücksichtigung adipositasassoziiierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen.</p>	<p>PatV <i>[Keine Aufnahme]</i></p>
--	---

278 Die ambulante oder stationäre Rehabilitation ist eine interdisziplinäre und multimodale
 279 Maßnahme. Kinder und Jugendliche sollen darin unterstützt werden, ihre individuell
 280 bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen oder aufrechtzuerhalten, eine
 281 Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder zu vermindern und
 282 eine spätere Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erlangen. Damit soll die
 283 selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefördert
 284 werden. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation verfolgt das Ziel, die durch eine
 285 Adipositas resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sowie

286 adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten zu vermeiden, zu vermindern oder
 287 ihnen entgegenzuwirken.

<p>PatV</p> <p>Auf die Möglichkeit der Rehabilitationsberatung gemäß § 5 der Rehabilitationsrichtlinie des G-BA ist hinzuweisen. Im Bereich der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche besteht eine gleichrangige Zuständigkeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträger.</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>Die Ärztin beziehungsweise der Arzt prüft, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und verweist die Patientin oder den Patienten gegebenenfalls für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger, die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger. Im Bereich der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche besteht eine gleichrangige Zuständigkeit.</p>
--	---

288

289 **2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)**

290 Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser
 291 Richtlinie geregelt.

292

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Lfd. Nr.	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Relevante Reduktion des Übergewichts (adäquater Anteil)	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die seit mindestens zwölf Monaten am DMP teilnehmen: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Reduktion des BMI-SDS von größer gleich 0,20 , im Vergleich zum BMI-SDS bei Einschreibung
2	Vermeidung einer Zunahme des Übergewichts (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Reduktion oder Stabilisierung des BMI-SDS, im Vergleich zum BMI-SDS bei Einschreibung
3	Stabilisierung des Übergewichts zur letzten Dokumentation (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Reduktion oder Stabilisierung des BMI-SDS, im Vergleich zum BMI-SDS der letzten verfügbaren Dokumentation
4	Individuelle Ziele zu regelmäßiger Bewegung im Alltag (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen individuelle Ziele zur regelmäßigen Bewegung im Alltag vereinbart oder überprüft wurden, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer

5	Regelmäßige Bewegung im Alltag (entsprechend der individuell festgelegten Ziele) (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich im Alltag regelmäßig bewegen, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
6	Individuelle Ziele zum Ernährungsverhalten (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung vereinbart oder überprüft wurden, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
7	Adäquates Ernährungsverhalten (entsprechend der individuell festgelegten Ziele) (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die ein adäquates Ernährungsverhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
8	Schulungsteilnahme (hoher Anteil)	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP-Einschreibung ungeschult sind: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche teilgenommen haben

293

294 **3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f**
 295 **Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)**

296 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose der Adipositas
 297 gemäß Nummer 1.2 gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in
 298 Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der
 299 Umsetzung mitwirken kann.

300 **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

301 Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser
 302 Richtlinie geregelt.

303 **3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

304 Versicherte mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter können ab der Vollendung des

Folgedissens zu 1.2	
GKV-SV, DKG, KBV achten	PatV fünften

305 Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in das strukturierte
 306 Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn sie die in Nummer 1.2 genannten
 307 Kriterien erfüllen.

308 Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt prüft regelmäßig gemeinsam mit der
 309 Patientin oder dem Patienten, ob die Patientin oder der Patient weiterhin von einer Teilnahme
 310 an diesem DMP profitiert.

311 Kommen die Ärztin oder der Arzt und die Patientin oder der Patient zu dem Ergebnis, dass
 312 dies nicht mehr der Fall ist, so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die
 313 Krankenkasse. Befinden sich Patientinnen, die die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, aktuell
 314 in einer Schwangerschaft oder in der Stillzeit, sollten sie erst nach dieser Phase in das DMP
 315 Adipositas – Kinder und Jugendliche eingeschrieben werden.

GKV-SV, PatV	KBV
In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob im Einzelfall eine Teilnahme über das 18. Lebensjahr hinaus sinnvoll ist. Die Teilnahme endet spätestens mit der Vollendung des 21. Lebensjahres. Eine Einschreibung in dieses DMP ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht möglich.	[keine Aufnahme]

316

317 **4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2**
 318 **Nummer 4 SGB V)**

319 Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der
 320 strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten
 321 Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten
 322 Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die
 323 Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

324 **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

325 Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie
 326 geregelt.

327 **4.2 Schulungen der Versicherten**

328 Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter soll Zugang zu
 329 einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten
 330 Schulungsprogramm erhalten. Strukturierte Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche
 331 mit Adipositas sind multimodale Angebote, die mindestens ein Modul zu Bewegung und ein
 332 Modul zu Ernährung enthalten. Insbesondere für Kinder wird empfohlen, die

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

333 mit einzubeziehen.

334 Im Übrigen gelten die in § 4 genannten weiteren Anforderungen. Bei jeder Vorstellung des
 335 Patienten und der Patientin soll im Falle einer noch nicht erfolgten Schulung geprüft werden,
 336 ob eine Schulung empfohlen werden soll.

337

338 **5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)**
 339 **(§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)**

340 Für die Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 1 DMP-Anforderungen-Richtlinie sind
 341 mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- 342 a) Gewichtsentwicklung (BMI-SDS),
343 b) Schulungen,
344 c) Ernährungsverhalten,
345 d) Bewegung.

346 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 der DMP-Anforderungen-
347 Richtlinie ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein
348 DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter
349 festgelegt.

350 Abweichend von § 6 Absatz 3 Nummer 2 DMP-A-RL endet der Evaluationszeitraum für den
351 erstmalig zu erstellenden Bericht nach 48 Monaten, beginnend mit dem ersten Tag des der
352 frühesten Zulassung eines DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche folgenden Quartals.
353

354 **Anlage 26 Adipositas -Kinder und Jugendliche - Dokumentation**

355

Adipositas - Kinder und Jugendliche - Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Therapeutische Maßnahmen		
1	BMI-SDS ¹	Zahl (-3,00 bis 6,00; Angabe mit zwei Nachkommastellen)
2a	Ziele zur regelmäßigen Bewegung im Alltag ²	Ziele vereinbart / Keine Ziele vereinbart
2b	Ziele zur regelmäßigen Bewegung im Alltag seit der letzten Dokumentation ³	Ziele vereinbart oder überprüft / Keine Ziele vereinbart oder überprüft
3	Regelmäßige Bewegung im Alltag	Ja / Nein
4a	Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung ²	Ziele vereinbart / Keine Ziele vereinbart
4b	Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung seit der letzten Dokumentation ³	Ziele vereinbart oder überprüft / Keine Ziele vereinbart oder überprüft
5	Adäquat geändertes Ernährungsverhalten	Ja / Nein
Schulung		
6	Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer multimodalen Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche teilgenommen ²	Ja / Nein
7	Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
8	Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche wahrgenommen ³	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen ³
Relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation		

9	Beendigung der DMP-Teilnahme ⁴	Ja / Nein
---	---	-----------

356 ¹Hinweis für die Ausfüllanleitung: Der BMI-SDS wird bei Angabe der aktuellen Körpergröße in Feld 13 der Anlage
357 2 dieser Richtlinie und des aktuellen Körpergewichts in Feld 14 der Anlage 2 dieser Richtlinie von dem System
358 automatisch berechnet und das Dokumentationsfeld 1 „BMI-SDS“ dieser Anlage automatisch befüllt. Mit der
359 automatischen Befüllung des BMI-SDS bei der aktuellen Dokumentation sind zusätzlich folgende Angaben zur
360 Anzeige zu bringen: 1. Kategoriale Einordnung des aktuellen BMI-SDS (Untergewicht, Normalgewicht,
361 Übergewicht, Adipositas, extreme Adipositas); 2. Differenz zwischen dem BMI-SDS in der aktuellen
362 Dokumentation und dem BMI-SDS in der letzten vorhandenen Dokumentation sowie die Einordnung dieser
363 Veränderung; 3. Differenz zwischen dem BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation und dem BMI-SDS in der
364 Erstdokumentation sowie die Einordnung dieser Veränderung.

365 ² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angabe ist nur bei der Erstdokumentation auszufüllen.

366 ³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Diese Angabe ist erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen
367 (Folgedokumentation) zu machen.

368 ⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Sofern hier „Ja“ angegeben wird, erfolgt eine Beendigung der DMP-Teilnahme
369 durch die Krankenkasse.“

370

371 V. Der Beschluss tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger
372 folgenden Quartals eines Jahres in Kraft, nicht jedoch am ersten Tag des ersten Quartals
373 eines Jahres. Folgt auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger der erste Tag des ersten
374 Quartals eines Jahres, tritt der Beschluss am ersten Tag des zweiten Quartals in Kraft.

375

376 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen
377 Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

378 Berlin, den T. Monat JJJJ

379 Gemeinsamer Bundesausschuss
380 gemäß § 91 SGB V
381 Der Vorsitzende

382 Prof. Hecken

383



1 **Tragende Gründe**

2 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
3 über die **XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie**
4 **(DMP-A-RL): Änderung der Anlagen 2, 23 und 24, Ergänzung**
5 **der Anlage 25 (DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche) und**
6 **der Anlage 26 (Adipositas – Kinder und Jugendliche -**
7 **Dokumentation)**

8 Vom T. Monat JJJJ

9 **Stand: 16.07.2024**

10 **Legende:**

11 **Gelb hinterlegt:** dissente Positionen

12 **Grau hinterlegte** Passagen: durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

13 Hinweis: Die Tragenden Gründe werden im Nachgang zur Plenumsitzung von der
14 Vorsitzenden des Unterausschusses DMP in Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.

15 **Inhalt**

16	1. Rechtsgrundlage.....	2
17	2. Eckpunkte der Entscheidung.....	2
18	3. Bürokratiekostenermittlung.....	27
19	4. Verfahrensablauf.....	31
20	5. Fazit.....	31
21	6. Literaturverzeichnis.....	31
22	7. Zusammenfassende Dokumentation.....	32

23

24 **1. Rechtsgrundlage**

25 Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen
26 Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011
27 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme
28 vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen
29 Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Absatz 2 SGB V regelt der
30 Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von
31 Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die er gemäß § 137f
32 Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat. § 137f Absatz 1 Satz 3 SGB V legt fest,
33 dass der G-BA insbesondere für die Behandlung von Adipositas eine entsprechende Richtlinie
34 zu erlassen hat.

35 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

36 **Allgemeines**

37 Die Anforderungen der DMP-A-RL an die Behandlung von DMP werden nach dem aktuellen
38 Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien
39 oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des
40 jeweiligen Versorgungssektors normiert, vgl. § 137f Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V. Bei der
41 Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch an
42 Leitlinientexten orientieren.

43 Wissenschaftliche Grundlage für die Erstfassung der Anforderungen an DMP Adipositas–
44 Kinder und Jugendliche ist insbesondere die „Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und
45 Jugendliche“ des IQWiG vom 18. August 2022.

46 **Zu geeigneten digitalen medizinischen Anwendungen**

47 Gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V prüft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei der
48 Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V sowie bei jeder
49 regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V die Aufnahme
50 geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.

51 Nähere Vorgaben zum Vorgehen des G-BA bei der medizinisch-inhaltlichen Prüfung auf
52 Eignung digitaler medizinischer Anwendungen zur Aufnahme in das jeweilige DMP finden sich
53 im 6. Kapitel Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA, insbesondere im 6. Kapitel § 4 Absatz 2
54 Nummer 5 VerfO.

55 Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 Satz 3 VerfO erfolgt, zusätzlich zur Ermittlung von
56 Inhalten und relevanten Themenbereichen nach 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 4 VerfO, die
57 Aufforderung an die nach § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V
58 stellungnahmeberechtigten Organisationen, digitale medizinische Anwendungen für die
59 jeweilige Indikation vorzuschlagen. Dieses Verfahren soll dazu dienen, dem G-BA frühzeitig
60 geeignete digitale medizinische Anwendungen zur Kenntnis zu geben, um diese im Rahmen
61 des Prüfauftrages gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V berücksichtigen zu können.

62 Der Unterausschuss DMP hat am 7. Juli 2021 mit der Erstellung der Anforderungen an DMP
63 Adipositas begonnen. Mit Schreiben vom 3. Dezember 2021 und 26. Januar 2022 wurden die
64 gemäß § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten
65 Organisationen erstmals aufgefordert, mit einer Frist von vier Wochen (bis zum 7. Januar 2022

66 bzw. 25. Februar 2022), geeignete digitale medizinische Anwendungen für das DMP
67 Adipositas vorzuschlagen. Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden gebeten,
68 Angaben zu den im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 unter Nummer 5 VerFO genannten Kriterien
69 vorzulegen, die der G-BA dann für seine Prüfung der Eignung von digitalen medizinischen
70 Anwendungen für ein DMP heranzieht.

71 Insgesamt gingen elf Vorschläge zu digitalen medizinischen Anwendungen von elf
72 stellungnahmeberechtigten Organisationen ein, die sich alle an erwachsene Patienten und
73 Patientinnen mit Adipositas richten. Die Vorschläge sind somit nicht relevant für die
74 Zielgruppe in diesem DMP. Die Beurteilung und Eignungsprüfung wird im DMP Adipositas-
75 Erwachsenen ausgeführt.

76 **Zu den Änderungen im Einzelnen:**

77 **Zu Anlage 2**

78 Die Änderung der Anlage 2 der DMP-A-RL durch eine Ergänzung der laufenden Nummer 10
79 um die Ausprägung Adipositas - Kinder und Jugendliche wurde infolge der Ergänzung
80 eigenständiger Anforderungen an DMP Adipositas - Kinder- und Jugendliche erforderlich.

81 Die Ergänzung der Fußnote 6 zum Dokumentationsfeld 13 Körpergröße dient der Umsetzung
82 der Qualitätsziele 1-3. Die Anforderung bezieht sich auf die Datenübernahme aus der
83 vorhergehenden Dokumentation. Diese ist im DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche nicht
84 zulässig. Eine Datenübernahme aus der Praxisverwaltungssoftware (PVS) bleibt davon
85 unberührt.

86 **Zu den Anlagen 23 und 24**

87 Der vorliegende Beschluss erlässt Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten
88 Behandlungsprogrammen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas. Um klarzustellen, dass
89 sich die in den Anlagen 23 und 24 festgelegten Anforderungen auf Menschen mit Adipositas
90 beziehen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird in den Überschriften der Anlagen und
91 in der Überschrift der Dokumentation jeweils das Wort „Erwachsene“ ergänzt. Zudem werden
92 hierdurch die Überschriften in den Anlagen 23, 24, 25 und 26 vereinheitlicht.

93 **Zu Anlage 25**

94 **Zu Nummer 1.1 Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter**

95 Auch im Kindes- und Jugendalter hat sich die Verwendung der einfach messbaren Parameter
96 Körpergröße und Körpergewicht und des daraus abgeleiteten Body Mass Index [BMI =
97 Körpergewicht / Körpergröße² (kg/m²)] zur Definition des Gewichtsstatus sowie zur
98 Abschätzung des Ausmaßes einer Adipositas weltweit durchgesetzt.

99 Der Body Mass Index ist während des Wachstums eines Menschen alters- und
100 geschlechtsabhängig. Anders als bei Erwachsenen verwendet man daher bei Kindern und
101 Jugendlichen keine absoluten BMI-Werte zur Definition von Übergewicht, sondern
102 Perzentilangaben. Als „Perzentil“ bezeichnet man ein Maß für die Streuung einer statistischen
103 Verteilung. Man orientiert sich daran, wie der individuelle BMI-Wert eines Kindes oder einer
104 oder eines Jugendlichen im Verhältnis zu einer Stichprobe derselben Altersgruppe steht. Die
105 Gesamtstichprobe für diese Altersgruppe beträgt 100%. Der Wert für das 50er-Perzentil
106 („P50“) ist derjenige, bei dem 50% der Stichprobe einen kleineren, und 50% der Stichprobe
107 einen größeren BMI-Wert haben. Entsprechend liegen dann 97% aller Messwerte unter das
108 97er-Perzentil („P97“) und 3% darüber. Eine Perzentilenkurve ist deren grafische Darstellung.

109

110 Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) empfiehlt die
 111 Verwendung der Referenzwerte für Kinder und Jugendliche in Deutschland, die 2001 für die
 112 AGA publiziert [19] und im Altersbereich von 15-18 Jahren aktualisiert [18] wurden. Durch die
 113 in diesem Altersbereich vorgenommene Zusammenführung der AGA-Daten und der Daten des
 114 Bundes-Gesundheitssurvey 1998 [14], wird eine kontinuierliche Beurteilung der BMI-
 115 Entwicklung von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter (0 bis 79 Jahre) ermöglicht.

116 Um in Deutschland einheitliche Definitionen heranzuziehen, hat sich die AGA darauf
 117 verständigt, die BMI-Kategorien über bestimmte Perzentilangaben dieser Referenzdaten wie
 118 folgt zu definieren:

- 119 • Übergewicht: BMI-Perzentil > 90 – 97
- 120 • Adipositas: BMI-Perzentil > 97 – 99,5
- 121 • Extreme Adipositas: BMI-Perzentil > 99,5

122 [10].

123

124 **Zu Nummer 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe**

125 Die Einschlusskriterien für das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche sind wie folgt
 126 begründet: Die Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter mit dem Überschreiten
 127 des 97. alters - und geschlechtsspezifischen BMI-Perzentil entspricht der deutschen Leitlinie
 128 AGA 2019 [9].

<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>Die zentrale Maßnahme dieses DMP ist die Patientenschulung. Die durch den G-BA geprüften und als geeignet bewerteten Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas sind für Kinder ab dem vollendeten 8. Lebensjahr konzipiert und anwendbar (vgl. Nummer 4.2). Dementsprechend ist eine Teilnahme an diesem DMP ab dem vollendeten 8. Lebensjahr möglich. Weitere Voraussetzung für die DMP-Teilnahme ist das aktive Mitwirken der Kinder und Jugendlichen am gesamten Programm.</p>	<p>PatV</p> <p>Adipositas ist bereits im Vorschulalter weit verbreitet und sollte frühzeitig behandelt werden. So betrug die Verbreitung von Adipositas in Deutschland im Zeitraum von 2014-2017 bereits bei den 3- bis 6-jährigen Mädchen 3,2% beziehungsweise 1,0% bei den Jungen [27] Bedingt durch die COVID-19 Pandemie sind diese Zahlen vermutlich sogar noch gestiegen [29]. Gemäß S3 -Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes und Jugendalter) (Empfehlung 2, Expertenkonsens) sollte jedem Kind oder Jugendlichen (5 bis 17 Jahre) mit Adipositas Zugang zu einem interdisziplinären Therapieprogramm ermöglicht werden [9]. Denn je frühzeitiger der Beginn der Adipositastherapie erfolgt, desto höher sind die Erfolgsaussichten.</p> <p>Zudem findet im 5. Lebensjahr die Gesundheitsuntersuchung U9 bei der Kinderärztin bzw. bei dem Kinderarzt statt. Im Rahmen der umfangreichen körperlichen Untersuchung und Beratung der U9 werden u.a. Körpergewicht, Körperlänge und BMI</p>
---	---

	<p>ermittelt und Themen wie Ernährung, Bewegung mit der Kinderärztin bzw. dem Kinderarzt besprochen. Ein sich aus der Vorsorgeuntersuchung anschließendes DMP Angebot erscheint daher sinnvoll.</p> <p>Zwar sind die vom G-BA geprüften und als geeignet bewerteten Patientenschulungen ab dem vollendeten 8. Lebensjahr konzipiert, allerdings gibt es auch Schulungen, die sich an Vorschulkinder und ihre Eltern richten (z.B. Obeldicks Mini, Klaks Mini). Solche Schulungen sollten vermehrt entwickelt und flächendeckend angeboten werden.</p> <p>Dementsprechend ist eine Teilnahme an diesem DMP ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Als weitere Voraussetzung für die DMP-Teilnahme wird die Fähigkeit und Motivation der Kinder und Jugendlichen an einer Patientenschulung festgelegt, da dies die zentrale Maßnahme dieses DMP darstellt.</p>
--	--

129

<p>PatV</p> <p>Der Taille-Größe-Index (englisch: waist-to height-ratio, WHtR) beschreibt das Verhältnis von Taillenumfang zu Körpergröße. Für Kinder und Jugendliche wird oft der altersunabhängige feste Grenzwert von 0,5 verwendet.</p> <p>Im Gegensatz zum BMI, der keine Auskunft über die Fettverteilung gibt, gilt der Taillenumfang als sensitiver und spezifischer Marker für die viszerale Fettansammlung. Der Marker WHtR gleicht den Nachteil zum alleinigen Messen des Taillenumfangs aus, da die viszerale Fettansammlung durch das Größenwachstum in der Kindheit und Jugend beeinflusst wird [26]</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	---

130

Der Einbezug der Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

131
132
133
134

in die Schulung sowie die therapeutischen Maßnahmen wird in mehreren Leitlinien mit hohem Grade of Recommendation empfohlen [9],[3],[28], da hierdurch die Effektivität der Maßnahmen erhöht werden kann. Dies gilt insbesondere für das Kindesalter, da im Jugendalter außerfamiliäre Einflüsse eine zunehmende Rolle spielen können.

GKV-SV, PatV	KBV, DKG
<p>Der Begriff „Personensorgeberechtigte“ ist als Sammelbegriff zu verstehen und soll neben der elterlichen Sorge (vgl. §§ 1626 ff. BGB) auch Situationen einschließen, in denen andere Personen anstelle der Eltern die Sorge über Minderjährige ausüben. Das können beispielweise Fälle der Vormundschaft (vgl. §§ 1773 ff. BGB) oder der Pflegschaft (vgl. §§ 1809 ff. BGB) sein. Hintergrund dieser offenen Formulierung ist, Nachteile für Kinder und Jugendliche, die nicht unter elterlicher Sorge stehen, bei der Einschreibung und bei der Teilnahme am DMP auszuschließen.</p>	<p>Der in dieser Anlage der DMP-A-RL nicht juristisch definierte Begriff „Betreuungspersonen“ beschreibt diejenige/n Personen oder Person, die das Kind oder den/ die Jugendliche/n primär in seinem/ihrem Alltag und direktem Umfeld betreuen. Dies können die Eltern oder ein Elternteil oder andere Personen aus dem familiären, nicht-familiären oder sozialen Umfeld des Kindes oder des/der Jugendlichen sein. Eine Betreuungsperson kann auch die juristisch definierte Personensorgeberechtigte sein, muss dies aber nicht sein.</p>

135 Die Eingrenzung der Möglichkeit zur Einschreibung in dieses DMP bis zum vollendeten 18.
136 Lebensjahr leitet sich daraus ab, dass für Menschen mit einer Adipositas, die das vollendete
137 18. Lebensjahr erreicht haben, die Möglichkeit der Einschreibung in das DMP Adipositas
138 Erwachsene besteht.

139 **Zu Nummer 1.3 Therapieziele**

140 Vom IQWiG bewertete Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt,
141 der konkret als Therapieziele benannt wird. Dennoch lassen sich die für das DMP benannten
142 Ziele aus den Leitlinientexten ableiten: so beschreibt die Leitlinie der AGA [9], dass sich der
143 Krankheitswert der Adipositas im Kindes- und Jugendalter aus der funktionellen und
144 individuellen Einschränkung, der psychosozialen Beeinträchtigung und vor allem der bereits
145 fassbaren, höheren Komorbidität im Vergleich zu Normalgewichtigen ergibt. Auch die aktuelle
146 US-Amerikanische Leitlinie [13] nennt eine Verbesserung des Gewichtsstatus und die
147 Reduktion bzw. Elimination von Begleiterkrankungen als wichtige Behandlungsziele. Ebenfalls
148 wird in der italienischen Leitlinie [28] dargestellt, dass durch die Adipositas psychische und
149 physische Beeinträchtigungen bereits im Kindesalter bestehen und sich bei Persistenz der
150 Adipositas ins Erwachsenenalter fortsetzen. Entsprechend wurden als Ziele der Behandlung
151 die Senkung/Stabilisierung des Körpergewichts, die Verringerung von Risikofaktoren und die
152 Vermeidung von Folgeschäden der Adipositas formuliert. **[KBV:** Ausführliche Erläuterungen
153 zum BMI-SDS sind unter Zu 1.6 Verlaufsuntersuchungen und Zu Anlage 26 (Adipositas – Kinder
154 und Jugendliche – Dokumentation) zu finden.]

155 **Zu Nummer 1.4. Allgemeine Grundsätze der Therapie**

156 Im Rahmen der IQWiG-Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu diesem
157 Aspekt identifiziert [9], [28].

158 Die folgenden Abschnitte beinhalten Ausführungen zur indikationsspezifischen Erstanamnese
159 (Nummer 1.4.1) und zur Therapieplanung (Nummer 1.4.2).

160 **Zu Nummer 1.4.1 Indikationsspezifische Erstanamnese**

<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>Bei der indikationsspezifischen Erstanamnese handelt es sich um ein Gespräch, das die Basis einer differenzierten Therapieplanung darstellt. Initial wird der bisherige Gewichtsverlauf, idealerweise anhand von Perzentil-Dokumentationen erhoben. Die Erhebung bisher erfolgter Maßnahmen umfasst sowohl ärztlich oder anderweitig durchgeführte Therapien als auch Maßnahmen zum (Selbst)management bzw. im familiären Bezugsraum durchgeführte Änderungen.</p> <p>Zwar macht keine der einbezogenen Leitlinien konkrete Aussagen zu einzelnen Inhalten einer Erstanamnese, zur Basismaßnahme der Ernährungsumstellung findet sich jedoch die Feststellung hoher Evidenz für die Bedeutung einer initialen Erhebung des Ernährungsverhaltens des betroffenen Kindes/Jugendlichen sowie seines familiären Umfelds [28]. Dies umfassen unter anderem die Art, Häufigkeit und Zusammensetzung der Mahlzeiten, die Einnahme gemeinsamer Mahlzeiten, die Portionsgrößen sowie Vorlieben und Abneigungen.</p> <p>Die aktuelle Energiezufuhr (durch Nahrungsaufnahme) und der aktuelle Energieabbau (insbesondere durch Bewegung) sollen abgeschätzt werden, um daraus Ansatzpunkte für Maßnahmen in den Bereichen Ernährung und Bewegung ableiten zu können. Zur Erfassung der körperlichen Aktivität zählt dabei nicht nur der aktive Bewegungsumfang, sondern auch sein Gegenteil, die Vermeidung, die sich insbesondere aus sitzenden Tätigkeiten wie beispielsweise der Beschäftigung mit elektronischen Medien und TV-Konsum ergibt. Die Erhebung der Familienanamnese kann Hinweise auf potenzielle Risikofaktoren für Begleit- oder Folgeerkrankungen geben. Angaben zur Sozialanamnese und psychosozialen Belastungsfaktoren erlauben eine Abschätzung der Durchführbarkeit der im DMP zentralen Schulungsmaßnahmen. Die Erhebung von Komorbiditäten umfasst auch die Abfrage nach Medikamenten, deren Einnahme mit einer Gewichtszunahme einhergehen kann (z. B. Antidepressiva, Glukokortikoide).</p>	<p>PatV</p> <p><i>[prüft]</i></p>
--	--

161 **Zu Nummer 1.4.2 Therapieplanung**

162 Die Adipositas ist eine chronische Erkrankung mit heterogener Ausprägung bezogen auf die
163 Ursachen, Krankheitslast und vorhandene individuelle Ressourcen. Bei Kindern und
164 Jugendlichen spielen außerdem weitere Faktoren eine Rolle, insbesondere solche, die sich aus
165 der familiären Situation bzw. sozialen Umgebung ergeben. Daher bedarf es einer individuellen
166 Therapieplanung auf Grundlage der indikationsspezifischen Erstanamnese. Mit der
167 Einschreibung in das DMP Adipositas sind erste Schritte für das Management der Erkrankung
168 bereits erfolgt (gemeinsame Identifizierung der Adipositas und des Krankheitswertes und
169 Erfassung der Motivation der Patientin oder des Patienten für weitere Maßnahmen). Die
170 daran anknüpfende Therapieplanung orientiert sich an der individuellen Situation
171 (Krankheitslast, Vorgeschichte, Lebensstil und -situation) und an den individuellen
172 Möglichkeiten (Ressourcen) der Patientin oder des Patienten und dem gesamten Umfeld. Zur
173 Unterstützung eines langfristigen Therapieerfolg soll, wann immer möglich und sinnvoll, die
174 gesamte Familie bzw. andere

175

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

176 in die Planung (und weitere Unterstützung) der therapeutischen Maßnahmen einbezogen
177 werden.

<p>PatV</p> <p>Zu Nummer 1.4.3 Transition</p> <p>Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hat der Gesetzgeber dem G-BA explizit auferlegt, ein DMP für Adipositas zu entwickeln, damit Adipositas Betroffene <u>dauerhaft</u>, strukturiert, qualitätsgesichert, multimodal und transsektoral versorgt werden können (vgl. Gesetzesbegründung zum GVWG). Die Notwendigkeit einer dauerhaften Behandlung ergibt sich aus dem Umstand, dass es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung handelt [5]. Laut KiGGS-Studie vom RKI hatten im Zeitraum 2014-2017 der Altersgruppe 14-17 Jahre 7,7 Prozent der Mädchen und 9,2 % der Jungen eine Adipositas [27]. Damit handelt es sich um eine häufige Erkrankung des Jugendalters. Es gibt Hinweise darauf, dass u.a. bedingt durch die COVID-19 Pandemie diese Zahl sogar noch weiter angestiegen ist [29]. Die meisten Jugendlichen mit Adipositas bleiben auch als Erwachsene adipös [6],[15].</p> <p>Damit eine kontinuierliche Betreuung von Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen mit Adipositas sichergestellt wird, muss der Übergang von der pädiatrischen Versorgung in die Erwachsenenmedizin geplant und strukturiert gestaltet werden. Die Lebensphase der Adoleszenz stellt für Jugendliche mit Adipositas (ähnlich wie für Jugendliche mit anderen chronischen Erkrankungen) eine besonders sensible Lebensphase dar, auch weil sie mit zahlreichen jugendspezifischen und krankheitsspezifischen Herausforderungen einhergeht (u.a. Berufsfindung, Sexualität, Übernahme der Therapieverantwortung, Identitätsfindung, Akzeptanz des Körpers, Wechsel des koordinierenden Arztes). Diese Lebensphase ist auch für das Herausbilden von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen relevant. Mit zunehmender Unabhängigkeit von den Eltern ergibt sich die Chance, eigene, neue Gewohnheiten (bzgl. Einkaufsverhalten, Zubereitung von Speisen und körperlicher Aktivität) zu etablieren, die für das Adipositasmanagement maßgeblich sind.</p> <p>Bis zum Vorliegen einer nationalen S3 -Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin (AWMF- Registriernummer 050-030, Innovationsfondprojekt TransitADI) kann die S3-Leitlinie der Gesellschaft für Transitionsmedizin hilfreiche Empfehlungen zur Gestaltung dieses Übergangs bieten [12].</p> <p>Da Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas gemäß Kapitel 1.2. kein Einschlusskriterium für das DMP Adipositas</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	---

<p>Kinder und Jugendliche darstellen, kann das Vorliegen von Komorbiditäten (zusätzlich zum BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$), wie im DMP Adipositas für Erwachsene vorgegeben, nicht zur Voraussetzung der Weiterbehandlung für junge Erwachsene gemacht werden. Dies birgt die Gefahr von Versorgungsbrüchen und relevanten Verschlechterungen des Gesundheitszustands, da die strukturierte Weiterbehandlung bei der Hausärztin bzw. beim Hausarzt erst fortgesetzt werden könnte, wenn sich bereits Folge- oder Begleiterkrankung herausgebildet haben.</p> <p>Aus diesen Gründen ist für Jugendliche, die im pädiatrischen DMP Adipositas eingeschrieben waren, das Vorliegen von Komorbiditäten keine Voraussetzung für die Teilnahme am DMP Adipositas für Erwachsene.</p>	
--	--

178

179 **Zu Nummer 1.5 Therapeutische Maßnahmen**

180 Nummer 1.5 beinhaltet die therapeutischen Maßnahmen des DMP Adipositas.

181 **Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen****PatV**

Das Arzt-Patienten Gespräch unter Verwendung der motivierenden Gesprächsführungstechnik (Motivational Interviewing, MI) kann dazu beitragen, die Verhaltensänderungen anzufangen und dauerhaft aufrechtzuerhalten. So wird auch in der amerikanischen Leitlinie KAS, Key Action Statement 10) empfohlen, dass sich Leistungserbringer dieser Gesprächsführungstechnik bedienen um Patientinnen und Patienten und ihre Familien in der Behandlung der Adipositas zu unterstützen [13].

GKV-SV, KBV, DKG*[keine Aufnahme]*

182 Die Abschnitte in der Leiliniensynopse, die die Evidenz zu den Einzelkomponenten Ernährung,
 183 Bewegung und Verhaltensmodifikation darstellen, benennen die Notwendigkeit der
 184 Kombination der jeweiligen Einzelmaßnahme mit den anderen Bausteinen als Empfehlung mit
 185 hohem Evidenzgrad. Aus diesem Grund wird dies als übergeordneter Abschnitt
 186 „Basismaßnahmen“ dargestellt.

187 Die Empfehlungen unter 1.5.2, 1.5.3 und 1.5.4 sind grundsätzlicher Art und sollen die
 188 Umsetzung geeigneter Schulungen gemäß 4.2 wegen gegebenenfalls abweichender
 189 Begrifflichkeiten und Priorisierung in den Schulungscurricula nicht behindern.

190 Die Leitlinie AGA 2019 [9] beschreibt eine Reduktion des BMI-SDS um 0,20 als guten
 191 Therapieerfolg bei Patienten, die durch Einrichtungen oder in Programmen betreut werden.
 192 An anderer Stelle wird in dieser Leitlinie sowie auch in der italienischen Leitlinie ISPE 2018 [28]
 193 zitiert, dass eine Übergewichtsreduktion um 0,25 SDS-BMI, als Resultat einer
 194 interdisziplinären Intervention mit 1388 übergewichtigen Kindern über ein Jahr, zu einer
 195 signifikanten Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren geführt habe, mit einer
 196 Verdoppelung der gemessenen Effekte bei einer Reduktion um 0,5. [25]. Da bei der Evaluation
 197 von Schulungsprogrammen in Deutschland ein Konsens dazu besteht, eine Reduktion des BMI-
 198 SDS um mindestens 0,20 als Erfolgskriterium zu verwenden, wird dieser Wert auch zur
 199 Messung der Zielerreichung in diesem DMP eingesetzt.

200 **Zu Nummer 1.5.2 Ernährung**

201 Die Formulierung der Empfehlungen zur Ernährungsumstellung basiert auf den Leitlinien der
202 Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes Jugendalter [9], sowie der Italienischen Leitlinie
203 [28], der allerdings im IQWiG-Bericht eine geringere methodische Qualität zugesprochen wird.

204 Einen hohen Evidenzgrad haben demnach die Empfehlungen zu einer abwechslungsreichen,
205 ausgewogenen Ernährung im Gegensatz zur Einhaltung starrer Kostformen sowie der
206 Ernährungsumstellung unter Einbezug der Familie bzw. des sozialen Umfelds insbesondere bei
207 Kindern.

208 Bezüglich der Lebensmittelauswahl findet sich eine indirekte Empfehlung, indem der
209 Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Hinblick auf die Steigerung (Gemüse, Obst) bzw.
210 Verringerung der Aufnahme (zuckerhaltige Getränke) eine hoher Evidenzgrad bescheinigt
211 wird.

212 **Zu Nummer 1.5.3 Bewegung**

213 Zur Formulierung der Empfehlungen stand wesentlich die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft
214 Adipositas im Kindes - und Jugendalter [9] zur Verfügung. Einen hohen Evidenzgrad haben laut
215 IQWiG-Bericht die Empfehlungen zur (vornehmlichen) Steigerung der körperlichen Aktivität
216 im Alltag als primäres Ziel, da dies langfristig im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion
217 wirkungsvoller ist als zeitlich begrenzte Sportprogramme. Ebenfalls einen hohen Evidenzgrad
218 hat die Empfehlung zur Anpassung der Aktivitätssteigerung an den Grad der Adipositas und
219 die Erhöhung der Verstärkung der Wirksamkeit durch positive Verstärkung und Unterstützung
220 durch das soziale Umfeld. Eine Konkretisierung von Art um Umfang der körperlichen Aktivität
221 wird in der Leitlinie nicht als explizite Empfehlung aufgeführt. Dem begleitenden Text bzw.
222 auch Empfehlungen mit niedrigerem Evidenzgrad ist aber zu entnehmen, dass ein
223 gelenkschonendes Training durchgeführt werden sollte, generell wird ein Umfang von 90
224 Minuten moderate Aktivität am Tag empfohlen. Bewegungsarme bzw. sportungewohnte
225 Kinder und Jugendliche sollten schrittweise an diese Umfänge her-angeführt werden. Das
226 körperliche Training sollte ein Kraft- und ein Ausdauertraining unter Einbezug attraktiver
227 motivierender Bewegungs-, Spiel- und Übungsformen beinhalten.

228 **Zu Nummer 1.5.4 Verhaltensmodifikation**

229 Die Empfehlungen zu verhaltensbasierten Maßnahmen basieren auf der Leitlinie der
230 Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter [9]. Ein hoher Evidenzgrad liegt
231 vor für die Empfehlung zur Unterstützung erreichter Verhaltensänderungen durch positive
232 Verstärkung, die Anwendung mehrerer verschiedener Strategien und der Einsatz von
233 Interventionen mittlerer bis hoher Intensität. Letztere Aussage stützt sich auf eine Meta-
234 Analyse aus n=11 RCTs (mit einer Dauer von 3 bis 24 Monaten). Hier waren umfassende
235 verhaltensbasierte Interventionen mittlerer bis hoher Intensität (>26h Kontakt), die eine
236 Kombination aus Diät, körperlicher Bewegung und Verhaltensschulung beinhalten, der
237 effektivste verhaltensbasierte Ansatz und resultieren in kleinen bis moderaten kurzzeitigen
238 Verbesserungen im BMI im Vergleich zur Kontrollgruppe.

<p>DKG, PatV Zu Nummer 1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie Nach § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V in Verbindung mit § 14 Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sind Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen, die zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits bzw. zur Regulierung des Körpergewichts dienen. Diese sind in Anlage II AM-RL zusammengestellt.</p>	<p>GKV-SV, KBV <i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	--

Als Ausnahme kann bei genetisch bestätigtem, durch Funktionsverlustmutationen bedingtem biallelischem Proopiomelanocortin (POMC)-Mangel (einschließlich PCSK1) oder biallelischem Leptinrezeptor (LEPR)-Mangel, oder genetisch bestätigtem Bardet-Biedl-Syndrom bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren die Verordnung von Setmelanotid zu Lasten der Krankenkasse erfolgen.	
--	--

239

<p>DKG, PatV</p> <p>Zu Nummer 1.5.6 Chirurgische Therapie</p> <p>Die Empfehlungen zur chirurgischen Therapie bei Jugendlichen beruhen auf folgenden Leitlinien: ADA 2020 [1], AGA 2019 [9], ISPE 2018 [28]. Da die Operation von Kindern eine Ausnahme darstellt, wird darauf nicht abgestellt. Im Jugendalter soll eine chirurgische Maßnahme zur Behandlung einer Adipositas immer im Einzelfall eingehend geprüft und auf individueller Ebene sorgfältig abgewogen werden. Eine Indikation kann gesehen werden bei Jugendlichen mit BMI ≥ 35 und mindestens einer somatischen oder psychosozialen Komorbidität, wenn die konservative Therapie ausgeschöpft oder aussichtslos ist. Die Indikation soll durch ein interdisziplinäres, auf dem Gebiet der extremen Adipositas bei Kindern- und Jugendlichen erfahrenes Team gestellt werden. Neben der Aufklärung über die chirurgischen Verfahren und deren spezifische Risiken, müssen die Patientinnen und Patienten je nach Art des Adipositas-chirurgischen Eingriffs auch auf die Notwendigkeit einer lebenslangen Nachsorge hingewiesen werden. Insgesamt muss vorausgesetzt werden können, dass die Patientinnen und Patienten ausreichend motiviert und in ihrer Persönlichkeitsentwicklung soweit fortgeschritten sind, dass sie die Konsequenzen eines chirurgischen Eingriffs verstehen und das notwendige Verhalten langfristig umsetzen können.</p>	<p>GKV-SV, KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--

240

241 **Zu Nummer 1.6 Verlaufsuntersuchungen**

242 Die Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Verlaufsuntersuchungen leiten sich ab aus
 243 den Kapiteln 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe, 1.4.1 Indikationsspezifische
 244 Erstanamnese und 1.5 Therapeutische Maßnahmen (Ernährung, Bewegung und
 245 Verhaltensmodifikation).

246 Aus der aktuellen Körpergröße und dem aktuellen Körpergewicht lässt sich der BMI-Standard
 247 Deviation Score für Kinder und Jugendliche (BMI-SDS) berechnen. Dieser wird bei Kindern und
 248 Jugendlichen zur initialen Einschätzung des Ausmaßes der Adipositas und als Parameter für
 249 die Einordnung von Gewichtsveränderungen im Verlauf eingesetzt (s. auch [9],[3],[28]. Er gibt
 250 an, um ein wie viel Faches einer Standardabweichung ein individueller BMI bei gegebenem
 251 Alter und Geschlecht ober- oder unterhalb der 50. Perzentile der Referenzpopulation liegt.
 252 Hierbei wurde die Referenzpopulation gemäß AGA 2019 [9] gewählt [18,19]. Da die
 253 Perzentilangaben bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas keine adäquate

254 Vergleichsmöglichkeit bieten, ist durch die BMI-SDS-Werte eine genaue Zuordnung möglich.
 255 Die Berechnung des BMI-SDS wird unter Zu Anlage 26 (Adipositas – Kinder und Jugendliche –
 256 Dokumentation) beschrieben.

257 In der Tabelle 1 werden die Perzentilgrenzen für Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas und
 258 extreme Adipositas gemäß der deutschen Leitlinie [9] mit entsprechenden BMI-SDS
 259 dargestellt. Die Transformation der Perzentilgrenzen in die entsprechenden BMI-SDS erfolgte
 260 durch den G-BA gemäß [18,19],[7]. Das 97. Perzentil entspricht einem BMI-SDS von 1,88, das
 261 99,5. Perzentil einem BMI-SDS von 2,58. Anhand des individuellen BMI-SDS kann somit das
 262 initiale Ausmaß der Adipositas und die Gewichtsveränderung im Verlauf eingeordnet werden.
 263 Bei bestehender Adipositas wird eine Veränderung des BMI-SDS um 0,20 als klinisch relevante
 264 Übergewichtsreduktion eingestuft [9].

265 Weiterführende Diagnostik oder Verlaufsuntersuchungen können zur besseren Einschätzung
 266 des Gesundheitsstatus und Erfassung von Adipositas-assoziierten Komorbiditäten bei Kindern
 267 und Jugendlichen erwogen werden. Hierbei sollten insbesondere die vier relevantesten
 268 Komorbiditäten fokussiert werden (Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2,
 269 Lipidstoffwechselstörung und Fettleber). Die Empfehlungen stützen sich auf
 270 Expertenconsense, auf Empfehlungen aus der Leitlinie ISPE 2018 [28] und der Leitlinie ADA
 271 2022 [2], sowie auf Empfehlungen aus der Leitlinie AAP 2023 [13].

272 Eine regelmäßige Blutdruckmessung wird in den Leitlinien AAP 2023 [13] und ISPE 2018 [28]
 273 mit hohem Empfehlungsgrad empfohlen. Die Leitlinie AAP 2023 [13] empfiehlt mit moderater
 274 Empfehlungsstärke die Blutdruckmessung bei jeder Patientenvorstellung. Die Empfehlung zur
 275 jährlichen Blutdruckkontrolle ergab sich schließlich aus einem Expertenconsens. Diese
 276 Kontrolle kann insbesondere dann relevant sein, wenn eine Adipositas im Kindes- und
 277 Jugendalter bestehen bleibt oder sich verschlimmert.

278 Eine laborchemische Diagnostik wird ab dem Alter von 10 Jahren empfohlen (AAP 2023 [13],
 279 starke Empfehlung). In der Leitlinie AAP 2023 [13] wird ferner empfohlen, Laborkontrollen im
 280 Standardfall alle zwei Jahre zu wiederholen (Empfehlungsstärke unklar). Die Leitlinie ADA
 281 2022 [2] empfiehlt hingegen bei bestimmten Risikokonstellationen den laborchemischen
 282 Ausschluss eines Diabetes mellitus Typ 2 alle drei Jahre zu wiederholen. Die Entscheidung zu
 283 (ggf. wiederholter) Labordiagnostik sollte daher unter Berücksichtigung des BMI-Verlaufs
 284 sowie des Vorhandenseins von Risikofaktoren und Komorbiditäten erfolgen.

285

	Perzentilgrenze	BMI-SDS
Untergewicht	< 10. Perzentil	< -1,28
Normalgewicht	10. - 90. Perzentil	-1,28 bis 1,28
Übergewicht	> 90. bis 97. Perzentil	>1,28 bis 1,88
Adipositas	> 97. Perzentil	> 1,88
Extreme Adipositas	> 99,5. Perzentil	> 2,58

286 Tabelle 1: Perzentilgrenzen für Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas und extreme
 287 Adipositas im Kindes- und Jugendalter gemäß der deutschen Leitlinie [9] mit entsprechenden BMI-SDS
 288 gemäß [19],[18],[7].

289

290 **Zu Nummer 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren**

291 Nach Nummer 1.7 erfordert die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas im
 292 Kindes- und Jugendalter die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und
 293 Einrichtungen und eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette
 294 gewährleistet sein.

295 **Zu Nummer 1.7.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt**

296 DMP verfolgen grundsätzlich einen niedrigschwelligen, bevölkerungsnahen und integrativen
 297 Versorgungsansatz mit langfristiger Patientenbegleitung unter Berücksichtigung bestehender
 298 Komorbiditäten und des häuslichen und familiären Umfelds. Die Verfügbarkeit von
 299 fachärztlichem Spezialwissen zu einzelnen Fragestellungen wird durch
 300 Überweisungsregelungen an entsprechende Fachärztinnen oder Fachärzte sichergestellt. Die
 301 koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt stimmt die diagnostischen,
 302 therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen aufeinander ab, bezieht
 303 gegebenenfalls auch

GKV-SV, DKG, KBV nichtärztliche Hilfen	PatV weitere Gesundheitsprofessionen
--	--

304 und flankierende Dienste mit ein, führt die Befunde zusammen und bewertet sie auch mit der
 305 Patientin oder dem Patienten

<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>und ggf. den [GKV-SV: Personensorgeberechtigten KBV: Betreuungspersonen] zusammen und dokumentiert diese. Entsprechend § 73 SGB V werden diese Aufgaben der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben, an der unter anderem Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, sowie Ärztinnen und Ärzte nach § 73 1a Satz 1 Nummer 4 und 5 SGB V teilnehmen. Kinder- und Jugendärztinnen bzw. Kinder- und Jugendärzte mit einer Schwerpunktbezeichnung oder einer Zusatzweiterbildung nehmen grundsätzlich an der hausärztlichen Versorgung teil, sie sind daher auch von der Formulierung im vorangehenden Absatz umfasst. [KBV: Dies schließt die Schwerpunkte Infektiologie, Kinder- (und Jugend)-Endokrinologie und Diabetologie, Kinder- (und Jugend-)Gastroenterologie, Kinder- (und Jugend-)Hämatologie und Onkologie, Kinder- (und Jugend-)Kardiologie, Kinder- (und Jugend-)Nephrologie, Kinder- (und Jugend-)Neuropsychiatrie, Kinder- (und Jugend-)Pneumologie, Kinder- (und Jugend-)Rheumatologie, Neonatologie, Neuropädiatrie sowie die Zusatzweiterbildungen Kinder- (und Jugend-)Endokrinologie und Diabetologie, Kinder- (und Jugend-)Gastroenterologie, Kinder- (und Jugend-)Nephrologie, Kinder- (und Jugend-)Pneumologie, Kinder- (und Jugend-)Rheumatologie ein.] Eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas kann in Ausnahmefällen auch durch eine entsprechend [KBV] qualifizierte Fachärztin oder einen entsprechend qualifizierten Facharzt mit Bezug zur Kinder- und Jugendmedizin, beispielweise eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder eine</p>	<p>DKG <i>[prüft]</i></p>
---	--------------------------------------

<p>Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie, oder eine] qualifizierte Einrichtung betreut werden, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt. Dies können beispielsweise Kinder- und Jugendmedizinische Ambulanzen an Kliniken oder sozialpädiatrische Zentren sein.</p>	
---	--

306

<p>KBV, PatV</p> <p>Diese Möglichkeit gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Damit sollen unnötige Brüche in bereits dauerhaft bestehenden vertrauensvollen und bewährten Arzt-Patienten-Beziehungen vermieden werden. Auch kann beispielweise aufgrund von Komorbiditäten eine Erkrankungssituation vorliegen, die eine Übernahme der Funktion der „koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes“ durch eine zugelassene oder ermächtigte Fachärztin oder einen für Innere Medizin als zielführend für die Patientin oder den Patienten er-scheinen lässt.</p>	<p>GKV-SV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	---

307

308

309

310

311

312

Zu 1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten

313

314

Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

315

316

317

318

319

320

321

322

Bei Verdacht oder Auftreten einer psychischen Komorbidität ist zu berücksichtigen, dass weiterführende diagnostische und therapeutische Maßnahmen insbesondere mit einer jeweils qualifizierten Fachärztin, ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin bzw. jeweils qualifiziertem Facharzt, ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten notwendig sein können. Insbesondere bei schweren somatischen Komorbiditäten, bei Progression einer Komorbidität oder bei komplexen Konstellationen von Komorbiditäten kann die Zusammenarbeit mit jeweils qualifizierten Fachärztinnen, jeweils qualifizierten Fachärzten oder jeweils qualifizierten Einrichtungen angezeigt sein.

323

324

325

326

Bei bestehenden oder neu auftretenden Komorbiditäten bzw. Begleiterkrankungen kann für eine optimale Wirkstoffauswahl hinsichtlich des Einflusses auf das Gewicht die Zusammenarbeit mit einer jeweils qualifizierten Fachärztin oder einem jeweils qualifizierten Facharzt angezeigt sein.

327

328

329

330

331

Bei neu aufgetretenen Hinweisen für eine spezifische und anderweitig behandlungsbedürftige Ursache der Adipositas, beispielsweise einer monogenetischen oder endokrinen Ursache, kann je nach individueller Konstellation eine Überweisung zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung indiziert sein.

332

<p>DKG, PatV</p> <p>Zu Nummer 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus</p> <p>Da die strukturierten Behandlungsprogramme sektorenübergreifend angelegt sind (§2 Absatz 1 DMP-A-RL), wird auch in dieser Anlage beispielhaft eine Indikation zur stationären Behandlung aufgeführt. Eine Indikation zur stationären Behandlung besteht bei Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter insbesondere für die Durchführung einer Adipositas-chirurgischen Maßnahme.</p> <p>Darüber hinaus entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.</p> <p>[2],[9],[28]</p>	<p>GKV-SV, KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--

333 **Zu Nummer [DKG, PatV 1.7.4] [GKV-SV, KBV 1.7.3] Veranlassung einer**
334 **Rehabilitationsmaßnahme**

335 Der G-BA weist auf die Bedeutung der unterschiedlichen Leistungsbereiche der Rehabilitation
336 hin. Es sind die verschiedenen Zuständigkeiten des Rehabilitationsrechts zu beachten.
337 Hinsichtlich des Regelungsbereichs der strukturierten Behandlungsprogramme ist
338 insbesondere für das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung die Rehabilitations-
339 Richtlinie des G-BA maßgeblich.

340 Zur vollständigen Abbildung der Zielsetzung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
341 wird auf die Zielsetzung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 11 Absatz 2 SGB
342 V) sowie im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 9 SGB VI) verwiesen.

343 **Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen**

344 Die allgemeinen Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in § 2 DMP-A-RL
345 grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.
346 Folgende Qualitätsziele und -indikatoren wurden auf Basis der Empfehlungen dieser Anlage
347 festgelegt. Die entsprechenden Zielwerte zu den jeweiligen Qualitätsindikatoren wurden
348 unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Literatur im Expertenkonsens
349 festgelegt.

350 Die langfristige Senkung mit Stabilisierung des relativen Körpergewichts oder die Vermeidung
351 einer weiteren Gewichtszunahme ist ein unter Nummer 1.3 definiertes Therapieziel. Die
352 Qualitätsziele 1 bis 3 leiten sich aus den starken Empfehlungen zur Gewichtsreduktion bzw. -
353 stabilisierung bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas ab und dienen einer
354 standardisierten Darstellung der Erreichung dieser Therapieziele. Für eine individuelle
355 Einschätzung der Gewichtsveränderung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas wird der
356 Einsatz eines alters- und geschlechtsstandardisierten BMI empfohlen [9],[3],[28]. Hierbei wird
357 die LMS-Methode nach Cole, T.J., 1990 [7] angewandt, da mit dieser die Berechnung des
358 Standard Deviation Score (SDS) für nicht normalverteilte Parameter wie dem BMI möglich ist.
359 Die Buchstaben L, M und S stehen dabei für die drei Parameter Schiefe (L), Median (M) und
360 Variationskoeffizient (S). Der Median entspricht dem 50. Perzentil. Dieser BMI-spezifische SDS
361 (BMI-SDS) für Kinder und Jugendliche gibt an, um ein wie viel Faches einer
362 Standardabweichung ein individueller BMI bei gegebenem Alter und Geschlecht ober- oder
363 unterhalb der 50. Perzentile liegt. Hierbei wurde die Referenzpopulation gemäß AGA 2019 [9]
364 gewählt [19],[18].

365 Analog zu den Perzentilangaben ist bei Kindern und Jugendlichen anhand des BMI-SDS eine
366 Einordnung des individuellen relativen Gewichts in die Kategorien Untergewicht,

367 Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas und extreme Adipositas möglich (vgl. Tabelle 1 unter
368 Zu 1.7 Verlaufsuntersuchungen). Ferner kann der Erfolg einer Therapie zur Gewichtsreduktion
369 anhand der erzielten Änderung des BMI-SDS genauer beurteilt werden als anhand der
370 Perzentilkurven. Es wird angenommen, dass eine erfolgreiche Gewichtsreduktion dann
371 vorliegt, wenn der BMI-SDS ein Jahr nach Therapiebeginn um mindestens 0,20
372 zurückgegangen ist (entspricht einer Gewichtsreduktion von ca. 5%). Ein sehr guter Erfolg
373 besteht bei einer Reduktion des BMI-SDS von mindestens 0,50 (entspricht einer
374 Gewichtsreduktion von ca. 10%) [9]. Die Formel zur Berechnung des BMI-SDS und die
375 entsprechend erforderlichen Werte sind an die deutsche Leitlinie angelehnt [9] und in den
376 Tragenden Gründen Zu Anlage 26 Dokumentation ausführlich dargestellt.

377 Im Qualitätsziel 1 wird die aktuelle Reduktion des Übergewichts der Teilnehmerinnen und
378 Teilnehmer dargestellt. Dieses Qualitätsziel soll erst nach einer Teilnahmedauer von 12
379 Monaten berechnet werden. Dementsprechend umfasst der Nenner alle Teilnehmerinnen
380 und Teilnehmer mit einer Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten. Eine Reduktion des
381 BMI-SDS von mindestens 0,20, im Vergleich zum BMI-SDS bei Einschreibung, gilt als
382 ausreichend relevante Verbesserung. Für die Berechnung des 1. Qualitätsziels zur Reduktion
383 des Übergewichts im Vergleich zur Einschreibung wird eine Reduktion des BMI-SDS von
384 mindestens 0,20 (Differenz: BMI-SDS der Erstdokumentation minus BMI-SDS der aktuellen
385 Dokumentation $\geq 0,20$) als gute Qualität operationalisiert. Eine Reduktion des BMI-SDS von
386 weniger als 0,20, ein unveränderter BMI-SDS sowie eine Zunahme des BMI-SDS (Differenz $<$
387 $0,20$) wird als schlechte Qualität operationalisiert. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen
388 und Teilnehmer, die das Qualitätsziel 1 erreichen, sollte bei mindestens 35% liegen.

389 Die Qualitätsziele 2 und 3 stellen die Erreichung bzw. Aufrechterhaltung einer Stabilisierung
390 des relativen Gewichts dar, die sowohl eine Stabilisierung als auch eine Reduktion des BMI-
391 SDS umfasst. Beide Qualitätsziele beziehen sich auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen
392 und Teilnehmer, ohne Beschränkung der Teilnahmedauer und schließt somit auch die
393 Subgruppe aus QZ-Ziel 1 ein.

394 Für die Berechnung des 2. Qualitätsziels zur Vermeidung einer Zunahme des Übergewichts im
395 Vergleich zur Einschreibung wird bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Reduktion
396 des BMI-SDS jedwedem Ausmaß oder ein gleichbleibender BMI-SDS (Differenz: BMI-SDS der
397 Erstdokumentation minus BMI-SDS der aktuellen Dokumentation ≥ 0) als gute Qualität
398 operationalisiert. Eine Zunahme des BMI-SDS jedwedem Ausmaß wird als schlechte Qualität
399 operationalisiert. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das
400 Qualitätsziel 2 erreichen, sollte bei mindestens 70% liegen.

401 Für die Berechnung des 3. Qualitätsziels zur Stabilisierung des Übergewichts im Vergleich zur
402 letzten verfügbaren Dokumentation wird bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine
403 Reduktion des BMI-SDS jedwedem Ausmaß oder ein gleichbleibender BMI-SDS (Differenz:
404 BMI-SDS der letzten verfügbaren Dokumentation minus BMI-SDS der aktuellen
405 Dokumentation ≥ 0) als gute Qualität operationalisiert. Ist der BMI-SDS bei der aktuellen
406 Dokumentation kleiner oder gleich 1,28 (dementsprechend unterhalb des Cut-off-Wertes für
407 Übergewicht, s. Tabelle 1), gilt dies als gute Qualität, unabhängig von dem Wert des BMI-SDS
408 der letzten verfügbaren Dokumentation. Eine Zunahme des BMI-SDS jedwedem Ausmaß wird
409 als schlechte Qualität operationalisiert (Differenz < 0). Der angestrebte Anteil an
410 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 3 erreichen, sollte bei mindestens
411 70% liegen.

412 Die Angaben zu der Zielwerterreichung der Qualitätsziele 1-3 beruhen auf Expertenkonsens
413 unter Berücksichtigung von Ergebnissen von Evaluationsstudien zu Adipositas-Schulungen für
414 Kinder und Jugendliche [11],[8],[23],[22].

415 Die Qualitätsziele 4 bis 7 dienen der Umsetzung der Empfehlungen zu den Basismaßnahmen
 416 (1.5.1), zu Ernährung (1.5.2) sowie zu Bewegung (1.5.3) und werden jeweils auf alle
 417 Teilnehmerinnen und Teilnehmer angewendet. Wesentlicher Bestandteil der
 418 Basismaßnahmen des Adipositasmanagements bei Kindern und Jugendlichen sind
 419 Änderungen der Ernährung und Steigerung der Bewegung im Alltag.

420 Durch die Festlegung individueller Ziele und die regelmäßige Überprüfung dieser Ziele zur
 421 Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung sowie zur
 422 regelmäßigen Bewegung im Alltag werden Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei der Änderung
 423 zu einem adäquaten Ernährungsverhalten sowie bei der Umsetzung regelmäßiger Bewegung
 424 im Alltag unterstützt.

425 Die Qualitätsziele 4 „Individuelle Ziele zu regelmäßiger Bewegung im Alltag“ sowie 6
 426 „Individuelle Ziele zum Ernährungsverhalten“ sind als Prozessparameter zu verstehen, in
 427 denen gute Qualität über die Vereinbarung und Überprüfung von Zielen zu regelmäßiger
 428 Bewegung im Alltag bzw. zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der
 429 Ernährungsänderung definiert wird. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und
 430 Teilnehmern, die die Qualitätsziele 4 und 6 erreichen, sollte jeweils bei mindestens 90 %
 431 liegen.

432 Die Qualitätsziele 5 „Regelmäßige Bewegung im Alltag (entsprechend der individuell
 433 festgelegten Ziele)“ sowie 7 „Adäquates Ernährungsverhalten (entsprechend der individuell
 434 festgelegten Ziele)“ sind als patientenseitige Ergebnisparameter zu verstehen.

435 Im Qualitätsziel 5 wird als gute Qualität definiert, wenn im Dokumentationsfeld „Regelmäßige
 436 Bewegung im Alltag“ die Angabe „Ja“ gemacht wurde. Wurde die Angabe „Nein“ gemacht, gilt
 437 dies als schlechte Qualität. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die
 438 das Qualitätsziel 5 erreichen, sollte bei mindestens 60 liegen.

439 Im Qualitätsziel 7 wird als gute Qualität definiert, wenn im Dokumentationsfeld „Adäquat
 440 geändertes Ernährungsverhalten“ die Angabe „Ja“ gemacht wurde. Wurde die Angabe „Nein“
 441 gemacht, gilt dies als schlechte Qualität. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und
 442 Teilnehmern, die das Qualitätsziel 7 erreichen, sollte bei mindestens 60% liegen.

443 Das Qualitätsziel 8 zur Teilnahme an einer Schulung dient der Umsetzung der in Nummer 4.2
 444 formulierten Empfehlungen zur Teilnahme an einer Patientenschulung. Patientenschulungen
 445 stellen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche eine zentrale Maßnahme dar und sollen
 446 allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern angeboten werden. Bei der Berechnung des
 447 Qualitätsindikators werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Schulung
 448 wahrgenommen haben, als gute Qualität gewertet, unabhängig von einer dokumentierten
 449 Empfehlung. Diejenigen, die trotz einer dokumentierten Empfehlung keine Schulung
 450 wahrgenommen haben, werden als schlechte Qualität gewertet. War eine Schulung aktuell
 451 nicht möglich oder wurde diese bereits vor Einschreibung in das DMP wahrgenommen,
 452 werden diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer in dem Indikator nicht berücksichtigt. Der
 453 angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 8 erreichen,
 454 sollte bei mindestens 80 % liegen.

455

456 **Zu Nummer 3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f**
 457 **Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)**

458 **Zu Nummer 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

459 Die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen sind in § 3 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für
 460 alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

461 **Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

462 Die speziellen Teilnahmevoraussetzungen sind durch die diagnostischen Kriterien und
463 Vorgaben unter Nummer 1.2 geregelt.

464 Kommen die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt, die Patientin oder der
465 Patient und, ggf. die

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

466 zu dem Ergebnis, dass diese oder dieser von einer Teilnahme an dem Programm nicht länger
467 profitiert, so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die Krankenkasse.

GKV-SV, PatV Um denjenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die erst kurz vor der Vollendung des 18. Lebensjahres in dieses DMP eingeschrieben werden, die Möglichkeit zum Abschluss einer Adipositas-Schulung als wesentliche Maßnahme dieses DMP zu geben, kann im Einzelfall die Teilnahme über das 18. Lebensjahr hinaus gehen. Eine regelhafte Teilnahme nach dem vollendeten 18. Lebensjahr ist für dieses DMP nicht vorgesehen, da zum einen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr eine Teilnahme am DMP für Erwachsene vorgesehen ist und zum anderen die Schulungen in beiden DMP mit Altersgrenzen versehen sind. Die die Teilnahme am DMP für Kinder und Jugendliche ist jedoch längstens bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres möglich.	KBV [keine Aufnahme]
---	--------------------------------

468 Die spezifische Behandlung der Adipositas während der Schwangerschaft und der Stillzeit wird
469 nicht in diesem DMP fokussiert, da in diesen Situationen insbesondere hinsichtlich der
470 Gewichtsreduktion und der Ernährungsumstellung andere Empfehlungen bestehen. Daher
471 wird eine Einschreibung erst nach der Phase der Schwangerschaft bzw. Stillzeit empfohlen.

472 **Zu Nummer 4 Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2**
473 **Satz 2 Nummer 4 SGB V)**

474 **Zu Nummer 4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

475 Die Schulungen der Leistungserbringer sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle
476 strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

477 **Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten**

478 Gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2 SGB V hat der G-BA Anforderungen an Patientenschulungen zu
479 definieren. Die Patientenschulungen sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle
480 strukturierten Behandlungsprogramme geregelt. Entsprechend dienen Patientenschulungen
481 insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des
482 Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher
483 Therapiemaßnahmen und sind deshalb integraler Bestandteil der strukturierten
484 Behandlungsprogramme.

DKG, KBV, PatV Schulungen von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas	GKV-SV Längerfristig über mehrere Monate bis zu einem Jahr angelegte Schulungsangebote von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas
---	--

485 – und, wann immer möglich und sinnvoll, unter Einbezug der

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

486 – stellen die zentrale Maßnahme in diesem DMP dar (s. Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen) und
487 sollen demnach jedem Teilnehmenden und ggf. der

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

488 angeboten werden. In der deutschen Leitlinie wird betont, dass kombinierte interdisziplinäre

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

489 Programme, die Interventionen zu Bewegung und Ernährung

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

490 kombinieren, die beste Wirksamkeit haben. Insbesondere für Kinder wird zudem empfohlen,
491 die

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

492 mit einzubeziehen (vgl. Empfehlungen der AGA 2019 [9]).

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

493

DKG, GKV-SV, PatV können die Eltern oder ein Elternteil sein, aber auch andere Personen aus dem sozialen Umfeld des Kindes / Jugendlichen oder Betreuende sein.	KBV <i>[keine Aufnahme]</i>
---	---------------------------------------

494

DKG, KBV, PatV Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung existieren mehrere Schulungen, die die Anforderungen dieses DMP erfüllen. Die der Prüfung zugrundeliegenden konkreten Schulungen und deren Bewertung werden im Folgenden beschrieben:	GKV-SV Die positiven Effekte für auf diesen Grundlagen basierenden Schulungsangeboten konnten für mehrere Programme zum Teil in kontrollierten Studien nachgewiesen werden. Folgende, zum Zeitpunkt der Beschlussfassung in Deutschland regional oder überregional für
---	--

<p>Das „Trainermanual Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche“ der Konsensusgruppe Adipositas-schulung für Kinder und Jugendliche (KgAS) einschließlich des dort beschriebene Rahmenkonzepts für eine ambulante Gruppenschulung ist Basis vieler Schulungsangebote für Kinder und Jugendliche mit Adipositas oder Übergewicht in Deutschland. Das interdisziplinäre Gruppenschulungsprogramm dauert in der Regel ein Jahr und richtet sich an adipöse bzw. übergewichtige Kinder und Jugendliche ab dem 8. Lebensjahr und ihre [DKG, KBV: Betreuungspersonen PatV: Personensorgeberechtigte]. Es umfasst die Module ‚Medizin‘, ‚Ernährung‘, ‚Bewegung‘ und ‚Psychosoziales‘. Ziel ist die Reduktion des Übergewichts sowie ein ausgewogenes Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Die ambulante Gruppenschulung nach dem Programm der KgAS wurde in einer multizentrischen Studie evaluiert [11]. Es wurden 297 Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 16 Jahren eingeschlossen, die eine der folgenden Voraussetzungen erfüllten: extreme Adipositas (BMI oberhalb des 99,5. Perzentils), Adipositas (BMI oberhalb des 97. Perzentils) mit zusätzlichen Risikofaktoren oder Komorbiditäten oder Übergewicht (BMI oberhalb des 90. Perzentils) mit behandlungsbedürftiger Krankheit bzw. Krankheiten. Davon waren 13,2 % übergewichtig, 55,8 % adipös und 31,0 % extrem adipös. Als Outcomes wurden neben dem BMI der Blutdruck, Laborwerte zu Fett- und Glukosestoffwechsel sowie die Lebensqualität erhoben. Der BMI-SDS reduzierte sich nach Beendigung der Schulung signifikant von 2,32 auf 2,03 sowie langfristig (ein Jahr nach Ende der Schulung) auf 2,07. Die Hypertonie- und Dyslipidämieprävalenz und auch die</p>	<p>Kinder und Jugendliche unterschiedlicher Altersgruppen angebotene Programme erfüllen die Anforderungen dieses DMPs</p> <p>Das Freiburg Intervention Trial for Obese Children (FITOC) ist ein ambulantes interdisziplinäres Schulungsprogramm. Es kombiniert über einen Zeitraum von 8 Monaten ein Sport- mit einem Ernährungs- und Verhaltensprogramm unter Einbezug der Eltern. Das Programm richtet sich an Kinder im Alter von 8 bis 11 Jahren mit einem BMI oberhalb des 97. Perzentil. Ziel ist neben dem Gewichtsmanagement eine Verbesserung der körperlichen Fitness. In der Evaluationsstudie im Längsschnittdesign wurden Daten von 496 Kinder mit einer Interventionszeit von 8 Monaten erfasst und mit einer Kontrollgruppe von 35 Kindern verglichen [17]. Der BMI-SDS verringerte sich signifikant in der Interventionsgruppe von initial 2,08 auf 1,86 (Standardabweichung jeweils 0,51 und 0,59) nach durchschnittlich 8,5 Monaten (Standardabweichung 1,2 Monate). In der Kontrollgruppe veränderte sich der BMI-SDS von vor zu nach Beendigung der Schulung nicht. Des Weiteren konnte in der Interventionsgruppe eine signifikante Senkung des LDL-Cholesterins sowie eine signifikante Verbesserung des Fitness-Niveaus (Watt/kg Körpergewicht) erreicht werden. Die positiven Veränderungen waren noch 3,3 Jahre nach Beginn der Schulung zu verzeichnen [17],[16].</p> <p>Ein weiteres Schulungsprogramm ist das Programm „Obeldicks“. Bausteine dieser einjährigen ambulanten, strukturierten und interdisziplinären Gruppenschulung sind Bewegungs-, Ernährungs- und Verhaltensmodule einschließlich einer individuellen Betreuung von Kind und Familie. Ziel ist u.a. eine Verringerung des Übergewichts und eine langfristige dauerhafte Umstellung der Verhaltensweisen, die zu Übergewicht</p>
---	---

Lebensqualität verbesserten sich ebenfalls sowohl zum Ende der Schulung als auch zum 1-Jahres-Follow-up signifikant [11].

Es liegen zudem weitere Evaluationen von Programmen vor, die nach KgAS schulen:

In einer Evaluationsstudie des KgAS-Zentrum an der Deutschen Sporthochschule Köln zum ambulanten interdisziplinären Programm CHILT (Children's Health Interventional Trial) wurden insgesamt 16 Kohorten mit Teilnehmenden im Alter von 8 bis 31 Jahre in einer per-protocol (PP) Analyse betrachtet [20]. CHILT richtet sich an Kinder und Jugendliche mit Adipositas unter Beteiligung des familiären Umfelds bzw. der **[DKG, KBV: Betreuungspersonen PatV: Personensorgeberechtigte]**. Es können auch übergewichtige Kinder oder Jugendliche teilnehmen, wenn sie Adipositas-assoziierte Risikofaktoren oder Krankheiten aufweisen. Insgesamt 88,8% der Teilnehmenden waren adipös. Die meisten Teilnehmenden waren im Alter von 12 bis 15 Jahre (61,8%) oder unter 12 Jahre alt (31,8%). Der BMI-SDS reduzierte sich um 0,19 (Spannweite -1,33 bis 0,55) bei einem initialen durchschnittlichen Wert von 2,46 (Standardabweichung 0,5). Die Reduktion des BMI-SDS war mit einer Verbesserung von Komorbiditäten wie Hypertonie und Dyslipidämie assoziiert.

In einer Evaluationsstudie des KgAS-Zentrum KLAKS e.V. zum ambulanten interdisziplinären Programm KLAKS (Konzept Leipzig bewegungsaktive Adipositas-schulung für Kinder im Schulalter), welches ebenfalls die **[DKG, KBV: Betreuungspersonen PatV: Personensorgeberechtigte]** mit einbezieht, wurden 142 Kinder und Jugendliche mit Adipositas (BMI oberhalb des 97. Perzentil) oder Übergewicht (BMI oberhalb des 90. Perzentil) und assoziierter Komorbiditäten im Alter von 7 bis 18 Jahren eingeschlossen [4]. Das Durchschnittsalter betrug 12,2 Jahre. Die meisten Kinder und Jugendlichen

führen wie kalorienreiche Ernährung und mangelnde Bewegung. Die Wirksamkeit des Programms „Obeldicks“ wurde in mehreren Studien untersucht [22],[24]. Es liegt eine Evaluation des Schulungsprogramms einer multizentrischen, kontrollierten Studie vor [24]. Die Interventionsgruppe umfasste 288 Teilnehmende von 10 bis 16 Jahren (im Mittel 12,5 Jahre) mit Adipositas. Die Kontrollgruppe umfasste 186 Teilnehmende (im Mittel 12,8 Jahre) mit Adipositas. In der Interventionsgruppe zeigte sich ein signifikanter Gewichtsreduzierung am Ende des Programms. Der BMI-SDS reduzierte sich von durchschnittlich 2,48 auf 2,26 (Standardabweichung jeweils 0,39 und 0,54). In der Kontrollgruppe kam es im Durchschnitt hingegen zu einer relativen Gewichtszunahme. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe konnte bei den Teilnehmenden von „Obeldicks“ eine signifikante Senkung des Blutdrucks, der Triglyceride, des LDL-Cholesterins, der Insulinresistenz am Ende der Schulung erreicht werden. Eine weitere kontrollierte Studie [21] an 240 Kindern mit Adipositas (BMI oberhalb des 97. Perzentils) zeigte, dass die signifikante Reduktion des BMI-SDS durch „Obeldicks“ ein Jahr nach Schulungsende weiterhin nachzuweisen ist.

Auch in Beobachtungsstudien mit zum Teil längerfristigen Nachbeobachtungszeiten konnten die positiven Effekte für multimodale Gruppenschulungsangebote bestätigt werden.

In einer Evaluationsstudie an der Deutschen Sporthochschule Köln zum ambulanten interdisziplinären Programm CHILT (Children's Health Interventional Trial) wurden insgesamt 16 Kohorten mit Teilnehmenden im Alter von 8 bis 31 Jahre in einer per-protocol (PP) Analyse betrachtet [20]. CHILT richtet sich an Kinder und Jugendliche mit Adipositas unter Beteiligung des familiären Umfelds. Es können auch übergewichtige Kinder oder Jugendliche teilnehmen, wenn sie Adipositas-assoziierte

<p>waren adipös (n=115). Der durchschnittliche BMI-SDS war initial 2,33 (Standardabweichung 0,4). Die Reduktion des BMI-SDS betrug im Schnitt 0,11 (intention-to-treat (ITT) Analyse, Spannweite von -0,16 bis -0,07) und war signifikant. Insgesamt 26% der Teilnehmenden erreichten in der ITT-Analyse eine relevante Verminderung des BMI-SDS von mindestens 0,2.</p>	<p>Risikofaktoren oder Krankheiten aufweisen. Insgesamt 88,8% der Teilnehmenden waren adipös. Die meisten Teilnehmenden waren im Alter von 12 bis 15 Jahre (61,8%) oder unter 12 Jahre alt (31,8%). Der BMI-SDS reduzierte sich um 0,19 (Spannweite -1,33 bis 0,55) bei einem initialen durchschnittlichen Wert von 2,46 (Standardabweichung 0,5). Die Reduktion des BMI-SDS war mit einer Verbesserung von Komorbiditäten wie Hypertonie und Dyslipidämie assoziiert.</p>
<p>Das ambulante interdisziplinäre Schulungsprogramm Kindergewicht intensiv Coaching im Krankenhaus (KiCK) nach KgAS für Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 17 Jahren hat das Ziel, u.a. langfristig das Gewicht zu reduzieren und zu stabilisieren und das Ess- und Bewegungsverhalten der Kinder unter Einbezug der [DKG, KBV: Betreuungspersonen PatV: Personensorgeberechtigte]. verbessern. In einer retrospektiven Längsschnittstudie [8] wurden die Daten von 373 Teilnehmenden untersucht, die das Programm in den Jahren 2006 bis 2015 vollständig beendet haben. Eingeschlossen wurden übergewichtige oder adipöse Kinder bzw. Jugendliche im Alter von 8 bis 17 Jahren. Das mittlere Alter betrug 11,9 Jahre (Standardabweichung 2,3 Jahre) und der mittlere BMI-SDS 2,4 (Standardabweichung 0,4). Am Ende des Programms reduzierte sich der BMI-SDS signifikant um durchschnittlich 0,78 (Standardabweichung 0,41). 41,8% der Teilnehmenden erreichten eine Reduktion des BMI-SDS von mindestens 0,20.</p>	<p>In einer Evaluationsstudie zum ambulanten interdisziplinären Programm KLAKS (Konzept Leipzig bewegungsaktive Adipositaschulung für Kinder im Schulalter) wurden 142 Kinder und Jugendliche mit Adipositas (BMI oberhalb des 97. Perzentil) oder Übergewicht (BMI oberhalb des 90. Perzentil) und assoziierter Komorbiditäten im Alter von 7 bis 18 Jahren eingeschlossen [4]. Das Durchschnittsalter betrug 12,2 Jahre. Die meisten Kinder und Jugendlichen waren adipös (n=115). Der durchschnittliche BMI-SDS war initial 2,33 (Standardabweichung 0,4). Die Reduktion des BMI-SDS betrug im Schnitt 0,11 (intention-to-treat (ITT) Analyse, Spannweite von -0,16 bis -0,07) und war signifikant. Insgesamt 26% der Teilnehmenden erreichten in der ITT-Analyse eine relevante Verminderung des BMI-SDS von mindestens 0,2.</p>
<p>Schulungsprogramme, die nach KgAS schulen, sind somit für Kinder mit einem BMI oberhalb des 97. BMI-Perzentil geeignet. Diese Schulungsprogramme sind sowohl für Kinder und Jugendliche ohne weitere Adipositas-assoziierten Risikofaktoren oder Folgeerkrankungen als auch mit zusätzlichen Adipositas-assoziierten Risikofaktoren oder Folgeerkrankungen geeignet.</p>	<p>Das ambulante interdisziplinäre Schulungsprogramm Kindergewicht intensiv Coaching im Krankenhaus (KiCK) für Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 17 Jahren hat das Ziel, u.a. langfristig das Gewicht zu reduzieren und zu stabilisieren und das Ess- und Bewegungsverhalten der Kinder und ihrer Familien zu verbessern. In einer retrospektiven Längsschnittstudie [8] wurden die Daten von 373 Teilnehmenden untersucht, die das Programm in den Jahren 2006 bis 2015 vollständig beendet haben. Eingeschlossen wurden übergewichtige oder adipöse Kinder bzw. Jugendliche im Alter</p>
<p>In seiner Prüfung auf Eignung des Schulungskonzepts sowie der</p>	

Evaluationsstudien kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass alle Schulungsprogramme, die nach KgAS schulen, einschließlich der Programme CHILT, KLAKS und KiCK, für die Integration in das DMP geeignet sind und somit allen Patientinnen und Patienten angeboten werden können, die die Einschlusskriterien gemäß 1.2 erfüllen. Weitere Schulungsprogramme, die in Zukunft nach KgAS schulen werden, sind für die Integration in das DMP ebenfalls geeignet.

Ferner lag dem G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung mit dem Freiburg Intervention Trial for Obese Children (FITOC) ein weiteres, ambulantes interdisziplinäres Schulungsprogramm vor. Es kombiniert über einen Zeitraum von 8 Monaten ein Sport- mit einem Ernährungs- und Verhaltensprogramm unter Einbezug der Eltern bzw. **[DKG, KBV: Betreuungspersonen PatV: Personensorgeberechtigte]**. Das Programm richtet sich an Kinder im Alter von 8 bis 11 Jahren mit einem BMI oberhalb des 97. Perzentil. Ziel ist neben dem Gewichtsmanagement eine Verbesserung der körperlichen Fitness. In der Evaluationsstudie im Längsschnittdesign wurden Daten von 496 Kinder mit einer Interventionszeit von 8 Monaten erfasst und mit einer Kontrollgruppe von 35 Kindern verglichen [17]. Der BMI-SDS verringerte sich signifikant in der Interventionsgruppe von initial 2,08 auf 1,86 (Standardabweichung jeweils 0,51 und 0,59) nach durchschnittlich 8,5 Monaten (Standardabweichung 1,2 Monate). In der Kontrollgruppe veränderte sich der BMI-SDS von vor zu nach Beendigung der Schulung nicht. Des Weiteren konnte in der Interventionsgruppe eine signifikante Senkung des LDL-Cholesterins sowie eine signifikante Verbesserung des Fitness-Niveaus (Watt/kg Körpergewicht) erreicht werden. Die positiven Veränderungen

von 8 bis 17 Jahren. Das mittlere Alter betrug 11,9 Jahre (Standardabweichung 2,3 Jahre) und der mittlere BMI-SDS 2,4 (Standardabweichung 0,4). Am Ende des Programms reduzierte sich der BMI-SDS signifikant um durchschnittlich 0,78 (Standardabweichung 0,41). 41,8% der Teilnehmenden erreichten eine Reduktion des BMI-SDS von mindestens 0,20.

Die Anbieter von CHILT, KLAKS und KiCK geben an, nach dem KgAS- Programm-Handbuch zu arbeiten.

Über die genannten hinaus gibt es zahlreiche Schulungsangebote, die auf dem Rahmenkonzept der „Konsensusgruppe Adipositaschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS) und dem später auf diese Basis entwickelten KgAS-Programm Handbuch basieren: Die Arbeitsgruppe aus Vertretern diverser Ministerien und Fachgesellschaften hatte im Jahr 2004 unter Leitung des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung und in Zusammenarbeit mit der BzGA ein „Konsensuspapier

Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“ entwickelt. Dieses Papier definiert zunächst die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität sowie die Dokumentation, die die Schulungsprogramme grundsätzlich erfüllen sollen. Das Konsensuspapier wurde ergänzt durch ein Trainermanual („Leichter, aktiver, gesünder“). Auf dieser Basis wurde im Jahr 2009 in Form eines Programm-Handbuches ein Schulungsprogramm für den ambulanten Einsatz weiterentwickelt und konkretisiert.

Die mindestens einjährige ambulante Gruppenschulung nach dem Programm der KgAS wurde in einer multizentrischen Studie an 14 Standorten evaluiert [11]. Es wurden 297 Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 16 Jahren eingeschlossen, die eine der

waren noch 3,3 Jahre nach Beginn der Schulung zu verzeichnen [17],[16].

Ein weiteres Schulungsprogramm ist das Programm „Obeldicks“. Bausteine dieser einjährigen ambulanten, strukturierten und interdisziplinären Gruppenschulung sind Bewegungs-, Ernährungs- und Verhaltensmodule einschließlich einer individuellen Betreuung von Kind und Familie oder **[DKG, KBV: Betreuungspersonen PatV: Personensorgeberechtigte]**. Ziel ist u.a. eine Verringerung des Übergewichts und eine langfristige dauerhafte Umstellung der Verhaltensweisen, die zu Übergewicht führen wie kalorienreiche Ernährung und mangelnde Bewegung. Die Wirksamkeit des Programms „Obeldicks“ wurde in mehreren Studien untersucht. In einer Längsschnittstudie [22] mit 132 Teilnehmenden im Alter von 6 bis 15 Jahren (im Mittel 10,7 Jahre), die einen BMI oberhalb des 97. Perzentils hatten, zeigte sich eine mittlere Reduktion des BMI-SDS von 0,43 (Spannweite -2,28 bis 0,53) bei einem initialen durchschnittlichen BMI-SDS von 2,50 (Standardabweichung 0,43). In der ITT-Analyse reduzierten 71% der Kinder ihr relatives Übergewicht um mehr als 5%, 55% der Kinder um mehr als 10%. Der Anteil von Kindern mit Hypertonie, Insulinresistenz und Dyslipidämie wurde signifikant vermindert. Es konnten ferner ein verbessertes Gesundheitsverhalten und Selbst- und Kompetenzeinschätzung erreicht werden. Der BMI-SDS-Verlauf über 2 Jahre konnte bei 60 Kindern erhoben werden und blieb im Vergleich zu deren initialem BMI-SDS weiterhin signifikant reduziert (durchschnittlich -0,35 +/-0,57). Ferner wurde das Schulungsprogramm „Obeldicks“ in einer multizentrischen, kontrollierten Studie evaluiert [24]. Die Interventionsgruppe umfasste 288 Teilnehmende von 10 bis 16 Jahren (im Mittel 12,5 Jahre) mit Adipositas. Die Kontrollgruppe umfasste 186 Teilnehmende

folgenden Voraussetzungen erfüllten: extreme Adipositas (BMI oberhalb des 99,5. Perzentils), Adipositas (BMI oberhalb des 97. Perzentils) mit zusätzlichen Risikofaktoren oder Komorbiditäten oder Übergewicht (BMI oberhalb des 90. Perzentils) mit behandlungsbedürftiger Krankheit bzw. Krankheiten. Davon waren 13,2 % übergewichtig, 55,8 % adipös und 31,0 % extrem adipös. Als Outcomes wurden neben dem BMI der Blutdruck, Laborwerte zu Fett- und Glukosestoffwechsel sowie die Lebensqualität erhoben. Der BMI-SDS reduzierte sich nach Beendigung der Schulung signifikant von 2,32 auf 2,03 sowie langfristig (ein Jahr nach Ende der Schulung) auf 2,07. Die Hypertonie- und Dyslipidämieprävalenz und auch die Lebensqualität verbesserten sich ebenfalls sowohl zum Ende der Schulung als auch zum 1-Jahres-Follow-up signifikant [11].

Schulungen, die ihre Wirksamkeit nicht im Rahmen einer eigenständigen Evaluation nachgewiesen haben und sich auf das KgAS-Programm-Handbuch stützen, müssen die vorgegebenen strukturellen, prozessualen und evaluatorischen Anforderungen von KgAS erfüllen. Dies umfasst u.a. die Vorgaben zur Gruppengröße und -struktur, räumliche Anforderungen, Schulungsmaterial, personelle Anforderungen (beteiligte Fachgruppen und Qualifikation der Trainer), Dokumentation, Dauer, Aufbau und inhaltliche Ausgestaltung.

(im Mittel 12,8 Jahre) mit Adipositas. In der Interventionsgruppe zeigte sich ein signifikanter Gewichtsreduzierung am Ende des Programms. Der BMI-SDS reduzierte sich von durchschnittlich 2,48 auf 2,26 (Standardabweichung jeweils 0,39 und 0,54). In der Kontrollgruppe kam es im Durchschnitt hingegen zu einer relativen Gewichtszunahme. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe konnte bei den Teilnehmenden von „Obeldicks“ eine signifikante Senkung des Blutdrucks, der Triglyceride, des LDL-Cholesterins, der Insulinresistenz am Ende der Schulung erreicht werden. Eine weitere kontrollierte Studie [21] an 240 Kindern mit Adipositas (BMI oberhalb des 97. Perzentils) zeigte, dass die signifikante Reduktion des BMI-SDS durch „Obeldicks“ ein Jahr nach Schulungsende weiterhin nachzuweisen ist.

Die Schulungen „Obeldicks“ und FITOC sind damit für Kinder mit einem BMI oberhalb des 97. BMI-Perzentil geeignet. Die Programme sind sowohl für Kinder und Jugendliche mit als auch ohne bestehende Adipositas-assoziierten Risikofaktoren oder Folgeerkrankungen geeignet.

In seiner Prüfung kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass zum Zeitpunkt der Beschlussfassung neben den Schulungsprogrammen, die nach KgAS schulen, einschließlich der Programme CHILT, KLAKS und KiCK, auch die Programme FITOC und „Obeldicks“ für die Integration in das DMP geeignet sind.]

495 **Zu Nummer 5 Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen**
 496 **(Evaluation)**

497 Gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V hat der G-BA Anforderungen an die Evaluation
 498 von DMP festzulegen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe hat der G-BA am 19. Juni 2014 in § 6
 499 DMP-A-RL eine Regelung getroffen, nach der die Evaluation auf folgende Bestandteile
 500 aufbaut:

- 501
 502 - eine regelmäßige Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung
 503 innerhalb eines Programms für eine bestimmte Erkrankung,

- 504 - ein Vergleich der Versorgung für eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines
505 Programms mit der Versorgung außerhalb des Programms.
506

507 Der Beschluss vom 19. Juni 2014 und auch der vorliegende Beschluss zur Änderung der DMP-
508 A-RL enthalten nur Regelungen zum ersten Bestandteil. Zum zweiten Bestandteil wurde die
509 fehlende Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung von medizinischen und persönlichen
510 Daten für nicht am DMP teilnehmende Versicherte thematisiert. Mit Schreiben vom 10.
511 Oktober 2014 wandte sich die Vorsitzende des Unterausschusses an die Bundesbeauftragte
512 für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Die BfDI antwortete am 20.
513 November 2014, dass sie den gesetzlichen Regelungen keine Hinweise entnehmen könne,
514 dass Daten von Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, für eine vergleichende
515 Evaluation verwendet werden dürfen. Vor dem Hintergrund der im Schreiben der BfDI vom
516 20. November 2014 geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken beriet der GBA die
517 Streichung von § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL, welcher die vergleichende DMP-Evaluation
518 verankert. Im Ergebnis wurde die Regelung in § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL belassen, weil
519 die gesetzlich geforderte Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen
520 nach Auffassung des G-BA auch der vergleichenden Evaluation bedarf. Darauf wurde von
521 wissenschaftlicher Seite, insbesondere auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der
522 Entwicklung im Gesundheitswesen, hingewiesen.

523 Die medizinischen Evaluationsparameter a) bis d) wurden unter Berücksichtigung der Ziele des
524 strukturierten Behandlungsprogrammes und der aktuellen wissenschaftlichen Literatur im
525 Expertenkonsens festgelegt. Die Datengrundlage zu den Buchstaben a) bis d) sind die DMP-
526 Dokumentationsdaten.

527 Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten:

528 Zu Buchstabe a) Es soll eine Darstellung der Gewichtsentwicklung (BMI-SDS) über alle
529 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgen. Des Weiteren soll der Anteil der Teilnehmerinnen
530 und Teilnehmer dargestellt werden, die ihr Gewicht um mindestens 0,20 BMI-SDS reduziert
531 haben. Zusätzlich soll eine Darstellung des Anteils an Teilnehmerinnen und Teilnehmern
532 entsprechend der BMI-SDS-Kategorien < -1,28 (Untergewicht, < 10. Perzentil), -1,28 bis 1,28
533 (Normalgewicht, 10. – 90. Perzentil), >1,28 bis 1,88 (Übergewicht, >90. Bis 97. Perzentil), >1,88
534 bis 2,58 (Adipositas, >97. bis 99,5. Perzentil), >2,58 (extreme Adipositas, >99,5. Perzentil).

535 Mit dem vorliegenden Beschluss zur DMP-A-RL wurden erstmalig Evaluationsparameter für
536 ein DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche festgelegt. Die für die Auswertungen
537 erforderlichen Dokumentationsparameter können jedoch erst mit Umsetzung der DMP-
538 Verträge erhoben werden. Um einen ausreichend langen Auswertungszeitraum
539 sicherzustellen, innerhalb dessen aussagefähige Ergebnisse generiert werden können, sieht
540 der G-BA die Notwendigkeit, von den bestehenden Regelungen des § 6 Absatz 3 Nummer 2
541 DMP-A-RL abzuweichen. Die Möglichkeit von abweichenden Regelungen zum Evaluations-
542 und Bewertungszeitraum bei chronischen Erkrankungen, für die der G-BA erstmalig Richtlinien
543 zu den Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme
544 erlässt, wurde bereits in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vom 19. Juni 2014
545 dargestellt.

546 Daher legt der G-BA für den erstmalig zu erstellenden Bericht einen Evaluationszeitraum von
547 48 Monaten fest. Dieser beginnt mit dem 1. Tag des Quartals, welches auf die früheste
548 Zulassung eines DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche folgt. Für anschließend zu
549 erstellende Folgeberichte gelten die Bestimmungen des § 6 Absatz 3 Nummer 2 DMP-A-RL.
550 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2, das heißt der Vergleich der
551 Versicherten, die an einem DMP teilnehmen, mit Versicherten, die nicht an einem DMP

552 teilnehmen, kann derzeit aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage zur Verwendung der Daten
 553 der nicht am DMP teilnehmenden Versicherten nicht durchgeführt werden. Folglich wurden
 554 keine Parameter für die vergleichende Evaluation definiert.

555

556 **Zu Anlage 26 (Adipositas Kinder und Jugendliche – Dokumentation)**

557 Die Dokumentationsparameter dienen der Umsetzung der unter Nummer 2 formulierten
 558 Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten
 559 Anforderungen an die Evaluation.

560

561 Zum Dokumentationsfeld 1:

562 Der BMI-SDS wird wie folgt berechnet:

$$563 \quad \text{BMI-SDS} = \frac{(\text{BMI} / \text{M}(t))^{L(t)} - 1}{L(t) * S(t)}$$

564 BMI = individueller BMI-Wert des Kindes, berechnet nach der Formel: BMI = Körpergewicht
 565 (kg) geteilt durch (Körpergröße (m) zum Quadrat); entsprechend kg/m².

566 M(t), L(t) und S(t) sind die entsprechend einzusetzenden Parameter für das individuelle Alter
 567 (t) des eingeschriebenen Kindes. Das Alter des Kindes berechnet sich aus der Datumsangabe
 568 des Dokumentationsdatums und der Datumsangabe aus Feld 3 der Anlage 2 dieser Richtlinie.

569 In den folgenden beiden Tabellen sind die L-, S- und M-Werte in halbjährigen Altersstufen,
 570 jeweils für Mädchen und für Jungen, abgebildet. Beispiel: Ein Kind mit einem Alter von 9
 571 Jahren und 8 Monaten wird in die Altersstufe 9,5 eingeordnet. Je nach Geschlecht des
 572 eingeschriebenen Kindes muss die Formel auf die Werte in Tabelle 2 (bei Geschlecht:
 573 männlich) oder Tabelle 3 (bei Geschlecht: weiblich) zugreifen.

574 Das PVS-System muss den BMI-SDS entsprechend der Formel berechnen und den errechneten
 575 Wert in das Dokumentationsfeld 1 „BMI-SDS“ übertragen.

576

Alter in Jahren	L	S	M
0,0	1,306	0,101	12,676
0,5	-0,667	0,084	16,699
1,0	-1,051	0,081	16,791
1,5	-1,276	0,081	16,440
2,0	-1,453	0,082	16,079
2,5	-1,577	0,083	15,799
3,0	-1,672	0,085	15,619
3,5	-1,746	0,087	15,512
4,0	-1,804	0,088	15,451
4,5	-1,848	0,090	15,416
5,0	-1,881	0,093	15,398
5,5	-1,904	0,096	15,404
6,0	-1,918	0,099	15,447
6,5	-1,924	0,102	15,534
7,0	-1,923	0,106	15,661
7,5	-1,917	0,110	15,822
8,0	-1,906	0,114	16,006

8,5	-1,891	0,118	16,209
9,0	-1,872	0,123	16,423
9,5	-1,850	0,126	16,650
10,0	-1,827	0,130	16,891
10,5	-1,801	0,133	17,145
11,0	-1,774	0,136	17,413
11,5	-1,747	0,137	17,697
12,0	-1,719	0,139	17,993
12,5	-1,691	0,139	18,300
13,0	-1,663	0,139	18,616
13,5	-1,635	0,139	18,937
14,0	-1,606	0,138	19,258
14,5	-1,578	0,137	19,575
15,0	-1,550	0,136	19,886
15,5	-1,522	0,134	20,189
16,0	-1,495	0,133	20,483
16,5	-1,467	0,131	20,767
17,0	-1,440	0,130	21,042
17,5	-1,492	0,128	21,375
18,0	-1,458	0,128	21,642
18,5	-1,425	0,128	21,897
19	-1,393	0,128	21,143
19,5	-1,361	0,128	22,382
20	-1,331	0,128	22,615
20,5	-1,301	0,129	22,840
21	-1,272	0,129	23,057

577 Tabelle 2: L-, S- und M-Werte von Jungen für den BMI-SDS in halbjährigen Altersstufen im Alter von 0
578 bis 21 Jahren gemäß [19],[18]

579

Alter in Jahren	L	S	M
0,0	1,339	0,097	12,583
0,5	-0,032	0,082	16,160
1,0	-0,443	0,081	16,399
1,5	-0,709	0,084	16,192
2,0	-0,915	0,087	15,935
2,5	-1,071	0,090	15,714
3,0	-1,194	0,091	15,543
3,5	-1,295	0,093	15,416
4,0	-1,382	0,096	15,335
4,5	-1,457	0,098	15,305
5,0	-1,524	0,101	15,319
5,5	-1,579	0,104	15,347
6,0	-1,620	0,108	15,394
6,5	-1,646	0,111	15,481
7,0	-1,658	0,115	15,622
7,5	-1,654	0,119	15,811
8,0	-1,638	0,124	16,029
8,5	-1,612	0,128	16,255

9,0	-1,580	0,131	16,478
9,5	-1,543	0,135	16,702
10,0	-1,505	0,138	16,939
10,5	-1,466	0,140	17,201
11,0	-1,428	0,142	17,498
11,5	-1,391	0,143	17,829
12,0	-1,358	0,144	18,186
12,5	-1,327	0,143	18,560
13,0	-1,299	0,143	18,935
13,5	-1,273	0,141	19,300
14,0	-1,249	0,140	19,641
14,5	-1,225	0,138	19,949
15,0	-1,221	0,136	20,221
15,5	-1,257	0,134	20,490
16,0	-1,300	0,132	20,759
16,5	-1,344	0,130	21,027
17,0	-1,387	0,131	21,296
17,5	-1,431	0,132	21,544
18,0	-1,487	0,133	21,686
18,5	-1,517	0,134	21,817
19	-1,548	0,135	21,948
19,5	-1,577	0,136	22,068
20	-1,606	0,137	22,187
20,5	-1,632	0,137	22,291
21	-1,658	0,138	22,394

580 Tabelle 3: L-, S- und M-Werte von Mädchen für den BMI-SDS in halbjährigen Altersstufen im Alter von
581 0 bis 21 Jahren gemäß [19],[18]

582

583 Abhängig von dem numerischen Wert des BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation wird
584 gemäß Tabelle 4 folgende Angabe zur Anzeige gebracht (kategoriale Einordnung):

BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation	Anzuzeigender Text
< -1,28	Untergewicht
-1,28 bis 1,28	Normalgewicht
>1,28 bis 1,88	Übergewicht
> 1,88 bis 2,58	Adipositas
> 2,58	Extreme Adipositas

585 Tabelle 4: Anzuzeigender Text in Abhängigkeit des numerischen Wertes des BMI-SDS in der aktuellen
586 Dokumentation

587 Es wird zudem automatisch die Differenz zwischen dem BMI-SDS in der aktuellen
588 Dokumentation und dem BMI-SDS in der letzten vorhandenen Dokumentation berechnet und

589 dem Anwender angezeigt. Abhängig von dem numerischen Wert der Differenz wird dem
 590 Anwender gemäß Tabelle 5 zusätzlich folgende Angabe angezeigt:

Differenz des BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation im Vergleich zur letzten verfügbaren Dokumentation (BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation minus BMI-SDS in der letzten verfügbaren Dokumentation)	Anzuzeigender Text
> 0	Gewichtszunahme
0 bis -0,20	Gewichtsstabilisierung
-0,20 bis -0,50	Klinische relevante Gewichtsabnahme, guter Erfolg
< -0,50	Klinisch relevante Gewichtsabnahme, sehr guter Erfolg

591 Tabelle 5: Anzuzeigender Text in Abhängigkeit des numerischen Wertes der Differenz des BMI-SDS in
 592 der aktuellen Dokumentation im Vergleich zur letzten verfügbaren Dokumentation.

593 Es wird zudem automatisch die Differenz zwischen dem BMI-SDS in der aktuellen
 594 Dokumentation und dem BMI-SDS in der Erstdokumentation berechnet und dem Anwender
 595 angezeigt. Abhängig von dem numerischen Wert der Differenz wird dem Anwender gemäß
 596 Tabelle 6 zusätzlich folgende Angabe angezeigt:

Differenz des BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation im Vergleich zur Erstdokumentation (BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation minus BMI-SDS in der Erstdokumentation)	Anzuzeigender Text
> 0	Gewichtszunahme
0 bis -0,20	Gewichtsstabilisierung
-0,20 bis -0,50	Klinische relevante Gewichtsabnahme, guter Erfolg
< -0,50	Klinisch relevante Gewichtsabnahme, sehr guter Erfolg

597 Tabelle 6: Anzuzeigender Text in Abhängigkeit des numerischen Wertes der Differenz des BMI-SDS in
 598 der aktuellen Dokumentation im Vergleich zur Erstdokumentation.

599

600 Zum Dokumentationsfeld 9:

601 Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt soll regelmäßig überprüfen, ob die
 602 Patientin oder der Patient weiterhin von einer Teilnahme am DMP in Bezug auf die
 603 vereinbarten Therapieziele profitieren kann.

604 Kommen Ärztin oder Arzt und die Patientin oder der Patient bzw. die

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, KBV Betreuungspersonen	GKV-SV Personensorgeberechtigten

605 zur Auffassung, dass eine weitere Teilnahme am DMP nicht sinnvoll ist, wird dies über den
 606 Dokumentationsparameter (Nr. 9) dokumentiert. Die DMP-Teilnahme endet mit dem Datum

607 dieser Dokumentation. Von der Krankenkasse wird auf dieser Basis die Ausschreibung aus dem
 608 DMP vorgenommen. Eine erneute Teilnahme ist bei Vorliegen der Einschlusskriterien nicht
 609 ausgeschlossen.

610 **3. Bürokratiekostenermittlung**

611 Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für
 612 Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren jährliche
 613 Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro.
 614 Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1.**

615 **4. Verfahrensablauf**

616 Am T. Monat JJJJ begann die Arbeitsgruppe DMP Adipositas mit der Beratung zur Erstellung
 617 des Beschlusentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlusentwurf erarbeitet und im
 618 Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende Tabelle).

619 *[Tabelle ist optional]*

620

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand

621

622 **Stellungnahmeverfahren**

623 *[wird durch G-BA-GS ergänzt]*

624

625 **5. Fazit**

626 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am xx. xx 20XX beschlossen, die DMP-
 627 A-RL zu ändern.

628 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit/nicht mit.

629

630 **6. Literaturverzeichnis**

631 *[Hinweis: Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung
 632 automatisch an das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher erfolgt die manuelle
 633 Verschiebung des Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und 7.
 634 Zusammenfassende Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr.]*

635

636 **7. Zusammenfassende Dokumentation**

637 Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

638 Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

639 Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf
640 zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe

641 Anlage 4: Stellungnahmen

642 Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes
643 Wortprotokoll der Anhörung

644

645 Berlin, den T. Monat JJJJ

646 Gemeinsamer Bundesausschuss

647 gemäß § 91 SGB V

648 Der Vorsitzende

649 Prof. Hecken

650

651

652 1. **American Diabetes Association (ADA)**. Standards of medical care in diabetes - 2020.
653 Diabetes Care 2020;43(Suppl 1):S1-S212.

654 2. **American Diabetes Association Professional Practice C, Draznin B, Aroda VR, Bakris**
655 **G, Benson G, Brown FM, et al.** 14. Children and Adolescents: Standards of Medical
656 Care in Diabetes-2022. Diabetes Care 2022;45(Suppl 1):S208-S231.

657 3. **American Psychological Association (APA)**. Clinical practice guideline for
658 multicomponent behavioral treatment of obesity and overweight in children and
659 adolescents: current state of the evidence and research needs [online]. Washington
660 (USA): APA; 2018. [Zugriff: 06.09.2022]. URL: [https://www.apa.org/obesity-](https://www.apa.org/obesity-guideline/clinical-practice-guideline.pdf)
661 [guideline/clinical-practice-guideline.pdf](https://www.apa.org/obesity-guideline/clinical-practice-guideline.pdf).

662 4. **Blüher S, Petroff D, Wagner A, Warich K, Gausche R, Klemm T, et al.** The one year
663 exercise and lifestyle intervention program KLAKS: effects on anthropometric
664 parameters, cardiometabolic risk factors and glycemic control in childhood obesity.
665 Metabolism 2014;63(3):422-430.

666 5. **Burki T.** European Commission classifies obesity as a chronic disease. Lancet Diabetes
667 Endocrinol 2021;9(7):418.

668 6. **Cleland V, Tian J, Buscot MJ, Magnussen CG, Bazzano L, Burns TL, et al.** Body-mass
669 index trajectories from childhood to mid-adulthood and their sociodemographic
670 predictors: Evidence from the International Childhood Cardiovascular Cohort (i3C)
671 Consortium. EClinicalMedicine 2022;48:101440.

672 7. **Cole TJ.** The LMS method for constructing normalized growth standards. Eur J Clin
673 Nutr 1990;44(1):45-60.

- 674 8. **Danne T, Guntermann K, Galuschka L, Bokelmann A, Ziegler C, Sadeghian E, et al.**
675 Erfolgreiche Teilnahme an einem interdisziplinären Interventionsprogramm für
676 übergewichtige Kinder. *Kinder- und Jugendmedizin* 2018;17(6):403-408.
- 677 9. **Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und
678 Jugendmedizin (DGKM).** Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und
679 Jugendalter; S3-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 050-002.
680 Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
681 Fachgesellschaften (AWMF); 2019. [Zugriff: 06.09.2022]. URL:
682 [https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-002l_S3_Therapie-Praevention-
683 Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-002l_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf).
- 684 10. **Deutsche Adipositas-Gesellschaft DGfK-uJ.** Therapie und Prävention der Adipositas
685 im Kindes- und Jugendalter; S3 Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-
686 Registernummer 050-002. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
687 Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2019. [Zugriff: 01.12.2021]. URL:
688 [https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-002l_S3_Therapie-Praevention-
689 Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-002l_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf).
- 690 11. **Gellhaus I, van Egmond-Fröhlich A, Tiedjen U, Koch B, Torbahn G, Flothkötter M, et
691 al.** Gewicht, Gesundheit, Lebensqualität: Ergebnisse der KgAS-Adipositasschulung bei
692 Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen,
693 Therapie* 2016;10(1):4-10.
- 694 12. **Gesellschaft für Transitionsmedizin.** Transition von der Pädiatrie in die
695 Erwachsenenmedizin; S3-Leitlinie, Langfassung, Version 1.1 [online]. AWMF-
696 Registernummer 186-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
697 Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 26.01.2024]. URL:
698 [https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/186-
699 001l_S3_Transition_Paediatric_Erwachsenenmedizin_2021-04.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/186-001l_S3_Transition_Paediatric_Erwachsenenmedizin_2021-04.pdf).
- 700 13. **HAMPL SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF, et al.**
701 Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and
702 adolescents with obesity. *Pediatrics* 2023;151(2):e2022060640.
- 703 14. **Helmert U, Merzenich H, Bammann K.** [Correlation between educational status,
704 chronic diseases and cardiovascular risk factors in young adults 18-29 years of age:
705 results of a 1998 comprehensive German health survey]. *Soz Präventivmed*
706 2001;46(5):320-328.
- 707 15. **Kartiosuo N, Ramakrishnan R, Lemeshow S, Juonala M, Burns TL, Woo JG, et al.**
708 Predicting overweight and obesity in young adulthood from childhood body-mass
709 index: comparison of cutoffs derived from longitudinal and cross-sectional data.
710 *Lancet Child Adolesc Health* 2019;3(11):795-802.
- 711 16. **Korsten-Reck U, Korsten K, Link F, Wölker U.** Das Freiburger Interventionsprogramm
712 FITOC. *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 2009;3(1):11-16.
- 713 17. **Korsten-Reck U, Kromeyer-Hauschild K, Wolfarth B, Dickhuth HH, Berg A.** Freiburg
714 Intervention Trial for Obese Children (FITOC): results of a clinical observation study.
715 *Int J Obes (Lond)* 2005;29(4):356-361.

- 716 18. **Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M.** Referenzwerte für den Body-Mass-
717 Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland: Anpassung der AGA-
718 BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. Adipositas - Ursachen,
719 Folgeerkrankungen, Therapie 2015;9(3):123-127.
- 720 19. **Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, et al.**
721 Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter
722 Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde
723 2001;149(8):807-818.
- 724 20. **Lier LM, Breuer C, Ferrari N, Friesen D, Maisonave F, Schmidt N, et al.** Cost-
725 effectiveness of a family-based multicomponent outpatient intervention program for
726 children with obesity in Germany. Public Health 2020;186:185-192.
- 727 21. **Reinehr T, de Sousa G, Toschke AM, Andler W.** Long-term follow-up of
728 cardiovascular disease risk factors in children after an obesity intervention. Am J Clin
729 Nutr 2006;84(3):490-496.
- 730 22. **Reinehr T, Kersting M, Wollenhaupt A, Alexy U, Kling B, Ströbele K, et al.** Evaluation
731 der Schulung "OBELDICKS" für adipöse Kinder und Jugendliche. Klin Padiatr
732 2005;217(1):1-8.
- 733 23. **Reinehr T, Kersting M, Wollenhaupt A, Dobe M, Damschen U, Hepp A, et al.**
734 Nachweis der Effektivität des Adipositasprogramms »Obeldicks«. Kinder- und
735 Jugendmedizin 2005;5(2):79-84.
- 736 24. **Reinehr T, Kleber M, Toschke AM.** Lifestyle intervention in obese children is
737 associated with a decrease of the metabolic syndrome prevalence. Atherosclerosis
738 2009;207(1):174-180.
- 739 25. **Reinehr T, Lass N, Toschke C, Rothermel J, Lanzinger S, Holl RW.** Which Amount of
740 BMI-SDS Reduction Is Necessary to Improve Cardiovascular Risk Factors in
741 Overweight Children? J Clin Endocrinol Metab 2016;101(8):3171-3179.
- 742 26. **Robert Koch Institut (RKI).** Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und
743 Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in
744 Deutschland (KiGGS); 2. erweiterte Auflage [online]. Berlin (GER): RKI; 2013. [Zugriff:
745 07.06.2024]. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). URL:
746 [https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMa04ZippM.pdf?sequence](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMa04ZippM.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
747 [=1&isAllowed=y.](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMa04ZippM.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 748 27. **Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A.** Übergewicht
749 und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse
750 aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 2018;3(1):16-23.
- 751 28. **Valerio G, Maffei C, Saggese G, Ambruzzi MA, Balsamo A, Bellone S, et al.**
752 Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position
753 statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the
754 Italian Society of Pediatrics. Ital J Pediatr 2018;44(1):88.
- 755 29. **Vogel M, Geserick M, Gausche R, Beger C, Poulain T, Meigen C, et al.** Age- and
756 weight group-specific weight gain patterns in children and adolescents during the 15

757 years before and during the COVID-19 pandemic. Int J Obes (Lond) 2022;46(1):144-
758 152.
759

Von: [APH Bundesverband](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche
Datum: Mittwoch, 17. Juli 2024 12:46:44
Anlagen: [image001.png](#)

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wunschgemäß bestätigen wir Ihnen den Erhalt Ihrer Email vom 17.07.2024 nebst Anlagen.

Dazu teilen wir Ihnen mit, dass wir mangels verbandlicher Betroffenheit sowie fehlender fachlicher Expertise auf die Übersendung eines Vorschlags verzichten werden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr APH Bundesverband e.V.

Tanja Traue
Sekretariat

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und
Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.
Karlsruher Str. 2 B
30519 Hannover
Tel.:
Fax:
E-Mail:
www.aph-bundesverband.de



Von: Wörz, Markus **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Mittwoch, 17. Juli 2024 12:34
An: Wörz, Markus
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um

schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. Markus Wörz
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.



BfDI

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Disease Management Pro-
gramme

ausschließlich per E-Mail an:
dmp@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herr Oster

INTERNET www.bfdi.bund.de

DATUM Bonn, 24.07.2024

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1437

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF **DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung DMP Adipositas - Kinder und
Jugendliche**

BEZUG Ihr Schreiben vom 17. Juli 2024

Sehr geehrter Herr Prof. Hecken,
sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich Bedanke mich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum o. g. Beschlussentwurf.

In Anlage 25 der Richtlinie sollen die Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für minderjährige Patientinnen und Patienten mit Adipositas geregelt werden. An verschiedenen Stellen ist dafür die Einbeziehung von Betreuungspersonen bzw. Personensorgeberechtigten vorgesehen (insbesondere Rn. 63 ff., Rn. 99 ff., Rn. 118 ff, Rn. 122ff., Rn. 126 ff., Rn. 131 ff.). Je nach Art der Einbeziehung kann davon ausgegangen werden, dass diese im Therapieverlauf von den personenbezogenen Gesundheitsdaten der Minderjährigen Kenntnis erlangen können. Aus dem Beschlussentwurf erschließt sich jedoch nicht, ob dies in allen Fällen erforderlich ist.

Zu beachten ist, dass eine Mitwirkung der gesetzlichen Vertreter zum Abschluss eines Behandlungsvertrages nicht in allen Fallgestaltungen erforderlich ist. Nach der Maßgabe der §§ 106, 107 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ist die Einwilligung eines gesetzlichen Vertreters nur dann erforderlich, soweit die minderjährige Person durch die Abgabe der Willenserklärung nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt. Bei gesetzlich versicherten Minderjährigen ist dies aufgrund des Sachleistungsprinzips regelmäßig der Fall.

Seite 2 von 2

Ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass die Beteiligung der gesetzlichen Vertreter gerade bei älteren Jugendlichen in der Regel ebenfalls im Rahmen der behandlungsvertraglichen Aufklärung und Einwilligung nicht erforderlich ist (§§ 630d Abs. 1 S. 2, 630e Abs. 4 BGB). Nach der Rechtsprechung des BGH kommt es bei der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit eines Minderjährigen darauf an, ob er „nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag“ (BGH, Urteil vom 5. Dezember 1958 - VI ZR 266/57).

Sofern eine Mitwirkung der gesetzlichen Vertreter weder zum Abschluss eines Behandlungsvertrages, noch zur Einwilligung in die ärztliche Behandlung erforderlich ist, kann eine Einbeziehung im Sinne der Anlage 25 der Richtlinie, im Rahmen derer personenbezogene Gesundheitsdaten der Minderjährigen bekanntgegeben werden, auch nur mit (datenschutzrechtlicher) Einwilligung der Minderjährigen diesbezüglich erfolgen. Soweit bereits jetzt in § 3 Abs. 1 DMP-A-RL vorgesehen ist, dass die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung der Daten sowie der Aufbewahrung Voraussetzung für die Einschreibung der Versicherten ist, ist die Bekanntgabe der personenbezogenen Gesundheitsdaten gegenüber Dritten nicht von dieser Einwilligung umfasst. Die Regelungen in Anlage 25 sind daher entsprechend differenzierend auszugestalten und sprachlich nachzuschärfen.

Ich bitte Sie, meine Teilnahme an der Anhörung am 16. Oktober 2024 vorzumerken. Bis dahin stehe ich bei Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

ausschließlich per E-Mail

Ihr Kontakt:

Herr Oster

Telefon:

E-Mail: Referat13@bfdi.bund.de

Aktenz.: 13-315/072#1437

(bitte immer angeben)

Dok.: 89202/2024

Anlage: -

Bonn, 27.09.2024

DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas - Kinder und JugendlicheSehr geehrter Herr Dr. Wörz
sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich für den konstruktiven Austausch im Rahmen der Sitzung der AG DMP Adipositas vom 13. September 2024. Ebenfalls möchte ich mich dafür bedanken, dass Sie die Hinweise aus meiner Stellungnahme vom 24. Juli 2024 aufgegriffen haben. Dazu haben Sie dem Beschlusssentwurf folgenden Passus hinzugefügt:

„Die Behandlung der Adipositas nach dieser Anlage sieht je nach Alter und Lebenssituation der Patientin oder des Patienten, insbesondere bei Kindern, die Einbeziehung der Personensorgeberechtigten oder relevanten Betreuungspersonen der Patientin oder des Patienten vor. Durch den koordinierenden Arzt oder die koordinierende Ärztin ist zu prüfen, ob eine Einbeziehung von Personensorgeberechtigten oder relevanten Betreuungspersonen erforderlich ist und je nach Alter und Einsichtsfähigkeit einer Einwilligung der Patientin oder des Patienten oder der Personensorgeberechtigten bedarf. Auch insoweit gelten die allgemeinen gesetzlichen, berufsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Regelungen zur Einwilligung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen.“

Seite 2 von 2

Weiter wird an den Stellen, an denen zuvor pauschal die Einbeziehung von Personensorgeberechtigten oder Betreuungspersonen vorgesehen war, auf diesen Passus Bezug genommen und damit eine Einzelfallprüfung der jeweiligen Leistungserbringenden herbeigeführt.

Gegen den wie beschrieben angepassten Beschlussentwurf bestehen nunmehr keine datenschutzrechtlichen Bedenken.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

Von:
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche: Korrektur
Datum: Montag, 29. Juli 2024 10:15:11

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Zu diesem Thema macht der BDIZ EDI keine eigenen Vorschläge.

Mit freundlichen Grüßen

BDIZ EDI
Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.
European Association of Dental Implantologists
Präsident: Christian Berger
Vizepräsident: Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller

Geschäftsstelle München:
Helga Karanikas
Lipowskystraße 12
81373 München
Tel.
Fax

office-munich@bdizedi.org
www.bdizedi.org

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß § 27 a Umsatzsteuergesetz: DE813687457

Wichtige Hinweise / important notice:

Die Datenübertragung per E-Mail ist im Hinblick auf Vertraulichkeit, Echtheit, Vollständigkeit und Empfang unsicher. In dringenden Angelegenheiten, insbesondere wenn Fristen zu beachten sind, bitten wir in jedem Fall um zusätzliche, zeitgleiche Mitteilung per Telefon und Hard Copy-Telefax. Andernfalls können wir eine fristgerechte Bearbeitung nicht gewährleisten.

Falls Sie nicht oben vermerkte/r Adressatin/Adressat oder Cc-Adressat/in dieser Nachricht sind, dürfen Sie deren Inhalt weder für sich oder Dritte verwenden noch Dritten zugänglich machen. Bitte beachten Sie unsere Datenschutzerklärung im Internet.

Sending data by e-mail is insecure with regard to confidentiality, authenticity, completeness and reception. In matters of special urgency or importance, we may ask you to inform us additional per phone and send a hard copy fax at the same time. Otherwise we may not be able to deal with your matter within the end of term.

If you are not an addressee or otherwise authorized to receive this message, you should not use, copy, disclose or take any action based on this e-mail or any information contained in the message.

We explicitly like to emphasize the declaration on data protection on our website.

Von: Wörz, Markus

Im Auftrag von dmp@g-ba.de

Gesendet: Mittwoch, 17. Juli 2024 17:25

An: Wörz, Markus

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche: Korrektur

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage 1 (Beschlussentwurf) unserer unten stehenden E-Mail zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zum DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche ist uns bedauerlicherweise ein redaktioneller Fehler unterlaufen: Bei dem unter Nummer 1.2 aufgeführten Dissens (Betreuungspersonen versus Personensorgeberechtigten) handelt es sich nicht um einen Folgedissens, sondern um den originären Dissens, der nunmehr korrekt gelb markiert dargestellt ist.

Wir bitten Sie, die anliegende, entsprechend korrigierte Anlage 1 bei Ihrer Stellungnahme zu berücksichtigen. Vielen Dank.

Für Rücksprachen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. Markus Wörz
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: dmp@g-ba.de

Gesendet: Mittwoch, 17. Juli 2024 12:34

An: Wörz, Markus

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. Markus Wörz
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf eine 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
Dokumentation – Kinder und Jugendliche)**

Datum	[29.07.2024]
Stellungnahme von	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (<i>Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>)
<p>1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Dissens: ab dem vollendeten <i>achten</i> vs. <i>fünften</i> Lebensjahr (Z 64)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Zustimmung zur Position von GKV-SV, DKG und KBV.</p> <p>Die BPtK begrüßt prinzipiell frühestmögliche Interventionen bei übergewichtigen bzw. adipösen Kindern und ihren Familien, da die Effektivität von Maßnahmen durch die Dauer der Adipositas negativ beeinflusst wird.</p> <p>Im Hintergrundtext wird dargelegt, dass sich die Verfügbarkeit von Schulungen für die Altersgruppe unter 8 Jahren gegenüber der Altersgruppe ab 8 Jahren deutlich unterscheidet. Für Kinder und Jugendliche von 8 bis 18 Jahren gibt es bereits mehrere geeignete Schulungen. Diese richten sich direkt an die Kinder und Jugendlichen und beziehen die Eltern mit ein, die meistens ebenfalls geschult werden. Programme für jüngere Kinder unterscheiden sich konzeptionell und richten sich vornehmlich an die Eltern. Hier sind deutlich weniger etablierte Programme verfügbar.</p> <p>Die unzureichende Verfügbarkeit von Schulungen für die jüngere Altersgruppe kann dazu führen, dass das DMP regional gar nicht umgesetzt werden kann, da für alle Teilnehmenden eine Schulung vorliegen muss.</p> <p>Die BPtK spricht sich vor diesem Hintergrund entsprechend der Position von GKV-SV, DKG und KBV dafür aus, dass neue DMP zunächst für Teilnehmende ab acht Jahren zu konzipieren. Eine Erweiterung auf kleinere Kinder im weiteren Verlauf der Aktualisierungen ist dann unbedingt anzustreben.</p>
<p>1.4 Allgemeine Grundsätze der Therapie</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Psychische Faktoren können eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von Adipositas spielen und sollten entsprechend dem vorliegenden Beschlussentwurf gemäß 1.4.2 bei der Therapieplanung berücksichtigt werden. Sie sollten daher auch bei den allgemeinen Grundsätzen der Therapie explizit benannt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Adipositas bei Kindern und Jugendlichen soll als chronische Erkrankung therapiert werden. Die Therapie soll dabei einen familienzentrierten und nicht stigmatisierenden Ansatz verfolgen, der die biologischen, psychischen, sozialen und strukturellen Ursachen der Adipositas berücksichtigt.“</p>
<p>1.4.1. Indikationsspezifische Erstanamnese</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Psychische Faktoren können eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von Adipositas spielen und sollten entsprechend dem vorliegenden Beschlussentwurf gemäß 1.4.2. bei der Therapieplanung berücksichtigt werden. Sie sollten daher auch vorab bei der indikationsspezifischen Erstanamnese erfasst werden.</p>

	<p>Änderungsvorschlag: Ergänzung eines weiteren Spiegelstrichs: „g) psychische Faktoren und h) psychische und somatische Komorbiditäten und Vormedikation mit Identifizierung von Medikamenten, die eine Gewichtszunahme begünstigen.“</p>
<p>1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie (Z 199), 1.5.6 Chirurgische Therapie und 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus (Z 200 und 271)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Der Fokus dieses DMP liegt auf Lebensstilmodifikationen (Umstellung von Ernährungsgewohnheiten, mehr Bewegung), welche durch verhaltensbezogene Maßnahmen umgesetzt und aufrechterhalten werden sollen. Diese essenziellen Bausteine der Adipositas-Therapie sind bisher unzureichend verfügbar, es gilt daher, sie zu fördern und umzusetzen. Sowohl die medikamentöse Therapie als auch die Adipositas-Chirurgie sind keine zentralen Elemente der Adipositas-Therapie bei Kindern und Jugendlichen, sondern bleiben Einzelfällen vorbehalten. Entsprechend stimmt die BPTK der Position von GKV-SV und KBV zu.</p>
<p>1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Im Abschnitt 1.7.2. fehlen zwei relevante Berufsgruppen, die zentral für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind. Zum einen fehlen neben den ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Diese stellen eine eigene Berufsgruppe dar und sind nicht unter dem Begriff der „Psychologischen Psychotherapeut*innen“ subsumiert. Zudem wurde mit dem am 15. November 2019 beschlossenen und am 1. September 2020 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung das Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz –PsychThG) grundlegend überarbeitet und die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut*innen reformiert. Ein insgesamt fünfjähriges Direktstudium wird mit einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung abgeschlossen. Die Approbation (Erlaubnis zur Behandlung) wird bei bestandener Prüfung erteilt und befähigt zu einer fachpsychotherapeutischen Weiterbildung nach Weiterbildungsordnung der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer. Dadurch ist zusätzlich zu den ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen die neue Berufsgruppe der Fachpsychotherapeut*innen entstanden. Im Zuge der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes wird im Bereich der Psychotherapie von approbierten Psychotherapeut*innen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 PsychThG künftig eine mindestens fünfjährige Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in auf einem der Gebiete „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“ oder „Psychotherapie für Erwachsene“ absolviert (Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeut*innen in der Fassung vom 24. April 2021, zuletzt geändert am 18. und 19. November 2022). Aus Sicht der BPTK ist es erforderlich, die beiden fehlenden Berufe in der Richtlinie zu ergänzen. Der folgende Änderungsvorschlag orientiert sich am vorliegenden Beschlussentwurf für die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie vom 1. Juli 2024 zur Anpassung an das PsychThG. Wir möchten zudem redaktionell darauf hinweisen, dass es sich bei dem Begriff „Psychologische Psychotherapeut*in“ als Berufsbezeichnung um einen Eigennamen handelt, der großgeschrieben wird (vgl. Psychotherapie-Richtlinie).</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei den folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung zur Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zu einer ärztlichen oder pPsychologischen Psychotherapeutin, zu einem ärztlichen oder pPsychologischen Psychotherapeuten oder zu einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, zu einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder zu einer qualifizierten Fachpsychotherapeutin, zu einem qualifizierten Fachpsychotherapeut oder zu einer jeweils qualifizierten Einrichtung erfolgen soll: (...)“</p>
<p>Tragende Gründe zu Schulungen von Versicherten</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Um eine flächendeckende Einführung des DMP zeitnah zu ermöglichen, ist es erforderlich, dass ausreichend geeignete Schulungsprogramme zur Verfügung stehen. Die Konzeption des DMP sieht nicht vor, dass für den Einschluss in das DMP neben der Adipositas bereits weitere Komorbiditäten vorliegen müssen.</p> <p>Zentral ist es daher, dass neben Schulungen, die für Kinder und Jugendliche mit Adipositas und weiteren Komorbiditäten konzipiert sind, auch Schulungen für Teilnehmende ohne Komorbiditäten zur Verfügung stehen. In den Ausführungen von KBV, DKG und PatV zu den geeigneten Schulungen wird dies sichergestellt, indem eine Klarstellung erfolgt, dass grundsätzlich alle Schulungsprogramme, die nach KgAS schulen, für Kinder mit einem BMI oberhalb des 97. BMI-Perzentil geeignet sind und diese sowohl für Kinder und Jugendliche ohne weitere Adipositas-assoziierten Risikofaktoren oder Folgeerkrankungen als auch mit zusätzlichen Adipositas-assoziierten Risikofaktoren oder Folgeerkrankungen eingesetzt werden können.</p> <p>Im vorgeschlagenen Begründungstext des GKV-SV ist dagegen vorgesehen, dass nur solche KgAS-Schulungen ohne eigenständige Evaluation zum Einsatz kommen sollen, die u. a. die „prozessuralen Anforderungen“ des KgAS-Programm-Handbuchs erfüllen. Das entspricht inhaltlich einem Ausschluss von Teilnehmenden ohne vorliegende Komorbiditäten und erschwert eine flächendeckende Einführung des DMP erheblich. Die BpTK stimmt vor diesem Hintergrund mit dem Ziel einer raschen und flächendeckenden Umsetzung der Position von KBV, DKG und PatV zu.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)
Chausseestraße 13
10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
IBAN
DE55 3006 0601 0001 0887 69
BIC
DAAEDEDXXX

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail: dmp@g-ba.de

Ihr Schreiben vom
17. Juli 2024

Durchwahl

Datum
05. August 2024

Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a, 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V sowie entsprechend § 137f Abs. 8 Satz 2 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Beschlussentwurf über die XX. 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 Dokumentation - Kinder und Jugendliche)

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Disease-Management-Programme übersendeten Unterlagen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie bezüglich der Änderung der Anlagen 2, 23, 24, 25 und 26 (DMP Adipositas Kinder und Jugendliche / Dokumentation).

Da die zahnärztliche Berufsausübung von den geplanten Änderungen nicht betroffen ist, gibt die Bundeszahnärztekammer hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 08.08.2023

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon
Fax
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte
Frau Karola Pötter-Kirchner
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur 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 Dokumentation – Kinder und Jugendliche)

Ihr Schreiben vom 17.07.2024

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 17.07.2024, in welchem der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der DMP-A-RL gegeben wird: Änderung der Anlagen 2, 23 und 24, Ergänzung der Anlage 25 (DMP Adipositas Kinder und Jugendliche) und der Anlage 26 (Adipositas Dokumentation – Kinder und Jugendliche).

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3



Geschäftsstelle der
Bundesärztekammer
in Berlin

Von: [Sylvia Kurth](#)
An: [Wörz, Markus; dmp@g-ba.de](#)
Cc: [DVfR Sekretariat](#)
Betreff: DVfR | keine Stellungnahme | G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche
Datum: Freitag, 9. August 2024 10:44:30

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Beteiligung der DVfR am Stellungnahmeverfahren DMP-A-RL DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche.

Die DVfR wird keine Stellungnahme einreichen.

Viele Grüße

Sylvia Kurth
Geschäftsführerin

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Sekretariat:
Direktdurchwahl:
E-Mail:
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Von: Sylvia Kurth

Gesendet: Mittwoch, 17. Juli 2024 15:18

An: 'dmp@g-ba.de' <dmp@g-ba.de>

Cc: DVfR Sekretariat <sekretariat@dvfr.de>

Betreff: Eingangsbestätigung | G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätigen wir den Empfang der Unterlagen.

Mit besten Grüßen und ein schönes Wochenende

Sylvia Kurth
Geschäftsführerin

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Telefon:
E-Mail:
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Von: Wörz, Markus

Im Auftrag von dmp@g-ba.de

Gesendet: Mittwoch, 17. Juli 2024 12:34

An: Wörz, Markus

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. Markus Wörz
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf eine 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
Dokumentation – Kinder und Jugendliche)**

Datum	09.08.2024
Stellungnahme von	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (<i>Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>)
Z 63 Abschnitt 1.2 Kriterien	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV, Kinder und Jugendliche mit einer Adipositas ab dem vollendeten fünften Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in das DMP-Adipositas – Kinder und Jugendliche einschreiben zu können. Die Gründe hierfür werden in Anlage 2 (Z128) von der PatV hinreichend plausibel dargelegt. Da als weiteres Kriterium die Fähigkeit und Motivation zur Teilnahme an einem entsprechenden Programm gilt, können individuelle Entwicklungsaspekte bei der Entscheidung für bzw. gegen eine Einschreibung herangezogen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der PatV</p>
Z 141/142 Abschnitt 1.4.3	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag des PatV, die Transition ausdrücklich zu regeln, um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der PatV</p>
Z 171 Abschnitt 1.5.3 Bewegung	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen ausdrücklich die Aufnahme des Abschnitts Bewegung. Ziele der Bewegung festzulegen und regelmäßig zu überprüfen, stellt ein grundlegendes Element der Therapie dar. Insbesondere der Hinweis auf die Verordnungsfähigkeit von Rehabilitationssport wird begrüßt.</p> <p>Ergänzung des Vorschlags (ab Z 182) Es sollte über die Möglichkeit einer Teilnahme an Rehabilitationssportgruppen informiert werden. Die Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitationssportgruppe kann eine geeignete Möglichkeit zum Einstieg in ein regelmäßiges körperliches Training sein. Darüber hinaus kann eine Vermittlung z.B. in Vereinssport unterstützt werden.</p>

<p>Z 200/201 Abschnitt 1.5.6</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Im Rahmen der Versorgung von Jugendlichen, sollte die chirurgische Therapie eine Option sein. Der Nichtzugang allein aufgrund des noch nicht erreichten 18. Lebensjahres ist nicht nachvollziehbar.</p>
<p>Z. 345 Abschnitt 5</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Der Parameter d) Bewegung ist zu übergreifend, eine Ausdifferenzierung analog des DMP Adipositas Erwachsene ist zielführender, da damit zudem konkrete Zugänge für die weitere Versorgung abgeleitet werden können.</p> <p>Änderungsvorschlag: Ausdifferenzierung des von d) Bewegung in d) körperliche Alltagsaktivitäten und e) sportliches Training – analog des DMP Adipositas Erwachsene</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf eine 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 Dokumentation – Kinder und Jugendliche)

Datum	12.08.2024
Stellungnahme von	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>Bereits in der Kindheit und Jugend kann Adipositas zu gesundheitlichen Problemen führen, die bis ins Erwachsenenalter andauern können. Kinder und Jugendliche mit Adipositas zeigen häufiger Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Insulinresistenzen im Vergleich zu normalgewichtigen Gleichaltrigen. Zusätzlich leiden sie oft unter psychosozialen Beschwerden durch Stigmatisierung, die das Selbstwertgefühl erheblich mindern.</p> <p>Insgesamt können die physischen, psychischen und psychosozialen Belastungen, die mit einer Adipositas einhergehen, die Lebensqualität und Teilhabe der Kinder und Jugendlichen in vielen Lebensbereichen erheblich einschränken. (7)</p> <p>Die betroffenen Kinder und Jugendliche haben somit schlechtere Entwicklungschancen in Schule, Ausbildung und Beruf.</p> <p>Der BDPK unterstützt deshalb die Therapieziele der vorliegenden DMP A-RL.</p> <p>Ebenso unterstützt der BDPK insbesondere die in Anlage 25 unter 1.7. Kooperation der Versorgungssektoren ausgewiesene (und aus unserer Sicht sehr notwendige) Einbindung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen des DMP.</p>

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)
Zu 1.2. Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe	Stellungnahme mit Begründung: Die PatV legen ausführlich dar, warum eine untere Altersgrenze für eine Teilnahme an einem DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche nicht zielführend ist. Die Manifestation der Adipositas bei Kindern zu fast 50 % bis zum Alter von 6 Jahren macht die Notwendigkeit deutlich (1).

	<p>In systematischen Reviews und Metaanalysen wurde darüber hinaus gezeigt, dass für Therapieprogramme ab dem Alter von 5 bzw. 6 Jahren [8, 9] eine Wirksamkeit nachweisbar ist.</p> <p>Bei jüngeren Kindern stellt darüber hinaus eine ausschließlich an Eltern gerichtete Adipositas-Schulung eine evidenzbasierte Alternative dar (2-4).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Der BDPK unterstützt die PatV und schlägt folgende Ergänzung vor:</p> <p>„Sobald eine Adipositas bei einem Kind oder Jugendlichen festgestellt wird (z.B. bei den Vorsorge- oder Einschulungsuntersuchungen), sollte zeitnah eine Therapie gemäß der aktuellen S3-LL „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ angeboten und auch eingeleitet werden.</p> <p>Die Teilnahme an einem DMP ist ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Sofern die Fähigkeit oder Motivation (noch) nicht ausreichen, soll sich das Schulungsprogramm an die Eltern richten (5)“.</p>
<p>1.7.3 Zeile 277ff [DKG, PatV 1.7.4] [GKV-SV, KBV 1.7.3] Veranlassung einer Rehabilitations- maßnahme</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung - unabhängig vom Alter - ab einem BMI oberhalb der 97. Perzentile, ohne den Nachweis weiterer Risikofaktoren oder Komorbiditäten möglich.</p> <p>Laut Gemeinsamer Richtlinie der Träger der Deutschen Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) vom 28. Juni 2018 (6) besteht Rehabilitationsbedürftigkeit bei Vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • einer chronischen Krankheit, • einer beeinträchtigten Gesundheit oder • einer erheblichen Gesundheitsgefährdung, <p>die in Abhängigkeit von Funktionsstörungen und Kontextfaktoren in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu Teilhabestörungen und zu einer Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen kann.</p> <p>Damit ist eine Beschränkung der Indikationsstellung und Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme auf den BMI unter Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen <u>nicht</u> korrekt.</p> <p>Die lokale Verfügbarkeit von ambulanten Schulungsprogrammen ist in Deutschland derzeit sehr begrenzt. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen arbeiten mit demselben strukturierten Schulungsprogramm wie ambulante. Daher sollte bei mangelnder Verfügbarkeit einer ambulanten Schulung eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erwogen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

	<p>Rehabilitationsbedürftigkeit liegt bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas vor, wenn die Adipositas zu Teilhabestörungen und zu einer Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen kann. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen mit anschließender Nachsorge sollten bei mangelnder lokaler Verfügbarkeit von ambulanten Maßnahmen (Schulungen) als Alternative erwogen werden.</p>
<p>2. Qualitäts-sichernde Maßnahmen; Punkte 7 und 8</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p><i>Punkt 7:</i> Wenn sich die Beurteilung eines „adäquaten Essverhaltens“ an den selbst gesteckten und individuellen Zielen bemessen soll, darf der Vergleichswert nicht auf alle Teilnehmer*innen bezogen werden, sondern nur auf diejenigen, die individuelle Ziele zum Ernährungsverhalten formuliert haben.</p> <p><i>Punkt 8:</i> Ambulante Adipositas-Schulungsprogramme sind nicht flächendeckend verfügbar. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen mit anschließender Nachsorge sollten bei mangelnder lokaler Verfügbarkeit von ambulanten Maßnahmen (Schulungen) als Alternative erwogen werden.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p><i>Punkt 7:</i> Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die ein adäquates Ernährungsverhalten haben, bezogen auf den Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungserhebung vereinbart haben.</p> <p><i>Punkt 8:</i> nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP-Einschreibung und geschult sind: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche oder an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben.</p>

Literaturverzeichnis

- (1) Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Rosario AS. PMID: 35586172
- (2) Hammersley ML, et al. PMID: 27443862
- (3) McDarby F, Looney K. PMID: 37821651
- (4) Loveman E, et al. PMID: 26690844
- (5) Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AWMF-Nr. 050-002) 050-https://register.awmf.org/assets/guidelines050-002/S3_Therapie-Prävention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf (awmf.org)
- (6) Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/gem_richtlinie_kinderreha.html
- (7) Robert Koch-Institut (RKI) (2020) AdiMon-Themenblatt: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Stand: 29. Juni 2020). <https://www.rki.de/adimon>

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf eine 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 Dokumentation – Kinder und Jugendliche)

Datum	08.08.2024
Stellungnahme von	DEGEMED e. V. in Kooperation BKJR e. V.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>Bereits in der Kindheit und Jugend kann Adipositas zu gesundheitlichen Problemen führen, die bis ins Erwachsenenalter andauern können. Kinder und Jugendliche mit Adipositas zeigen häufiger Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Insulinresistenzen im Vergleich zu normalgewichtigen Gleichaltrigen. Zusätzlich leiden sie oft unter psychosozialen Beschwerden durch Stigmatisierung, die das Selbstwertgefühl erheblich mindern.</p> <p>Insgesamt schränken die physischen, psychischen und psychosozialen Belastungen, die mit einer Adipositas einhergehen, die Lebensqualität und Teilhabe der Kinder und Jugendlichen in vielen Lebensbereichen erheblich ein (7). Die betroffenen Kinder und Jugendliche haben schlechtere Entwicklungschancen in Schule, Ausbildung und Beruf.</p> <p>DEGEMED und BKJR unterstützen deshalb die Therapieziele der vorliegenden DMP A-RL. Ebenso unterstützen DEGEMED und BKJR die in Anlage 25 unter 1.7. Kooperation der Versorgungssektoren ausgewiesene und aus unserer Sicht sehr notwendige Einbindung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen des DMP.</p>

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)
Anlage 25 Abschnitt 1.2. Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die PatV legen ausführlich dar, warum die Teilnahme am DMP bereits ab dem fünften Lebensjahr möglich ist. Die Manifestation der Adipositas bei Kindern zu fast 50 % bis zum Alter von 6 Jahren macht die Notwendigkeit deutlich (1). In systematischen Reviews und Metaanalysen wurde darüber hinaus gezeigt, dass für Therapieprogramme ab dem Alter von 5 bzw. 6 Jahren [8, 9] eine Wirksamkeit nachweisbar ist.</p>

	<p>Bei jüngeren Kindern stellt darüber hinaus eine ausschließlich an Eltern gerichtete Adipositas-Schulung eine evidenzbasierte Alternative dar (2-4).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>DEGEMED und BKJR unterstützen die die Position der PatV und schlagen darüber hinaus folgende Ergänzung vor:</p> <p>„Sobald eine Adipositas bei einem Kind oder Jugendlichen festgestellt wird (z.B. bei den Vorsorge- oder Einschulungsuntersuchungen), sollte zeitnah eine Therapie gemäß der aktuellen S3-LL „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ angeboten und auch eingeleitet werden.</p> <p>Die Teilnahme an einem DMP ist ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Sofern die Fähigkeit oder Motivation (noch) nicht ausreichen, soll sich das Schulungsprogramm an die Eltern richten (5)“.</p>
<p>Anlage 25 1.7.3 Zeile 277ff [DKG, PatV 1.7.4] [GKV-SV, KBV 1.7.3] Veranlassung einer Rehabilitations- maßnahme</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung - unabhängig vom Alter - ab einem BMI oberhalb der 97. Perzentile ohne den Nachweis weiterer Risikofaktoren oder Komorbiditäten möglich.</p> <p>Laut Gemeinsamer Richtlinie der Träger der Deutschen Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) vom 28. Juni 2018 (6) besteht Rehabilitationsbedürftigkeit bei Vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • einer chronischen Krankheit, • einer beeinträchtigten Gesundheit oder • einer erheblichen Gesundheitsgefährdung, <p>die in Abhängigkeit von Funktionsstörungen und Kontextfaktoren in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu Teilhabestörungen und zu einer Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen kann.</p> <p>Damit ist eine Beschränkung der Indikationsstellung und Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme auf den BMI unter Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen <u>nicht</u> korrekt.</p> <p>Ambulante Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas sind in Deutschland derzeit nur sehr begrenzt verfügbar. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen arbeiten mit demselben strukturierten Schulungsprogramm wie ambulante. Daher sollte bei mangelnder Verfügbarkeit einer ambulanten Schulung eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erwogen werden.</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Rehabilitationsbedürftigkeit liegt bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas vor, wenn die Adipositas zu Teilhabestörungen und zu einer Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen kann. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen mit anschließender Nachsorge sollten bei mangelnder lokaler Verfügbarkeit von ambulanten Maßnahmen (Schulungen) prinzipiell als Alternative erwogen werden.</p>
<p>Anlage 25 2. Qualitäts- sichernde Maßnahmen; Punkte 7 und 8</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p><i>Punkt 7:</i> Wenn sich die Beurteilung eines „adäquaten Essverhaltens“ an den selbst gesteckten und individuellen Zielen bemessen soll, darf der Vergleichswert nicht auf alle Teilnehmer*innen bezogen werden, sondern nur auf diejenigen, die individuelle Ziele zum Ernährungsverhalten formuliert haben.</p> <p><i>Punkt 8:</i> Ambulante Adipositas-Schulungsprogramme sind nicht flächendeckend verfügbar. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen mit anschließender Nachsorge sollten bei mangelnder lokaler Verfügbarkeit von ambulanten Maßnahmen (Schulungen) als Alternative erwogen werden.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p><i>Punkt 7:</i> Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die ein adäquates Ernährungsverhalten haben, bezogen auf den Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungserhebung vereinbart haben.</p> <p><i>Punkt 8:</i> Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP-Einschreibung und geschult sind: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche oder an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben.</p>

Literaturverzeichnis

- (1) Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Rosario AS. PMID: 35586172
- (2) Hammersley ML, et al. PMID: 27443862
- (3) McDarby F, Looney K. PMID: 37821651
- (4) Loveman E, et al. PMID: 26690844
- (5) Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AWMF-Nr. 050-002) 050-https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002I_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf (awmf.org)
- (6) Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/gem_richtlinie_kinderreha.html
- (7) Robert Koch-Institut (RKI) (2020) AdiMon-Themenblatt: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Stand: 29. Juni 2020). <https://www.rki.de/adimon>



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf eine 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 Dokumentation – Kinder und Jugendliche)

Datum	12. August 2024
Stellungnahme von	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD)

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkungen
Angesichts der anhaltend hohen Prävalenz von Adipositas im Kindes- und Jugendalter begrüßt der VDBD die Entwicklung eines DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche.
Gleichzeitig möchten wir jedoch auf die Notwendigkeit von Maßnahmen der Verhältnisprävention hinweisen. Seit Jahren fordert der VDBD als Partner in der Deutschen Allianz für Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) konkrete Maßnahmen der Verhältnisprävention. So appellieren wir beispielsweise an den Gesetzgeber, an Kinder gerichtete Werbung zu energiedichten Lebensmitteln zu regulieren oder die Mehrwertsteuer für Gemüse und Obst zu senken (Stichwort: gesunde Mehrwertsteuer).
Aus entwicklungspsychologischer Sicht sollte im Entwurf des Beschlusstextes eine stärkere Differenzierung zwischen Kindern und Jugendlichen vorgenommen werden. Eine Verhaltensänderung insbesondere von Kindern, die in ihrem Verhalten und Entscheidungen unmittelbar abhängig von ihrem sozialen Umfeld sind, ist ohne eine Einbeziehung der Familienstruktur, ohne eine Einbeziehung der direkt betreuenden Personen in Schulung und weiteren Therapiemaßnahmen schlicht nicht möglich.
Schulungen sollten nicht nur altersgerecht, sondern auch nach Bildungsstufen geclustert werden. Bei älteren Kindern und Jugendlichen sollten digitale Anwendungen einbezogen werden. Darüber hinaus sollten sich die Schulungen über einen längeren Zeitraum erstrecken und es mehrfache Wiederholungsmöglichkeiten für Schulungen geben.

Ebenfalls möchten wir als grundsätzliche Anmerkung vorausschicken, dass die sozialen Aspekte der Adipositas stärkere Berücksichtigung finden sollten. So zeigen Analysen der Ergebnisse der KIGGS-Studie, dass sowohl Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger von Adipositas betroffen sind als Kinder aus sozial höher gestellten Familien. Auch Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind überproportional oft von Übergewicht betroffen.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)</i>
1.2. Einschreibekriterien Zeilen 62-64	So wünschenswert eine möglichst frühzeitige Behandlung der Adipositas im Kindesalter ist, so hat sich in der Umsetzung von Schulungen von Kindern gezeigt, dass eine Schreib- und Lesefähigkeit des Kindes ein wichtiges Kriterium für eine erfolgreiche Teilnahme ist.
Zeilen 69-70	Befürwortung der Position der Patientenvertretung Begründung: Der BMI steht in der Kritik – auch international, weil er weder Alter und Geschlecht noch das Fett-Muskelverhältnis berücksichtigt.
Zeile 67 sowie alle nachfolgenden dissentenden Punkte zu dieser Begrifflichkeit	Zustimmung zur Position DKG, KBV, d.h. zum Begriff Betreuungspersonen Begründung: Es ist wichtig, dass - über die klassische Familienkonstellation hinausgehend – diejenigen Personen in Schulung und weitere Therapiemaßnahmen einbezogen werden, die die Kinder bzw. Jugendlichen im Alltag betreuen. Damit soll eine Diskriminierung anderer Lebensformen und Lebensverhältnisse vermieden werden.
Zeile 71-72	Die Motivation und Bereitschaft der Kinder und Jugendlichen zur Teilnahme an der Patientenschulung sind nicht ausreichend, da Verhaltensänderungen, z.B. bei der Ernährung, unmittelbar vom sozialen Umfeld abhängen. Änderungsvorschlag: Voraussetzung für die Einschreibung sind insbesondere die Fähigkeit und Motivation zur Teilnahme an einer Patientenschulung, die die zentrale Maßnahme des DMP darstellt. Dabei ist die Einbeziehung der Betreuungspersonen essenziell.

<p>1.4.2 Therapieplanung Zeile 140</p>	<p>Befürwortung der Position der Patientenvertretung. Begründung: In der Diabetologie hat sich gezeigt, dass Maßnahmen der Transition von zentraler Bedeutung sind.</p>
<p>1.5.1 Basismaßnahmen Zeile 153</p>	<p>Befürwortung der Position GKV-SV, DKG und KBV Begründung: Die Schulung wird in der Regel von qualifizierten Schulungskräften durchgeführt, die in motivierender Gesprächsführung ausgebildet sind.</p>
<p>1.5.2 Ernährung 161-170</p>	<p>Für eine Ernährungsumstellung ist eine Einbeziehung der betreuenden Personen, insbesondere bei jüngeren Kindern zwingend, da sie in ihrem Verhalten direkt von ihrem sozialen Umfeld abhängig sind. Darüber hinaus ist es wichtig, dass Schulungen einen Praxisanteil beinhalten, z.B. eine Lehrküche.</p>
<p>1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie Zeile 199</p>	<p>Befürwortung der Position GKV-SV, KBV</p>
<p>1.5.6 Chirurgische Therapie</p>	<p>Befürwortung der Position GKV-SV, KBV Begründung: Während eine chirurgische Therapie bei Erwachsenen, inkl. junger Erwachsener, unter den genannten Voraussetzungen sinnvoll sein kann, ist das bei Jugendlichen, deren Körper sich noch im Wachstum und Aufbau befindet, kritisch zu hinterfragen.</p>
<p>1.7.1 Koordinierende Ärztin/Arzt Zeile 234</p>	<p>Befürwortung der Position KBV, Patientenvertretung</p>
<p>1.7.3 Zeile 271</p>	<p>Befürwortung der Position GKV-SV, KBV</p>

Rehabilitationsmaßnahme Zeile 277	Befürwortung der Position GKV-SV, DKG, KBV
--------------------------------------	--

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

KIGGS Studie: www.rki.de/kiggs



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf eine Änderung der DMP-Anforderungen-
Richtlinie (DMP A-RL): Änderung der Anlagen 2, 23 und 24,
Ergänzung der Anlage 25 (DMP Adipositas Kinder und Ju-
gendliche) und der Anlage 26 (Adipositas Dokumentation
– Kinder und Jugendliche)**

Datum	[13.08.2024]
Stellungnahme von	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Die in den Anlagen enthaltenen Ausführungen zu den medizinischen Anforderungen für die Durchführung des DMP Adipositas werden seitens des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) nicht bewertet. Stellung bezieht das BAS allein auf die Punkte, die im Rahmen der Zulassung und Prüfung als kritisch bewertet werden.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
Zu III. Rn. 48/49 i.V.m. Rn. 140	<p>Zur Prävention einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes und/oder zur Festigung des bereits erreichten Therapieerfolges im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche würden wir begrüßen, wenn Teilnehmern des DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche ein Wechsel in das DMP Adipositas für Erwachsene abweichend von den derzeit geltenden Einschreibevoraussetzungen für das letztgenannte DMP eröffnet wird um eine über das Kinder- und Jugendalter hinausgehende dauerhaften Betreuung im DMP zu ermöglichen.</p> <p>Änderungsvorschlag: In Anlage 23 wird in Nr. 1.2 ergänzt ... oder c) bisherige Teilnahme am DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche.</p>
Zu Nummer 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe Rn 64	<p>Stellungnahme mit Begründung: Je früher eine Intervention stattfinden kann, desto günstiger sind die gesundheitlichen Entwicklungen und Vermeidung von Komorbiditäten für die Kinder und Jugendlichen. Deshalb würden wir eine frühe Einschreibung von Kindern und Jugendlichen ab dem 5. Lebensjahr in das DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche begrüßen. Dass eine Behandlung von Kleinkindern im DMP möglich ist, wird in den DMP Asthma und Diabetes mellitus Typ 1 seit Jahren bewiesen.</p> <p>Gemäß S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter sollten bereits Kinder ab dem 5. Lebensjahr Zugang zu einem Therapieprogramm für ihre behandlungsbedürftige Adipositas und entsprechenden Komorbiditäten erhalten. Die zum 5. Geburtstag stattfindende U9 wäre ein geeigneter Zeitpunkt, um eine behandlungsbedürftige Adipositas zu erkennen und die Teilnahme im DMP mit den Eltern zu besprechen. Das Schulungsprogramm KLAKS (siehe auch Nummer 4.2) ist ein von den Bänken des G-BA ab dem 7. Lebensjahr anerkanntes Schulungsprogramm. Die meisten anderen sind ab dem 8. Lebensjahr zugelassen. Es gibt aber anerkannte Varianten von Schulungsprogrammen, die extra konzipiert wurden für Vorschulkinder ab dem 5. Lebensjahr (z. B. Obeldicks Mini, welches Eltern und Vorschulkinder einbindet).</p> <p>Änderungsvorschlag: dem Vorschlag der PatV folgen</p>
Zu Nummer 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe Rn. 70	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir würden es begrüßen, wenn zum BMI Adipositas für Kinder und Jugendliche neben dem BMI-SDS auch der Taille-Größe-Index herangezogen</p>

	<p>gen werden würde. Dieser stellt einen sensitiven und spezifischen Marker für die viszerale Fettanasammlung dar und ergänzt als messbarer Anhaltspunkt den BMI-SDS als Einschreibekriterium.</p> <p>Zu komplex und über diese beiden Kriterien zur Einschreibung hinausgehend, sollten die Einschreibevoraussetzungen indes nicht sein. Je komplexer, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer fehlerhaften Einschreibung.</p> <p>Änderungsvorschlag: dem Vorschlag der PatV folgen</p>
<p>Zu Nummer 1.4.3 Transition Rn. 140</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Das DMP ist darauf ausgelegt, Betroffene dauerhaft, strukturiert, qualitätsgesichert, multimodal und transsektoral versorgen zu können. Adipositas ist eine chronische Erkrankung, weshalb die Erkrankung nicht mit dem vollendeten 18. Lebensjahr endet. Somit sollte für Jugendliche/ junge Erwachsene, die am DMP Adipositas Kinder und Jugendliche teilgenommen haben, eine Ausnahmeregelung für die Teilnahme am DMP Adipositas für Erwachsene in Erwägung gezogen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: siehe oben zu III, Rn. 48/49</p>
<p>Nummer 1.7.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt Rn. 234</p> <p>i.V.m. Tragenden Gründen (TG), Rn. 303 ff</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir befürworten eine möglichst genaue Definition der teilnahmeberechtigten Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Professionen.</p> <p>Änderungsvorschlag: GKV-SV folgen</p> <p>Die genaue Definition der verwendeten Begrifflichkeiten (z. B. „nichtärztliche Hilfen“ bzw. „weitere Gesundheitsprofessionen“) sowie der Qualifikationen der Ärztinnen und Ärzte bzw. Einrichtungen/Zentren ist empfehlenswert zur Schaffung eines einheitlichen Verständnisses.</p>
<p>Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen Rn. 313-315</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir begrüßen, dass bei bestehender Schwangerschaft oder in der Stillzeit eine Einschreibung erst nach dieser Phase erfolgen soll. Zudem sollte erwogen werden, ob eine während der Teilnahme auftretende Schwangerschaft/Stillzeit Grund für einen (vorübergehenden) Teilnahmeausschluss sein kann.</p> <p>Änderungsvorschlag: Schwangerschaft und Stillzeit als potentiellen Grund für einen (vorübergehenden) Teilnahmeausschluss ergänzen</p>



Stellungnahme zum Beschlussentwurf eine 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 Dokumentation – Kinder und Jugendliche)

Datum	11.08.2024
Gemeinsame Stellungnahme von	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter der DAG (AGA) Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Endokrinologie und -Diabetologie (DGPAED) Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen e.V. (DGÖG) Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit und Bevölkerungsmedizin e.V. (DGÖGB)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Adipositas ist auch im Kindes- und Jugendalter eine chronisch fortschreitende Erkrankung, die weltweit zwischen 1990 und 2022 von 1.7 auf 6.9% bei Mädchen bzw. 2.1 auf 9.3% bei Jungen (Altersspanne 5 bis 17 Jahre) angestiegen ist (NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) 2024) [1].

Auf Basis der letzten Auswertungen des Robert-Koch-Instituts (KIGGS-Survey) sind in Deutschland etwa 1 Millionen Kinder und Jugendliche betroffen (Kinder- und Jugendgesundheits-Survey KIGGS Welle 2) [2]. Aktuellere repräsentative Zahlen gibt es noch nicht; weltweit geht man aber post-pandemisch von einem Anstieg der Adipositas in dieser Altersgruppe von 2% aus [3].

Im Kontext der Adipositas findet sich analog zum Erwachsenenalter eine Vielzahl an Folge- und Begleiterkrankungen [4], daher bewertet auch bei Kindern und Jugendlichen die WHO eine Verbesserung des Zugangs zu Therapieangeboten im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung als zentrale Maßnahme zur Eindämmung der Adipositas-Epidemie (WHO 2022) [5]. Aktuell erhält jedoch nur ein Bruchteil der Betroffenen eine Versorgung gemäß medizinisch-wissenschaftlicher Leitlinien [6]. Folgerichtig hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) die Erarbeitung eines DMP Adipositas Kinder und Jugendliche beauftragt und eine interdisziplinäre, leitliniengerechte Versorgung eingefordert. An diesem gesetzlichen Auftrag muss sich das DMP Adipositas Kinder und Jugendliche messen lassen. Daher möchten wir einleitend aus der Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung vom 19.02.2021 zitieren [7]:

„Um die Versorgung der Versicherten mit krankhaftem Übergewicht zu verbessern, wird der G-BA beauftragt, bis zum letzten Tag des vierundzwanzigsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Monat ein neues DMP für Adipositas zu entwickeln. (...) Das Erkrankungsbild ist komplex, geht jedoch häufig gleichzeitig mit einer hohen Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch die Betroffenen einher. Zu einer leitlinienkonformen Adipositastherapie gehören individuelle und Gruppentherapien, ergänzende pharmakologische Therapien, die sogenannte bariatrische Chirurgie mit postoperativer Langzeittherapie und ggf. Supplementationstherapie bei starker Gewichtsreduktion.

Die Versorgungsrealität wird jedoch den besonderen Bedürfnissen von Versicherten mit Adipositas oftmals nicht gerecht. Eine mangelnde Vernetzung einzelner Leistungserbringer sowie eine unzureichende Anleitung und Motivation zur Eigeninitiative führen zu Unter- und Fehlversorgung mit entsprechenden medizinischen und ökonomischen Folgen. Von einer individuellen, interdisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlung unter Berücksichtigung verhaltensmodifizierender, medikamentöser und nötigenfalls auch chirurgischer Interventionen profitiert dagegen bisher nur eine kleine Minderheit der Betroffenen. Insoweit besteht ein erhebliches Verbesserungspotential der Versorgungsqualität. Eine bedarfsgerechte Therapie kann Schäden durch Folge- und Begleiterkrankungen bei Patientinnen und Patienten reduzieren und Gesundheitskosten senken. Es ist deshalb wichtig, dass Betroffene eine frühe und auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Behandlung erhalten.

Die Entwicklung eines eigenständigen DMP Adipositas wird angestoßen, damit von Adipositas Betroffene dauerhaft, strukturiert, qualitätsgesichert, multimodal und transsektoral versorgt werden können. Eine Beschränkung auf die Behandlung der Adipositas auf Betroffene mit manifesten Begleiterkrankungen, etwa im Rahmen des bestehenden DMP Diabetes mellitus Typ

2, würde die präventive Intention einer strukturierten und bedarfsorientierten Versorgung verfehlen. Im Rahmen des DMP Adipositas ist insbesondere die leitliniengerechte und bedarfsorientierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas zu regeln. Hierzu gehören insbesondere qualifizierte multimodale und multiprofessionelle konservative sowie chirurgische Therapien, einschließlich modularer Schulungsprogramme.“

Der Gesetzgeber hat in der Begründung für die Beauftragung des G-BA zu Recht auf die unzureichende Versorgungssituation hingewiesen. Keine andere chronische Krankheit, die so weit verbreitet ist, ist dermaßen unterversorgt. Mit dem DMP könnten Menschen mit Adipositas erstmalig ein niedrigschwelliges Behandlungsangebot in Form von Patientenschulungen erhalten. Das ist zweifelsohne ein Paradigmenwechsel, nachdem Adipositas in Deutschland lange Zeit nicht als Erkrankung anerkannt war.

Als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften auf dem Gebiet der Adipositas und damit verbundener Erkrankungen fordern wir: Das DMP Adipositas sollte für den Gesetzgeber und den G-BA zum Anlass genommen werden, den Zugang zu evidenzbasierten Behandlungsmethoden der Adipositas grundlegend neu zu regeln und das DMP Adipositas im nächsten Schritt zu erweitern bzw. zu überarbeiten.

Erst wenn die leistungsrechtlichen Limitationen überwunden sind, kann eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas im Rahmen eines entsprechenden DMPs Adipositas Kinder und Jugendliche sichergestellt werden.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
<p>Zu 1.2. Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Auf Basis des Konsensuspapiers von 2004 wurde die untere Altersgrenze von acht Jahren festgelegt. Aktuelle Innovationsfondprojekte wie Frühstart und STARKIDS beginnen im Alter von drei Jahren.</p> <p>Die PatV legen ausführlich dar, warum eine untere Altersgrenze für eine Teilnahme an einem DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche nicht zielführend ist. Die Manifestation der Adipositas bei Kindern zu fast 50 % bis zum Alter von 6 Jahren macht die Notwendigkeit deutlich [2].</p> <p>In systematischen Reviews und Metaanalysen wurde darüber hinaus gezeigt, dass für Therapieprogramme ab dem Alter von 5 bzw. 6 Jahren [8, 9] eine Wirksamkeit nachweisbar ist. Bei jüngeren Kindern stellt darüber hinaus eine ausschließlich an Eltern gerichtete Adipositas-Schulung eine Evidenz-basierte Alternative dar [10-12].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die unterzeichnenden Fachgesellschaften unterstützen die PatV und schlagen folgende Ergänzung vor:</p> <p>„Sobald eine Adipositas bei einem Kind oder Jugendlichen festgestellt wird (z.B. bei den Vorsorge- oder Einschulungsuntersuchungen), sollte zeitnah eine Therapie gemäß der aktuellen S3-LL „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ angeboten und auch eingeleitet werden.</p> <p>Die Teilnahme an einem DMP ist ab der vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Sofern die Fähigkeit oder Motivation (noch) nicht ausreichen, soll sich das Schulungsprogramm an die Eltern richten [13]“.</p>
<p>Zu 1.3. Therapieziele</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Neben somatischen positiven Effekten wie einer Reduktion der Körperfettmasse, konsekutiver Verringerung von möglichen Komorbiditäten sowie Steigerung der körperlichen Fitness, können und sollten langfristige Ziele wie die Erhöhung der Lebensqualität und der Teilhabe des Patienten angestrebt werden (Faller, Reusch und Meng 2011 zitiert nach dem Abschlussbericht „Aktualisierung des Konsensuspapiers: Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“) [14]. Im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung (DRV)) wird darauf hingewiesen, dass „in vielen Fällen von chronischer Krankheit oder Behinderung sind nicht nur Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich“ [15]. Dies bezieht auch neben der Teilhabe im Beruf (und der Schule) auch den Alltag mit ein.</p>

	<p>Im Rahmen der Besonderen Versorgungsform „Adipöse Kinder und Jugendliche im Rheinland“, an der u.a. die AOK Rheinland Hamburg und die IKK Classic mitwirken, wurde neben einer BMI-SDS-Senkung auch die Steigerung körperliche Leistungsfähigkeit (um 10%) als Erfolgskriterium aufgegriffen. Begründet wird bzw. wurde dieser Zielparameter mit den gesundheitlichen Benefits einer Fitnesssteigerung auf kardiometabolische Parameter [16]. Dies konnte auch aktuell im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit gezeigt werden [17].</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ergänzung eines Punktes d) Steigerung der Lebensqualität und der Teilhabe - Ergänzung eines Punktes e) Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
<p>Zu 1.4.1 Indikations-spezifische Erstanamnese</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Zur Erstanamnese bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas gehört zwingend die Familienanamnese bezüglich: Gewicht und Gewichtsverlauf der Eltern und ggf. Geschwister; weitere Familienmitglieder mit Adipositas; Extreme Adipositas in der Eltern- oder Großelterngeneration; Bariatrisch-metabolische Chirurgie in der Eltern- oder Großelterngeneration; Komorbiditäten (Typ2-Diabetes, Fettstoffwechselstörungen; Bluthochdruck, frühe kardiovaskuläre Ereignisse) in der Eltern- oder Großelterngeneration. Aus den Informationen ergeben sich wichtige Hinweise für die weitere Diagnostik und Therapieplanung: Besteht bei Kindern eine frühmanifeste, extreme Adipositas (>P99,5 im Alter von 5 Jahren), sollte eine Untersuchung auf monogenetische Adipositasformen diskutiert werden, insbesondere bei gestörter Appetitregulation. In dieser speziellen Patientengruppe lassen sich in ca. 5% Störungen der zentralen Appetitregulation nachweisen [18, 19]. Für einige Formen dieser seltenen Erkrankungen (biallelische Pro-Opiomelanocortin (POMC)-Mutation, einschließlich PCSK1, Mangel oder bestätigter Leptinrezeptor-Mangel (LEPR)) ist eine zusätzliche medikamentöse Therapie für Kinder ab 6 Jahren zugelassen (G-BA-Beschluss 1/2022: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8453/2022-01-20_AM-RL-II_Setmelanotide.pdf), weitere Phase 3-Studien werden aktuell durchgeführt.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Besteht bei Kindern eine frühmanifeste, extreme Adipositas (>P99,5 im Alter von 5 Jahren), sollte eine genetische Untersuchung auf eine monogenetische Adipositas durchgeführt werden, da für einige dieser seltenen Erkrankungen eine medikamentöse Behandlungsmöglichkeit ab einem Alter von 6 Jahren besteht.“</p>

<p>1.4.2 Therapieplanung (Z. 136ff)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Neben anderen Risikofaktoren gilt auch das sogenannte sedentäre Verhalten, v.a. die übermäßige Nutzung von Bildschirmmedien als relevanter Einflussfaktor auf die Entstehung und Persistenz von Adipositas im Kindesalter. Darüber hinaus wird es mit vermehrter sitzender Tätigkeit mit ungünstigem Ernährungsverhalten und gestörtem Schlaf in Verbindung gebracht [20]. Daher ist die Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag ein richtiger und wichtiger Schritt; ergänzt werden sollte im Text aber auch der Hinweis auf Reduktion vermeidbarer Sitzzeit, insbesondere audiovisueller Medien [21].</p> <p>Änderungsvorschlag: „... Ziele, insbesondere zur Ernährungsumstellung durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte, zur Steigerung der Bewegung in Freizeit und Alltag sowie zur Reduktion audiovisueller Medien.“</p>
<p>1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Das DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche hat die gültigen Leitlinien sowie darüber hinaus die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zur Grundlage. Da der Leitlinienprozess von der Evidenzgewinnung bis zur Abstimmung 1-2 Jahre dauert, müssen deshalb in Themenfeldern mit einer sehr dynamischen Entwicklung aktuelle hochwertige Studien zusätzlich berücksichtigt werden.</p> <p>Dem wurde für die seltenen monogenen Adipositasformen entsprochen (G-BA-Beschluss 1/2022: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8453/2022-01-20_AM-RL-II_Setmelanotide.pdf), nicht jedoch für die Anwendung von GLP1-Rezeptor-Agonisten bei Jugendlichen ab 12 Jahren. Sowohl für Liraglutide als auch für Semaglutide liegt eine Zulassung der EMA vor (Adipositas und >60 kg) [22, 23], allerdings wurde vom G-BA für Semaglutide ein gegenteiliger Beschluss gefasst [24], da die Kostenübernahme durch die GKV nicht mit § 34 Abs. 1 Satz 8 SGB V vereinbar sei.</p> <p>Nun gibt es jedoch für beide Substanzen (Liraglutide, Semaglutide) bereits systematische Reviews und Metaanalysen, die Risiko und Nutzen dieser zusätzlichen medikamentösen Adipositas-Therapie für Jugendliche ab 12 Jahren untersuchen und die Wirksamkeit eindeutig belegen, nicht nur bezogen auf die Gewichtsreduktion, sondern auch bezogen auf die Komorbiditäten [25, 26].</p> <p>Mit dem Verständnis, dass es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung handelt, muss auch diese Evidenz in die Therapieplanung einbezogen werden. Die unterzeichnenden Fachgesellschaften schlagen deshalb vor, entsprechend der europäischen Zulassungen eine zusätzliche medikamentöse Therapie mit GLP1-Rezeptor-Agonisten für Jugendliche ab 12 Jahren (>60 kg) und einer Adipositas per magna (BMI > 99.5 Perzentile) bzw. einer Adipositas (BMI >97. Perzentile) und bereits bestehenden Begleiterkrankungen zu ermöglichen, falls alleine durch eine Lebensstilintervention keine BMI-Stabilisierung bzw. -Abnahme erreicht werden konnte.</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Die medikamentöse Therapie mit GLP1-Rezeptor-Agonisten, zusätzlich zur multimodalen Basistherapie, sollte für Jugendliche ab 12 Jahren (>60 kg) und Adipositas spezialisierten Zentren vorbehalten bleiben unter engmaschiger Beobachtung klinischer, anthropometrischer, metabolischer und weiterer Parameter. Es besteht die Pflicht zur Verlaufsdokumentation. Nach 2 Jahren erfolgt eine unabhängige wissenschaftliche Bewertung“.</p>
<p>1.7.3 Zeile 277ff</p> <p>[DKG, PatV 1.7.4] [GKV-SV, KBV 1.7.3]</p> <p>Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung unabhängig vom Alter ab einem BMI oberhalb der 97. Perzentile ohne den Nachweis weiterer Risikofaktoren oder Komorbiditäten möglich.</p> <p>Laut Gemeinsamer Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) vom 28. Juni 2018 besteht Rehabilitationsbedürftigkeit bei Vorliegen</p> <ul style="list-style-type: none"> • einer chronischen Krankheit, • einer beeinträchtigten Gesundheit oder • einer erheblichen Gesundheitsgefährdung, <p>die in Abhängigkeit von Funktionsstörungen und Kontextfaktoren in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu Teilhabestörungen und zu einer Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen kann.</p> <p>Damit ist eine Beschränkung der Indikationsstellung und Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme auf den BMI unter Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen nicht korrekt.</p> <p>Die lokale Verfügbarkeit von ambulanten Schulungsprogrammen ist in Deutschland derzeit sehr begrenzt. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen arbeiten mit demselben strukturierten Schulungsprogramm wie ambulante. Daher sollte bei mangelnder Verfügbarkeit einer ambulanten Schulung eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erwogen werden (Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) [27].</p>
<p>2. Qualitätssichernde Maßnahmen; Punkte 4 und 5</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Analog 1.4.2</p> <hr/> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung Reduktion von vermeidbarer Sitzzeit, altersgemäße Nutzung audiovisueller Medien</p>

<p>4.2 Schulung der Versicherten; Z. 331ff.</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die Verhaltenstherapie ist ein wesentlicher Bestandteil im Rahmen der Patientenschulungen; sie soll zur Ich-Stärkung, Umgang mit Mobbing, aber auch zur nachhaltigen Änderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas, aber auch deren Familien beitragen [9, 13, 28].</p> <p>Änderungsvorschlag: „Ergänzung bei Schulung, die mindestens jeweils ein Modul zu Bewegung, zu Ernährung und zu psychosozialen Aspekten enthalten“.</p>
<p>4.2 Schulung der Versicherten („Tragende Gründe“)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Aktuell ist dort folgender Text hinterlegt: <i>"Die Arbeitsgruppe aus Vertretern diverser Ministerien und Fachgesellschaften hatte im Jahr 2004 unter Leitung des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung und in Zusammenarbeit mit der BzGA ein „Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“ entwickelt. Dieses Papier definiert zunächst die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität sowie die Dokumentation, die die Schulungsprogramme grundsätzlich erfüllen sollen. Das Konsensuspapier wurde ergänzt durch ein Trainermanual („Leichter, aktiver, gesünder“). Auf dieser Basis wurde im Jahr 2009 in Form eines Programm-Handbuches ein Schulungsprogramm für den ambulanten Einsatz weiterentwickelt und konkretisiert."</i></p> <p>Das ist so nicht korrekt.</p> <p>Änderungsvorschlag mit Begründung: <i>"Die Arbeitsgruppe „Präventive und therapeutische Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche - eine Konsensfindung“ bestehend aus Vertretern diverser Ministerien und Fachgesellschaften hatte im Jahr 2004 unter Leitung des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung und in Zusammenarbeit mit der BzGA ein „Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“ entwickelt. Dieses im September 2004 erschienene Papier definiert zunächst die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität sowie die Dokumentation, die die Schulungsprogramme grundsätzlich erfüllen sollen. Bereits im April 2004 war das Trainermanual "Leichter, aktiver, gesünder" der Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche e. V. (KgAS) erschienen, das ein Rahmenkonzept für die Inhalte und die Umsetzung von Adipositasschulungen für Kinder und Jugendliche sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting liefert. Die KgAS kondensierte daraus im Jahr 2009 ein Adipositas-Schulungsprogramm in Form des „Programm-Handbuchs Leichter, aktiver, gesünder“ für den rein ambulanten Einsatz.</i></p>

<p>Anlage 2_TrGr DMP Adipositas_KiJu_2024 -07-17_STNV Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die dargestellten Schulungsprogramme sind evidenz-basiert entwickelt und wirksam. Sie sind allerdings auch aufwendig bzgl. der Organisation und Durchführung. Sollten nur diese Programme Anwendung finden, wird es keine flächendeckende Versorgung der Patienten in Deutschland geben. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass deutlich < 0,1 % der betroffenen Kinder und Jugendlichen ein solches Schulungsangebot erhalten können. Das übergeordnete Ziel des DMPs (gemäß dem gesetzlichen Auftrag und entsprechend der AWMF-Leitlinien) [13] ist jedoch eine flächendeckende Versorgung. Daher ist es notwendig, weniger aufwendige, niedrighschwellige Schulungsangebote in die Versorgung zu integrieren. Hierzu gibt es ein durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen der Förderung „Neue Versorgungsformen“ über 63 Monate mit 4,6 Millionen Euro finanziertes Programm (STARKIDS, Förderkennzeichen 01NVF18013 [29,30]). Dieses E-Health-gestützte Programm hat das Potential, eine flächendeckende Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas zu gewährleisten. Dieser Aspekt sollte in Anlage 2_TrGr aufgenommen werden.</p>
	<p>Änderungsvorschlag mit Begründung: Ergänzung: Um eine möglichst flächendeckende Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas in Deutschland zu erreichen, kann ein niedrig-schwelliges Schulungsangebot, welches alle Inhalte einer Schulung gemäß § 4 DMP-A-RL enthält, angeboten werden. Ein Beispiel dafür ist das vom Innovationsfonds geförderte Programm STARKIDS (Förderkennzeichen 01NVF18013 [29,30]), welches nach Vorliegen der Ergebnisse der Evaluationsstudie in das DMP mit aufgenommen werden kann.</p>
<p>Anlage 26, 2a, 2b und 3</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Analog zu oben</p> <p>Änderungsvorschlag: Ergänzung Reduktion von vermeidbarer Sitzzeit, altersgemäße Nutzung audiovisueller Medien</p>

Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). PMID: 38432237
2. Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Rosario AS. PMID: 35586172
3. Anderson LN, et al., PMID: 36721999
4. Lister NB, et al. PMID: 37202378.
5. WHO Regional Office for Europe (2022). <https://www.who.int/europe/news/item/03-05-2022-new-who-report--europe-can-reverse-its-obesity--epidemic>
6. Joisten, Christine, et al. DOI: 10.1055/a-1912-0686
7. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Vom Deutschen Bundestag beschlossen am 11.06.2021. <https://dip.bundestag.de/vorgang/.../272225>
8. Janicke DM, et al. PMID: 34843322
9. Mead E, et al. PMID: 28639319
10. Hammersley ML, et al. PMID: 27443862
11. McDarby F, Looney K. PMID: 37821651
12. Loveman E, et al. PMID: 26690844
13. Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AWMF-Nr. 050-002) 050- https://register.awmf.org/assets/guidelines050-002I_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf (awmf.org)
14. Wiegend S, Brauchmann J. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/2018-07-18-Konsensuspapier_Adipositas_Abschlussbericht.pdf
15. Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_syst_emfragen/konzepte/rahmenkonzept_medizinische_reha.html
16. Ruiz JR, et. al. PMID: 19158130.
17. Wang C, et al. PMID: 37932667
18. Kühnen P, Wiegand S, Biebermann H. PMID: 32619193
19. Kühnen P, Krude H, Biebermann H. PMID: 30642682
20. Wu L, et al. PMID: 27399085
21. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf
22. https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20211122153597/anx_153597_de.pdf
23. https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/Arzneiverordnung-in-der-Praxis/Ausgaben-Archiv/Ausgaben-ab-2015/Ausgabe/artikel?tx_Insissuearchive_articleshow%5Baction%5D=show&tx_Insissuearchive_articleshow%5Barticle%5D=6197&tx_Insissuearchive_articleshow%5Bcontroller%5D=Article&tx_Insissuearchive_articleshow%5Bissue%5D=35&tx_Insissuearchive_articleshow%5Byear%5D=2023&cHash=ac65b2e9f1f22497e49c2f0a65019bea
24. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10316/2024-03-21_AM-RL-II_Semaglutid_TrG.pdf
25. Shamim MA, et al. PMID: 39044306
26. Liu L, et al. PMID: 39065679
27. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/gem_richtlinie_kinderreha.html
28. Al-Khudairy L, et al. PMID: 28639320
29. Ziser K, et al.; doi: 10.1186/s13063-022-06525-0, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9308115/>
30. Erschens et al. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2292-1779>



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf eine 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
Dokumentation – Kinder und Jugendliche)**

Datum	14.08.2024
Stellungnahme von	Verein für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED), Aachen

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>1. Der VFED bedankt sich für die Möglichkeit, zum o.g. Beschlussentwurf schriftlich Stellung zu nehmen. Als einer der maßgeblichen Verbände im Bereich Ernährungstherapie hat der VFED den Beschlussentwurf intensiv diskutiert und bittet um Berücksichtigung der in der Stellungnahme aufgeführten Punkte.</p>
<p>2. In unserer Stellungnahme konzentrieren wir uns auf die wesentlichsten Punkte, nämlich</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Stellungnahme hinsichtlich der dissidenten Positionen b. Stellungnahme hinsichtlich der Belange der Leistungserbringer „qualifizierte Ernährungsfachkräfte“ in Bezug auf Beschlüsse über Anforderungen an das DMP Adipositas
<p>3. Überall, wo wir in unserer Stellungnahme die „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ erwähnen, sind Diätassistentinnen/Diätassistenten oder vergleichbar akademisch qualifizierte Ökotrophologinnen/ Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen/ Ernährungswissenschaftler bzw. Absolventinnen/Absolventen fachverwandter Studiengänge gemeint [1, 15]. Wir bitten darum, dass diese Definition in den o.g. Anlagen übernommen wird.</p>
<p>4. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen grün unterstrichen hervorgehoben.</p>
<p>5. Weiterhin weisen wir auf unsere Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL): Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation) vom 28. August 2023 hin, die wir als maßgebliche Verbände im Bereich Ernährungstherapie (VDD, VDOE, VFED) und für diesen Bereich einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften (DAG, DDG, DGSP und DGEM) gemeinsam erarbeitet hatten.</p>

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (<i>Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>)
Anlage 1	Beschlussentwurf
IV. 1.2 Z. 64, S. 3	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV:</p> <p>Wir unterstützen, dass in das DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche Patientinnen und Patienten im Schulalter, also ab dem vollendeten fünften Lebensjahr mit einer Adipositas eingeschrieben werden.</p> <p>Das Einschulungsalter in Deutschland liegt je nach Bundesland bei einem Alter zum dort definierten Stichtag von mindestens 5 Jahren und 10 Monaten (z.B. Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen) bzw. 6 Jahren und 2 Monaten (z.B. Baden-Württemberg, Brandenburg).</p> <p>Daher, sowie auch wegen der durch PatV genannten Gründe, halten wir auch eine Teilnahme an diesem DMP ab dem vollendeten 5. Lebensjahr für möglich.</p> <p>Zudem sehen die „Gemeinsamen Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 01.02.2022“ [2] Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 17 Jahren vor.</p>
1.2 Z. 67, S. 3	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir folgen hier - sowie in den Folgedissensen zu Nummer 1.2 – im Kern dem Formulierungsvorschlag GKV-SV und schlagen jedoch zur Ergänzung vor, dass je nach Alter des teilnehmenden Kindes oder Jugendlichen die „Eltern/Bezugspersonen bzw. Angehörige bzw. ständige Betreuungspersonen“</p> <p>aktiv an dem Programm mitwirken.</p> <p>Diese Empfehlung stützt sich auf die Formulierung in den GKV-Empfehlungen zu Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas [2].</p> <p>Diese sind dort wie folgt definiert: „Angehörige: Angehörige im Sinne dieser Empfehlungen sind grundsätzlich Ehepartner bzw. Lebenspartner, Eltern und Verwandte, die mit der chronisch kranken Person in einem gemeinsamen Haushalt leben.“</p>

<p>Z. 66-68, S. 3</p>	<p>„Ständige Betreuungspersonen: Ständige Betreuungsperson im Sinne dieser Empfehlungen ist, wer grundsätzlich mit dem chronisch Kranken in einem gemeinsamen Haushalt lebt oder den chronisch Kranken, ohne mit ihm im Haushalt zu leben, die überwiegende Zeit des Tages versorgt und betreut. Dabei darf es sich nicht um eine professionelle Pflegekraft handeln.“</p> <p>Änderungsvorschlag: „(...) wenn die Kinder und Jugendlichen und, je nach Alter des teilnehmenden Kindes oder Jugendlichen, die <u>Personensorgeberechtigten, wie z.B. die Eltern und/oder Bezugspersonen (bzw. Angehörige bzw. ständige Betreuungspersonen)</u>, aktiv an dem Programm mitwirken. (...)“</p>
<p>1.2 Z. 70, S. 3</p> <p>Z. 68-71, S. 3</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns hier PatV an, allerdings mit folgender Ergänzung, da in der S3-Leitlinie „Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ [3] empfohlen wird: „Der BMI (sowie weitere anthropometrische Werte, wie z.B. Taillenumfang oder Körperfettgehalt) sollte routinemäßig durch Kinder-, Jugend- und Hausärzte bestimmt werden (...).“</p> <p>Änderungsvorschlag: „(...) Das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen wird anhand eines BMI über dem 97. Alters- und geschlechtsspezifischen Perzentil oder anhand eines Taille-Größe-Index > 0,5 <u>sowie ggf. weiterer anthropometrischer Werte, wie z.B. Taillenumfang oder Körperfettgehalt</u> definiert.</p>
<p>Z. 71-72, S. 3</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Bezugnehmend auf die „Gemeinsamen Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 01.02.2022“ ist zudem die Aufteilung in folgende Zielgruppen sinnvoll: - für Kinder im Alter von 5 bis 12 Jahren: Schulung der Kinder und Eltern, - für Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren: Schulung der Jugendlichen mit optionaler Elterneinbindung.</p> <p>Änderungsvorschlag: „(...) Voraussetzung für die Einschreibung ist insbesondere die Fähigkeit und Motivation zur Teilnahme an einer Patientenschulung, die die zentrale Maßnahme des DMP darstellt. <u>Sinnvoll ist zudem die Aufteilung in folgende Zielgruppen:</u> - <u>für Kinder im Alter von 5 bis 12 Jahren: Schulung der Kinder und Eltern,</u></p>

	<p><u>- für Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren: Schulung der Jugendlichen mit optionaler Elterneinbindung.</u></p>
<p>1.4.1 Z. 98-115, S. 4/5</p> <p>Z. 98-115, S.4/ 5</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Zu dem Punkt 1.4.1 „Indikationsspezifische Erstanamnese“ ist noch Folgendes anzumerken: Die prozessbasierte Arbeit auf Basis des Ernährungstherapeutischen Prozesses (G-NCP) stellt eine systematische Methode der Problemlösung in der Ernährungsberatung dar in deren Mittelpunkt die Ernährungsdiagnose steht [12]. Zum Part des (Ernährungs-)Mediziners zählt die Durchführung der medizinischen Anamnese sowie der Diagnostik; das Ernährungsassessment mit u.a. der Ernährungsanamnese zählt zu dem Aufgabenbereich der qualifizierten Ernährungsfachkraft. [13]</p> <p>Änderungsvorschlag: „Bei allen eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, und, wann immer sinnvoll (...) sollen als erster Schritt der therapeutischen Maßnahmen insbesondere folgende Punkte erfasst werden: (...) g) Komorbiditäten und Vormedikation mit Identifizierung von Medikamenten, die eine Gewichtszunahme begünstigen. <u>Dabei stellt die prozessbasierte Arbeit auf Basis des Ernährungstherapeutischen Prozesses (G-NCP) eine systematische Methode der Problemlösung in der Ernährungsberatung dar, in deren Mittelpunkt die Ernährungsdiagnose steht. Zum Part des (Ernährungs-)Mediziners zählt die Durchführung der medizinischen Anamnese sowie der Diagnostik; das Ernährungsassessment mit u.a. der Ernährungsanamnese zählt zu dem Aufgabenbereich der qualifizierten Ernährungsfachkraft.</u>“</p>
<p>1.4.3 Z. 140, S. 5/6</p> <p>Z. 140, S. 5/6</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen und hier PatV an, mit Ergänzung des Begriffs „Personensorgeberechtigten“ (siehe Z. 67)</p> <p>Änderungsvorschlag: „Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, soll die nahtlose Überleitung für Jugendliche in das DMP Adipositas Erwachsene gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin sowie mit relevanten Personensorgeberechtigten, wie z.B. <u>Eltern und/oder Bezugspersonen bzw. Angehörigen bzw. ständigen Betreuungspersonen</u> geplant und strukturiert gestaltet werden. Für Jugendliche, die im DMP Adipositas Kinder und Jugendliche eingeschrieben waren, ist das Vorliegen von</p>

	<p>Komorbiditäten keine Voraussetzung für die Teilnahme am DMP Adipositas Erwachsene.“</p>
<p>1.5.1 Z. 153, S. 6</p> <p>ab Z. 154, S. 6</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns hier PatV an: „(...), die durch motivierende Gesprächsführung im Arzt-Patienten Gespräch vermittelt werden sollen. (...)“</p> <p>Allerdings fehlt hier aus unserer Sicht der Hinweis auf die Möglichkeit einer ambulanten Ernährungstherapie durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft, die ggf. durch die gesetzliche Krankenkasse im Rahmen der Satzungsleistung bezuschusst werden kann. [4]</p> <p>Auch in der DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL (Anlage 23, Adipositas) lautet es: „Ernährungsberatung ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, wird aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V als Patientenschulungsmaßnahme für chronisch Kranke erbracht. Die Patientin oder der Patient soll aktiv auf diese Möglichkeit hingewiesen werden.“ [5]</p> <p>Daher schlagen wir folgende Ergänzung vor:</p> <p>Änderungsvorschlag: „(...), die durch motivierende Gesprächsführung im Arzt-Patienten Gespräch vermittelt werden sollen. (...). <u>In diesem Gespräch sollte auf die Möglichkeit einer ambulanten Ernährungstherapie durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft hingewiesen werden, die ggf. durch die gesetzliche Krankenkasse im Rahmen der Satzungsleistung bezuschusst werden kann. Hierzu kann eine „Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung“ ausgestellt werden.</u>“</p>
<p>1.5.2 Z. 160-170, S. 6</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Nach dem letzten Satz, endend in Z. 170 sollte eine Ergänzung im Sinne eines Hinweises auf die Möglichkeit einer Teilnahme an Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vorgenommen werden.</p> <p>Unter Punkt 1.5.3 „Bewegung“ ist vorgesehen, dass über die Möglichkeit einer Teilnahme an Rehabilitationssportgruppen informiert werden sollte. Analog sollte auch beim Punkt „Ernährung“ auf die möglichen Angebote, die das SGB V vorsieht, hingewiesen werden.</p>

<p>ab Z. 170, S. 6</p>	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„(...) Starre Diätpläne oder Kostformen mit extremen Nährstoffrelationen gehen mit medizinischen Risiken und fehlendem Langzeiterfolg einher und sollten daher nicht angewandt werden. <u>Es sollte zudem über die Möglichkeit einer Teilnahme an Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V informiert werden. Die Teilnahme an einer Patientenschulung kann eine geeignete Möglichkeit zur Steigerung krankheits- und behandlungsbezogener Kompetenz sein.</u>“</p>
<p>1.5.5 Z. 199, S. 7</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns hier im Kern DKG, PatV an:</p> <p>„Nach § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V in Verbindung mit § 14 Arzneimittel Richtlinie (AM-RL) sind Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen, die zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits beziehungsweise zur Regulierung des Körpergewichts dienen. Diese sind in Anlage II AM-RL zusammengestellt.“</p> <p>Dieser Hinweis erfolgt auch unter Punkt 1.5.5 in der DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL, Anlage 23 (Adipositas)</p> <p>Allerdings kann der S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Version August 2019) entnommen werden: „Bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter kann in Einzelfällen eine zusätzliche medikamentöse Therapie zur Übergewichtsreduktion erwogen werden insbesondere bei Patienten mit erheblicher Komorbidität und einem extrem erhöhten Gesundheitsrisiko sowie Versagen einer herkömmlichen verhaltensorientierten Therapie über mindestens 9-12 Monate.“</p> <p>Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Leitlinie (August 2019) waren in Deutschland keine der diesbezüglich vorhandenen Medikamente für Kinder und Jugendliche zugelassen. Dies hat sich jedoch zwischenzeitlich geändert.</p> <p>Aktuell sind in Deutschland als Wirkstoffe zur Gewichtssenkung für Kinder und Jugendliche zugelassen:</p> <p>Setmelatonin (ab 6 Jahren): bei nachgewiesenem Bardet-Biedl-Syndroms (BBS) ist der Wirkstoff für Kinder ab dem 6. Lebensjahr als Orphan Drug eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) [6].</p> <p>Die Nutzenbewertung des G-BA bezieht sich bei Setmelatonin auf Patienten ab sechs Jahren mit einem genetisch nachgewiesenen Bardet-Biedl-Syndroms (BBS), einem erblichen Gendefekt, der mit einer ausgeprägten Adipositas und einem unstillbaren Hungergefühl einhergeht. Nur bei Gendefekten wie diesem ist der Wirkstoff eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).</p>

<p>ab Z. 199, S. 7</p>	<p>Liraglutid (ab 12 Jahren): „als Ergänzung zu einer gesunden Ernährung und verstärkter körperlicher Aktivität zur Gewichtsregulierung bei jugendlichen Patienten im Alter ab 12 Jahren oder älter“ bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adipositas (BMI entsprechend $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ für Erwachsene nach internationalen Cut-off-Punkten)* und • einem Körpergewicht über 60 kg.“ [7] <p>Semaglutid (ab 12 Jahren): Jugendliche (≥ 12 Jahre) Wegovy® wird als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Ernährung und verstärkter körperlicher Aktivität zur Gewichtsregulierung bei Jugendlichen im Alter von 12 Jahren oder älter angewendet bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adipositas* und • Körpergewicht über 60 kg. [8] <p>Selbst zu einem Zeitpunkt, da es für Kinder und Jugendliche keine zugelassenen Arzneimittel gab, sah die o.g. Leitlinie vor: „Ein individueller Heilversuch erscheint jedoch bei ausgewählten Patienten, bei mangelnden Alternativen und dringender Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion sinnvoll.“</p> <p>Daher halten wir folgende Ergänzung für angebracht:</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Nach § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V in Verbindung mit § 14 Arzneimittel Richtlinie (AM-RL) sind Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen, die zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits beziehungsweise zur Regulierung des Körpergewichts dienen. Diese sind in Anlage II AM-RL zusammengestellt. Auch, wenn dies <u>keine Regelleistung der GKV ist (Ausnahme: genetisch nachgewiesene Indikation für Setmelatoninid)</u>, so <u>erscheint ein individueller Heilversuch jedoch bei ausgewählten Patienten, bei mangelnden Alternativen und dringender Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion sinnvoll. Ergänzend sollte dies ernährungstherapeutisch durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte begleitet werden.</u></p>
<p>1.5.6 Z. 200, S. 7</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns hier DKG, PatV an,</p> <p>allerdings mit folgender Weiterführung des Textes, wie in der S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter [9] (ergänzt um den Begriff „qualifizierte Ernährungsfachkraft“) beschrieben, sowie mit dem Hinweis auf die in der Leitlinie dargestellten bisher ungelösten Probleme eines allgemeingültigen Nachsorgeprogramms.</p> <p>„Die Indikationsstellung für eine Adipositas-chirurgische Maßnahme bei einem Jugendlichen mit extremer Adipositas soll nur nach sorgfältiger</p>

	<p>Einzelfallprüfung erfolgen. Die Indikation soll durch ein interdisziplinäres, auf dem Gebiet der extremen Adipositas bei Jugendlichen erfahrenes Team gestellt werden (<u>Kinder- und Jugendarzt, Internist, pädiatrischer Endokrinologe, Ernährungsmediziner, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologe, Sozialarbeiter, Diätassistent bzw. qualifizierte Ernährungsfachkraft, Adipositaschirurg</u>).</p> <p>Die Indikationsstellung für eine Adipositas-chirurgische Maßnahme bei einem Jugendlichen mit extremer Adipositas soll nur nach sorgfältiger Einzelfallprüfung gemäß den geltenden Leitlinien erfolgen. Die Indikation soll durch ein interdisziplinäres, auf dem Gebiet der extremen Adipositas bei Jugendlichen erfahrenes Team gestellt werden.</p> <p>In Abhängigkeit der Art der chirurgischen Intervention ist auf die Notwendigkeit einer <u>vorbereitenden Aufklärung über eine notwendige Ernährungsumstellung und einer lebenslangen Nachsorge hinzuweisen, wobei es in Deutschland bislang kein langfristiges allgemeingültiges Nachsorgeprogramm gibt, welches durch die Kostenträger im Gesundheitssystem entsprechend vergütet wird.</u></p>
<p>1.7. Z. 228-231, S. 9</p> <p>ab Z. 229, S. 9</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Hier sehen wir speziell hinsichtlich des Bereichs „Ernährungsberatung/-therapie“ einen Ergänzungsbedarf, was den Begriff „qualifizierte Behandlung“ betrifft, da der Begriff „Ernährungsberatung /-therapie“ gesetzlich nicht geschützt ist. [15]</p> <p>Änderungsvorschlag: „Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein. <u>Bei der sektorübergreifenden Behandlung ist zu berücksichtigen, dass qualifizierte Ernährungsfachkräfte eingesetzt werden.“</u></p>
<p>1.7.1 Z. 234, S. 9</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns hier KBV, PatV an:</p> <p>„durch die Hausärztin oder den Hausarzt, insbesondere durch die Kinder- und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt, sowohl mit als auch ohne Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung, im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter eine entsprechend qualifizierte Fachärztin oder einen entsprechend qualifizierten Facharzt mit Bezug zu Kinder- und Jugendmedizin oder eine entsprechend qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung</p>

	zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt,“
1.7.1 Z. 236, S. 9	Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen und KBV, PatV an: „die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder“
1.7.2 Z. 245-248, S. 9 Z. 245-248, S. 9	Stellungnahme mit Begründung: Punkt 1.7.2 sollte um den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ ergänzt werden. Änderungsvorschlag: „Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten <u>beziehungsweise eine ärztliche Empfehlung zu der Beratung bei einer qualifizierten Ernährungsfachkraft.</u> “
Z. 271, S. 10	Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns hier GKV-SV, KBV an: <i>[keine Aufnahme]</i>
Z. 277, S. 10	Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen und hier GKV-SV, DKG, KBV an: „Der BMI-Perzentilenwert allein ist für die Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht ausreichend. Wesentlich ist die Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen.“
Z. 287, S. 11	Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns hier PatV an: „Auf die Möglichkeit der Rehabilitationsberatung gemäß § 5 der Rehabilitationsrichtlinie des G-BA ist hinzuweisen. Im Bereich der

	<p>Rehabilitation für Kinder und Jugendliche besteht eine gleichrangige Zuständigkeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträger.“</p>
<p>Z. 315, S. 13</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns hier GKV-SV, PatV an:</p> <p>„In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob im Einzelfall eine Teilnahme über das 18. Lebensjahr hinaus sinnvoll ist. Die Teilnahme endet spätestens mit der Vollendung des 21. Lebensjahres. Eine Einschreibung in dieses DMP ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht möglich.“</p>
<p>4.2 Z. 327-332, S. 13</p> <p>Z. 327-332, S. 13</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: „Schulung der Versicherten“: Hier ist es aus unserer Sicht erforderlich, darauf hinzuweisen, dass die Schulungen durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte durchgeführt werden sollen, da der Begriff „Ernährungsberatung /-therapie“ gesetzlich nicht geschützt ist. [15]</p> <p>Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten. Sie sollten über begleitende und ergänzenden Angebote durch entsprechend qualifizierte Ernährungsfachkräfte informiert werden. Strukturierte Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas sind multimodale Angebote, die mindestens ein Modul zu Bewegung und ein Modul zu Ernährung enthalten. <u>Die Schulungen zum Modul Ernährung sollen durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte durchgeführt werden.</u> Insbesondere für Kinder wird empfohlen, die (...)“</p>

Literaturverzeichnis

1. Rahmenvereinbarung zur Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung in Deutschland, in der Fassung vom 01.02.2024, S. 7.
<https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf> (30.07.2024).
2. Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 01.02.2022, Seiten 6, 24. https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patientenschulung/2022_03_16_GE_Patientenschulung_adipoese_Kinder_und_Jugendliche.pdf (30.07.2024).
3. S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 73.
https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002l_S3_Therapie-Prävention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf (30.07.2024).
4. DGE-Pressemitteilung: „Ernährungstherapie: Vereinfachte Empfehlung dank aktualisierter „Ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung““
<https://www.dge.de/presse/meldungen/2023/ernaehrungstherapie-vereinfachte-empfehlung-dank-aktualisierter-aerztlicher-notwendigkeitsbescheinigung/> (30.07.2024).
5. DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL, S. 199. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3454/DMP-A-RL_2023-11-16_iK-2024-07-01.pdf (30.07.2024).
6. G-BA Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Setmelatonin. <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/837/> sowie G-BA „Setmelatonin“. https://www.g-ba.de/downloads/91-1385-837/2022-12-01_geltende%20Fassung_Setmelanotid_D_824.pdf (30.07.2024).
7. Fachinformation für Saxenda® 6 mg/ml Injektionslösung im Fertigpen. <https://www.rote-liste.de/suche/praep/26430-0/Saxenda%C2%AE%206%20mg%2Fml%20Injektionsl%C3%B6sung%20im%20Fertigpen> (30.07.2024).
8. Fachinformation für Wegovy®. <https://www.rote-liste.de/suche/praep/27843-0/Wegovy%C2%AE%200%2C25%20mg%2F-0%2C5%20mg%2F-1%20mg%2F-1%2C7%20mg%2F-2%2C4%20mg%20FlexTouch%C2%AE%20Injektionsl%C3%B6sung%20im%20Fertigpen> (30.07.2024).
9. S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 51.
https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002l_S3_Therapie-Prävention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf (30.07.2024).
10. Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 01.02.2022, Seiten 30, 37. https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patientenschulung/2022_03_16_GE_Patientenschulung_adipoese_Kinder_und_Jugendliche.pdf (30.07.2024).
11. Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), S. 42.
<https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMA04ZjppM.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (30.07.2024).
12. VDD-Leitlinie für die Ernährungstherapie und das prozessgeleitete Handeln in der Diätetik. Band 1. Manual für den German-Nutrition Care Process (G-NCP). <https://www.vdd.de/fuer-experten/german-nutrition-care-process> (30.7.2024).

13. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET), S. 10. https://www.vdd.de/fileadmin/diaetassistenten/informationen-fuer-aerzte/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf (30.07.2024).
14. BMG „Gesundheitsberufe – Allgemein“. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein/> (30.7.2024).
15. DGE Zulassungskriterien. <https://www.dge.de/qualifizierung/zulassungskriterien/> (30.07.2024).



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf eine 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
Dokumentation – Kinder und Jugendliche)**

Datum	[14.08.2024]
Stellungnahme von	[BVMed e. V.]

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)</i>
I Anlage 2, 2. Laufende Nummern 13 und 14, Zeile 35 ff	Die Eingabe von Körpergröße und Körpergewicht sollte bei Kindern und Jugendlichen nicht nur für die Anzeige des BMI genutzt werden, sondern auch die Perzentilkurve anzeigen, da sie sich für die Beurteilung von Kindern und Jugendlichen besser eignen.
	Folgende Sätze werden in der Fußnote 6 ergänzt: Bei Kindern und Jugendlichen wird neben dem aktuellen Body-Mass-Index (BMI) angezeigt, wie der BMI in der Perzentilkurve für das jeweilige Alter und Geschlecht einzuordnen ist.
1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe Zeile 64	Stellungnahme mit Begründung: Die Zahl der Kinder und Jugendliche mit Adipositas steigt und umfasst immer jüngere Kinder. Daher sollte das DMP-Adipositas die Zielgruppe nicht aufgrund des Alters verkleinern. Daher unterstützen wir die Position der PatV.
	Änderungsvorschlag: Zeile 64: Ab dem vollendeten fünften Lebensjahr
1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe Zeile 70	Stellungnahme mit Begründung: Der Taille-Größe-Indexes stellt bei Kindern keine hilfreiche Größe dar, da die Taille bei Kindern schwer zu bestimmen ist und die körperliche Entwicklung sehr verschieden verläuft. Daher unterstützen wir die Position von GKV-SV, DKG und KBV diese Ergänzung nicht aufzunehmen.
	Änderungsvorschlag: Zeile 70: keine Aufnahme der vorgeschlagenen Ergänzung.

<p>1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe Zeile 71</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die Motivation zur Teilnahme an einer Patientenschulung muss vor allem bei Kindern bei den Betreuungspersonen und/oder Sorgeberechtigten vorhanden sein, da ohne deren Betreuung und Organisation eine Teilnahme nicht erreicht werden kann.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Aufnahme der Präzisierung in Zeile 71/72: ...die Fähigkeit und Motivation sowohl des oder der Betroffenen wie auch der Betreuungsperson und/oder der Sorgeberechtigten zur Teilnahme...</p>
<p>1.4.1 Indikationsspezifische Erstanamnese Zeile 100</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Kinder und Jugendliche wachsen in unterschiedlichsten familiären und betreuenden Konstellationen auf. Für den Erfolg einer Adipositas-Behandlung ist es wesentlich, dass das Umfeld der Kinder und Jugendlichen die Therapie aktiv unterstützen. Daher ist es wichtig, dass kein Kind oder Jugendlicher aufgrund einschränkender Formulierungen bei den beteiligten erwachsenen Personen aus dem DMP ausgeschlossen bleibt. Daher ist eine möglichst inklusive Formulierung am geeignetsten, die jegliche Betreuungsverhältnisse ohne Wertung umfasst. Daher schlagen wir vor, eine möglichst umfassende Formulierung zu nutzen.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Zeile 100: ...unter Einbezug der Eltern oder anderer Betreuungspersonen und/oder Personensorgeberechtigten sollen...</p>
<p>1.4.2 Therapieplanung Zeilen 118, 124 und 127</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Kinder und Jugendliche wachsen in unterschiedlichsten familiären und betreuenden Konstellationen auf. Für den Erfolg einer Adipositas-Behandlung ist es wesentlich, dass das Umfeld der Kinder und Jugendlichen die Therapie aktiv unterstützen. Daher ist es wichtig, dass kein Kind oder Jugendlicher aufgrund einschränkender Formulierungen bei den beteiligten erwachsenen Personen aus dem DMP ausgeschlossen bleibt. Daher ist eine möglichst inklusive Formulierung am geeignetsten, die jegliche Betreuungsverhältnisse ohne Wertung umfasst. Daher schlagen wir vor, eine möglichst umfassende Formulierung zu nutzen.</p>
	<p>Änderungsvorschläge: Zeile 118: Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten, den Eltern, Betreuungspersonen und/oder Personensorgeberechtigten führt ... Zeile 124: ...der Patientin oder des Patienten und der Eltern, Betreuungspersonen und/oder Personensorgeberechtigten...</p>

	Zeile 132: ...mit der Patientin oder dem Patienten und den Eltern, Betreuungspersonen und/oder Personensorgeberechtigten...
1.4.3 Transition Zeile 140 ff	<p>Stellungnahme mit Begründung: Adipositas ist eine chronische Erkrankung, wenn sie bereits im Kindesalter vorliegt, ist mit weiteren Komplikationen und Komorbiditäten zu rechnen. Der Vorschlag der Patientenvertretung eine vereinfachte Transition in das DMP-Adipositas für Erwachsene zu ermöglichen sollte daher aufgegriffen werden. So können bereits begonnene Therapien nahtlos fortgesetzt werden, die bekannten Probleme der Transition von Jugendlichen aus der Betreuung beim Kinder- und Jugendarzt in die normale hausärztliche Betreuung können so vermieden werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zeile 140 ff: Aufnahme des Vorschlags der PatV.</p>
1.5.2 Ernährung Zeile 170	<p>Stellungnahme mit Begründung Eine Ernährungsumstellung kann gut mit digitalen Tools begleitet und unterstützt werden, vor allem wenn diese einen spielerischen und anregenden Charakter haben. Es gibt Nachweise für die unterstützende Wirkung von Smartphones und digitalen Programmen, wobei vor allem Ansätze Wirkung zeigen, die einen umfassenden Lebensstilveränderungsansatz haben und eine individuelle Ansprache umfassen. (https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-022-03512-3). Daher sollten hier auch digitale Unterstützungen Erwähnung finden und zusammen mit den Vorschlägen zur Bewegung betrachtet werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zeile 170, ergänzen: Es sollen Hinweise auf digitales Tracking von Mahlzeiten und/oder Getränken gegeben werden, insbesondere solche, die sich an Kinder und Jugendliche richten und spielerische Elemente beinhalten, die die Ernährungsumstellung in geeigneter Art und Weise unterstützen.</p>
1.5.3 Bewegung Zeile 178	<p>Stellungnahme mit Begründung: Bewegung ist von essenzieller Bedeutung und kann gut mit digitalen Tools gefördert und unterstützt werden, vor allem wenn diese einen spielerischen und anregenden Charakter haben. Es gibt Nachweise für die unterstützende Wirkung von Smartphones und digitalen Programmen, wobei altersgerechte Ansätze und Programme mit individueller Ansprache besonders gute Ergebnisse zeigen (https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-022-03512-3).</p>

	<p>Peergruppen-basierte Ansätze haben sich als erfolgreich erwiesen und könnten ergänzend zur Unterstützung durch das schulische Umfeld aktiviert werden. Hier könnten ebenfalls digitale Tools helfen, die eine Peergruppenbildung von Betroffenen auch ohne räumliche Nähe möglich machen https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10727-7). Auch bezüglich der beteiligten erwachsenen Personen sollte hier eine möglichst inklusive Formulierung genutzt werden.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Zeile 178ff: Die Unterstützung durch das soziale Umfeld wie Eltern oder andere Betreuungspersonen und/oder Personensorgeberechtigte, das schulische Umfeld sowie andere geeignete Peergruppen zum Beispiel durch positives Feedback kann zu langanhaltenden positiven Effekten der bewegungsbezogenen Maßnahmen beitragen. Dabei soll auch Nutzung von digitalen Tools zur Bewegungsförderung und zur Vernetzung mit Betroffenen angeregt werden.</p>
<p>1.5.4 Verhaltensmodifikation Zeile 197</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wie bei Ernährung und Bewegung auch kann die Verhaltensmodifikation durch geeignete digitale Tools gut unterstützt werden. Diese sollen einen möglichst umfassenden Ansatz verfolgen, altersgerecht sein und einen spielerischen Ansatz verfolgen https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-022-03512-3).</p> <p>Änderungsvorschlag: Ergänzung in Zeile 197: Dabei soll auch auf digitale Tools hingewiesen werden, die die Verhaltensmodifikation auf altersgerechte Art und Weise unterstützen helfen.</p>
<p>1.5.6 Chirurgische Therapie</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine chirurgische Therapie bei Kindern oder Jugendlichen kann in Ausnahmefällen sinnvoll sein, daher tragen wir die vorgeschlagene, sehr enge Öffnung einer Möglichkeit in Ausnahmefällen mit, wie sie von DKG und PatV vorgeschlagen werden. Ergänzend könnte eine Altersgrenze in Erwägung gezogen werden, da die Operation bei 17-Jährigen, die ihre Entwicklung weitgehend abgeschlossen haben, anders zu bewerten wäre als bei Kindern. Ergänzen zu den formulierten Anforderungen schlagen wir vor, dass der Eingriff und Langzeit Betreuung hier ausschließlich in zertifizierten Zentren durchgeführt werden dürfen, die den Eingriff und folge Untersuchungen in Kooperation von Kinderchirurgie und Viszeralchirurgie durchführen können. Die Weiterbetreuung – vor allem auch im Erwachsenenalter – muss gesichert sein.</p>

	<p>Änderungsvorschlag: Aufnahme des Vorschlages der DKG und PatV mit folgender Änderung:</p> <p>Der letzte Absatz wird ersetzt durch: Eine chirurgische Intervention darf nur in zertifizierten Zentren der DGAV für Adipositas- und metabolische Chirurgie (https://www.dgav.de/dgav-gmbh/zertifizierungen.html) durchgeführt werden. Die Durchführung der Operation muss von je einem Vertreter/einer Vertreterin der Kinderchirurgie und der Viszeralchirurgie gemeinsam durchgeführt werden. Die Langzeitbetreuung der Betroffenen muss sichergestellt sein, inklusive ihrer Transition im Erwachsenenalter und in das DMP Adipositas für Erwachsene.</p>
<p>1.7.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Es sollten alle Konstellationen von mitbetreuenden Fachärztinnen und Fachärzten abgebildet werden, egal in welcher Art der Einrichtung/mit welcher Form der Zulassung oder Ermächtigung gearbeitet wird. Daher unterstützen wir den Vorschlag von KBV und PatV.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zeile 234: Übernahme des Vorschlages von KBV und PatV. Zeile 236: Übernahme des Vorschlages von KBV und PatV.</p>
<p>1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Das pflichtgemäße Ermessen einer Ärztin oder eines Arztes zur Einweisung in das Krankenhaus sollte hier ausdrücklich erwähnt werden, ebenso die Möglichkeit einer Adipositas-chirurgischen Therapie.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zeile 271: Ausnahme des Vorschlages von DKG und PatV.</p>
<p>1.7.4/1.7.3 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme</p>	<p>Stellungnahme: Stationäre Reha-Maßnahmen zeigen bei Adipositas eher schlechte Ergebnisse, daher ist eine eingeschränkte Aufnahme hier sinnvoll. Gerade die psychosozialen Problemkonstellationen können eine stationäre Reha-Maßnahme dennoch als sinnvoll erscheinen lassen. Ambulante Reha-Maßnahmen unter Einbezug der Eltern oder andere Betreuungspersonen und/oder Personensorgeberechtigte, sowie nach Bedarf das schulische Umfeld und andere geeignete Peergruppen sind dagegen sinnvoll.</p>

	<p>Änderungsvorschlag: Zeile 277: Aufnahme des Vorschlages von GKV-SV, DKG, KBV</p>
<p>3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die Zahl der Kinder und Jugendliche mit Adipositas steigt und umfasst immer jüngere Kinder. Daher sollte das DMP-Adipositas die Zielgruppe nicht aufgrund des Alters verkleinern. Daher unterstützen wir die Position der PatV.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zeile 304: Übernahme des Vorschlages der PatV: ...ab dem vollendeten fünften Lebensjahr...</p>
<p>3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen Zeile 315</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Adipositas ist eine chronische Erkrankung, wenn sie bereits im Kindesalter vorliegt, ist mit weiteren Komplikationen und Komorbiditäten zu rechnen. Der Vorschlag der Patientenvertretung eine vereinfachte Transition in das DMP-Adipositas für Erwachsene zu ermöglichen sollte daher aufgegriffen werden. So können bereits begonnene Therapien nahtlos fortgesetzt werden, die bekannten Probleme der Transition von Jugendlichen aus der Betreuung beim Kinder- und Jugendarzt in die normale hausärztliche Betreuung können so vermieden werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zeile 315: Aufnahme des Vorschlags von GKV-SV und PatV.</p>
<p>4.2 Schulung der Versicherten Zeile 332</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die Motivation zur Teilnahme an einer Patientenschulung muss vor allem bei den Betreuungspersonen und/oder Sorgeberechtigten von Kindern vorhanden sein, da ohne deren Betreuung und Organisation eine Teilnahme nicht erreicht werden kann. Dafür soll eine möglichst inklusive Formulierung aufgenommen werden, die wertungsfrei unterschiedliche familiäre und Betreuungssituationen abbildet.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zeile 332: Insbesondere für Kinder wird empfohlen, die Eltern, Betreuungspersonen und/oder Sorgeberechtigten mit einzubeziehen.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf eine 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
Dokumentation – Kinder und Jugendliche)**

Datum	13.08.2024
Stellungnahme von	Bundesverband für Ergotherapeut*innen in Deutschland (BED e.V.)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>Neben den genannten Interventionen möchten wir darauf hinweisen, dass auch die Ergotherapie eine wichtige Rolle bei der Behandlung, im Umgang und in der Prävention von Adipositas einnimmt.</p> <p>Die verschiedenen Interventionen der Ergotherapie, die hierbei zum Einsatz kommen, berücksichtigen sowohl körperliche Funktionen und Strukturen als auch Einschränkungen der Aktivität sowie persönliche und umgebungsbedingte Faktoren, die mit Adipositas verbunden sind und die Teilnahme an verschiedenen Lebensbereichen beeinflussen (WFOT 2019).</p>

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)</i>
1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe	<p>Wir schließen uns der Stellungnahme der PatV an.</p> <p>Eine aktuelle Untersuchung deutet darauf hin, dass das Waist-circumference-to-height-ratio (WhtR) eine präzisere Aussage zur Verteilung der Fettmaße treffen kann als der BMI (Agbaje, 2024).</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Vorschlag PatV: oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5</p>
1.4.3 Transition	<p>Wir schließen uns der Begründung der PatV an.</p> <p>Eine Regelung in Bezug auf die Komorbiditäten im Übergang in die Erwachsenenmedizin ist aus unserer Sicht dringend erforderlich, um einen Versorgungsbruch zu vermeiden.</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Vorschlag PatV:</p> <p>1.4.3 Transition</p> <p>Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, soll die nahtlose Überleitung für Jugendliche in das DMP Adipositas Erwachsene gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin sowie mit relevanten Personensorgeberechtigten geplant und strukturiert gestaltet werden. Für Jugendliche, die im DMP Adipositas Kinder und Jugendliche eingeschrieben waren, ist das Vorliegen von Komorbiditäten keine Voraussetzung für die Teilnahme am DMP Adipositas Erwachsene.</p>
--	--

Literaturverzeichnis

Agbaje, A.O. (2024): Waist-circumference-to-height-ratio had better longitudinal agreement with DEXA-measured fat mass than BMI in 7237 children. *Pediatr Res*(2024). DOI: [10.1038/s41390-024-03112-8](https://doi.org/10.1038/s41390-024-03112-8)

WFOT (2019) <https://wfot.org/resources/occupational-therapy-in-obesity-in-childhood-and-adolescence>



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf eine 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
Dokumentation – Kinder und Jugendliche)**

Datum	14.08.2024
Stellungnahme von	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE), Berlin in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), Essen

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Stellungnahme allgemein
<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 10. Juli 2024 den „Beschlussentwurf über eine 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 Dokumentation – Kinder und Jugendliche)“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.</p> <p>Hiermit nehmen wir als Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit dem Berufsverband Öcotrophologie e. V. (VDOE) die Gelegenheit zur Stellungnahme wahr.</p> <p>Zum o. g. Dokument, Stand 17.07.2024 [1] und unter Bezugnahme auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • die „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf [2]“ und • den „Abschlussbericht der IQWiG-Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche, Auftrag V21-07, Stand 18.08.2022 [3]“ sowie • die Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht der IQWiG-Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche, Auftrag V21-07, Stand 18.08.2022 [4] <p>bitten wir um Berücksichtigung folgender Vorbemerkungen, Kernbotschaften und Anmerkungen:</p>
Vorbemerkungen
<ol style="list-style-type: none"> 1. Überall, wo wir in unserer Stellungnahme die „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ erwähnen, sind Diätassistentinnen/Diätassistenten oder vergleichbar akademisch qualifizierte Ökotrophologinnen/Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen/Ernährungswissenschaftler bzw. Absolventinnen/Absolventen fachverwandter Studiengänge gemeint. Wir bitten darum, dass diese Definition im DMP Adipositas übernommen wird. 2. Wir weisen in unserer Stellungnahme auf eine neue Leitlinie [5] hin, die über die IQWiG-Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche Abschlussbericht [3] hinausgeht bzw. neuer ist und somit damals noch nicht inkludiert werden konnte. 3. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen <u>grün unterstrichen</u> hervorgehoben. 4. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL): Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation) vom 28. August 2023 hin.
Kernbotschaften
<ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Therapieoptionen mit entsprechender Evidenz [3, 5, 6], insbesondere die der immer noch gültigen bzw. fortbestehend relevanten ausländischen Leitlinien mit Grundlagen-Evidenz, genannt in der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und

Ernährungstherapie (AG EMET) zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4], müssen sich im DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche wiederfinden.

2. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche beschrieben werden.
3. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden.
4. Die Indikation Adipositas (bei Kindern und Jugendlichen) sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden.
5. Zusätzlich zum DMP-Adipositas – Kinder und Jugendliche ist eine umfassende Präventionspolitik nötig. Das vorrangige Ziel sollte sein, Übergewicht zu verhindern, statt Adipositas zu behandeln. Die Gesundheitspolitik wird aufgefordert die Rahmenbedingungen für eine gesunde Ernährung der Bevölkerung zur Vermeidung von Adipositas zu schaffen. [4, 7]. Es wird dringend gefordert, die Ernährungsstrategie der Bundesregierung in der Fläche zu implementieren und die erforderlichen finanziellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Allgemeine Anmerkungen

Wir begrüßen die Erweiterung des DMP Adipositas um ein speziell auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche ausgerichtetes DMP. Allerdings kritisieren wir den inkonsequenten Ansatz des Beschlussentwurfs hinsichtlich leitliniengestützter bedarfsorientierter Basisempfehlungen zur Ernährungsumstellung.

Die multimodale Basistherapie, bestehend aus Ernährung, Bewegung, Verhalten, sowie die adjuvante medikamentöse Therapie und auch die Nachsorge nach chirurgischen Maßnahmen sind leitliniengerechte Bestandteile einer multiprofessionellen Adipositasstherapie. **Diese Maßnahmen können wegen der aktuellen leistungsrechtlichen Limitationen nicht im Rahmen des DMP abgebildet werden.** Damit ist die vom Gesetzgeber eingeforderte, „leitliniengerechte und bedarfsorientierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas“ nicht gewährleistet.

Wir betonen erneut, dass es für eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit Adipositas **unumgänglich** ist, **die leistungsrechtlichen Beschränkungen aufzuheben.**

Erst wenn die leistungsrechtlichen Limitationen überwunden sind, kann eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas im Rahmen eines entsprechenden DMP Adipositas Kinder und Jugendliche sichergestellt werden.

Einbindung weiterer Fachdisziplinen:

Das DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche soll die Versorgung von Betroffenen durch die Strukturierung einer bedarfsorientierten Behandlung unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz verbessern [1, 2]. Im Beschlussentwurf [1] sind starke Leitlinienempfehlungen zur individuellen, **intensiven** Ernährungstherapie durch qualifizierte **Ernährungsfachkräfte** – wie beschrieben in der Stellungnahme der AG EMET zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4] – **nicht berücksichtigt.**

Während in den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas hinsichtlich Ernährung explizit qualifizierte Ernährungsfachkräfte gefordert werden [8, 9], wird für die Feststellung individueller Ziele der Ernährungsumstellung im

Beschlussentwurf [1] das Fachpersonal nicht berücksichtigt. Stattdessen soll dies Aufgabe der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes sein.

Dies widerspricht dem Verständnis kooperierender Zusammenarbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Sowohl im Positionspapier der AG EMET [10], in der Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland [9] als auch im Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Diätassistentengesetz – DiätAssG) [11] ist diese klar beschrieben und gefordert.

Nur die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und der vergleichbar qualifizierten akademischen Ernährungsfachkräfte kann mit der Patientin bzw. mit dem Patienten individuelle (messbare) Ziele zur Ernährungsumstellung feststellen und umsetzen, da diese als einzige explizit für diese Aufgabe ausgebildet ist. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens nach dem German-Nutrition Care Prozess (G-NCP)-Modell zum beruflichen Standard [8, 9, 11, 12]. Aus diesem Grund fordern wir, dass ausschließlich qualifizierte Ernährungsfachkräfte die im DMP Adipositas vorgesehenen Ernährungsinterventionen ausführen.

Es sollte daher beim DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche im interdisziplinären Rahmen strukturell zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften kooperiert werden, insbesondere auch bei der Zielsetzung zur Ernährungsumstellung, die die koordinierenden Ärztinnen/Ärzte im DMP dokumentieren und überprüfen.

Berücksichtigung individueller Aspekte der Ernährungsumstellung

Eine ergänzende individuelle/personbezogene Ernährungstherapie nach § 43 SGB V wäre eine rehabilitative Maßnahme oder nicht-ärztliche Hilfe im Sinne § 73 SGB V, Absatz 1.4 und damit beschrieben unter Punkt 1.7.1 im Beschlussentwurf [1].

Im Rahmen des DMP Adipositas muss es möglich sein, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt eine intensive individuelle Ernährungstherapie durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft nach § 43 SGB V als Satzungsleistung empfehlen kann. Nur so ist der elementare Bestandteil der Ernährungstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas gewährleistet.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die unimodale Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung hinzuweisen. Diese bietet eine ergänzende Leistung über das DMP hinaus.

Der Beschlussentwurf [1] enthält keine Angaben darüber, wie oft ein Kurs/eine Schulung in Anspruch genommen werden kann. Da es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung handelt, ist eine frühzeitige und nachhaltige Therapie notwendig. Dies führt dazu, dass es Kindern und Jugendlichen mit Adipositas in Bezug auf ihre Entwicklung zum Erwachsenwerden hin unbedingt ermöglicht werden muss, Ernährungsinterventionen (Schulungen, individuelle Ernährungsberatungen) regelmäßig zu erhalten.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (<i>Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>)
<p>IV. 1.2 Zeile 64, Seite 3</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p> <p>Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 4-5) [2]. Zudem die in der AG-EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 aufgeführten Guideline Statements [4], siehe Anhang 1.</p> <p>Zusätzlich weisen wir darauf hin, dass Kinder mit Adipositas mit großer Wahrscheinlichkeit auch als junge Erwachsene Übergewicht oder Adipositas haben. Eine deutsche bevölkerungsbasierte Längsschnittstudie bei > 51.000 Kindern von der Geburt bis zur Volljährigkeit zeigte, dass 90 Prozent der dreijährigen Kinder mit Adipositas auch als Jugendliche noch übergewichtig oder adipös waren [13]. Das Kleinkindalter vor der Einschulung ist eine kritische Phase, weshalb bei Kindern mit Adipositas schon in dieser Phase mit Interventionen gestartet werden sollte.</p> <p>Änderungsvorschlag: „In das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten <u>fünften</u> Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer Adipositas eingeschrieben werden, [...].“</p>
<p>IV. 1.2 Zeile 70-71, Seite 3</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p> <p>Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 5) [2]. Außerdem unsere Anmerkung/Befürwortung in der AG-EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 sowohl den Taillenumfang als auch die „waist-to-height-ratio (WHtR)“ zusätzlich zum BMI bzw. BMI-Perzentil als fakultative Parameter aufzunehmen [4], wie von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), der Deutschen Adipositas Gesellschaft e. V. (DAG), der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG), vom Berufsverband der Kinder und Jugendärzte e. V. (BVKJ), der Konsensusgruppe Adipositas Schulung für Kinder und Jugendliche e. V. (KgAS), von der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin e. V. (DGKM), und der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler e. V. (DGPK) in ihrer Stellungnahme zum Berichtsplan V21-07 [14] vorgeschlagen.</p>

<p>IV. 1.2 Zeile 70-71, Seite 3</p>	<p>Änderungsvorschlag: „Das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen wird anhand eines BMI über dem 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentil <u>oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5</u> definiert.“</p>
<p>IV. 1.2 Zeile 66-68, Seite 3 und alle weiteren Zeile in denen der Begriff vorkommt</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der DKG, KBV Betreuungspersonen Begründung: Erörterung der KBV und DKG in den Tragenden Gründen (S. 6) [2]. Sobald eine primär betreuende Person dem Kind nahesteht und sich immer zum Wohle des Kindes einsetzt, ist es zu befürworten, diese Person entsprechend der breiteren Definition „Betreuungsperson“ zu nennen.</p> <p>Änderungsvorschlag: „..., wenn die Kinder und Jugendlichen und, je nach Alter des teilnehmenden Kindes oder Jugendlichen, die <u>Betreuungspersonen</u>, aktiv an dem Programm mitwirken.“</p>
<p>IV. 1.3 Zeile 92, Seite 4</p>	<p>Stellungnahme: Es fehlt bei den Therapiezielen das Ziel, dass die Kinder und Jugendlichen körperlich genauso gut belastbar sind wie ihre Altersgenossen. Zudem ist das allgemeine Rehabilitationsziel „Steigerung der Teilhabe“ zu ergänzen. Begründung: Die körperliche Leistungsfähigkeit wird von der KgAS als eines der Behandlungsziele genannt [15]. Es ist ein für Kinder verständliches Ziel. Die anderen KgAS-Ziele werden schon durch den Text des Beschlussentwurfs [1] abgedeckt. Neben der Erhöhung der Lebensqualität sollte auch die Verbesserung der Teilhabe der Patientin oder des Patienten als langfristiges Ziel angestrebt werden [16].</p> <p>Änderungsvorschlag: Die Therapieziele sollten ergänzt werden mit: <u>„d) Steigerung der Teilhabe</u> <u>e) Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, wie bei den Altersgenossen.“</u></p>
<p>IV. 1.4.1 Zeile 109-110</p>	<p>Stellungnahme: Unter d) soll zusätzlich bei Medienkonsum die Sitzzeit erwähnt werden. Begründung: Die Begrenzung bzw. Reduktion vermeidbarer Sitzzeit ist ein wichtiger Bestandteil therapeutischer Ansätze und auch nicht gleichbedeutend mit Bewegungsmangel laut der Stellungnahme der AGA, DAG, DDG, des BVKJ, der DGKJ, der DGPK und der Deutschen Gesellschaft für</p>

<p>IV. 1.4.1 Zeile 109-110</p>	<p>Sportmedizin und Prävention e. V. (DGSP) zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4].</p> <p>Diesbezüglich weisen wir auch auf die WHO Guidelines on physical and sedentary behaviour 2020 [17a-b] und die deutschen Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [18] hin, die für Säuglinge und Kleinkinder, Kindergarten-, Grundschulkind und Jugendliche Bewegungsempfehlungen sowie spezielle Empfehlungen zu sitzenden Tätigkeiten, insbesondere zur Reduktion des Bildschirmmedienkonsums auf ein Minimum, enthalten.</p> <p>Änderungsvorschlag: „d) Bewegungsgewohnheiten (insbesondere körperliche Inaktivität,- zum Beispiel Medienkonsum/<u>Sitzzeit</u>) sowie Mobilität und körperliche Belastbarkeit,“</p>
<p>IV. 1.4.2 Zeile 134-140, Seite 5</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Laut 1.4.2 Therapieplanung und 1.5.2 Ernährung, S. 6 [1], soll die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten und den Betreuungspersonen eine Therapieplanung mit „individuellen“ Zielen zur Ernährungsumstellung erstellen, im Verlauf regelmäßig überprüfen und gegebenenfalls anpassen. Wie unter den Allgemeinen Anmerkungen bemerkt, steht dies im Widerspruch mit den per Gesetz festgelegten Aufgaben der Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten [11] bzw. vergleichbar qualifizierter Ernährungsfachkräfte. Wir plädieren gemäß Vereinbarungen zur Qualitätssicherung für die Kooperation zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften [9, 10].</p> <p>Änderungsvorschlag: „Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt soll <u>in Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft und der Patientin oder dem Patienten und den Betreuungspersonen</u> eine Therapieplanung mit individuellen Zielen, insbesondere zur Ernährungsumstellung und zu Bewegung im Alltag erstellen. Es soll darauf geachtet werden, dass die individuell gesetzten Ziele für die Patientin oder den Patienten realistisch und erreichbar sind. Dies können auch solche sein, die nicht unmittelbar auf eine Gewichtsreduktion abzielen. Die <u>in Einzelberatung mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft definierten individuellen/personbezogenen Therapieziele</u> sollen im Verlauf regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.“</p>
<p>IV. 1.4.3 Zeile 140, Seite 5-6</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p> <p>Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 8) [2].</p>

<p>IV. 1.4.3 Zeile 140, Seite 5-6</p>	<p>Änderungsvorschlag: Text der PatV unter 1.4.3 Transition: „Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, soll die nahtlose Überleitung für Jugendliche in das DMP Adipositas Erwachsene gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin sowie mit den <u>Betreuungspersonen bzw. relevanten Personensorgeberechtigten</u> geplant und strukturiert gestaltet werden. Für Jugendliche, die im DMP Adipositas Kinder und Jugendliche eingeschrieben waren, ist das Vorliegen von Komorbiditäten keine Voraussetzung für die Teilnahme am DMP Adipositas Erwachsene.“</p>
<p>IV. 1.5.1 Zeile 147-148, Seite 6</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine Änderung der Ernährung kann eine qualitative und/oder eine quantitative Änderung der Ernährungsweise sein.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Die Basismaßnahmen umfassen <u>qualitative und/oder quantitative Änderungen der Ernährungsweise</u>, eine Steigerung der körperlichen Aktivität und Verhaltensmodifikationen.“</p>
<p>IV. 1.5.1 Zeile 152-154, Seite 6</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV, unter dem Vermerk, dass die motivierende Gesprächsführung von allen Leistungserbringern bei den Empfehlungen angewendet werden sollte.</p> <p>Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 8) [2].</p> <p>Änderungsvorschlag: „Unabhängig von der Schulung gelten die Empfehlungen zu Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikationen gemäß 1.5.2 bis 1.5.4, <u>die durch motivierende Gesprächsführung von den entsprechenden Leistungserbringern vermittelt werden sollen.</u>“</p>
<p>IV. 1.5.2 Zeile 161-170, Seite 6</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die Schulung formt die Basis. Wir plädieren dafür, dass, in Übereinstimmung mit der AG EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4], Kinder und Jugendliche bei entsprechender Indikation intensive Einzelfamilienberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erhalten können.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Wenn bei Kindern und Jugendlichen eine Ernährungsumstellung erfolgt, soll <u>grundsätzlich</u> auch die Familie/Betreuungspersonen (siehe unter Punkt IV. 1.2, dieser Stellungnahme) mit einbezogen werden, da die Familie insbesondere bei der Langzeitadhärenz eine wesentliche Rolle spielt. <u>Jede Patientin und jeder Patient soll bei entsprechender Indikation, zusätzlich zur Gruppenschulung und in enger Abstimmung mit der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt,</u></p>

<p>IV. 1.5.2 Zeile 161-170, Seite 6</p>	<p><u>Ernährungstherapie (unimodal) bei Bedarf im häuslichen Umfeld durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft mit individualisierten/personen- und familienbezogenen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten erhalten.“</u></p>
<p>IV 1.5.3 Zeile 212-227, Seite 10</p>	<p>Stellungnahme und Begründung: Es fehlt im Beschlussentwurf unter 1.5.3 Bewegung die Konkretisierung der Verringerung von körperlich passiver bzw. sitzender Beschäftigung beispielsweise am Computer und bei TV- bzw. Medienkonsum. Siehe hierzu die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2017 [18].</p> <p>Änderungsvorschlag: „Primäres Ziel der bewegungsbezogenen Maßnahmen bei Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist die Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag bei einer gleichzeitigen Verringerung von körperlich passiver bzw. sitzender Beschäftigung beispielsweise am Computer und bei TV- bzw. Medienkonsum <u>nach den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2017:</u> <u>Vermeidbare Sitzzeiten durch Bildschirmmedienkonsum:</u> <u>Kindergartenkinder: so wenig wie möglich, maximal 30 Minuten/Tag</u> <u>Grundschul Kinder: so wenig wie möglich, maximal 60 Minuten/Tag</u> <u>Jugendliche: so wenig wie möglich, maximal 120 Minuten/Tag.“</u></p>
<p>IV. 1.5.4 Zeile 198-199, Seite 7</p>	<p>Stellungnahme und Begründung: Es sollte beim DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche im interdisziplinären Rahmen strukturell zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften kooperiert werden, damit Ernährungsfachkräfte mit der Patientin oder mit dem Patienten und ihren/seinen Betreuungspersonen ein flexibel-kontrolliertes Verhalten einüben können. Die Forderung von Ernährungsfachkräften für die Ernährungstherapie entspricht dem Positionspapier der AG EMET [10] und den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas [9].</p> <p>Änderungsvorschlag: „In Bezug auf das Essverhalten ist die Einübung eines flexibel-kontrollierten Verhaltens <u>unter Anleitung einer qualifizierten Ernährungsfachkraft</u> langfristig effektiver als eine rigide Verhaltenskontrolle.“</p>
<p>IV. 1.5.5 Zeile 199, Seite 7</p>	<p>Stellungnahme: Zum Thema adjuvante medikamentöse Therapie gehen wir konform mit der gemeinsamen Stellungnahme der AGA, DAG, DDG, DGKJ, der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -Diabetologie e. V. (DGPAED), des BVKJ, der KgAS, der DGSP, der Deutschen Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen e. V. (DGÖG) und der Deutschen</p>

<p>IV. 1.5.5 Zeile 199, Seite 7</p>	<p>Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit und Bevölkerungsmedizin e. V. (DGÖGB) zu diesem Beschlussentwurf:</p> <p><i>„Das DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche hat die gültigen Leitlinien, sowie darüber hinaus die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zur Grundlage. Da der Leitlinienprozess von der Evidenzgewinnung bis zur Abstimmung 1-2 Jahre dauert, müssen deshalb in Themenfeldern mit einer sehr dynamischen Entwicklung aktuelle hochwertige Studien zusätzlich berücksichtigt werden.</i></p> <p><i>Dem wurde für die seltenen monogenen Adipositasformen entsprochen (G-BA-Beschluss 1/2022: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8453/2022-01-20_AM-RL-II_Setmelanotide.pdf), nicht jedoch für die Anwendung von GLP1-Rezeptor-Agonisten bei Jugendlichen ab 12 Jahren. Sowohl für Liraglutide, als auch für Semaglutide liegt eine Zulassung der EMA vor (Adipositas und > 60 kg) [22, 23], allerdings wurde vom G-BA für Semaglutide ein gegenteiliger Beschluss gefasst [24], da die Kostenübernahme durch die GKV nicht mit § 34 Abs. 1 Satz 8 SGB V vereinbar sei.</i></p> <p><i>Nun gibt es jedoch für beide Substanzen (Liraglutide, Semaglutide) bereits systematische Reviews und Metaanalysen, die Risiko und Nutzen dieser zusätzlichen medikamentösen Adipositas-Therapie für Jugendliche ab 12 Jahren untersuchen und die Wirksamkeit eindeutig belegen, nicht nur bezogen auf die Gewichtsreduktion, sondern auch bezogen auf die Komorbiditäten [25, 26].</i></p> <p><i>Mit dem Verständnis, dass es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung handelt, muss auch diese Evidenz in die Therapieplanung einbezogen werden. Die unterzeichnenden Fachgesellschaften schlagen deshalb vor, entsprechend der europäischen Zulassungen eine zusätzliche medikamentöse Therapie mit GLP1-Rezeptor-Agonisten für Jugendliche ab 12 Jahren (> 60 kg) und einer Adipositas per magna (BMI > 99.5 Perzentile) bzw. einer Adipositas (BMI > 97. Perzentile) und bereits bestehenden Begleiterkrankungen zu ermöglichen, falls alleine durch eine Lebensstilintervention keine BMI-Stabilisierung bzw. -Abnahme erreicht werden konnte.“</i></p> <p>Der VDD und der VDOE ergänzen jedoch, dass eine adjuvante medikamentöse Therapie zwingend ernährungstherapeutisch durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft begleitet werden muss.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie</p> <p><u>Die medikamentöse Therapie mit GLP1-Rezeptor-Agonisten – zusätzlich zur multimodalen Basistherapie – sollte für Jugendliche ab 12 Jahren (> 60 kg) und Adipositas spezialisierten Zentren vorbehalten bleiben unter engmaschiger Beobachtung klinischer, anthropometrischer, metabolischer und weiterer Parameter. Ergänzend sollte eine ernährungstherapeutische Begleitung durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft integraler Bestandteil sein. Es besteht die Pflicht zur Verlaufsdokumentation. Nach zwei Jahren erfolgt eine unabhängige wissenschaftliche Bewertung.</u></p>

<p>IV. 1.5.6 Zeile 200, Seite 7-8</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV mit einer Textergänzung an.</p> <p>Begründung: Erörterung der DKG und PatV in den Tragenden Gründen (S. 11) [2] und die S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes und Jugendalter der AGA, DAG und DGKJ 2019 [6].</p> <hr/> <p>Änderungsvorschlag: Text der DKG und PatV unter 1.5.6 Chirurgische Therapie: „Bei ausgeschöpfter oder aussichtsloser konservativer Therapie kann bei Jugendlichen mit einer extremen Adipositas ($\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$) eine Adipositas-chirurgische Maßnahme in Erwägung gezogen werden, wenn mindestens eine erhebliche somatische oder psychosoziale Komorbidität besteht (z. B. Schlafapnoe-Syndrom, Typ-2-Diabetes mellitus). Ab einem $\text{BMI} \geq 50 \text{ kg/m}^2$ kann eine Adipositas-chirurgische Maßnahme in Erwägung gezogen werden, auch wenn keine Komorbidität besteht.</p> <p>Die Indikationsstellung für eine Adipositas-chirurgische Maßnahme bei einem Jugendlichen mit extremer Adipositas soll nur nach sorgfältiger Einzelfallprüfung gemäß den geltenden Leitlinien erfolgen. Die Indikation soll durch ein interdisziplinäres, auf dem Gebiet der extremen Adipositas bei Jugendlichen erfahrenes Team gestellt werden.</p> <p>In Abhängigkeit von der Art der chirurgischen Intervention sind auf die Notwendigkeit einer <u>vorbereitenden Aufklärung über eine erforderliche Ernährungsumstellung und deren Einübung, die von einer qualifizierten Ernährungsfachkraft als Teil eines interdisziplinäres Teams eines spezialisierten Zentrums begleitet werden muss, und auf die lebenslange Nachsorge hinzuweisen. Dabei ist zu beachten, dass es in Deutschland bislang kein langfristiges allgemeingültiges Nachsorgeprogramm gibt, welches durch die Kostenträger im Gesundheitssystem entsprechend vergütet wird“</u></p>
<p>IV. 1.6 Zeile 216-255, Seite 8</p>	<p>Stellungnahme und Begründung: Unter 1.6 Verlaufsuntersuchungen fehlen die Untersuchungen Taillenumfang und Taille-Größe Index als logische Folge des Vorschlags der PatV unter 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe, Zeile 68-71 [1], und als relevante Information für (die Einschätzung des Erfolgs) der Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, wie auch empfohlen in der niederländischen Leitlinie 2023 [5] für Kinder/Jugendliche.</p>

<p>IV. 1.6 Zeile 216-255, Seite 8</p>	<p>Änderungsvorschlag: „Zur weiterführenden Untersuchung auf Adipositas-assoziierte Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen können folgende Untersuchungen in größeren Zeitintervallen in Erwägung gezogen werden: [...] <u>c) Jährliche Messung des Taillenumfangs mit Berechnung des Taille-Größe-Index“</u></p>
<p>IV. 1.7 Zeile 228-231, Seite 9</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Bei der Kooperation der Versorgungsketten sehen wir Ergänzungsbedarf, und zwar hinsichtlich des Bereichs „Ernährungsberatung/-therapie“. Diese ist bisher nicht vorgesehen, obwohl sie laut Leitlinien zum multimodalen Ansatz gehört [5-6].</p> <p>Änderungsvorschlag: Eine entsprechende Ergänzung bei 1.7.2 wird vorgeschlagen, siehe unten.</p>
<p>IV. 1.7.1 Zeile 233-237, Seite 9</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns den Vorschlägen der KBV und PatV mit einer Textergänzung an.</p> <p>Begründung: Erörterung der KBV und PatV in den Tragenden Gründen (S. 13-14) [2]. Die Angabe von nur „§ 73 SGB V“ in Zeile 234, S. 9, ist sehr oberflächlich. Dadurch wird (auf Anhieb) nicht deutlich, dass die koordinierende Kinder- und Jugendärztin oder der koordinierende Kinder- und Jugendarzt bei Bedarf auch präventive und rehabilitative Maßnahmen einleiten oder nichtärztliche Hilfe und flankierende Dienste wie ergänzende individuelle/personbezogene Ernährungstherapie (nach §43 SGB V) in die Behandlungsmaßnahmen integrieren kann. Hier befürworten wir eine Ergänzung mit § 73 Abs. 1.4 und Abs. 2.5.</p> <p>Änderungsvorschlag: Text der KBV und PatV unter 1.7.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt: „Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt, insbesondere durch die Kinder- und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt, sowohl mit als auch ohne Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung, im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. <u>Insbesondere sind diesbezüglich Absatz 1.4: „die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen“ und Absatz 2.5: „Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ erwähnt.“</u></p>

<p>IV. 1.7.1 Zeile 233-237, Seite 9</p>	<p>In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter eine entsprechend qualifizierte Fachärztin oder einen entsprechend qualifizierten Facharzt mit Bezug zu Kinder- und Jugendmedizin oder eine entsprechend qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen <u>entsprechend § 73 SGB V</u> im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt.“</p>
<p>IV. 1.7.2 Zeile 245-248, Seite 9</p>	<p>Stellungnahme: Unter 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren soll Punkt 1.7.2 um den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ ergänzt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: „1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten <u>und/oder eine Zuweisung zu einer qualifizierten Ernährungsfachkraft.</u>“</p>
<p>IV. 1.7.3 Zeile 271, Seite 10</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV. Begründung: Erörterung der DKG und PatV in den Tragenden Gründen (S. 15) [2].</p> <p>Änderungsvorschlag: Text der DKG und PatV unter 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus: „Eine Indikation zur stationären Behandlung besteht bei Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter insbesondere für die Durchführung einer Adipositas-chirurgischen Maßnahme. Darüber hinaus entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.“</p>
<p>IV. [DKG, PatV 1.7.4] Zeile 277, Seite 10</p>	<p>Stellungnahme: Wir befürworten den Vorschlag der GKV-SV, DKG, KBV.</p> <p>Änderungsvorschlag: Text der GKV-SV, DKG und KBV unter [DKG, PatV 1.7.4]: „Der BMI-Perzentilenwert allein ist für die Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht ausreichend. Wesentlich ist die Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen.“</p>

<p>IV. [DKG, PatV 1.7.4] Zeile 287, Seite 11</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der GKV-SV, DKG, KBV.</p> <p>Begründung: Dieser Vorschlag ist konkreter formuliert.</p>
<p>IV. 2 Zeile 290-291, Seite 11</p>	<p>Stellungnahme und Begründung: Es wird im Beschlussentwurf nicht deutlich wie die individuellen Ziele zum Ernährungsverhalten operationalisiert werden sollen. Der Hinweis auf § 2 der DMP-A-RL ist nicht ausreichend. Die in bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen beschriebene sektorenübergreifende Kooperation [9, 10] bei der Feststellung von individuellen Zielen wird nicht deutlich.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt. <u>Auf der Grundlage der bereits bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen Versorgungssektoren wird die Kooperation der koordinierenden Kinder- und Jugendärztin/des koordinierenden Kinder- und Jugendarztes mit den jeweiligen Fachkräften wie qualifizierte Ernährungsfachkräfte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beim Feststellen der individuellen Ziele, im Rahmen des sektorenübergreifenden Ansatzes, hervorgehoben.</u>“</p>
<p>IV. 3.2 Zeile 304-307, Seite 12</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p> <p>Begründung: Siehe unsere Begründung zu IV. 1.2, Zeile 64, Seite 3 des Beschlussentwurfs [1] in dieser Stellungnahme.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Versicherte mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter können ab der Vollendung des <u>fünften</u> Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn sie die in Nummer 1.2 genannten Kriterien erfüllen.“</p>
<p>IV. 3.2 Zeile 315, Seite 13</p>	<p>Stellungnahme und Begründung Wir schließen uns hier GKV-SV, PatV an.</p>

<p>IV. 3.2 Zeile 315, Seite 13</p>	<p>Änderungsvorschlag: Text der GKV-SV, PatV: „In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob im Einzelfall eine Teilnahme über das 18. Lebensjahr hinaus sinnvoll ist. Die Teilnahme endet spätestens mit der Vollendung des 21. Lebensjahres. Eine Einschreibung in dieses DMP ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht möglich.“</p>
<p>IV. 4.2 Zeile 328-333, Seite 13</p>	<p>Stellungnahme und Begründung: Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote (intensivierte Stufe durch qualifizierte Ernährungsfachkraft), in Übereinstimmung mit Qualitätssicherungsvereinbarungen [9, 10] informiert werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten <u>und über begleitende und ergänzende Angebote durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte informiert werden.</u>“</p>
<p>Anlage 26 Lfd. Nr. 4a + 4b Seite 15</p>	<p>Stellungnahme und Begründung: Für die Dokumentation der therapeutischen Maßnahmen ist es wichtig zu wissen, ob eine Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt ist.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u>“ „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung seit der letzten Dokumentation. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u>“</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]

1. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6299/2023-11-16_DMP-A-RL_Anlage-2-23-24-Adipositas_BAnz.pdf
2. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10235/2023-11-16_DMP-A-RL_Anlage-2-23-24-Adipositas_TrG.pdf
3. https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_abschlussbericht_v1-0.pdf
4. https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_da-vorbericht_v1-0.pdf

5. [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen/startpagina richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht%20en%20obesitas%20bij%20volwassenen%20en%20kinderen/startpagina%20richtlijn%20overgewicht%20en%20obesitas%20bij%20volwassenen%20en%20kinderen.html) („Download richtlijn“ anklicken, „Genereer“ anklicken). Die PDF-Datei wurde dem G-BA schon mit der VDD-Stellungnahme zum Beschlussentwurf DMP Adipositas Ende August 2023 zugeschickt.
6. https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002I_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf
7. https://www.dank-allianz.de/files/content/dokumente/00_MTD_DD_G_Brosch%C3%BCre_DANK_2021_kompl_09_0321%20kleiner.pdf
8. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmit_tel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20220421_Lesefassung_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf
9. <https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/gs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf>
10. https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf
11. https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/Di%C3%A4tAssG.pdf
12. Ohlrich-Hahn S, Buchholz D. Der German-Nutrition Care Prozess (G-NCP) mit besonderem Fokus auf die Ernährungsberatung: Update 2022. Ernährungs Umschau 2022; 69(12): M668-M77. DOI: 10.4455/eu.2022.038. Die PDF-Datei wurde dem G-BA schon mit der VDD-Stellungnahme zum Beschlussentwurf DMP Adipositas Ende August 2023 zugeschickt.
13. Geserick M, Vogel M, Gausche R, Lipek T, Spielau U, Keller E, et al. Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. N Engl J Med 2018;379(14):1303-12. DOI: 10.1056/NEJMoa1803527 <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1803527>
14. https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_da-berichtsplan_v1-0.pdf
15. <https://www.adipositas-schulung.de/fuer-eltern-familien/wie-wird-uebergewicht-bei-kindern-und-jugendlichen-behandelt/>
16. Prietzel M. Leistungen zur Teilhabe. Studententext Nr. 12, Stand 2024. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachliteratur_Kommentare_Gesetzestexte/Studententexte/Reha-Recht/12_leistungen_zur_teilhabe.html
17. a. WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour 2020 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1>
 b. WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour: Web Annex. Evidence profiles <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336657/9789240015111-eng.pdf>
18. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf

Anhang 1

Die in unserer AG-EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 aufgeführte Guideline Statements: zum Punkt IV. 1.2, Zeile 64, Seite 3 im Beschlussentwurf.

US Preventive Services Task Force (USPSTF) Recommendation Statement 2017 [1a-b]:

„The USPSTF recommends that clinicians screen for obesity in children and adolescents 6 years and older and offer or refer them to comprehensive, intensive behavioral interventions to promote improvements in weight status (B recommendation)“

„FINDINGS Comprehensive, intensive behavioral interventions (≥26 contact hours) in children and adolescents 6 years and older who have obesity can result in improvements in weight status for up to 12 months; there is inadequate evidence regarding the effectiveness of less intensive interventions. The harms of behavioral interventions can be bounded as small to none, and the harms of screening are minimal. Therefore, the USPSTF concluded with moderate certainty that screening for obesity in children and adolescents 6 years and older is of moderate net benefit.“

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care (2015) [2a-c]

Management of overweight and obesity

„These recommendations apply to children and youth 2 to 17 years of age who are overweight or obese. Children and youth with health conditions for which weight management is inappropriate are excluded.“

„We recommend that primary care practitioners offer or refer to structured behavioural interventions‡ aimed at healthy weight management.“

„‡Structured behavioural interventions are intensive behavioural modification programs that involve several sessions that take place over weeks to months, follow a comprehensive approach delivered by a specialized interdisciplinary team, involve group sessions, and incorporate family and parent involvement. Interventions examined included behaviourally based prevention interventions focused on diet, increasing exercise, making lifestyle changes or any combination of these. These can be delivered by a primary care team in the office or through a referral to a formal program within or outside of primary care, such as hospital-based, schoolbased or community programs. (**Weak recommendation; moderate quality evidence: Systematische Übersicht von 16 RCTs, S. E42, E44, Appendix 3 in [2b-c]**)

Evidence Statements (ES) der National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Clinical guideline [CG43] Obesity prevention [3]:

„8. Prevention evidence summary: interventions for preschool children and family-based interventions (‘early years ’) (Section 3: 8.1, Table 8.1, p. 290)

Generalisability

ES15 2–5 years is a key time to establish good nutritional habits especially when parents are involved (**Grade 1+**).“

„15 Management of obesity in clinical settings

Lifestyle interventions in weight management and other outcomes in children and adolescents (Section 5a: 15.2.3, Table 15.3, p. 453-482)

ES2 In specialist weight management programmes, physical activity and diet combined are more effective in weight management in children aged 4–16 years, than diet alone (**Grade 1++**)

ES8 In specialist weight management programmes, behavioural treatment combined with physical activity and/or diet is effective in the treatment of obese children and adolescents aged 3–18 years (**Grade 1++**)

ES17 In specialist weight management programmes, behavioural treatment can improve self-control in regard to weight-related behaviours in children aged 5–13 years (**Grade 1+**)

ES = Evidence Statement“

Table 4.1 Levels of evidence for intervention studies

Level of evidence	Type of evidence
1++	High-quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
1+	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a low risk of bias)

NICE Guideline CG 43 Full Guideline, Section 1, p. 178.

Literaturverzeichnis

1. a. USPTF Statement <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2632511>,
b. Syst. Rev.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK476325/pdf/Bookshelf_NBK476325.pdf
2. a. Canadian Task Force Recommendations
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387033/pdf/1870411.pdf>,
b. Syst. Rev.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382035/pdf/cmajo.20140047.pdf>,
c. Appendices <https://www.cmajopen.ca/content/suppl/2015/02/24/3.1.E35.DC1>
3. NICE <https://www.nice.org.uk/guidance/cg43/evidence>



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf eine 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
Dokumentation – Kinder und Jugendliche)**

Datum	14.8.2024
Stellungnahme von	DEGAM

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Da die Effektivität eines strukturierten Behandlungsprogrammes in der Regelversorgung bei adipösen Kindern und Jugendlichen bisher unzureichend belegt ist, sollte die Akzeptanz, Nutzen und Aufwand des DMPs engmaschig sowie suffizient evaluiert und das Programm insgesamt daraufhin überarbeitet und ggf. auch in dieser Form eingestellt werden.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (<i>Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>)
1.2	Stellungnahme mit Begründung: wir schließen uns der Sichtweise von GKV.. an: erst ab diesem Alter ist eine entsprechende Aktive Teilnahme gut möglich. Jüngere Kinder werden regelmäßig im Rahmen der U-Untersuchungen und Schuleingangsuntersuchungen erfasst und beraten. Taille-Größen- Index bietet keine relevante Zusatzinformation in diesem Kontext
1.4.3	Stellungnahme mit Begründung: keine Aufnahme. Mit Volljährigkeit ist eine neue Entscheidung zur DMP-Teilnahme sinnvoll und keine routinemäßige Transition
1.5.1	Stellungnahme mit Begründung: Keine Benennung der motivierenden Gesprächsführung, da keine ausreichende Evidenz für deren besonders gute Wirksamkeit in diesem Kontext besteht und hier individuell zu entscheiden ist.
1.5.5.	Stellungnahme mit Begründung: keine Aufnahme des Hinweises zur Verordnungsfähigkeit, da sich dies durchaus ändern kann und je nach Begleiterkrankung durchaus eine GKV-Leistung sein kann
1.7.1	Stellungnahme mit Begründung: Ausnahmeregelung für weitere Kreise ist sinnvoll (s Begründung KBV)
1.7.3	Stellungnahme mit Begründung: keine explizite Aufnahme des Passus zu bariatrischer Chirurgie- dies ist die absolute Ausnahme bei dieser Altersgruppe, zumal es inzwischen gleichwertige medikamentöse Maßnahmen gibt, die reversibel sind

1.7.4	Stellungnahme mit Begründung: wie GKV...zusätzliche Berücksichtigung weiterer genannter Faktoren ist wichtig, ebenso Verweis an Beratungsangebote durch Rehaträger
3.2	Stellungnahme mit Begründung wie GKV: Verlängerungsmöglichkeit bis 21 ist sinnvoll

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf eine 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 Dokumentation – Kinder und Jugendliche)

Datum	12.08.2024
Stellungnahme von	AG Kinder- und Jugendgynäkologie/DGGG/DGKJ

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Berücksichtigung der Adipositas in Kindheit und Jugend auf Pubertätsentwicklung, Fertilität und Auswirkungen auf die Reproduktion

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
1.3.	Berücksichtigung der Adipositas auf die langfristige Fertilität und Auswirkungen auf die Reproduktion Änderungsvorschlag: c) Vermeidung von Folgeschäden der Adipositas-assoziierten Krankheiten und Komorbiditäten unter Berücksichtigung der Fertilität und Auswirkungen der Adipositas auf die nächste Generation und der vorzeitigen Sterblichkeit
1.4.	Pubertätsentwicklung und Menstruationszyklus nicht berücksichtigt Änderungsvorschlag: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen soll als chronische Erkrankung therapiert werden. Die Therapie soll dabei einen familienzentrierten und nicht stigmatisierenden Ansatz verfolgen, der die biologischen, sozialen und strukturellen Ursachen der Adipositas berücksichtigt. Entwicklungen der Pubertät und Menstruationszyklus bei weiblichen Betroffenen sollen berücksichtigt werden.
1.6	Pubertätsentwicklung und Menstruationszyklus bei Anamnese berücksichtigen Änderungsvorschlag: e) Pubertätsentwicklung und Menstruationszyklus bei weiblichen Jugendlichen
1.4.1	Pubertätsentwicklung und Menstruationszyklus bei Verlaufskontrollen berücksichtigt d) Berücksichtigung der weiteren Pubertätsentwicklung und des Menstruationszyklus bei weiblichen Jugendlichen



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf eine 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
Dokumentation – Kinder und Jugendliche)**

Datum	14.08.2024
Stellungnahme von	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), Essen in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE), Berlin

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Stellungnahme allgemein
<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 10. Juli 2024 den „Beschlussentwurf über eine 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 Dokumentation – Kinder und Jugendliche)“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.</p> <p>Hiermit nehmen wir als Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit dem Berufsverband Öcotrophologie e. V. (VDOE) die Gelegenheit zur Stellungnahme wahr.</p> <p>Zum o. g. Dokument, Stand 17.07.2024 [1] und unter Bezugnahme auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • die „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf [2]“ und • den „Abschlussbericht der IQWiG-Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche, Auftrag V21-07, Stand 18.08.2022 [3]“ sowie • die Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht der IQWiG-Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche, Auftrag V21-07, Stand 18.08.2022 [4] <p>bitten wir um Berücksichtigung folgender Vorbemerkungen, Kernbotschaften und Anmerkungen:</p>
Vorbemerkungen
<ol style="list-style-type: none"> 1. Überall, wo wir in unserer Stellungnahme die „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ erwähnen, sind Diätassistentinnen/Diätassistenten oder vergleichbar akademisch qualifizierte Ökotrophologinnen/Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen/Ernährungswissenschaftler bzw. Absolventinnen/Absolventen fachverwandter Studiengänge gemeint. Wir bitten darum, dass diese Definition im DMP Adipositas übernommen wird. 2. Wir weisen in unserer Stellungnahme auf eine neue Leitlinie [5] hin, die über die IQWiG-Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche Abschlussbericht [3] hinausgeht bzw. neuer ist und somit damals noch nicht inkludiert werden konnte. 3. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen <u>grün unterstrichen</u> hervorgehoben. 4. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL): Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation) vom 28. August 2023 hin.
Kernbotschaften
<ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Therapieoptionen mit entsprechender Evidenz [3, 5, 6], insbesondere die der immer noch gültigen bzw. fortbestehend relevanten ausländischen Leitlinien mit Grundlagen-Evidenz, genannt in der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und

Ernährungstherapie (AG EMET) zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4], müssen sich im DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche wiederfinden.

2. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche beschrieben werden.
3. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden.
4. Die Indikation Adipositas (bei Kindern und Jugendlichen) sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden.
5. Zusätzlich zum DMP-Adipositas – Kinder und Jugendliche ist eine umfassende Präventionspolitik nötig. Das vorrangige Ziel sollte sein, Übergewicht zu verhindern, statt Adipositas zu behandeln. Die Gesundheitspolitik wird aufgefordert die Rahmenbedingungen für eine gesunde Ernährung der Bevölkerung zur Vermeidung von Adipositas zu schaffen. [4, 7]. Es wird dringend gefordert, die Ernährungsstrategie der Bundesregierung in der Fläche zu implementieren und die erforderlichen finanziellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Allgemeine Anmerkungen

Wir begrüßen die Erweiterung des DMP Adipositas um ein speziell auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche ausgerichtetes DMP. Allerdings kritisieren wir den inkonsequenten Ansatz des Beschlussentwurfs hinsichtlich leitliniengestützter bedarfsorientierter Basisempfehlungen zur Ernährungsumstellung.

Die multimodale Basistherapie, bestehend aus Ernährung, Bewegung, Verhalten, sowie die adjuvante medikamentöse Therapie und auch die Nachsorge nach chirurgischen Maßnahmen sind leitliniengerechte Bestandteile einer multiprofessionellen Adipositasstherapie. **Diese Maßnahmen können wegen der aktuellen leistungsrechtlichen Limitationen nicht im Rahmen des DMP abgebildet werden.** Damit ist die vom Gesetzgeber eingeforderte, „leitliniengerechte und bedarfsorientierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas“ nicht gewährleistet.

Wir betonen erneut, dass es für eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit Adipositas **unumgänglich** ist, **die leistungsrechtlichen Beschränkungen aufzuheben.**

Erst wenn die leistungsrechtlichen Limitationen überwunden sind, kann eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas im Rahmen eines entsprechenden DMP Adipositas Kinder und Jugendliche sichergestellt werden.

Einbindung weiterer Fachdisziplinen:

Das DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche soll die Versorgung von Betroffenen durch die Strukturierung einer bedarfsorientierten Behandlung unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz verbessern [1, 2]. Im Beschlussentwurf [1] sind starke Leitlinienempfehlungen zur individuellen, **intensiven** Ernährungstherapie durch qualifizierte **Ernährungsfachkräfte** – wie beschrieben in der Stellungnahme der AG EMET zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4] – **nicht berücksichtigt.**

Während in den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas hinsichtlich Ernährung explizit qualifizierte Ernährungsfachkräfte gefordert werden [8, 9], wird für die Feststellung individueller Ziele der Ernährungsumstellung im

Beschlussentwurf [1] das Fachpersonal nicht berücksichtigt. Stattdessen soll dies Aufgabe der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes sein.

Dies widerspricht dem Verständnis kooperierender Zusammenarbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Sowohl im Positionspapier der AG EMET [10], in der Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland [9] als auch im Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Diätassistentengesetz – DiätAssG) [11] ist diese klar beschrieben und gefordert.

Nur die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und der vergleichbar qualifizierten akademischen Ernährungsfachkräfte kann mit der Patientin bzw. mit dem Patienten individuelle (messbare) Ziele zur Ernährungsumstellung feststellen und umsetzen, da diese als einzige explizit für diese Aufgabe ausgebildet ist. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens nach dem German-Nutrition Care Prozess (G-NCP)-Modell zum beruflichen Standard [8, 9, 11, 12]. Aus diesem Grund fordern wir, dass ausschließlich qualifizierte Ernährungsfachkräfte die im DMP Adipositas vorgesehenen Ernährungsinterventionen ausführen.

Es sollte daher beim DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche im interdisziplinären Rahmen strukturell zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften kooperiert werden, insbesondere auch bei der Zielsetzung zur Ernährungsumstellung, die die koordinierenden Ärztinnen/Ärzte im DMP dokumentieren und überprüfen.

Berücksichtigung individueller Aspekte der Ernährungsumstellung

Eine ergänzende individuelle/personbezogene Ernährungstherapie nach § 43 SGB V wäre eine rehabilitative Maßnahme oder nicht-ärztliche Hilfe im Sinne § 73 SGB V, Absatz 1.4 und damit beschrieben unter Punkt 1.7.1 im Beschlussentwurf [1].

Im Rahmen des DMP Adipositas muss es möglich sein, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt eine intensive individuelle Ernährungstherapie durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft nach § 43 SGB V als Satzungsleistung empfehlen kann. Nur so ist der elementare Bestandteil der Ernährungstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas gewährleistet.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die unimodale Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung hinzuweisen. Diese bietet eine ergänzende Leistung über das DMP hinaus.

Der Beschlussentwurf [1] enthält keine Angaben darüber, wie oft ein Kurs/eine Schulung in Anspruch genommen werden kann. Da es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung handelt, ist eine frühzeitige und nachhaltige Therapie notwendig. Dies führt dazu, dass es Kindern und Jugendlichen mit Adipositas in Bezug auf ihre Entwicklung zum Erwachsenwerden hin unbedingt ermöglicht werden muss, Ernährungsinterventionen (Schulungen, individuelle Ernährungsberatungen) regelmäßig zu erhalten.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (<i>Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>)
<p>IV. 1.2 Zeile 64, Seite 3</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p> <p>Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 4-5) [2]. Zudem die in der AG-EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 aufgeführten Guideline Statements [4], siehe Anhang 1. Zusätzlich weisen wir darauf hin, dass Kinder mit Adipositas mit großer Wahrscheinlichkeit auch als junge Erwachsene Übergewicht oder Adipositas haben. Eine deutsche bevölkerungsbasierte Längsschnittstudie bei > 51.000 Kindern von der Geburt bis zur Volljährigkeit zeigte, dass 90 Prozent der dreijährigen Kinder mit Adipositas auch als Jugendliche noch übergewichtig oder adipös waren [13]. Das Kleinkindalter vor der Einschulung ist eine kritische Phase, weshalb bei Kindern mit Adipositas schon in dieser Phase mit Interventionen gestartet werden sollte.</p> <p>Änderungsvorschlag: „In das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten <u>fünften</u> Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer Adipositas eingeschrieben werden, [...].“</p>
<p>IV. 1.2 Zeile 70-71, Seite 3</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p> <p>Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 5) [2]. Außerdem unsere Anmerkung/Befürwortung in der AG-EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 sowohl den Taillenumfang als auch die „waist-to-height-ratio (WHtR)“ zusätzlich zum BMI bzw. BMI-Perzentil als fakultative Parameter aufzunehmen [4], wie von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), der Deutschen Adipositas Gesellschaft e. V. (DAG), der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG), vom Berufsverband der Kinder und Jugendärzte e. V. (BVKJ), der Konsensusgruppe Adipositas Schulung für Kinder und Jugendliche e. V. (KgAS), von der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin e. V. (DGKM), und der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler e. V. (DGPK) in ihrer Stellungnahme zum Berichtsplan V21-07 [14] vorgeschlagen.</p>

<p>IV. 1.2 Zeile 70-71, Seite 3</p>	<p>Änderungsvorschlag: „Das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen wird anhand eines BMI über dem 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentil <u>oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5</u> definiert.“</p>
<p>IV. 1.2 Zeile 66-68, Seite 3 und alle weiteren Zeile in denen der Begriff vorkommt</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der DKG, KBV Betreuungspersonen Begründung: Erörterung der KBV und DKG in den Tragenden Gründen (S. 6) [2]. Sobald eine primär betreuende Person dem Kind nahesteht und sich immer zum Wohle des Kindes einsetzt, ist es zu befürworten, diese Person entsprechend der breiteren Definition „Betreuungsperson“ zu nennen.</p> <p>Änderungsvorschlag: „..., wenn die Kinder und Jugendlichen und, je nach Alter des teilnehmenden Kindes oder Jugendlichen, die <u>Betreuungspersonen</u>, aktiv an dem Programm mitwirken.“</p>
<p>IV. 1.3 Zeile 92, Seite 4</p>	<p>Stellungnahme: Es fehlt bei den Therapiezielen das Ziel, dass die Kinder und Jugendlichen körperlich genauso gut belastbar sind wie ihre Altersgenossen. Zudem ist das allgemeine Rehabilitationsziel „Steigerung der Teilhabe“ zu ergänzen. Begründung: Die körperliche Leistungsfähigkeit wird von der KgAS als eines der Behandlungsziele genannt [15]. Es ist ein für Kinder verständliches Ziel. Die anderen KgAS-Ziele werden schon durch den Text des Beschlussentwurfs [1] abgedeckt. Neben der Erhöhung der Lebensqualität sollte auch die Verbesserung der Teilhabe der Patientin oder des Patienten als langfristiges Ziel angestrebt werden [16].</p> <p>Änderungsvorschlag: Die Therapieziele sollten ergänzt werden mit: <u>„d) Steigerung der Teilhabe</u> <u>e) Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, wie bei den Altersgenossen.“</u></p>
<p>IV. 1.4.1 Zeile 109-110</p>	<p>Stellungnahme: Unter d) soll zusätzlich bei Medienkonsum die Sitzzeit erwähnt werden. Begründung: Die Begrenzung bzw. Reduktion vermeidbarer Sitzzeit ist ein wichtiger Bestandteil therapeutischer Ansätze und auch nicht gleichbedeutend mit Bewegungsmangel laut der Stellungnahme der AGA, DAG, DDG, des BVKJ, der DGKJ, der DGPK und der Deutschen Gesellschaft für</p>

<p>IV. 1.4.1 Zeile 109-110</p>	<p>Sportmedizin und Prävention e. V. (DGSP) zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4].</p> <p>Diesbezüglich weisen wir auch auf die WHO Guidelines on physical and sedentary behaviour 2020 [17a-b] und die deutschen Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [18] hin, die für Säuglinge und Kleinkinder, Kindergarten-, Grundschulkindern und Jugendliche Bewegungsempfehlungen sowie spezielle Empfehlungen zu sitzenden Tätigkeiten, insbesondere zur Reduktion des Bildschirmmedienkonsums auf ein Minimum, enthalten.</p> <p>Änderungsvorschlag: „d) Bewegungsgewohnheiten (insbesondere körperliche Inaktivität, - zum Beispiel Medienkonsum/<u>Sitzzeit</u>) sowie Mobilität und körperliche Belastbarkeit,“</p>
<p>IV. 1.4.2 Zeile 134-140, Seite 5</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Laut 1.4.2 Therapieplanung und 1.5.2 Ernährung, S. 6 [1], soll die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten und den Betreuungspersonen eine Therapieplanung mit „individuellen“ Zielen zur Ernährungsumstellung erstellen, im Verlauf regelmäßig überprüfen und gegebenenfalls anpassen. Wie unter den Allgemeinen Anmerkungen bemerkt, steht dies im Widerspruch mit den per Gesetz festgelegten Aufgaben der Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten [11] bzw. vergleichbar qualifizierter Ernährungsfachkräfte. Wir plädieren gemäß Vereinbarungen zur Qualitätssicherung für die Kooperation zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften [9, 10].</p> <p>Änderungsvorschlag: „Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt soll <u>in Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft und der Patientin oder dem Patienten und den Betreuungspersonen</u> eine Therapieplanung mit individuellen Zielen, insbesondere zur Ernährungsumstellung und zu Bewegung im Alltag erstellen. Es soll darauf geachtet werden, dass die individuell gesetzten Ziele für die Patientin oder den Patienten realistisch und erreichbar sind. Dies können auch solche sein, die nicht unmittelbar auf eine Gewichtsreduktion abzielen. Die <u>in Einzelberatung mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft definierten individuellen/personbezogenen Therapieziele</u> sollen im Verlauf regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.“</p>
<p>IV. 1.4.3 Zeile 140, Seite 5-6</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p> <p>Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 8) [2].</p>

<p>IV. 1.4.3 Zeile 140, Seite 5-6</p>	<p>Änderungsvorschlag: Text der PatV unter 1.4.3 Transition: „Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, soll die nahtlose Überleitung für Jugendliche in das DMP Adipositas Erwachsene gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin sowie mit den <u>Betreuungspersonen bzw. relevanten Personensorgeberechtigten</u> geplant und strukturiert gestaltet werden. Für Jugendliche, die im DMP Adipositas Kinder und Jugendliche eingeschrieben waren, ist das Vorliegen von Komorbiditäten keine Voraussetzung für die Teilnahme am DMP Adipositas Erwachsene.“</p>
<p>IV. 1.5.1 Zeile 147-148, Seite 6</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine Änderung der Ernährung kann eine qualitative und/oder eine quantitative Änderung der Ernährungsweise sein.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Die Basismaßnahmen umfassen <u>qualitative und/oder quantitative Änderungen der Ernährungsweise</u>, eine Steigerung der körperlichen Aktivität und Verhaltensmodifikationen.“</p>
<p>IV. 1.5.1 Zeile 152-154, Seite 6</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV, unter dem Vermerk, dass die motivierende Gesprächsführung von allen Leistungserbringern bei den Empfehlungen angewendet werden sollte.</p> <p>Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 8) [2].</p> <p>Änderungsvorschlag: „Unabhängig von der Schulung gelten die Empfehlungen zu Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikationen gemäß 1.5.2 bis 1.5.4, <u>die durch motivierende Gesprächsführung von den entsprechenden Leistungserbringern vermittelt werden sollen.</u>“</p>
<p>IV. 1.5.2 Zeile 161-170, Seite 6</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die Schulung formt die Basis. Wir plädieren dafür, dass, in Übereinstimmung mit der AG EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4], Kinder und Jugendliche bei entsprechender Indikation intensive Einzelfamilienberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erhalten können.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Wenn bei Kindern und Jugendlichen eine Ernährungsumstellung erfolgt, soll <u>grundsätzlich</u> auch die Familie/Betreuungspersonen (siehe unter Punkt IV. 1.2, dieser Stellungnahme) mit einbezogen werden, da die Familie insbesondere bei der Langzeitadhärenz eine wesentliche Rolle spielt. <u>Jede Patientin und jeder Patient soll bei entsprechender Indikation, zusätzlich zur Gruppenschulung und in enger Abstimmung mit der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt,</u></p>

<p>IV. 1.5.2 Zeile 161-170, Seite 6</p>	<p><u>Ernährungstherapie (unimodal) bei Bedarf im häuslichen Umfeld durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft mit individualisierten/personen- und familienbezogenen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten erhalten.“</u></p>
<p>IV 1.5.3 Zeile 212-227, Seite 10</p>	<p>Stellungnahme und Begründung: Es fehlt im Beschlussentwurf unter 1.5.3 Bewegung die Konkretisierung der Verringerung von körperlich passiver bzw. sitzender Beschäftigung beispielsweise am Computer und bei TV- bzw. Medienkonsum. Siehe hierzu die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2017 [18].</p> <p>Änderungsvorschlag: „Primäres Ziel der bewegungsbezogenen Maßnahmen bei Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist die Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag bei einer gleichzeitigen Verringerung von körperlich passiver bzw. sitzender Beschäftigung beispielsweise am Computer und bei TV- bzw. Medienkonsum <u>nach den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2017:</u> <u>Vermeidbare Sitzzeiten durch Bildschirmmedienkonsum:</u> <u>Kindergartenkinder: so wenig wie möglich, maximal 30 Minuten/Tag</u> <u>Grundschul Kinder: so wenig wie möglich, maximal 60 Minuten/Tag</u> <u>Jugendliche: so wenig wie möglich, maximal 120 Minuten/Tag.“</u></p>
<p>IV. 1.5.4 Zeile 198-199, Seite 7</p>	<p>Stellungnahme und Begründung: Es sollte beim DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche im interdisziplinären Rahmen strukturell zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften kooperiert werden, damit Ernährungsfachkräfte mit der Patientin oder mit dem Patienten und ihren/seinen Betreuungspersonen ein flexibel-kontrolliertes Verhalten einüben können. Die Forderung von Ernährungsfachkräften für die Ernährungstherapie entspricht dem Positionspapier der AG EMET [10] und den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas [9].</p> <p>Änderungsvorschlag: „In Bezug auf das Essverhalten ist die Einübung eines flexibel-kontrollierten Verhaltens <u>unter Anleitung einer qualifizierten Ernährungsfachkraft</u> langfristig effektiver als eine rigide Verhaltenskontrolle.“</p>
<p>IV. 1.5.5 Zeile 199, Seite 7</p>	<p>Stellungnahme: Zum Thema adjuvante medikamentöse Therapie gehen wir konform mit der gemeinsamen Stellungnahme der AGA, DAG, DDG, DGKJ, der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -Diabetologie e. V. (DGPAED), des BVKJ, der KgAS, der DGSP, der Deutschen Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen e. V. (DGÖG) und der Deutschen</p>

<p>IV. 1.5.5 Zeile 199, Seite 7</p>	<p>Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit und Bevölkerungsmedizin e. V. (DGÖGB) zu diesem Beschlussentwurf:</p> <p><i>„Das DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche hat die gültigen Leitlinien, sowie darüber hinaus die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zur Grundlage. Da der Leitlinienprozess von der Evidenzgewinnung bis zur Abstimmung 1-2 Jahre dauert, müssen deshalb in Themenfeldern mit einer sehr dynamischen Entwicklung aktuelle hochwertige Studien zusätzlich berücksichtigt werden.</i></p> <p><i>Dem wurde für die seltenen monogenen Adipositasformen entsprochen (G-BA-Beschluss 1/2022: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8453/2022-01-20_AM-RL-II_Setmelanotide.pdf), nicht jedoch für die Anwendung von GLP1-Rezeptor-Agonisten bei Jugendlichen ab 12 Jahren. Sowohl für Liraglutide, als auch für Semaglutide liegt eine Zulassung der EMA vor (Adipositas und > 60 kg) [22, 23], allerdings wurde vom G-BA für Semaglutide ein gegenteiliger Beschluss gefasst [24], da die Kostenübernahme durch die GKV nicht mit § 34 Abs. 1 Satz 8 SGB V vereinbar sei.</i></p> <p><i>Nun gibt es jedoch für beide Substanzen (Liraglutide, Semaglutide) bereits systematische Reviews und Metaanalysen, die Risiko und Nutzen dieser zusätzlichen medikamentösen Adipositas-Therapie für Jugendliche ab 12 Jahren untersuchen und die Wirksamkeit eindeutig belegen, nicht nur bezogen auf die Gewichtsreduktion, sondern auch bezogen auf die Komorbiditäten [25, 26].</i></p> <p><i>Mit dem Verständnis, dass es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung handelt, muss auch diese Evidenz in die Therapieplanung einbezogen werden. Die unterzeichnenden Fachgesellschaften schlagen deshalb vor, entsprechend der europäischen Zulassungen eine zusätzliche medikamentöse Therapie mit GLP1-Rezeptor-Agonisten für Jugendliche ab 12 Jahren (> 60 kg) und einer Adipositas per magna (BMI > 99.5 Perzentile) bzw. einer Adipositas (BMI > 97. Perzentile) und bereits bestehenden Begleiterkrankungen zu ermöglichen, falls alleine durch eine Lebensstilintervention keine BMI-Stabilisierung bzw. -Abnahme erreicht werden konnte.“</i></p> <p>Der VDD und der VDOE ergänzen jedoch, dass eine adjuvante medikamentöse Therapie zwingend ernährungstherapeutisch durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft begleitet werden muss.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie</p> <p><u>Die medikamentöse Therapie mit GLP1-Rezeptor-Agonisten – zusätzlich zur multimodalen Basistherapie – sollte für Jugendliche ab 12 Jahren (> 60 kg) und Adipositas spezialisierten Zentren vorbehalten bleiben unter engmaschiger Beobachtung klinischer, anthropometrischer, metabolischer und weiterer Parameter. Ergänzend sollte eine ernährungstherapeutische Begleitung durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft integraler Bestandteil sein. Es besteht die Pflicht zur Verlaufsdokumentation. Nach zwei Jahren erfolgt eine unabhängige wissenschaftliche Bewertung.</u></p>

<p>IV. 1.5.6 Zeile 200, Seite 7-8</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV mit einer Textergänzung an.</p> <p>Begründung: Erörterung der DKG und PatV in den Tragenden Gründen (S. 11) [2] und die S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes und Jugendalter der AGA, DAG und DGKJ 2019 [6].</p> <hr/> <p>Änderungsvorschlag: Text der DKG und PatV unter 1.5.6 Chirurgische Therapie: „Bei ausgeschöpfter oder aussichtsloser konservativer Therapie kann bei Jugendlichen mit einer extremen Adipositas ($\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$) eine Adipositas-chirurgische Maßnahme in Erwägung gezogen werden, wenn mindestens eine erhebliche somatische oder psychosoziale Komorbidität besteht (z. B. Schlafapnoe-Syndrom, Typ-2-Diabetes mellitus). Ab einem $\text{BMI} \geq 50 \text{ kg/m}^2$ kann eine Adipositas-chirurgische Maßnahme in Erwägung gezogen werden, auch wenn keine Komorbidität besteht. Die Indikationsstellung für eine Adipositas-chirurgische Maßnahme bei einem Jugendlichen mit extremer Adipositas soll nur nach sorgfältiger Einzelfallprüfung gemäß den geltenden Leitlinien erfolgen. Die Indikation soll durch ein interdisziplinäres, auf dem Gebiet der extremen Adipositas bei Jugendlichen erfahrenes Team gestellt werden. In Abhängigkeit von der Art der chirurgischen Intervention sind auf die Notwendigkeit einer <u>vorbereitenden Aufklärung über eine erforderliche Ernährungsumstellung und deren Einübung, die von einer qualifizierten Ernährungsfachkraft als Teil eines interdisziplinäres Teams eines spezialisierten Zentrums begleitet werden muss, und auf die lebenslange Nachsorge hinzuweisen. Dabei ist zu beachten, dass es in Deutschland bislang kein langfristiges allgemeingültiges Nachsorgeprogramm gibt, welches durch die Kostenträger im Gesundheitssystem entsprechend vergütet wird“</u></p>
<p>IV. 1.6 Zeile 216-255, Seite 8</p>	<p>Stellungnahme und Begründung: Unter 1.6 Verlaufsuntersuchungen fehlen die Untersuchungen Taillenumfang und Taille-Größe Index als logische Folge des Vorschlags der PatV unter 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe, Zeile 68-71 [1], und als relevante Information für (die Einschätzung des Erfolgs) der Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, wie auch empfohlen in der niederländischen Leitlinie 2023 [5] für Kinder/Jugendliche.</p>

<p>IV. 1.6 Zeile 216-255, Seite 8</p>	<p>Änderungsvorschlag: „Zur weiterführenden Untersuchung auf Adipositas-assoziierte Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen können folgende Untersuchungen in größeren Zeitintervallen in Erwägung gezogen werden: [...] <u>c) Jährliche Messung des Taillenumfangs mit Berechnung des Taille-Größe-Index“</u></p>
<p>IV. 1.7 Zeile 228-231, Seite 9</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Bei der Kooperation der Versorgungsketten sehen wir Ergänzungsbedarf, und zwar hinsichtlich des Bereichs „Ernährungsberatung/-therapie“. Diese ist bisher nicht vorgesehen, obwohl sie laut Leitlinien zum multimodalen Ansatz gehört [5-6].</p> <p>Änderungsvorschlag: Eine entsprechende Ergänzung bei 1.7.2 wird vorgeschlagen, siehe unten.</p>
<p>IV. 1.7.1 Zeile 233-237, Seite 9</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns den Vorschlägen der KBV und PatV mit einer Textergänzung an.</p> <p>Begründung: Erörterung der KBV und PatV in den Tragenden Gründen (S. 13-14) [2]. Die Angabe von nur „§ 73 SGB V“ in Zeile 234, S. 9, ist sehr oberflächlich. Dadurch wird (auf Anhieb) nicht deutlich, dass die koordinierende Kinder- und Jugendärztin oder der koordinierende Kinder- und Jugendarzt bei Bedarf auch präventive und rehabilitative Maßnahmen einleiten oder nichtärztliche Hilfe und flankierende Dienste wie ergänzende individuelle/personbezogene Ernährungstherapie (nach §43 SGB V) in die Behandlungsmaßnahmen integrieren kann. Hier befürworten wir eine Ergänzung mit § 73 Abs. 1.4 und Abs. 2.5.</p> <p>Änderungsvorschlag: Text der KBV und PatV unter 1.7.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt: „Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt, insbesondere durch die Kinder- und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt, sowohl mit als auch ohne Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung, im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. <u>Insbesondere sind diesbezüglich Absatz 1.4: „die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen“ und Absatz 2.5: „Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ erwähnt.“</u></p>

<p>IV. 1.7.1 Zeile 233-237, Seite 9</p>	<p>In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter eine entsprechend qualifizierte Fachärztin oder einen entsprechend qualifizierten Facharzt mit Bezug zu Kinder- und Jugendmedizin oder eine entsprechend qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen <u>entsprechend § 73 SGB V</u> im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt.“</p>
<p>IV. 1.7.2 Zeile 245-248, Seite 9</p>	<p>Stellungnahme: Unter 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren soll Punkt 1.7.2 um den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ ergänzt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: „1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten <u>und/oder eine Zuweisung zu einer qualifizierten Ernährungsfachkraft.</u>“</p>
<p>IV. 1.7.3 Zeile 271, Seite 10</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV. Begründung: Erörterung der DKG und PatV in den Tragenden Gründen (S. 15) [2].</p> <p>Änderungsvorschlag: Text der DKG und PatV unter 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus: „Eine Indikation zur stationären Behandlung besteht bei Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter insbesondere für die Durchführung einer Adipositas-chirurgischen Maßnahme. Darüber hinaus entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.“</p>
<p>IV. [DKG, PatV 1.7.4] Zeile 277, Seite 10</p>	<p>Stellungnahme: Wir befürworten den Vorschlag der GKV-SV, DKG, KBV.</p> <p>Änderungsvorschlag: Text der GKV-SV, DKG und KBV unter [DKG, PatV 1.7.4]: „Der BMI-Perzentilenwert allein ist für die Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht ausreichend. Wesentlich ist die Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen.“</p>

<p>IV. [DKG, PatV 1.7.4] Zeile 287, Seite 11</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der GKV-SV, DKG, KBV.</p> <p>Begründung: Dieser Vorschlag ist konkreter formuliert.</p>
<p>IV. 2 Zeile 290-291, Seite 11</p>	<p>Stellungnahme und Begründung: Es wird im Beschlussentwurf nicht deutlich wie die individuellen Ziele zum Ernährungsverhalten operationalisiert werden sollen. Der Hinweis auf § 2 der DMP-A-RL ist nicht ausreichend. Die in bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen beschriebene sektorenübergreifende Kooperation [9, 10] bei der Feststellung von individuellen Zielen wird nicht deutlich.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt. <u>Auf der Grundlage der bereits bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen Versorgungssektoren wird die Kooperation der koordinierenden Kinder- und Jugendärztin/des koordinierenden Kinder- und Jugendarztes mit den jeweiligen Fachkräften wie qualifizierte Ernährungsfachkräfte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beim Feststellen der individuellen Ziele, im Rahmen des sektorenübergreifenden Ansatzes, hervorgehoben.</u>“</p>
<p>IV. 3.2 Zeile 304-307, Seite 12</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p> <p>Begründung: Siehe unsere Begründung zu IV. 1.2, Zeile 64, Seite 3 des Beschlussentwurfs [1] in dieser Stellungnahme.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Versicherte mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter können ab der Vollendung des <u>fünften</u> Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn sie die in Nummer 1.2 genannten Kriterien erfüllen.“</p>
<p>IV. 3.2 Zeile 315, Seite 13</p>	<p>Stellungnahme und Begründung Wir schließen uns hier GKV-SV, PatV an.</p>

<p>IV. 3.2 Zeile 315, Seite 13</p>	<p>Änderungsvorschlag: Text der GKV-SV, PatV: „In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob im Einzelfall eine Teilnahme über das 18. Lebensjahr hinaus sinnvoll ist. Die Teilnahme endet spätestens mit der Vollendung des 21. Lebensjahres. Eine Einschreibung in dieses DMP ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht möglich.“</p>
<p>IV. 4.2 Zeile 328-333, Seite 13</p>	<p>Stellungnahme und Begründung: Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote (intensivierte Stufe durch qualifizierte Ernährungsfachkraft), in Übereinstimmung mit Qualitätssicherungsvereinbarungen [9, 10] informiert werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten <u>und über begleitende und ergänzende Angebote durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte informiert werden.</u>“</p>
<p>Anlage 26 Lfd. Nr. 4a + 4b Seite 15</p>	<p>Stellungnahme und Begründung: Für die Dokumentation der therapeutischen Maßnahmen ist es wichtig zu wissen, ob eine Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt ist.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u>“ „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung seit der letzten Dokumentation. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u>“</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]

1. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6299/2023-11-16_DMP-A-RL_Anlage-2-23-24-Adipositas_BAnz.pdf
2. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10235/2023-11-16_DMP-A-RL_Anlage-2-23-24-Adipositas_TrG.pdf
3. https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_abschlussbericht_v1-0.pdf
4. https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_da-vorbericht_v1-0.pdf

5. [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen/startpagina richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht%20en%20obesitas%20bij%20volwassenen%20en%20kinderen/startpagina%20richtlijn%20overgewicht%20en%20obesitas%20bij%20volwassenen%20en%20kinderen.html) („Download richtlijn“ anklicken, „Genereer“ anklicken). Die PDF-Datei wurde dem G-BA schon mit der VDD-Stellungnahme zum Beschlussentwurf DMP Adipositas Ende August 2023 zugeschickt.
6. https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002I_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf
7. https://www.dank-allianz.de/files/content/dokumente/00_MTD_DD_G_Brosch%C3%BCre_DANK_2021_kompl_09_0321%20kleiner.pdf
8. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmit_tel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20220421_Lesefassung_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf
9. <https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/gs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf>
10. https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf
11. https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/Di%C3%A4tAssG.pdf
12. Ohlrich-Hahn S, Buchholz D. Der German-Nutrition Care Prozess (G-NCP) mit besonderem Fokus auf die Ernährungsberatung: Update 2022. Ernährungs Umschau 2022; 69(12): M668-M77. DOI: 10.4455/eu.2022.038. Die PDF-Datei wurde dem G-BA schon mit der VDD-Stellungnahme zum Beschlussentwurf DMP Adipositas Ende August 2023 zugeschickt.
13. Geserick M, Vogel M, Gausche R, Lipek T, Spielau U, Keller E, et al. Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. N Engl J Med 2018;379(14):1303-12. DOI: 10.1056/NEJMoa1803527 <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1803527>
14. https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_da-berichtsplan_v1-0.pdf
15. <https://www.adipositas-schulung.de/fuer-eltern-familien/wie-wird-uebergewicht-bei-kindern-und-jugendlichen-behandelt/>
16. Prietzel M. Leistungen zur Teilhabe. Studententext Nr. 12, Stand 2024. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachliteratur_Kommentare_Gesetzestexte/Studententexte/Reha-Recht/12_leistungen_zur_teilhabe.html
17. a. WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour 2020 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1>
 b. WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour: Web Annex. Evidence profiles <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336657/9789240015111-eng.pdf>
18. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf

Anhang 1

Die in unserer AG-EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 aufgeführte Guideline Statements: zum Punkt IV. 1.2, Zeile 64, Seite 3 im Beschlussentwurf.

US Preventive Services Task Force (USPSTF) Recommendation Statement 2017 [1a-b]:

„The USPSTF recommends that clinicians screen for obesity in children and adolescents 6 years and older and offer or refer them to comprehensive, intensive behavioral interventions to promote improvements in weight status (B recommendation)“

„FINDINGS Comprehensive, intensive behavioral interventions (≥ 26 contact hours) in children and adolescents 6 years and older who have obesity can result in improvements in weight status for up to 12 months; there is inadequate evidence regarding the effectiveness of less intensive interventions. The harms of behavioral interventions can be bounded as small to none, and the harms of screening are minimal. Therefore, the USPSTF concluded with moderate certainty that screening for obesity in children and adolescents 6 years and older is of moderate net benefit.“

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care (2015) [2a-c]

Management of overweight and obesity

„These recommendations apply to children and youth 2 to 17 years of age who are overweight or obese. Children and youth with health conditions for which weight management is inappropriate are excluded.“

„We recommend that primary care practitioners offer or refer to structured behavioural interventions† aimed at healthy weight management.“

„†Structured behavioural interventions are intensive behavioural modification programs that involve several sessions that take place over weeks to months, follow a comprehensive approach delivered by a specialized interdisciplinary team, involve group sessions, and incorporate family and parent involvement. Interventions examined included behaviourally based prevention interventions focused on diet, increasing exercise, making lifestyle changes or any combination of these. These can be delivered by a primary care team in the office or through a referral to a formal program within or outside of primary care, such as hospital-based, schoolbased or community programs. (**Weak recommendation; moderate quality evidence: Systematische Übersicht von 16 RCTs, S. E42, E44, Appendix 3 in [2b-c]**)

Evidence Statements (ES) der National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Clinical guideline [CG43] Obesity prevention [3]:

„8. Prevention evidence summary: interventions for preschool children and family-based interventions (‘early years’) (Section 3: 8.1, Table 8.1, p. 290)

Generalisability

ES15 2–5 years is a key time to establish good nutritional habits especially when parents are involved (**Grade 1+**).“

„15 Management of obesity in clinical settings

Lifestyle interventions in weight management and other outcomes in children and adolescents (Section 5a: 15.2.3, Table 15.3, p. 453-482)

ES2 In specialist weight management programmes, physical activity and diet combined are more effective in weight management in children aged 4–16 years, than diet alone (**Grade 1++**)

ES8 In specialist weight management programmes, behavioural treatment combined with physical activity and/or diet is effective in the treatment of obese children and adolescents aged 3–18 years (**Grade 1++**)

ES17 In specialist weight management programmes, behavioural treatment can improve self-control in regard to weight-related behaviours in children aged 5–13 years (**Grade 1+**)

ES = Evidence Statement“

Table 4.1 Levels of evidence for intervention studies

Level of evidence	Type of evidence
1++	High-quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
1+	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a low risk of bias)

NICE Guideline CG 43 Full Guideline, Section 1, p. 178.

Literaturverzeichnis

1. a. USPTF Statement <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2632511>,
b. Syst. Rev.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK476325/pdf/Bookshelf_NBK476325.pdf
2. a. Canadian Task Force Recommendations
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387033/pdf/1870411.pdf>,
b. Syst. Rev.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382035/pdf/cmajo.20140047.pdf>,
c. Appendices <https://www.cmajopen.ca/content/suppl/2015/02/24/3.1.E35.DC1>
3. NICE <https://www.nice.org.uk/guidance/cg43/evidence>



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf eine 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
Dokumentation – Kinder und Jugendliche)**

Datum	14.08.2024
Stellungnahme von	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V.

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>Der Gesetzgeber hat den G-BA mit der Ausarbeitung eines DMP Adipositas für alle Betroffenen zu entwickeln.</p> <p>Der Trennung in zwei Teile – zum einen für Erwachsene und zum anderen für Kinder und Jugendliche – können wir Einiges abgewinnen, denn Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und so kann den besonderen Bedürfnissen der Heranwachsenden besser Rechnung getragen werden.</p> <p>Wenn das im Ergebnis dazu führt, dass durch unterschiedliche gewählte Einschlusskriterien und einen schlecht oder gar nicht definierten Übergang, Betroffene durchs Raster fallen, dann ist das am Ende gleichbedeutend damit, dass der Auftrag des Gesetzgebers nicht vollständig erfüllt wird.</p> <p>Auf die hierzu relevanten Stellen gehen wir unten im Einzelnen ein.</p> <p>In Bezug auf die weiteren Punkte schließen wir uns der Patientenvertretung an und machen uns deren Begründungen zu eigen.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (<i>Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>)
Zu 1.2. Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Leider ist es eine Tatsache, dass aus dicken Kindern in der Regel dicke Erwachsene werden. Die Hoffnung, dass sich das Übergewicht „verwächst“ ist im Allgemeinen nicht gerechtfertigt, so Antje Körner, Professorin für Pädiatrische Forschung an der Uni Leipzig.</p> <p>Eine Studie ab mehr als 51.000 Kindern belegt das eindrücklich. 1 https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1803527?query=TOC</p> <p>Daraus folgt, dass möglichst früh, insbesondere aber vor der Einschulung, eine Teilnahme am DMP ermöglicht werden soll.</p> <p>Die Leitlinie sieht hierbei in Empfehlung 2 vor, dass dies bereits ab dem fünften Lebensjahr erfolgen soll.</p> <p>2 https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002I_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf S.23</p> <p>Für dieses Alter geeignete Programme gibt es.</p> <p>Da in den Einschlusskriterien ohnehin die „Fähigkeit und Motivation der Kinder“ vorausgesetzt wird, ist eine Altersbegrenzung ab 8 Jahren nicht notwendig. Nicht die Richtlinie sollte hier die Vorgabe machen, sondern die individuelle Betrachtung des einzelnen Kindes.</p> <p>Folgerichtig wird eine untere Altersschranke von fünf Jahren vorgeschlagen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>In das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten fünften Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr [...]eingeschrieben werden</p>
Zu 1.4.3 Transition	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Bei Adipositas handelt es sich um eine chronische Erkrankung.</p> <p>Das Gewicht mag sich durch das DMP verringern, die Anlage der zugrunde liegenden Krankheit verschwindet aber nicht.</p> <p>Sieht man im Bereich der Adipositas das DMP für Kinder und Jugendliche und das DMP für Erwachsene als zwei voneinander völlig unabhängige Programme ohne definierten Übergang, dann besteht die reale Gefahr, dass eingeschriebene Kinder und Jugendliche durchs Raster fallen.</p>

	<p>Läuft das DMP für Jugendliche mit Erreichen der oberen Altersgrenze aus, und war das Programm soweit erfolgreich, dass kein BMI von 35 (oder 30 plus definierte Begleiterkrankungen) vorliegt, sind die Einschlusskriterien für das Erwachsenen-DMP nicht erfüllt (unabhängig davon, ob das jetzt mit 18 oder 21 erfolgt).</p> <p>Das DMP fällt weg, die Adipositas bleibt.</p> <p>Es scheint beinahe darauf angelegt zu sein, abzuwarten bis das Gewicht zurückkehrt und sich weitere Begleiterkrankungen einstellen, um den dann erwachsenen Patienten wieder einschreiben zu können.</p> <p>Das widerspricht explizit dem Auftrag des Gesetzgebers, der eine dauerhafte Versorgung von Menschen mit Adipositas im Auge hatte, als er den G-BA mit der Entwicklung des DMP beauftrag hat.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Aufnahme des Abschnitts 1.4.3 Transition wie von der PatV vorgeschlagen.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]

1 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1803527?query=TOC>

2 https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002I_S3_Therapie-Prävention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf eine 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
Dokumentation – Kinder und Jugendliche)**

Datum	14.08.2024
Stellungnahme von	Deutsche Diabetes Föderation e.V., Berlin

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Als Dachverband der Diabetes-Selbsthilfe danken wir für die Möglichkeit einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf einer Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL): Änderungen der Anlagen 2, 23 und 24 sowie Ergänzung der Anlage 25 (DMP Adipositas Kinder und Jugendliche) und der Anlage 26 (Adipositas Dokumentation – Kinder und Jugendliche).
Wir nehmen wie folgt Stellung:
<p>Der Beschlussentwurf ist samt der ihn tragenden Gründe insgesamt aufzuheben und zur völligen Neufassung an die dafür zuständigen Gremien zurück zu verweisen.</p> <p>Dies begründen wir wie folgt:</p> <p>Der Beschlussentwurf bezieht sich im Wesentlichen auf die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) aus 2019. Wissenschaftliche Grundlage für die Erstfassung der Anforderungen an DMP Adipositas Kinder und Jugendliche ist insbesondere die „Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche“ des IQWiG vom 18. August 2022. Weiterhin werden Referenzwerte für Kinder und Jugendliche in Deutschland herangezogen, die 2001 für die AGA publiziert und im Altersbereich von 15-18 Jahren aktualisiert wurden. Durch die in diesem Altersbereich vorgenommene Zusammenführung der AGA-Daten und der Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Allerdings stammt die für diese Leitlinien AGA 2019 herangezogene Primärliteratur (52 Quellen von 36 Arbeitsgruppen) aus den Jahren 1980 bis 2015 mit einem mittleren Veröffentlichungsjahr von 1997! Dies heißt, dass die Quellen für die heutige und künftige Versorgung von adipösen Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Mittel 27(!) Jahre alt sind.</p> <p>Inhaltlich folgt der Beschlussentwurf ausdrücklich den Grundsätzen von evidenzbasiertem Vorgehen (EbM). Das IQWiG berücksichtigt zwar nach eigenem Bekunden ausschließlich evidenzbasierte Leitlinien, die nicht älter als 5 Jahre sind, jedoch werden das Alter und der Zustand der Primärdatenlage nicht ausreichend bewertet. So werden, wie oben dargelegt, Primärquellen herangezogen, die teilweise älter als 30 Jahre sind. Dies ist im Umgang mit Kindern und Jugendlichen eine nicht akzeptierbare Vorgehensweise. Der Unterausschuss DMP hat am 7. Juli 2021 mit der Erstellung der Anforderungen an DMP Adipositas begonnen. Mithin ist der Beschlussentwurf also nicht nur bereits in einem langwierigen Prozess verhaftet, er basiert auch auf einer evidenzbasierten Datenlage, die befürchten lässt, dass moderne Erkenntnisse der klinischen Praxis, insbesondere auch unter Nutzung digitaler Auswertemöglichkeiten und Patientenerfahrungen, weitgehend ausgeblendet werden und unberücksichtigt bleiben.</p> <p>Nur so können wir uns erklären, dass allen Ernstes in einem offiziellen Papier des G-BA im Jahr 2024 (!) zum sehr gravierenden Thema Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ein Streit zwischen Patientenvertretung einerseits und GKV-SV, DKG und KBV andererseits darüber entsteht, ab welchem Lebensalter bei Kindern mit dem Kampf gegen Adipositas begonnen werden soll: Mit 8 Jahren (weil das mal in irgendwelchen EbM- Leitlinien stand) oder mit 5 Jahren, weil die Kinder immer früher Konsumenten von dick-machenden Lebensmitteln und durch den Medienkonsum</p>

immer früher Verweigerer von gesundem Lebensverhalten einschließlich einer ausreichenden Bewegung werden.

In der Folge dieses Konfliktes entsteht ein weiterer, fast schon skurriler Streit zur Frage, ob bei Minderjährigen am DMP aktiv der enger gefasste Kreis der „Personensorgeberechtigten“ oder zeitgemäß der weiter gefasste Kreis der „Betreuungspersonen“ mitwirken sollen.

Noch grotesker wird es, wenn sich im Jahre 2024 ein offizielles Papier des G-BA ernsthaft mit der Frage befasst, ob das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen anhand eines BMI über dem 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentil oder anhand eines Taille-Größe Index $> 0,5$ festgelegt wird.

Um die seltsamen Beispiele einer aus unserer Sicht unerträglichen Auseinandersetzung zwischen GKV-SV, DKG, KBV und Patientenvertretung abzurunden, sei auf die den Konflikt verwiesenen zur sog. „Transition“: man streitet sich, ob es eine nahtlose Überleitung für Jugendliche in das DMP Adipositas Erwachsene gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin sowie mit relevanten Personensorgeberechtigten geplant und strukturiert geben soll.

Vollends tragisch und keinesfalls akzeptabel ist jedoch, dass im Beschlussentwurf unter 1.5 ab Zeile 142 als Therapeutische Maßnahmen neben den sog. „Basismaßnahmen des Adipositasmanagements“ wie Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation von der Patientenvertretung und der DKG die „medikamentöse“ und sogar die „chirurgische Therapie“ gefordert werden – bei Jugendlichen! Dies kann keinesfalls so akzeptiert werden.

Da Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in aller Regel auf falsche Ernährung und Bewegungsmangel zurückzuführen ist, halten wir es als Patientenvertreter für Menschen mit Diabetes für dringend geboten, den Hebel viel früher und an ganz anderen Stellen anzusetzen. Anstelle eines 16 Seiten mit 383 Zeilen umfassenden Beschlusstextes und der ihn „Tragenden Gründe“ auf 35 Seiten mit ganzen 759 Zeilen brauchen wir einen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Ansatz außerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, weil Adipositas bei Kindern und Jugendlichen keine Krankheit sondern eine Konsequenz eines falschen Lebenswandels ist (Ausnahme natürlich Kinder mit hormonellen Störungen und genetischen Syndromen). Die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen muss auch im Hinblick auf die Folgewirkungen und die Folgekosten in den Mittelpunkt jeder gesundheitspolitischen Arbeit gerückt werden durch konsequente Reduzierung des Zugangs von Kindern und Jugendlichen zu ungesunden Lebens- und Genussmitteln, durch starke politische Eingriffe in die Werbung und den Verkauf solcher Lebens- und Genussmittel und durch eine deutliche Förderung von Sport und Bewegung für Kinder und Jugendliche. Dazu brauchen wir weder EbM noch das IQWiG. Benötigt werden zudem jetzt schnell aktuelle Studien zu den wichtigen Fragestellungen, wie z.B. Bedeutung des Gehalts an Makronährstoffen in der Diät, die Verteilung der Lebensmittel zu den Mahlzeiten, die Folgen des Verzehr von Snacks und Fast Food (gerade in KiTas oder an Schulen) oder auch Ernährungsgewohnheiten und Lebensmittelvorlieben bei Kindern und Jugendlichen.

Uns ist natürlich bewusst, dass all diese Forderungen nicht vom G-BA in einem DMP geregelt werden können. Umso wichtiger ist es uns aber, den hier vorliegenden Beschlussentwurf als das zu kennzeichnen, was er ist: Als untauglicher Versuch, mit den Mitteln eines formalistischen und

bürokratischen Prozesses eine Scheinsicherheit zu produzieren, alles für die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen getan zu haben. Bevor wir aber Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit Medikamenten oder gar chirurgischen Operationen wie eine unvermeidbare Krankheit behandeln, müssen wir Sensibilität schaffen für eine konsequente Verhaltensänderung.

Der Beschlussentwurf ist aus diesen Gründen nicht weiter zu verfolgen. Deshalb nehmen wir auch keine Kommentierung einzelner Paragraphen, Nummern oder Zeilen vor.

Thomas Roth, Leonhard Stärk

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)</i>
	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>
	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf eine 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
Dokumentation – Kinder und Jugendliche)**

Datum	[14.08.2024]
Stellungnahme von	[Deutsche Rentenversicherung Bund]

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Redaktionelle Anmerkungen zu Anlage 1_BE:
Zeile 31: hinter Körpergewicht: [kg]
Zeile 32: hinter Körpergröße: [m]
Zeile 162: Leerzeichen zwischen: möglichauch
Zeile 263: Leerzeichen hinter dem Bindestrich: Vor-oder
Zeile 275: es fehlt ein „s“ bei: Schulung“s“programmen
Zeile 279: Streichung des (Füll)Wortes: darin
Zeile 286 & unterhalb Zeile 277 im Kasten bei „GKV-SV...“: „adipositasassoziiert“ durch „Adipositas-assoziiert“ ersetzen (sofern „adipositasassoziiert“ durch „Adipositas-assoziiert“ ersetzt wird, wird dies für den Gesamttext empfohlen; hier werden nicht alle entsprechenden Textstellen aufgeführt)
unterhalb Zeile 277 im Kasten bei „GKV-SV...“: anstelle von Rehabilitationsbedürftigkeit wird mittlerweile der Begriff „Rehabilitationsbedarf“ (BTHG) verwendet; es wird empfohlen, diesen Begriff im Gesamttext anzupassen
Redaktionelle Anmerkungen zu Anlage 2_TrGr:
Zeile 306 ff: letzter Satz im Kasten: er scheiden ohne Bindestrich
Anmerkungen aus kinder- und jugendärztlicher / sozialmedizinischer Sicht:
<ul style="list-style-type: none"> - Der Aspekt der Perzentilenflucht / eines Perzentilenwechsels sollte sowohl bei den Einschlusskriterien als auch bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs Berücksichtigung finden. Ein noch rechtzeitiger Einschluss von Kindern und Jugendlichen mit noch nicht bzw. mit Übergewicht, die sich auf die 90. Perzentile zubewegen bzw. die 90. Perzentile erreicht oder gar überschritten haben, kann den Übergang bzw. einer Manifestation von Übergewicht bzw. Adipositas entgegenwirken. - Das Thema chirurgische Therapie sollte für eine sorgfältige Indikationsstellung und einen angemessenen Einsatz dieser Therapieoption mit den dafür wichtigen Aspekten u.a. dem Hinweis auf Interdisziplinarität, Risikoabwägung, Aufklärung, lebenslange Nachsorge zur Sensibilisierung jeglicher Behandler aufgenommen werden. - Der Aspekt der Transition sollte für eine erfolgreiche Umsetzung des DMP Adipositas bei Jugendlichen / jungen Erwachsenen Berücksichtigung finden. - Der Aspekt der Nachsorge sollte für eine nachhaltige Stabilisierung und einen weiteren Ausbau des Rehabilitationserfolges aufgenommen werden.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)
Anlage 1_BE Zeile 274	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>An dieser Stelle werden nur „stationäre“ Rehabilitationsmaßnahmen erwähnt. Es gibt auch ambulante Rehabilitationsleistungen. Des Weiteren wird empfohlen, den Begriff „medizinische Rehabilitation“ zu verwenden, da der Begriff Rehabilitationsmaßnahmen zu allgemein gefasst ist und die Art der Rehabilitationsleistung nicht eindeutig benennt. Daher wird an dieser Stelle die Präzisierung der Art der Rehabilitationsmaßnahme empfohlen. Des Weiteren kann der Hinweis, dass es sich hierbei um einen Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes handelt, hilfreich sein, da es sich bei der medizinischen Rehabilitation nicht um einen Ersatz jeglicher ambulanter Behandlungsmaßnahmen inkl. Schulungsprogrammen handelt.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Im Rahmen des DMP kann eine ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation bei entsprechender Indikationsstellung als Ergänzung zu den ambulanten Schulungsprogrammen als Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes sinnvoll sein.</p>
Anlage 1_BE Zeile 278	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>„Die ambulante oder stationäre Rehabilitation...“</p> <p>Da es sich bei diesen Leistungen um eine medizinische Rehabilitation handelt, wird eine entsprechende Präzisierung der Art der Rehabilitationsleistung (s. Zeile 274 ff.) durch das Wort „medizinische“ vor Rehabilitation empfohlen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation...</p>

<p>Anlage 1_BE Zeile 279-282</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Zu den individuellen Rehabilitationszielen einer medizinischen Rehabilitation gehört nicht die „Erlangung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“. Die Sicherung bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit gehört zu den trägerspezifischen Zielen, wie z.B. der gesetzlichen Deutschen Rentenversicherung. Ziel einer medizinischen Rehabilitation ist insbesondere die Reduktion von Funktionsstörungen. Daher wird eine Formulierungsänderung zur weiteren Präzisierung empfohlen. Statt „Kinder und Jugendliche sollen darin unterstützt werden, ihre individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen oder aufrechtzuerhalten, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder zu vermindern und eine spätere Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erlangen.“ Wie folgt:</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Kinder und Jugendliche sollen durch die Vermeidung, Reduktion oder Beseitigung von Funktionsstörungen in ihrer physischen und psychischen Entwicklung unterstützt werden, um ihre individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit aufrechtzuerhalten oder zu erlangen sowie eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu vermindern oder zu beseitigen. Die Leistungsfähigkeit für eine Teilhabe an Schule und Ausbildung soll gefördert werden, um eine Teilhabe am späteren Erwerbsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen.</p>
<p>Anlage 1_BE Zeile 284-287</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>„Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation verfolgt das Ziel, die durch eine Adipositas resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sowie adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten zu vermeiden, zu vermindern oder ihnen entgegenzuwirken.“</p> <p>Hier wird eine weitere Präzisierung empfohlen. Bei einer medizinischen Rehabilitation geht es insbesondere um die Vermeidung, Reduktion oder Beseitigung von „Funktionsstörungen“. Darüber hinaus sei angemerkt, dass „vermeiden“ und „entgegenwirken“ inhaltlich dasselbe ist. „Leistung zur“ kann in diesem Zusammenhang gestrichen werden.</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Eine medizinische Rehabilitation bei Adipositas bei Kindern und Jugendlichen verfolgt das Ziel, die durch die Erkrankung selbst, ihrer Risikofaktoren oder Komorbiditäten resultierenden Funktionsstörungen, die zu einer Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe führen, zu vermeiden, zu vermindern oder im besten Fall zu beseitigen.</p>
<p>Anlage 1_BE Kapitel 1.2</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Unter kinder- und jugendärztlichen sowie sozialmedizinischen Gesichtspunkten spielt für eine Teilnahme am DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche insbesondere die individuelle Entwicklungsreife eine Rolle, um an den entsprechenden altersadaptierten Schulungsprogramm teilnehmen zu können. Die dafür erforderliche Entwicklungsreife ist in der Regel mit Schulreife bzw. mit Schuleintritt gegeben. An dieser Stelle erscheint daher eine Teilnahme ab dem vollendeten fünften Lebensjahr sinnvoll. Der Eintritt in die Grundschule ist häufig der Knackpunkt für eine weitere ungünstige Gewichtsentwicklung im Kontext von Übergewicht und Adipositas (bereits vor Einschulung bestehend oder nach Einschulung entstehend). Daher wird die Altersbegrenzung mit dem 9. Geburtstag als „zu spät“ bewertet.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>In das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten fünften Lebensjahr.... wenn die Kinder und Jugendlichen die dafür notwendige Einsichtsreife haben...</p> <p>Oder</p> <p>In das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten fünften Lebensjahr..... wenn die Kinder und Jugendlichen die dafür notwendige Einsichtsreife haben... darstellt (Ende Zeile 72). Im begründeten Einzelfall kann in Abhängigkeit der Entwicklungsreife eine Einschreibung auch vor dem 6. Geburtstag erfolgen.</p>
<p>Anlage 1_BE Kapitel 1.2</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Es wird empfohlen, beide Begriffe mit aufzunehmen</p>

	<p>Änderungsvorschlag: Personenberechtigten. Im Einzelfall kann diese Funktion auch durch eine vom Personenberechtigten benannte Betreuungsperson übernommen werden, sofern diese im Alltag der Patientin / des Patienten eine wesentliche Bezugsperson darstellt.</p>
<p>Anlage 1_BE Kapitel 1.2</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: eine Aufnahme des Kriteriums „oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5“</p> <p>Begünstigt einen noch rechtzeitigen Einschluss von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht, um einen Übergang bzw. einer Manifestation von Adipositas entgegenzuwirken. Darüber hinaus ist der Einbezug des Perzentilenverlaufs des BMI der Patientin bzw. des Patienten ein wichtiger Parameter. Eine Perzentilenflucht bzw. ein Perzentilenwechsel beim BMI sollte ebenfalls in die Einschlusskriterien einfließen.</p> <p>(https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0037-1618923)</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Aufnahme des Kriteriums „oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5“ und zusätzlich „oder einem BMI auf der 90. Perzentile oder oberhalb der 90. Perzentile bei Perzentilenflucht bzw. Perzentilenwechsel“ oder alternativ „oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5 unter Einbezug des Perzentilenverlaufs (Perzentilenflucht bzw. Perzentilenwechsel)</p>
<p>Anlage 1_BE Zeile 234</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: „Erfolgt grundsätzlich durch...“ Hier wird vorgeschlagen, Absatz 1 aus GKV-SV und Absatz 2 aus KBV / PatV zu übernehmen. Hierdurch wird der größtmögliche Konsens erzielt und schafft gleichzeitig eine ausreichend große Gruppe, die für die Umsetzung des DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche in Frage kommen kann.</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>durch die Hausärztin oder den Hausarzt, insbesondere durch die Kinder- und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.</p> <p>In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter eine entsprechend qualifizierte Fachärztin oder einen entsprechend qualifizierten Facharzt mit Bezug zu Kinder- und Jugendmedizin oder eine entsprechend qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt,</p>
<p>Anlage 1_BE Zeile 273</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>„Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme“</p> <p>Eine Rehabilitationsmaßnahme wird nicht veranlasst, sondern durch Verordnung bei der GKV oder durch Antragsstellung des Versicherten beim RV-Träger eingeleitet. Der Begriff „medizinische Rehabilitation“ wird anstelle der Verwendung des Begriffs „Rehabilitationsmaßnahme“ empfohlen (s.o. Anmerkung zu Zeile 274)</p> <hr/> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Einleitung einer medizinischen Rehabilitation</p>
<p>Anlage 1_BE Zeile 277 ff</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>„Der BMI-Perzentilenwert allein ist für die Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht ausreichend. Wesentlich ist die Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen.“</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Rehabilitationsbedarf“ ist der gängige Begriff (BTHG), daher wird empfohlen, den Begriff „Rehabilitationsbedürftigkeit“ durch „Rehabilitationsbedarf“ zu ersetzen (siehe oben bei allgemeinen Anmerkungen) - „adipositasassoziierter“ (siehe oben bei allgemeinen Anmerkungen) <p>Zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs gehört auch die Bewertung des Perzentilenverlaufs (Perzentilenflucht / Perzentilenwechsel; gleich-größer 90. Perzentile).</p> <hr/> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Der BMI-Perzentilenwert allein ist für die Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht ausreichend. Wesentlich ist die Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren und / oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen. Des Weiteren wird empfohlen, den BMI-Perzentilenverlauf mit Blick auf die 90.</p>

	<p>Perzentile (Perzentilenflucht, Perzentilenwechsel) für die Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs mit einfließen zu lassen.</p>
<p>Anlage 1_BE Kapitel 1.4.3</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Aus kinder- und jugendärztlicher sowie sozialmedizinischer Perspektive ist die Transition ein wichtiger Aspekt. Die Sicherstellung der Versorgungskontinuität und Vermeidung von Versorgungsabbrüchen ist zum einen wesentlich für diese Zielgruppe, aber zum anderen sollten auch hier die ökonomischen Gesichtspunkte beleuchtet werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, kann im Einzelfall eine nahtlose Überleitung für Jugendliche in das DMP Adipositas - Erwachsene sinnvoll sein, um den Erfolg des begonnenen DMP Adipositas Kinder und Jugendliche nicht zu gefährden und weiter auszubauen.</p>
<p>Anlage 1_BE Zeile 287</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Ergänzung nach Satzende:</p> <p>Änderungsvorschlag: Die medizinische Rehabilitation ist immer als Teil eines Gesamtbehandlungskonzeptes zu betrachten. Für die Stabilisierung und den weiteren Ausbau des Rehabilitationserfolges können Nachsorgeleistungen in Betracht kommen.</p>
<p>Anlage 1_BE</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Weitere Präzisierung für ein besseres Verständnis empfohlen „Die Ärztin beziehungsweise der Arzt prüft, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und verweist die Patientin oder den Patienten gegebenenfalls für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger, die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger. Im Bereich der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche besteht eine gleichrangige Zuständigkeit.“</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Ärztin beziehungsweise der Arzt prüft, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und leitet die dafür notwendigen Schritte ein. Gegebenenfalls verweist sie bzw. er die Patientin oder den Patienten für die weitere Beratung und Prüfung an den vermeintlich zuständigen Rehabilitationsträger, wie z.B. die gesetzliche Krankenkasse (GKV) oder die Rentenversicherungsträger (DRV). Im Bereich der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche besteht bei der GKV und DRV eine gleichrangige Zuständigkeit.</p>
<p>Anlage 1_BE Zeile 315</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>An dieser Stelle kann nach dem Satz die Thematik der Transition (s.o. – Kapitel 1.4.3) eingeflochten und somit berücksichtigt werden. Im Sinne der Transition ist eine Fortführung des DMP Adipositas Kinder und Jugendliche ggf. im Einzelfall bis zum 22. Geburtstag oder eine „Um-Einschreibung“ ins DMP Adipositas Erwachsene sinnvoll.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung nach Satzende in Zeile 315: Um bei Jugendlichen, die sich an der Grenze der Transition befinden, die Versorgungskontinuität sicherzustellen, kann im Einzelfall eine nahtlose Überleitung in das DMP Adipositas - Erwachsene sinnvoll sein, um den Erfolg eines bereits begonnenen DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche nicht zu gefährden und weiter auszubauen.</p>
<p>Anlage 1_BE Zeile 315 ff.</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>GKV-SV, PatV</p> <p>In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob im Einzelfall eine Teilnahme über das 18. Lebensjahr hinaus sinnvoll ist. Die Teilnahme endet spätestens mit der Vollendung des 21. Lebensjahres. Eine Einschreibung in dieses DMP ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht möglich.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Aufnahme unter dem Gesichtspunkt der Transition befürwortet und ergänzt durch</p> <p>In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob im Einzelfall eine Teilnahme über das 18. Lebensjahr – auch unter dem Aspekt der Transition - hinaus sinnvoll ist. Die Teilnahme endet spätestens mit der Vollendung des 21. Lebensjahres. Eine Einschreibung in dieses DMP ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht möglich.</p>
<p>Anlage 1_BE Zeile 146</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der erste Schritt ist die Gewichtsstabilisierung und der zweite Schritt eine Gewichtssenkung über einen längeren Zeitraum.</p>

	<p>Änderungsvorschlag: ...um das Übergewicht im ersten Schritt zu stabilisieren und im weiteren Verlauf schrittweise, über einen längeren Zeitraum nachhaltig zu senken.</p>
<p>Anlage 2_TrGr Zeile 128 ff</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Siehe oben: Stellungnahme zu Anlage 1_BE Kapitel 1.2</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Anpassung der Altersgrenze nach unten Siehe oben: Änderungsvorschlag zu Anlage 1_BE Kapitel 1.2</p>
<p>Anlage 2_TrGr Nr. 1.4.1 Zeile 160 ff</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine verbale Sensibilisierung zur „Perzentilenflucht / zum Perzentilenwechsel“ scheint sinnvoll.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: ...idealerweise anhand von Perzentil-Dokumentationen (Perzentilenflucht, Perzentilenwechsel) erhoben.</p>
<p>Anlage 2_TrGr 1.4.3 Zeile 177 ff</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Aus kinder- und jugendärztlicher sowie sozialmedizinischer Sicht ist zur Reduktion oder Vermeidung von Spätfolgen chronischer Erkrankungen eine erfolgreiche Transition unerlässlich.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Der Aspekt der Transition sollte ausreichend berücksichtigt werden (siehe PatV)</p>

<p>Anlage 2_TrGr Nr. 1.5.1</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Da davon auszugehen ist, dass das Bewusstsein für eine stigmatisierungsfreie und motivierende Gesprächsführungstechnik beim Arzt-Patienten Gespräch häufig nicht ausreichend vorhanden ist, erscheint eine Sensibilisierung hierfür sinnvoll.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Eine Aufnahme dieses Aspekts wird befürwortet und eine Ergänzung durch „stigmatisierungsfrei“ empfohlen.</p>
<p>Anlage 2_TrGr Nr. 1.5.6</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Dieser Aspekt sollte aus kinder- und jugendärztlicher sowie sozialmedizinischer Sicht aufgrund auf diesem Gebiet mangelnder Sensibilisierung aufgenommen werden.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Die vorgeschlagene Formulierung umfasst alle wichtigen Aspekte.</p>
<p>Anlage 2_TrGr Zeile 333</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Siehe oben: Stellungnahme zu Anlage 1_BE Zeile 273</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Siehe oben: Änderungsvorschlag zu Anlage 1_BE Zeile 273</p>
<p>Anlage 2_TrGr Zeile 467ff</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Hier wird der Aspekt der Transition berücksichtigt.</p>

	<p>Änderungsvorschlag: Aufnahme des Textabschnittes der GKV-SV/PatV wird empfohlen.</p>
<p>Anlage 2_TrGr Zeile 484 ff</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Für eine nachhaltige Gewichtsreduktion ist der Aspekt längerfristiger Schulungsprogramme wesentlich. Kurze Schulungsprogramme sind nicht zielführend.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Aufnahme der Formulierung des GKV-SV wird empfohlen.</p>
<p>Anlage 2_TrGr Zeile 493 ff</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine Konkretisierung der „Begleitpersonen“ ist für ein besseres Verständnis sinnvoll.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Aufnahme der Formulierung von GKV-SV, DKG, PatV wird empfohlen.</p>
<p>Anlage 2_TrGr Zeile 342</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation kann eine Nachsorgeleistung erforderlich sein, um das Rehabilitationsergebnis zu nachhaltig zu sichern und weiter auszubauen. Die Möglichkeit einer Nachsorge im Anschluss an eine Rehabilitation sollte der Vollständigkeit halber aufgenommen werden.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation können Nachsorgeangebote in Betracht kommen, um das Rehabilitationsergebnis nachhaltig zu sichern und weiter auszubauen.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf eine 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
Dokumentation – Kinder und Jugendliche)**

Datum	[14.08.2024]
Stellungnahme von	Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten: Keine**Stellungnahme zu spezifischen Aspekten**

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)</i>
Anlage 1 Zeile 92	1.3 Therapieziele. Einfügen d) Verbesserung der Körperwahrnehmung und der körperlich wahrnehmbaren psychischen Bedürfnisse
Zeile 140	Aufnahme der Nr. 1.4.3 (Transition), wie PatV
Zeile 153	Stellungnahme mit Begründung: Aufnahme des Vorschlags der der PatV „ die durch motivierende Gesprächsführung im Arzt-Patienten Gespräch vermittelt werden sollen. Zusätzlich einfügen: Grundsätzlich sollten nicht nur die Fragen der Lebensstiländerung und der Schulung Eingang finden, sondern die das problematische Verhalten aufrechterhaltenden Faktoren. Hierzu gehören Fragen zur Familiendynamik (nicht nur die der Essgewohnheiten in der Familie) und der Selbstkonzeptbildung der Patientinnen einschließlich der möglicherweise verzerrten Körperwahrnehmung
Zeile 199	Zusätzlich einfügen: Neben verhaltenstherapeutischen Ansätzen sollten hier stets auch personenzentriert-experientielle einschließlich des Motivational Interviewing (MI) und systemisch-multifamilientherapeutische Angebote zur Verfügung stehen.
Zeile 234	Aufnahme des Vorschlags der GKV, PatV
Zeile 277	Aufnahme des Vorschlags der GKV-SV, DKG, KBV
Anlage 2 Zeile 134	Aufnahme des Vorschlags der KBV, DKG: „Der in dieser Anlage der DMP-A-RL nicht juristisch definierte Begriff „Betreuungspersonen“ beschreibt diejenige/n Personen oder Person...“
Zeile 160	Aufnahme des Vorschlags der GKV-SV, DKG, KBV: „Bei der indikationsspezifischen Erstanamnese handelt es sich...“
Zeile 181	Aufnahme des Vorschlags der PatV zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen: „Das Arzt-Patienten Gespräch unter Verwendung der motivierenden Gesprächsführungstechnik (Motivational Interviewing, MI) kann dazu beitragen, die Verhaltensänderungen anzufangen und dauerhaft aufrechtzuerhalten....“
Zeile 494	Aufnahme eines der beiden Vorschläge, keine Präferenz der GwG

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]

Auswertung der Stellungnahmen

**gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine 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)**

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- III. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e.V. (APH)	17. Juli 2024	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	26. Juli 2024	Stellungnahme
Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI)	29. Juli 2024	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	29. Juli 2024	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	5. August 2024	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesärztekammer (BÄK)	8. August 2024	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)	9. August 2024	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	12. August 2024	Stellungnahme
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR)	12. August 2024	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR)	12. August 2024	Stellungnahme
Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD)	13. August 2024	Stellungnahme
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)	13. August 2024	Stellungnahme
Gemeinsame Stellungnahme Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter der DAG (AGA), Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für	13. August 2024	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Endokrinologie und -Diabetologie (DGPAED), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Konsensusgruppe Adipositas-schulung für Kinder und Jugendliche (KgAS), Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP), Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen e.V. (DGÖG), Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit und Bevölkerungsmedizin e.V. (DGÖGB)		
Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)	14. August 2024	Stellungnahme
Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)	14. August 2024	Stellungnahme
Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED)	14. August 2024	Stellungnahme
Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE)	14. August 2024	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM)	14. August 2024	Stellungnahme
Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	14. August 2024	Stellungnahme
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)	14. August 2024	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. (AcSD)	14. August 2024	Stellungnahme
Deutsche Diabetes Föderation e. V. (DDF)	14. August 2024	Stellungnahme
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)	14. August 2024	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in vier Arbeitsgruppen-Sitzungen am 10. September 2024, 13. September 2024, 20. September 2024 sowie 25. September 2024 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 16. Oktober 2024 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
1.	Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) vom 26. Juli 2024		
1.1	Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) vom 26.07.2024	In Anlage 25 der Richtlinie sollen die Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für minderjährige Patientinnen und Patienten mit Adipositas geregelt werden. An verschiedenen Stellen ist dafür die Einbeziehung von Betreuungspersonen bzw. Personensorgeberechtigten vorgesehen (insbesondere Rn. 63 ff., Rn. 99 ff., Rn. 118 ff, Rn. 122ff., Rn. 126 ff.,	Aufgrund dieser Stellungnahme erfolgten im Beschlussentwurf folgende Anpassungen: Im Kapitel 1.4 Grundsätze der Therapie wurde ein neuer Absatz eingefügt, in dem nun neben den medizinisch-inhaltlichen Empfehlungen zum Einbezug von Personensorgeberechtigten oder relevanten Betreuungspersonen auch die

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Rn. 131 ff.). Je nach Art der Einbeziehung kann davon ausgegangen werden, dass diese im Therapieverlauf von den personenbezogenen Gesundheitsdaten der Minderjährigen Kenntnis erlangen können. Aus dem Beschlussentwurf erschließt sich jedoch nicht, ob dies in allen Fällen erforderlich ist.</p> <p>Zu beachten ist, dass eine Mitwirkung der gesetzlichen Vertreter zum Abschluss eines Behandlungsvertrages nicht in allen Fallgestaltungen erforderlich ist. Nach der Maßgabe der §§ 106, 107 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ist die Einwilligung eines gesetzlichen Vertreters nur dann erforderlich, soweit die minderjährige Person durch die Abgabe der Willenserklärung nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt. Bei gesetzlich versicherten Minderjährigen ist dies aufgrund des Sachleistungsprinzips regelmäßig der Fall.</p> <p>Ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass die Beteiligung der gesetzlichen Vertreter gerade bei älteren Jugendlichen in der Regel ebenfalls im Rahmen der behandlungsvertraglichen Aufklärung und Einwilligung nicht erforderlich ist (§§ 630d Abs. 1 S. 2, 630e Abs. 4 BGB). Nach der Rechtsprechung des BGH kommt es bei der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit eines Minderjährigen darauf an, ob er „nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag“ (BGH, Urteil vom 5. Dezember 1958 – VI ZR 266/57).</p> <p>Sofern eine Mitwirkung der gesetzlichen Vertreter weder zum</p>	<p>rechtlichen Vorgaben hierzu beschrieben werden, die im DMP genauso gelten, wie auch außerhalb der DMP-Versorgung. Der Einbezug von Personensorgeberechtigten und relevanten Betreuungspersonen ist durch diese übergeordnete Regelung in anderen Kapiteln nicht mehr notwendig (z.B. 1.2), entsprechende Änderungen sind im Text umgesetzt.</p>
--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Abschluss eines Behandlungsvertrages, noch zur Einwilligung in die ärztliche Behandlung erforderlich ist, kann eine Einbeziehung im Sinne der Anlage 25 der Richtlinie, im Rahmen derer personenbezogene Gesundheitsdaten der Minderjährigen bekanntgegeben werden, auch nur mit (datenschutzrechtlicher) Einwilligung der Minderjährigen diesbezüglich erfolgen. Soweit bereits jetzt in § 3 Abs. 1 DMP-A-RL vorgesehen ist, dass die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung der Daten sowie der Aufbewahrung Voraussetzung für die Einschreibung der Versicherten ist, ist die Bekanntgabe der personenbezogenen Gesundheitsdaten gegenüber Dritten nicht von dieser Einwilligung umfasst. Die Regelungen in Anlage 25 sind daher entsprechend differenzierend auszugestalten und sprachlich nachzuschärfen.</p>	
2.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 29. Juli 2024		
2.1	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 29.07.2024</p>	<p>1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Dissens: ab dem vollendeten achten vs. Fünften Lebensjahr (Z 64)</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Zustimmung zur Position von GKV-SV, DKG und KBV.</p> <p>Die BPtK begrüßt prinzipiell frühestmögliche Interventionen bei übergewichtigen bzw. adipösen Kindern und ihren Familien, da</p>	<p>Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>die Effektivität von Maßnahmen durch die Dauer der Adipositas negativ beeinflusst wird.</p> <p>Im Hintergrundtext wird dargelegt, dass sich die Verfügbarkeit von Schulungen für die Altersgruppe unter 8 Jahren gegenüber der Altersgruppe ab 8 Jahren deutlich unterscheidet. Für Kinder und Jugendliche von 8 bis 18 Jahren gibt es bereits mehrere geeignete Schulungen. Diese richten sich direkt an die Kinder und Jugendlichen und beziehen die Eltern mit ein, die meistens ebenfalls geschult werden. Programme für jüngere Kinder unterscheiden sich konzeptionell und richten sich vornehmlich an die Eltern. Hier sind deutlich weniger etablierte Programme verfügbar.</p> <p>Die unzureichende Verfügbarkeit von Schulungen für die jüngere Altersgruppe kann dazu führen, dass das DMP regional gar nicht umgesetzt werden kann, da für alle Teilnehmenden eine Schulung vorliegen muss.</p> <p>Die BPtK spricht sich vor diesem Hintergrund entsprechend der Position von GKV-SV, DKG und KBV dafür aus, dass neue DMP zunächst für Teilnehmende ab acht Jahren zu konzipieren. Eine Erweiterung auf kleinere Kinder im weiteren Verlauf der Aktualisierungen ist dann unbedingt anzustreben</p>	<p>für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und so lange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.</p>
<p>2.2</p>	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom</p>	<p>1.4 Allgemeine Grundsätze der Therapie Stellungnahme mit Begründung:</p>	<p>Dem Vorschlag wurde gefolgt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>29.07.2024</p>	<p>Psychische Faktoren können eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von Adipositas spielen und sollten entsprechend dem vorliegenden Beschlussentwurf gemäß 1.4.2 bei der Therapieplanung berücksichtigt werden. Sie sollten daher auch bei den allgemeinen Grundsätzen der Therapie explizit benannt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Adipositas bei Kindern und Jugendlichen soll als chronische Erkrankung therapiert werden. Die Therapie soll dabei einen familienzentrierten und nicht stigmatisierenden Ansatz verfolgen, der die biologischen, psychischen, sozialen und strukturellen Ursachen der Adipositas berücksichtigt.“</p>	
<p>2.3</p>	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 29.07.2024</p>	<p>1.4.1. Indikationsspezifische Erstanamnese</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Psychische Faktoren können eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von Adipositas spielen und sollten entsprechend dem vorliegenden Beschlussentwurf gemäß 1.4.2. bei der Therapieplanung berücksichtigt werden. Sie sollten daher auch vorab bei der indikationsspezifischen Erstanamnese erfasst werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung eines weiteren Spiegelstrichs:</p>	<p>Dem Vorschlag wurde teilweise gefolgt und im Spiegelstrich f) die psychischen Belastungsfaktoren aufgenommen. Die Ergänzung des übergeordneten Begriffs der Komorbiditäten wurde nicht aufgenommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>„g) psychische Faktoren und</p> <p>h) psychische und somatische Komorbiditäten und Vormedikation mit Identifizierung von Medikamenten, die eine Gewichtszunahme begünstigen.“</p>	
<p>2.4</p>	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 29.07.2024</p>	<p>1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie (Z 199), 1.5.6 Chirurgische Therapie und 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus (Z 200 und 271)</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der Fokus dieses DMP liegt auf Lebensstilmodifikationen (Umstellung von Ernährungsgewohnheiten, mehr Bewegung), welche durch verhaltensbezogene Maßnahmen umgesetzt und aufrechterhalten werden sollen. Diese essenziellen Bausteine der Adipositas-Therapie sind bisher unzureichend verfügbar, es gilt daher, sie zu fördern und umzusetzen. Sowohl die medikamentöse Therapie als auch die Adipositas-Chirurgie sind keine zentralen Elemente der Adipositas-Therapie bei Kindern und Jugendlichen, sondern bleiben Einzelfällen vorbehalten.</p> <p>Entsprechend stimmt die BPtK der Position von GKV-SV und KBV zu.</p>	<p>Zu 1.5.5 KBV, GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme DKG, PatV: Auf Grundlage der Stellungnahme wird die Position nicht aufrechterhalten, sodass die Anforderungen an die adjuvante medikamentöse Therapie entfallen.</p> <p>Zu 1.5.6 KBV, GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme DKG, PatV: Da die strukturierten Behandlungsprogramme sektorenübergreifend angelegt sind (§ 2 Absatz 1 DMP-A-RL), wird auch in dieser Anlage beispielhaft eine Indikation zur stationären Behandlung aufgeführt. Diese besteht bei Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter insbesondere für die Durchführung einer Adipositas-chirurgischen Maßnahme.</p>
<p>2.5</p>	<p>Bundespsychotherapeutenkammer</p>	<p>1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum</p>	<p>Der Stellungnahme wird gefolgt und die fehlenden Fachgruppen werden im Beschlussentwurf ergänzt. Zur besseren</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>(BPtK) vom 29.07.2024</p>	<p>jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Im Abschnitt 1.7.2. fehlen zwei relevante Berufsgruppen, die zentral für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind. Zum einen fehlen neben den ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Diese stellen eine eigene Berufsgruppe dar und sind nicht unter dem Begriff der „Psychologischen Psychotherapeut*innen“ subsumiert.</p> <p>Zudem wurde mit dem am 15. November 2019 beschlossenen und am 1. September 2020 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung das Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz –PsychThG) grundlegend überarbeitet und die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut*innen reformiert. Ein insgesamt fünfjähriges Direktstudium wird mit einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung abgeschlossen. Die Approbation (Erlaubnis zur Behandlung) wird bei bestandener Prüfung erteilt und befähigt zu einer fachpsychotherapeutischen Weiterbildung nach Weiterbildungsordnung der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer. Dadurch ist zusätzlich zu den ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen die neue</p>	<p>Lesbarkeit erfolgen die Ergänzungen jedoch nicht zusätzlich in der Abschnittsüberschrift, sondern hier wird eine Zusammenfassung vorgenommen.</p>
--	------------------------------	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Berufsgruppe der Fachpsychotherapeut*innen entstanden. Im Zuge der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes wird im Bereich der Psychotherapie von approbierten Psychotherapeut*innen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 PsychThG künftig eine mindestens fünfjährige Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in auf einem der Gebiete „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“ oder „Psychotherapie für Erwachsene“ absolviert (Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeut*innen in der Fassung vom 24. April 2021, zuletzt geändert am 18. Und 19. November 2022).</p> <p>Aus Sicht der BPTK ist es erforderlich, die beiden fehlenden Berufe in der Richtlinie zu ergänzen. Der folgende Änderungsvorschlag orientiert sich am vorliegenden Beschlussentwurf für die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie vom 1. Juli 2024 zur Anpassung an das PsychThG.</p> <p>Wir möchten zudem redaktionell darauf hinweisen, dass es sich bei dem Begriff „Psychologische Psychotherapeut*in“ als Berufsbezeichnung um einen Eigennamen handelt, der großgeschrieben wird (vgl. Psychotherapie-Richtlinie).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei den folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung zur Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter zur jeweils qualifizierten Fachärztin,</p>	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zu einer ärztlichen oder pPsychologischen Psychotherapeutin, zu einem ärztlichen oder pPsychologischen Psychotherapeuten oder zu einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, zu einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder zu einer qualifizierten Fachpsychotherapeutin, zu einem qualifizierten Fachpsychotherapeut oder zu einer jeweils qualifizierten Einrichtung erfolgen soll: (...)“</p>	
<p>2.6</p>	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 29.07.2024</p>	<p>Tragende Gründe zu Schulungen von Versicherten</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Um eine flächendeckende Einführung des DMP zeitnah zu ermöglichen, ist es erforderlich, dass ausreichend geeignete Schulungsprogramme zur Verfügung stehen. Die Konzeption des DMP sieht nicht vor, dass für den Einschluss in das DMP neben der Adipositas bereits weitere Komorbiditäten vorliegen müssen.</p> <p>Zentral ist es daher, dass neben Schulungen, die für Kinder und Jugendliche mit Adipositas und weiteren Komorbiditäten konzipiert sind, auch Schulungen für Teilnehmende ohne Komorbiditäten zur Verfügung stehen. In den Ausführungen von KBV, DKG und PatV zu den geeigneten Schulungen wird dies sichergestellt, indem eine Klarstellung erfolgt, dass grundsätzlich alle Schulungsprogramme, die nach KgAS schulen, für Kinder mit einem</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Danke für den Hinweis. Auch der GKV-SV sieht die in den TrGr beschriebenen Schulungen, auch für Kinder und Jugendliche als geeignet an, bei denen keine Komorbiditäten oder Adipositas-assoziierte Risikofaktoren vorliegen, die aber die unter 1.2 genannten Voraussetzungen für die Einschreibung in das DMP erfüllen. Eine Ergänzung in den TrGr erfolgt zur Klarstellung.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>BMI oberhalb des 97. BMI-Perzentil geeignet sind und diese sowohl für Kinder und Jugendliche ohne weitere Adipositas-assoziierten Risikofaktoren oder Folgeerkrankungen als auch mit zusätzlichen Adipositas-assoziierten Risikofaktoren oder Folgeerkrankungen eingesetzt werden können.</p> <p>Im vorgeschlagenen Begründungstext des GKV-SV ist dagegen vorgesehen, dass nur solche KgAS-Schulungen ohne eigenständige Evaluation zum Einsatz kommen sollen, die u. a. die „prozessuralen Anforderungen“ des KgAS-Programm-Handbuchs erfüllen. Das entspricht inhaltlich einem Ausschluss von Teilnehmenden ohne vorliegende Komorbiditäten und erschwert eine flächendeckende Einführung des DMP erheblich. Die BPTK stimmt vor diesem Hintergrund mit dem Ziel einer raschen und flächendeckenden Umsetzung der Position von KBV, DKG und PatV zu.</p>	
3.	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV) vom 12. August 2024		
3.1	<p>Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV) vom 12.08.2024</p>	<p>Z 63 Abschnitt 1.2 Kriterien</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der PatV, Kinder und Jugendliche mit einer Adipositas ab dem vollendeten fünften Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in das DMP-Adipositas – Kinder und Jugendliche einschreiben zu können. Die Gründe hierfür</p>	<p>Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>werden in Anlage 2 (Z128) von der PatV hinreichend plausibel dargelegt. Da als weiteres Kriterium die Fähigkeit und Motivation zur Teilnahme an einem entsprechenden Programm gilt, können individuelle Entwicklungsaspekte bei der Entscheidung für bzw. gegen eine Einschreibung herangezogen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der PatV</p>	<p>und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.</p>
3.2	<p>Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV) vom 12.08.2024</p>	<p>Z 141/142 Abschnitt 1.4.3</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag des PatV, die Transition ausdrücklich zu regeln, um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der PatV</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			<p>Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
3.3	<p>Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV) vom 12.08.2024</p>	<p>Z 171 Abschnitt 1.5.3 Bewegung</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen ausdrücklich die Aufnahme des Abschnitts Bewegung. Ziele der Bewegung festzulegen und regelmäßig zu überprüfen, stellt ein grundlegendes Element der Therapie dar. Insbesondere der Hinweis auf die Verordnungsfähigkeit von Rehabilitationssport wird begrüßt.</p> <p>Ergänzung des Vorschlags (ab Z 182)</p> <p>Es sollte über die Möglichkeit einer Teilnahme an Rehabilitationssportgruppen informiert werden. Die Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitationssportgruppe kann eine geeignete Möglichkeit zum Einstieg in ein regelmäßiges körperliches Training sein. Darüber hinaus kann eine Vermittlung z.B. in Vereinssport unterstützt werden.</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme. Dem Ergänzungsvorschlag wird nicht gefolgt, da die Vermittlung zu Sportangeboten außerhalb des Leistungssystems nicht in den ärztlichen Aufgabenbereich fällt.</p>
3.4	<p>Spitzenverband der Heilmittelverbände</p>	<p>Z 200/201 Abschnitt 1.5.6</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV: Regelungen zur Adipositas-Chirurgie bleiben von den</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>e.V. (SHV) vom 12.08.2024</p>	<p>Im Rahmen der Versorgung von Jugendlichen, sollte die chirurgische Therapie eine Option sein. Der Nichtzugang allein aufgrund des noch nicht erreichten 18. Lebensjahres ist nicht nachvollziehbar.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags von DKG und PatV</p>	<p>Regelungen in dieser Richtlinie unberührt. Der Zugang ist für DMP-Teilnehmende und außerhalb des DMP gleichermaßen möglich.</p> <p>GKV-SV: Wie in der Formulierung bereits abgebildet handelt es sich bei der Adipositas-Chirurgie bei Kindern und Jugendlichen um Einzelfallentscheidungen, die hier aufgrund der Detailtiefe und der Unschärfe der Empfehlungen nicht adäquat abgebildet werden können. Insbesondere ist unklar, ab welchem Alter eine Adipositas-Chirurgie überhaupt in Erwägung gezogen werden kann. Vor diesem Hintergrund und aufgrund des Fokus des DMP auf den Schulungen als zentrale Maßnahme wird das Thema der Adipositas-Chirurgie in der KBV-Position nicht abgebildet.</p>
<p>3.5</p>	<p>Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV) vom 12.08.2024</p>	<p>Z. 345 Abschnitt 5</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der Parameter d) Bewegung ist zu übergreifend, eine Ausdifferenzierung analog des DMP Adipositas Erwachsene ist zielführender, da damit zudem konkrete Zugänge für die weitere Versorgung abgeleitet werden können.</p> <p>Änderungsvorschlag: Ausdifferenzierung des von d) Bewegung in d) körperliche Alltagsaktivitäten und e) sportliches Training – analog des DMP Adipositas Erwachsene</p>	<p>Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Im Abschnitt 5 Evaluation wird übergeordnet festgelegt, welche Parameter in der regelmäßigen indikationsspezifischen kassenübergreifenden Evaluation gemäß § 6 berücksichtigt werden sollen. Differenzierungen können hierbei u.a. auf Grundlage der erhobenen Dokumentationsparameter (vgl. Anlage 26) erfolgen.</p> <p>In der Dokumentation (vgl. Anlage 26, lfd. Nr. 2a, 2b, 3) werden mehrere Parameter zur regelmäßigen Bewegung im Alltag erhoben. Eine Ausdifferenzierung analog zu den Erwachsenen wurde in den Beratungen diskutiert und bei Kindern</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			bzw. Jugendlichen für nicht zielführend erachtet, insbesondere, weil die selbstständige/ gezielte Umsetzung von bzw. Teilnahme an Trainingsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas ein besondere Hürde darstellt. Hier gilt es vor allem, jegliche Art der Bewegung oder Vermeidung körperlicher Inaktivität im Alltag zu fördern und wertschätzen.
4.	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) vom 12. August 2024		
4.1	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) vom 12.08.2024	<p>Allgemeine Anmerkung:</p> <p>Bereits in der Kindheit und Jugend kann Adipositas zu gesundheitlichen Problemen führen, die bis ins Erwachsenenalter andauern können. Kinder und Jugendliche mit Adipositas zeigen häufiger Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Insulinresistenzen im Vergleich zu normalgewichtigen Gleichaltrigen. Zusätzlich leiden sie oft unter psychosozialen Beschwerden durch Stigmatisierung, die das Selbstwertgefühl erheblich mindern.</p> <p>Insgesamt können die physischen, psychischen und psychosozialen Belastungen, die mit einer Adipositas einhergehen, die Lebensqualität und Teilhabe der Kinder und Jugendlichen in vielen Lebensbereichen erheblich einschränken. (7)</p>	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Die betroffenen Kinder und Jugendliche haben somit schlechtere Entwicklungschancen in Schule, Ausbildung und Beruf.</p> <p>Der BDPK unterstützt deshalb die Therapieziele der vorliegenden DMP A-RL.</p> <p>Ebenso unterstützt der BDPK insbesondere die in Anlage 25 unter 1.7. Kooperation der Versorgungssektoren ausgewiesene (und aus unserer Sicht sehr notwendige) Einbindung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen des DMP.</p>	
<p>4.2</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) vom 12.08.2024</p>	<p>Zu 1.2. Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die PatV legen ausführlich dar, warum eine untere Altersgrenze für eine Teilnahme an einem DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche nicht zielführend ist. Die Manifestation der Adipositas bei Kindern zu fast 50 % bis zum Alter von 6 Jahren macht die Notwendigkeit deutlich (1).</p> <p>In systematischen Reviews und Metaanalysen wurde darüber hinaus gezeigt, dass für Therapieprogramme ab dem Alter von 5 bzw. 6 Jahren [8, 9] eine Wirksamkeit nachweisbar ist.</p> <p>Bei jüngeren Kindern stellt darüber hinaus eine ausschließlich an</p>	<p>PatV: Danke und Kenntnisnahme. Aus Sicht der Patientenvertretung wäre ein direkter und lückenloser Übergang von der Diagnosestellung zur Adipositastherapie auch wünschenswert. Dem Ergänzungsvorschlag kann jedoch nicht gefolgt werden, weil an dieser Stelle keine Vorgaben gemacht werden, die andere Richtlinien und Geltungsbereiche betreffen.</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsange-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Eltern gerichtete Adipositas-Schulung eine evidenzbasierte Alternative dar (2-4).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Der BDPK unterstützt die PatV und schlägt folgende Ergänzung vor:</p> <p>„Sobald eine Adipositas bei einem Kind oder Jugendlichen festgestellt wird (z.B. bei den Vorsorge- oder Einschulungsuntersuchungen), sollte zeitnah eine Therapie gemäß der aktuellen S3-LL „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ angeboten und auch eingeleitet werden.</p> <p>Die Teilnahme an einem DMP ist ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Sofern die Fähigkeit oder Motivation (noch) nicht ausreichen, soll sich das Schulungsprogramm an die Eltern richten (5)“.</p>	<p>bot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.</p>
<p>4.3</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V.</p>	<p>1.7.3 Zeile 277ff [DKG, PatV 1.7.4] [GKV-SV, KBV 1.7.3] Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung - unabhängig vom Alter - ab ei-</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV: Dem Vorschlag wurde nicht gefolgt. § 15a SGB VI formuliert allgemein und übergeordnet, wann eine Leistung der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche zu Lasten der DRV angezeigt sein kann. Diese allgemeinen Kriterien müssen aus sozialmedizinischer Sicht dann bei der Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit auf das Gesundheitsproblem und die daraus resultie-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>(BKJR) vom 12.08.2024</p>	<p>nem BMI oberhalb der 97. Perzentile, ohne den Nachweis weiterer Risikofaktoren oder Komorbiditäten möglich.</p> <p>Laut Gemeinsamer Richtlinie der Träger der Deutschen Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) vom 28. Juni 2018 (6) besteht Rehabilitationsbedürftigkeit bei Vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • einer chronischen Krankheit, • einer beeinträchtigten Gesundheit oder • einer erheblichen Gesundheitsgefährdung, <p>die in Abhängigkeit von Funktionsstörungen und Kontextfaktoren in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu Teilhabestörungen und zu einer Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen kann.</p> <p>Damit ist eine Beschränkung der Indikationsstellung und Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme auf den BMI unter Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen <u>nicht</u> korrekt.</p> <p>Die lokale Verfügbarkeit von ambulanten Schulungsprogrammen ist in Deutschland derzeit sehr begrenzt. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen arbeiten mit demselben strukturierten</p>	<p>renden Krankheitsfolgen bezogen werden. Eine Konkretisierung erfolgt in der „Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen“ für die Deutsche Rentenversicherung Juli 2019, die im jeweiligen Einzelfall die Grundlage für die Begutachtung darstellt.</p> <p>PatV: Die Stellungnahme wird als Zustimmung zur PatV Position verstanden.</p> <p>Der Hinweis auf die Nachsorge nach stationärer Rehabilitation wurde für die PatV Position aufgenommen.</p>
--	------------------------------	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Schulungsprogramm wie ambulante. Daher sollte bei mangelnder Verfügbarkeit einer ambulanten Schulung eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erwogen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Rehabilitationsbedürftigkeit liegt bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas vor, wenn die Adipositas zu Teilhabestörungen und zu einer Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen kann. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen mit anschließender Nachsorge sollten bei mangelnder lokaler Verfügbarkeit von ambulanten Maßnahmen (Schulungen) als Alternative erwogen werden.</p>	
<p>4.4</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) vom 12.08.2024</p>	<p>2. Qualitätssichernde Maßnahmen; Punkte 7 und 8</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p><i>Punkt 7:</i> Wenn sich die Beurteilung eines „adäquaten Essverhaltens“ an den selbst gesteckten und individuellen Zielen bemessen soll, darf der Vergleichswert nicht auf alle Teilnehmer*innen bezogen werden, sondern nur auf diejenigen, die individuelle Ziele zum Ernährungsverhalten formuliert haben.</p> <p><i>Punkt 8:</i> Ambulante Adipositas-Schulungsprogramme sind nicht</p>	<p>Zu Punkt 7:</p> <p>Das Qualitätsziel 7 soll patientenseitige Ergebnisqualität wiedergeben (<i>ist das Ernährungsverhalten zum Zeitpunkt der Dokumentation adäquat?</i>). Das Qualitätsziel 6 hingegen soll arztseitige Prozessqualität wiedergeben (<i>sind individuelle Ziele vereinbart worden?</i>).</p> <p>Der Zusatz „(entsprechend den individuell festgelegten Zielen)“ im Qualitätsziel 7 wurde aufgenommen, um an dieser Stelle keinen unmittelbaren Bezug zu <i>allen</i> im Kapitel „Therapeutische Maßnahmen“ formulierten Empfehlungen her-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>flächendeckend verfügbar. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen mit anschließender Nachsorge sollten bei mangelnder lokaler Verfügbarkeit von ambulanten Maßnahmen (Schulungen) als Alternative erwogen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p><i>Punkt 7:</i> Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die ein adäquates Ernährungsverhalten haben, bezogen auf den Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungserhebung vereinbart haben.</p> <p><i>Punkt 8:</i> nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP-Einschreibung und geschult sind: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Adipositas-schulung für Kinder und Jugendliche oder an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben.</p>	<p>zustellen. Hier sollen vielmehr die individuellen Möglichkeiten berücksichtigt werden. Unabhängig davon, ob die Prozessqualität über die Zielvereinbarung erfüllt wurde, ist es immer als gute Qualität zu werten, wenn eine Patientin oder ein Patient sich adäquat ernährt. Dementsprechend wird der Indikator nicht verändert.</p> <p>Die Tragenden Gründe wurden auf Basis der Stellungnahme angepasst, um dies zu verdeutlichen.</p> <p>Zu Punkt 8:</p> <p>Schulungen für Versicherte im Sinne dieser Richtlinie sind strukturierte, multimodale und evaluierte ambulante Programme und sollen als zentraler Bestandteil des DMP allen Patientinnen und Patienten im DMP zur Verfügung stehen. Da die Richtlinie vorgibt, dass jeder Patientin und jedem Patienten eine Schulung angeboten werden muss, können Verträge zum DMP Adipositas Kinder und Jugendliche nur mit einem entsprechenden Angebot geschlossen werden. Die derzeitige Verfügbarkeit von ambulanten Schulungen wird sich folglich durch die vertragliche Umsetzung des DMP Adipositas Kinder und Jugendliche verändern, sodass keine Notwendigkeit von alternativen Angeboten besteht.</p>
--	--	---	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>4.5</p>	<p>Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) vom 12.08.2024</p>	<p>Literaturverzeichnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Rosario AS. PMID: 35586172 (2) Hammersley ML, et al. PMID: 27443862 (3) McDarby F, Looney K. PMID: 37821651 (4) Loveman E, et al. PMID: 26690844 (5) Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AWMF-Nr. 050-002) 050- https://register.awmf.org/assets/guidelines050-002I_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf (awmf.org) (6) Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/gem_richtlinie_kinderreha.html (7) Robert Koch-Institut (RKI) (2020) AdiMon-Themenblatt: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Stand: 29. Juni 2020). https://www.rki.de/adimon 	
-------------------	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>5.</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) vom 12. August 2024</p>		
<p>5.1</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) vom 12.08.2024</p>	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Bereits in der Kindheit und Jugend kann Adipositas zu gesundheitlichen Problemen führen, die bis ins Erwachsenenalter andauern können. Kinder und Jugendliche mit Adipositas zeigen häufiger Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Insulinresistenzen im Vergleich zu normalgewichtigen Gleichaltrigen. Zusätzlich leiden sie oft unter psychosozialen Beschwerden durch Stigmatisierung, die das Selbstwertgefühl erheblich mindern. Insgesamt schränken die physischen, psychischen und psychosozialen Belastungen, die mit einer Adipositas einhergehen, die Lebensqualität und Teilhabe der Kinder und Jugendlichen in vielen Lebensbereichen erheblich ein (7). Die betroffenen Kinder und Jugendliche haben schlechtere Entwicklungschancen in Schule, Ausbildung und Beruf.</p> <p>DEGEMED und BKJR unterstützen deshalb die Therapieziele der vorliegenden DMP A-RL. Ebenso unterstützen DEGEMED und BKJR die in Anlage 25 unter 1.7. Kooperation der Versorgungsektoren ausgewiesene und aus unserer Sicht sehr notwendige</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Einbindung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen des DMP.</p>	
<p>5.2</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) vom 12.08.2024</p>	<p>Anlage 25 Abschnitt 1.2. Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die PatV legen ausführlich dar, warum die Teilnahme am DMP bereits ab dem fünften Lebensjahr möglich ist. Die Manifestation der Adipositas bei Kindern zu fast 50 % bis zum Alter von 6 Jahren macht die Notwendigkeit deutlich (1). In systematischen Reviews und Metaanalysen wurde darüber hinaus gezeigt, dass für Therapieprogramme ab dem Alter von 5 bzw. 6 Jahren [8, 9] eine Wirksamkeit nachweisbar ist. Bei jüngeren Kindern stellt darüber hinaus eine ausschließlich an Eltern gerichtete Adipositas-Schulung eine evidenzbasierte Alternative dar (2-4).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>DEGEMED und BKJR unterstützen die die Position der PatV und schlagen darüber hinaus folgende Ergänzung vor: „Sobald eine Adipositas bei einem Kind oder Jugendlichen festgestellt wird (z.B. bei den Vorsorge- oder Einschulungsuntersuchungen),</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Aus Sicht der Patientenvertretung wäre ein direkter und lückenloser Übergang von der Diagnosestellung zur Adipositastherapie auch wünschenswert. Dem Ergänzungsvorschlag kann jedoch nicht gefolgt werden, weil an dieser Stelle keine Vorgaben gemacht werden, die andere Richtlinien und Geltungsbereiche betreffen.</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>sollte zeitnah eine Therapie gemäß der aktuellen S3-LL „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ angeboten und auch eingeleitet werden. Die Teilnahme an einem DMP ist ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Sofern die Fähigkeit oder Motivation (noch) nicht ausreichen, soll sich das Schulungsprogramm an die Eltern richten (5)“.</p>	<p>angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.</p>
<p>5.3</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) vom 12.08.2024</p>	<p>Anlage 25 1.7.3 Zeile 277ff [DKG, PatV 1.7.4] [GKV-SV, KBV 1.7.3] Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme Stellungnahme mit Begründung: Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung - unabhängig vom Alter - ab einem BMI oberhalb der 97. Perzentile ohne den Nachweis weiterer Risikofaktoren oder Komorbiditäten möglich. Laut Gemeinsamer Richtlinie der Träger der Deutschen Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) vom 28. Juni 2018 (6) besteht Rehabilitationsbedürftigkeit bei Vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • einer chronischen Krankheit, • einer beeinträchtigten Gesundheit oder 	<p>GKV-SV, DKG, KBV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. § 15a SGB VI formuliert allgemein und übergeordnet, wann eine Leistung der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche zu Lasten der DRV angezeigt sein kann. Diese allgemeinen Kriterien müssen aus sozialmedizinischer Sicht dann bei der Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit auf das Gesundheitsproblem und die daraus resultierenden Krankheitsfolgen bezogen werden. Eine Konkretisierung erfolgt in der „Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen“ für die Deutsche Rentenversicherung Juli 2019, die im jeweiligen Einzelfall die Grundlage für die Begutachtung darstellt. Zusätzlich zu einer Adipositas muss noch mindestens eine der folgenden Einschränkungen/Störungen/Faktoren vorliegen: -relevanten Einschränkungen der altersentsprechenden Leistungsfähigkeit und Aktivitäten infolge von Adipositas; -Teilhabestörungen (Anzeichen der Desintegration mit Schulvermeidung, Fehlzeiten und Abbrüchen); - einer</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<ul style="list-style-type: none"> einer erheblichen Gesundheitsgefährdung, <p>die in Abhängigkeit von Funktionsstörungen und Kontextfaktoren in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu Teilhabestörungen und zu einer Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen kann.</p> <p>Damit ist eine Beschränkung der Indikationsstellung und Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme auf den BMI unter Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen <u>nicht</u> korrekt.</p> <p>Ambulante Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas sind in Deutschland derzeit nur sehr begrenzt verfügbar. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen arbeiten mit demselben strukturierten Schulungsprogramm wie ambulante. Daher sollte bei mangelnder Verfügbarkeit einer ambulanten Schulung eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erwogen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Rehabilitationsbedürftigkeit liegt bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas vor, wenn die Adipositas zu Teilhabestörungen und zu einer Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen kann. Stationäre Rehabilitati-</p>	<p>raschen Entwicklung der Adipositas beispielsweise infolge von therapeutischen Maßnahmen bei anderen Erkrankungen; - spezielle psychosozialen Problemkonstellationen bei oder durch Adipositas; - notwendigen Leistungen zur Krankheitsbewältigung und zur Unterstützung des Krankheitsmanagements.</p> <p>Aus Sicht des GKV-SV ist eine in der Regel 3-6wöchige Rehabilitationsmaßnahme nicht als Alternative zu einem Schulungsprogramm zu betrachten, welches meist über 12 Monate verläuft. Hinzu kommt, dass die Empfehlung von Nachsorgemaßnahmen aus der stationären Einrichtung heraus erfolgt, die wiederum nicht Adressat dieser Richtlinie ist.</p> <p>PatV: Die Stellungnahme wird als Zustimmung zur PatV Position verstanden.</p> <p>Der Hinweis auf die Nachsorge nach stationärer Rehabilitation wurde für die PatV Position aufgenommen.</p>
--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>onsmaßnahmen mit anschließender Nachsorge sollten bei mangelnder lokaler Verfügbarkeit von ambulanten Maßnahmen (Schulungen) prinzipiell als Alternative erwogen werden.</p>	
<p>5.4</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) in Kooperation mit Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) vom 12.08.2024</p>	<p>Anlage 25 2. Qualitätssichernde Maßnahmen; Punkte 7 und 8</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p><i>Punkt 7:</i> Wenn sich die Beurteilung eines „adäquaten Essverhaltens“ an den selbst gesteckten und individuellen Zielen bemessen soll, darf der Vergleichswert nicht auf alle Teilnehmer*innen bezogen werden, sondern nur auf diejenigen, die individuelle Ziele zum Ernährungsverhalten formuliert haben.</p> <p><i>Punkt 8:</i> Ambulante Adipositas-Schulungsprogramme sind nicht flächendeckend verfügbar. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen mit anschließender Nachsorge sollten bei mangelnder lokaler Verfügbarkeit von ambulanten Maßnahmen (Schulungen) als Alternative erwogen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p><i>Punkt 7:</i> Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die ein adäquates Ernährungsverhalten haben, bezogen auf den Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungserhebung vereinbart haben.</p>	<p>Zu Punkt 7:</p> <p>Das Qualitätsziel 7 soll patientenseitige Ergebnisqualität wiedergeben (<i>ist das Ernährungsverhalten zum Zeitpunkt der Dokumentation adäquat?</i>). Das Qualitätsziel 6 hingegen soll artzseitige Prozessqualität wiedergeben (<i>sind individuelle Ziele vereinbart worden?</i>).</p> <p>Der Zusatz „(entsprechend den individuell festgelegten Zielen)“ im Qualitätsziel 7 wurde aufgenommen, um an dieser Stelle keinen unmittelbaren Bezug zu <i>allen</i> im Kapitel „Therapeutische Maßnahmen“ formulierten Empfehlungen herzustellen. Hier sollen vielmehr die individuellen Möglichkeiten berücksichtigt werden. Unabhängig davon, ob die Prozessqualität über die Zielvereinbarung erfüllt wurde, ist es immer als gute Qualität zu werten, wenn eine Patientin oder ein Patient sich adäquat ernährt. Dementsprechend wird der Indikator nicht verändert.</p> <p>Die Tragenden Gründe wurden auf Basis der Stellungnahme angepasst, um dies zu verdeutlichen.</p> <p>Zu Punkt 8:</p> <p>Schulungen für Versicherte im Sinne dieser Richtlinie sind</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p><i>Punkt 8:</i> Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP Einschreibung und geschult sind: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Adipositas-schulung für Kinder und Jugendliche oder an einer stationären Re-habilitationsmaßnahme teilgenommen haben.</p>	<p>strukturierte, multimodale und evaluierte ambulante Pro-gramme und sollen als zentraler Bestandteil des DMP allen Patientinnen und Patienten im DMP zur Verfügung stehen. Da die Richtlinie vorgibt, dass jeder Patientin und jedem Pa-tienten eine Schulung angeboten werden muss, können Verträge zum DMP Adipositas Kinder und Jugendliche nur mit einem entsprechenden Angebot geschlossen werden. Die derzeitige Verfügbarkeit von ambulanten Schulungen wird sich folglich durch die vertragliche Umsetzung des DMP Adipositas Kinder und Jugendliche verändern, sodass keine Notwendigkeit von alternativen Angeboten besteht.</p>
<p>5.5</p>	<p>Deutsche Gesell-schaft für Medizini-sche Rehabilitation e. V. (DEGEMED) in Ko-operation mit Bünd-nis Kinder- und Ju-gendreha e.V. (BKJR) vom 12.08.2024</p>	<p>Literaturverzeichnis:</p> <p>(1) Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Rosario AS. PMID: 35586172</p> <p>(2) Hammersley ML, et al. PMID: 27443862</p> <p>(3) McDarby F, Looney K. PMID: 37821651</p> <p>(4) Loveman E, et al. PMID: 26690844</p> <p>(5) Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Ju-gendalter (AWMF-Nr. 050-002) 050- https://regis-ter.awmf.org/assets/guidelines050-002/S3_Therapie-Praeven-tion-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf (awmf.org)</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>(6) Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/gem_ richtlinie_kinderreha.html</p> <p>(7) Robert Koch-Institut (RKI) (2020) AdiMon-Themenblatt: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Stand: 29. Juni 2020). https://www.rki.de/adimon</p>	
6.	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 13. August 2024		
6.1	<p>Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 13.08.2024</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen</p> <p>Angesichts der anhaltend hohen Prävalenz von Adipositas im Kindes- und Jugendalter begrüßt der VDBD die Entwicklung eines DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche.</p> <p>Gleichzeitig möchten wir jedoch auf die Notwendigkeit von Maßnahmen der Verhältnisprävention hinweisen. Seit Jahren fordert der VDBD als Partner in der Deutschen Allianz für Nicht-übertragbare Krankheiten (DANK) konkrete Maßnahmen der Verhältnisprävention. So appellieren wir beispielsweise an den Gesetzgeber, an Kinder gerichtete Werbung zu energiedichten Lebensmitteln zu regulieren oder die Mehrwertsteuer für Gemüse und Obst zu senken (Stichwort: gesunde Mehrwertsteuer).</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Aus entwicklungspsychologischer Sicht sollte im Entwurf des Beschlusstextes eine stärkere Differenzierung zwischen Kindern und Jugendlichen vorgenommen werden. Eine Verhaltensänderung insbesondere von Kindern, die in ihrem Verhalten und Entscheidungen unmittelbar abhängig von ihrem sozialen Umfeld sind, ist ohne eine Einbeziehung der Familienstruktur, ohne eine Einbeziehung der direkt betreuenden Personen in Schulung und weiteren Therapiemaßnahmen schlicht nicht möglich.</p> <p>Schulungen sollten nicht nur altersgerecht, sondern auch nach Bildungsstufen geclustert werden. Bei älteren Kindern und Jugendlichen sollten digitale Anwendungen einbezogen werden. Darüber hinaus sollten sich die Schulungen über einen längeren Zeitraum erstrecken und es mehrfache Wiederholungsmöglichkeiten für Schulungen geben.</p>	<p>Empfehlungen bezüglich einer Ernährungsumstellung oder zu Bewegung im Alltag unterscheiden sich nicht grundsätzlich für Kinder und Jugendliche. Unterschiede, die sich bezüglich des Einbezugs von Betreuungspersonen ergeben, werden im Kapitel 1.4 und unter den jeweiligen Kapiteln beispielsweise zur Therapieplanung oder zu Ernährung adressiert.</p> <p>Die Vorgaben für die Schulungen für Versicherte sind unter 4.2 geregelt. Es handelt sich um multimodale, strukturierte und zielgruppenspezifische Angebote, die mindestens jeweils ein Modul zur Ernährung und Bewegung beinhalten und die nachweislich einen positiven Effekt auf die Adipositas gezeigt haben (evaluierte und publizierte Programme). Weitere Vorgaben beispielsweise zum Zeitrahmen, zur Gruppenzusammensetzung oder zu digitalen Angeboten wurden nicht festgelegt. Eine Wiederholung von Schulungsmaßnahmen wird nicht ausgeschlossen.</p>
--	--	---	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Ebenfalls möchten wir als grundsätzliche Anmerkung vorausschicken, dass die sozialen Aspekte der Adipositas stärkere Berücksichtigung finden sollten. So zeigen Analysen der Ergebnisse der KIGGS-Studie, dass sowohl Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger von Adipositas betroffen sind als Kinder aus sozial höher gestellten Familien. Auch Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind überproportional oft von Übergewicht betroffen.</p>	<p>Die Anmerkung enthält keine konkreten Änderungsvorschläge. Des Weiteren wird die Bedeutung der sozialen Aspekte sowohl in den Grundsätzen der Therapie (Indikations-spezifische Anamnese, Therapieplanung) als auch in den Therapeutischen Maßnahmen sowie den Verlaufsuntersuchungen berücksichtigt.</p>
<p>6.2</p>	<p>Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 13.08.2024</p>	<p>1.2. Einschreibekriterien</p> <p>Zeilen 62-64: So wünschenswert eine möglichst frühzeitige Behandlung der Adipositas im Kindesalter ist, so hat sich in der Umsetzung von Schulungen von Kindern gezeigt, dass eine Schreib- und Lesefähigkeit des Kindes ein wichtiges Kriterium für eine erfolgreiche Teilnahme ist.</p> <p>Zeilen 69-70: Befürwortung der Position der Patientenvertretung</p>	<p>Zu Zeile 62-64</p> <p>Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Begründung: Der BMI steht in der Kritik – auch international, weil er weder Alter und Geschlecht noch das Fett-Muskelverhältnis berücksichtigt.</p> <p>Zeile 67 sowie alle nachfolgenden dissenten Punkte zu dieser Begrifflichkeit:</p> <p>Zustimmung zur Position DKG, KBV, d.h. zum Begriff Betreuungspersonen</p> <p>Begründung:</p> <p>Es ist wichtig, dass - über die klassische Familienkonstellation hinausgehend – diejenigen Personen in Schulung und weitere Therapiemaßnahmen einbezogen werden, die die Kinder bzw. Jugendlichen im Alltag betreuen. Damit soll eine Diskriminierung anderer Lebensformen und Lebensverhältnisse vermieden werden.</p> <p>Zeile 71-72:</p> <p>Die Motivation und Bereitschaft der Kinder und Jugendlichen zur Teilnahme an der Patientenschulung sind nicht ausreichend, da Verhaltensänderungen, z.B. bei der Ernährung, unmittelbar vom sozialen Umfeld abhängen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>	<p>dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.</p> <p>Zu Zeile 69-70</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, GKV-SV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Auch wenn der BMI die Fettverteilung nicht berücksichtigt, ist dies ein international anerkannter und standardisierter Indikator für Übergewicht und Adipositas (WHO Obesity Report 2022). Bei Kindern und Jugendlichen wird der individuell gemessene BMI anhand alters- und geschlechtsspezifischer Perzentilkurven eingeordnet. In diesem DMP wird das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gemäß der deutschen Leitlinie (AGA 2019) mit dem Überschreiten der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile erreicht. Im weiteren Verlauf dient die Erhebung des individuellen BMI der Berechnung des BMI-SDS. Hierdurch kann eine genaue Einordnung der Adipositas und des Verlaufs erfolgen. Eine Reduktion des BMI-SDS um mindestens 0,2 wird als klinisch relevant</p>
--	--	--	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Voraussetzung für die Einschreibung sind insbesondere die Fähigkeit und Motivation zur Teilnahme an einer Patientenschulung, die die zentrale Maßnahme des DMP darstellt. Dabei ist die Einbeziehung der Betreuungspersonen essenziell.</p>	<p>eingestuft (AGA 2019). Hieraus ergibt sich ein gut messbares Qualitätskriterium (vgl. Nr.2 Qualitätssichernde Maßnahmen).</p> <p>Die Bedeutung des Taille-Größe-Indexes als Diagnostikum und als validierter Verlaufsparemeter ist hingegen noch unzureichend untersucht (Robert Koch Institut (RKI). Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS); 2. erweiterte Auflage [online]. Berlin (GER): RKI; 2013. [Zugriff: 07.06.2024]. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). URL: https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMa04ZjppM.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Dieser Index eignet sich somit nicht als Einschlusskriterium für das DMP.</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV:</p> <p>Zu Zeile 67 und 71-72:</p> <p>Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurden im Kapitel 1.4 Grundsätze der Therapie die Empfehlungen und Vorgaben zum Einbezug Dritter erläutert und in relevanten Kapiteln zu spezifischen Aspekten, beispielsweise unter 4.2 Schulungen der Versicherten, aufgegriffen. Hierbei wurden beide Begriffe (Personensorgeberechtigte bzw. relevante Betreuungspersonen) aufgenommen.</p>
--	--	--	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>6.3</p>	<p>Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 13.08.2024</p>	<p>1.4.2 Therapieplanung</p> <p>Zeile 140</p> <p>Befürwortung der Position der Patientenvertretung.</p> <p>Begründung: In der Diabetologie hat sich gezeigt, dass Maßnahmen der Transition von zentraler Bedeutung sind.</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich. Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p>
<p>6.4</p>	<p>Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V.</p>	<p>1.5.1 Basismaßnahme</p> <p>Zeile 153</p> <p>Befürwortung der Position GKV-SV, DKG und KBV</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Die Anforderung, dass die Empfehlung zu Bewegung, Ernährung und Verhaltensmodifikation durch motivierende Gesprächsführung vermittelt werden sollen, richtet sich an</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	(VDBD) vom 13.08.2024	Begründung: Die Schulung wird in der Regel von qualifizierten Schulungskräften durchgeführt, die in motivierender Gesprächsführung ausgebildet sind.	den koordinierenden Arzt bzw. an die koordinierende Ärztin
6.5	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 13.08.2024	<p>1.5.2 Ernährung 161-170</p> <p>Für eine Ernährungsumstellung ist eine Einbeziehung der betreuenden Personen, insbesondere bei jüngeren Kindern zwingend, da sie in ihrem Verhalten direkt von ihrem sozialen Umfeld abhängig sind.</p> <p>Darüber hinaus ist es wichtig, dass Schulungen einen Praxisanteil beinhalten, z.B. eine Lehrküche.</p>	<p>Die Anforderungen an Schulungen sind unter Nummer 4.2 geregelt.</p> <p>Zum Einbezug der betreuenden Person vgl. 6.2.</p>
6.6	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 13.08.2024	<p>1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie Zeile 199</p> <p>Befürwortung der Position GKV-SV, KBV</p>	<p>GKV-SV, KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG, PatV: Auf Grundlage der Stellungnahme wird die Position nicht aufrechterhalten, sodass die Anforderungen an die adjuvante medikamentöse Therapie vollständig entfallen sind.</p>
6.7	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in	<p>1.5.6 Chirurgische Therapie</p> <p>Befürwortung der Position GKV-SV, KBV</p>	<p>GKV-SV, KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG, PatV: Inhaltliche Zustimmung. Die Indikation für eine</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	Deutschland e.V. (VDBD) vom 13.08.2024	Begründung: Während eine chirurgische Therapie bei Erwachsenen, inkl. junger Erwachsener, unter den genannten Voraussetzungen sinnvoll sein kann, ist das bei Jugendlichen, deren Körper sich noch im Wachstum und Aufbau befindet, kritisch zu hinterfragen.	chirurgische Therapie soll daher im Einzelfall sorgfältig geprüft und auf individueller Ebene immer fundiert abgewogen werden.
6.8	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 13.08.2024	1.7.1 Koordinierende Ärztin/Arzt Zeile 234 Befürwortung der Position KBV, Patientenvertretung	KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV, DKG: Die Koordination der Versorgung soll ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte solcher Fachgruppen erfolgen, deren Weiterbildung eine internistische Ausrichtung aufweist. Der Einbezug von Fachärztinnen/Fachärzten „mit Bezug zur Kinder- und Jugendmedizin“ kann zwar sinnvoll sein, wenn es um die Behandlung von Begleiterkrankungen geht, allerdings sollte bei der übergeordneten Koordination stets das Spektrum der hier maßgeblichen Stoffwechselerkrankung und ihrer wichtigsten Folgeerkrankungen überblickt werden.
6.9	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 13.08.2024	1.7.3 Zeile 271 Befürwortung der Position GKV-SV, KBV	GKV-SV, KBV: Dank und Kenntnisnahme PatV, DKG: Da die strukturierten Behandlungsprogramme sektoren-übergreifend angelegt sind (§ 2 Absatz 1 DMP-A-RL), wird auch in dieser Anlage beispielhaft eine Indikation zur stationären Behandlung aufgeführt. Diese besteht bei Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			Jugendalter insbesondere für die Durchführung einer Adipositas-chirurgischen Maßnahme.
6.10	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 13.08.2024	Rehabilitationsmaßnahme Zeile 277 Befürwortung der Position GKV-SV, DKG, KBV	GKV-SV, DKG, KBV: Dank und Kenntnisnahme
6.11	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 13.08.2024	Literaturverzeichnis: KIGGS Studie: www.rki.de/kiggs	
7.	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 13. August 2024		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>7.1</p>	<p>Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 13.08.2024</p>	<p>Allgemeine Anmerkung: Die in den Anlagen enthaltenen Ausführungen zu den medizinischen Anforderungen für die Durchführung des DMP Adipositas werden seitens des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) nicht bewertet. Stellung bezieht das BAS allein auf die Punkte, die im Rahmen der Zulassung und Prüfung als kritisch bewertet werden.</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme.</p>
<p>7.2</p>	<p>Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 13.08.2024</p>	<p>Zu III. Rn. 48/49 i.V.m. Rn. 140 Zur Prävention einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes und/oder zur Festigung des bereits erreichten Therapieerfolges im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche würden wir begrüßen, wenn Teilnehmern des DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche ein Wechsel in das DMP Adipositas für Erwachsene abweichend von den derzeit geltenden Einschreibevoraussetzungen für das letztgenannte DMP eröffnet wird um eine über das Kinder- und Jugendalter hinausgehende dauerhaften Betreuung im DMP zu ermöglichen. Änderungsvorschlag: In Anlage 23 wird in Nr. 1.2 ergänzt ... oder</p>	<p>KBV, DKG, GKV-SV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich. Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>c) bisherige Teilnahme am DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche.</p>	<p>der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p> <p>PatV: Vielen Dank für den Änderungsvorschlag, der aus Sicht der Patientenvertretung sinnvoll erscheint.</p>
<p>7.3</p>	<p>Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 13.08.2024</p>	<p>Zu Nummer 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Rn 64</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Je früher eine Intervention stattfinden kann, desto günstiger sind die gesundheitlichen Entwicklungen und Vermeidung von Komorbiditäten für die Kinder und Jugendlichen. Deshalb würden wir eine frühe Einschreibung von Kindern und Jugendlichen ab dem 5. Lebensjahr in das DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche begrüßen. Dass eine Behandlung von Kleinkindern im DMP möglich ist, wird in den DMP Asthma und Diabetes mellitus Typ 1 seit Jahren bewiesen.</p> <p>Gemäß S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter sollten bereits Kinder ab dem 5. Lebensjahr Zugang zu einem Therapieprogramm für ihre behandlungsbedürftige Adipositas und entsprechenden Komorbiditäten erhalten. Die zum 5. Geburtstag stattfindende U9 wäre ein geeigneter Zeitpunkt, um eine behandlungsbedürftige Adipositas zu erkennen und die Teilnahme im DMP mit den Eltern zu besprechen. Das Schulungsprogramm KLAKS (siehe auch Nummer 4.2)</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>ist ein von den Bänken des G-BA ab dem 7. Lebensjahr anerkanntes Schulungsprogramm. Die meisten anderen sind ab dem 8. Lebensjahr zugelassen. Es gibt aber anerkannte Varianten von Schulungsprogrammen, die extra konzipiert wurden für Vorschulkinder ab dem 5. Lebensjahr (z. B. Obeldicks Mini, welches Eltern und Vorschulkinder einbindet).</p> <p>Änderungsvorschlag: dem Vorschlag der PatV folgen</p>	
7.4	<p>Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 13.08.2024</p>	<p>Zu Nummer 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe Rn. 70</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir würden es begrüßen, wenn zum BMI Adipositas für Kinder und Jugendliche neben dem BMI-SDS auch der Taille-Größe-Index herangezogen werden würde. Dieser stellt einen sensitiven und spezifischen Marker für die viszerale Fettanasammlung dar und ergänzt als messbarer Anhaltspunkt den BMI-SDS als Einschreibekriterium.</p> <p>Zu komplex und über diese beiden Kriterien zur Einschreibung hinausgehend, sollten die Einschreibevoraussetzungen indes nicht sein. Je komplexer, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer fehlerhaften Einschreibung.</p>	<p>KBV, DKG, GKV-SV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Auch wenn der BMI die Fettverteilung nicht berücksichtigt, ist dies ein international anerkannter und standardisierter Indikator für Übergewicht und Adipositas (WHO Obesity Report 2022). Bei Kindern und Jugendlichen wird der individuell gemessene BMI anhand alters- und geschlechtsspezifischer Perzentilkurven eingeordnet. In diesem DMP wird das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gemäß der deutschen Leitlinie (AGA 2019) mit dem Überschreiten der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile erreicht. Im weiteren Verlauf dient die Erhebung des individuellen BMI der Berechnung des [KBV, GKV-SV, DKG: individuellen alters- und geschlechtsspezifischen] BMI-SDS. Hierdurch kann eine genaue Einordnung der Adipositas und des Verlaufs erfolgen. Eine Reduktion des BMI-SDS um mindestens 0,2 wird als klinisch relevant eingestuft (AGA 2019). Hieraus ergibt sich ein</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Änderungsvorschlag: dem Vorschlag der PatV folgen</p>	<p>gut messbares Qualitätskriterium (vgl. Nr.2 Qualitätssichernde Maßnahmen).</p> <p>Die Bedeutung des Taille-Größe-Indexes als Diagnostikum und als validierter Verlaufsparameter ist hingegen noch unzureichend untersucht (Robert Koch Institut (RKI). Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS); 2. erweiterte Auflage [online]. Berlin (GER): RKI; 2013. [Zugriff: 07.06.2024]. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). URL: https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMa04ZjppM.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Dieser Index eignet sich somit nicht als Einschlusskriterium für das DMP.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
<p>7.5</p>	<p>Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 13.08.2024</p>	<p>Zu Nummer 1.4.3 Transition Rn. 140</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Das DMP ist darauf ausgelegt, Betroffene dauerhaft, strukturiert, qualitätsgesichert, multimodal und transsektoral versorgen zu können. Adipositas ist eine chronische Erkrankung, weshalb die Erkrankung nicht mit dem vollendeten 18. Lebensjahr endet. Somit sollte für Jugendliche/ junge Erwachsene, die am DMP Adipositas Kinder und Jugendliche teilgenommen haben,</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin,</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>eine Ausnahmeregelung für die Teilnahme am DMP Adipositas für Erwachsene in Erwägung gezogen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: siehe oben zu III, Rn. 48/49</p>	<p>der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich. Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p> <p>PatV: Zustimmung, entspricht der Position der Patientenvertretung.</p>
<p>7.6</p>	<p>Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 13.08.2024</p>	<p>Nummer 1.7.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt Rn. 234</p> <p>i.V.m. Tragenden Gründen (TG), Rn. 303 ff</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir befürworten eine möglichst genaue Definition der teilnahmeberechtigten Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Professionen.</p> <p>Änderungsvorschlag: GKV-SV folgen</p>	<p>KBV, PatV: Die Positionen des GKV-SV und der KBV/PatV unterscheiden sich bezüglich der grundsätzlichen Koordination nicht inhaltlich. Vielmehr hat sich die KBV an dieser Stelle und bei der Benennung der Ausnahmefälle dazu entschieden, eine genaue Auflistung der teilnahmeberechtigten Ärztinnen und Ärzte aufzunehmen, wie es in dieser Stellungnahme befürwortet wird.</p> <p>GKV-SV, DKG: Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		Die genaue Definition der verwendeten Begrifflichkeiten (z. B. „nichtärztliche Hilfen“ bzw. „weitere Gesundheitsprofessionen“) sowie der Qualifikationen der Ärztinnen und Ärzte bzw. Einrichtungen/Zentren ist empfehlenswert zur Schaffung eines einheitlichen Verständnisses.	
7.7	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 13.08.2024	<p>Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen Rn. 313-315</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir begrüßen, dass bei bestehender Schwangerschaft oder in der Stillzeit eine Einschreibung erst nach dieser Phase erfolgen soll. Zudem sollte erwogen werden, ob eine während der Teilnahme auftretende Schwangerschaft/Stillzeit Grund für einen (vorübergehenden) Teilnahmeausschluss sein kann.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Schwangerschaft und Stillzeit als potentiellen Grund für einen (vorübergehenden) Teilnahmeausschluss ergänzen</p>	Dem Anpassungsvorschlag wird analog zum DMP für Erwachsene nicht gefolgt. Ein genereller Teilnahmeausschluss bei auftretender Schwangerschaft erscheint aus Sicht des G-BA nicht zielführend, insbesondere, da der Zeitpunkt des Ausschlusses schwer festzulegen ist und es zu unnötigen Teilnahmebeendigungen kommen kann. Dies würde zu bürokratischen Hürden führen und möglicherweise eine regelmäßige Teilnahme vieler Patientinnen gefährden. Die lfd. Nr. 9 der Anlage 26 (Adipositas – Kinder und Jugendliche - Dokumentation) gibt der koordinierenden Ärztin/dem koordinierenden Arzt die Möglichkeit mit der Patientin bei einer Schwangerschaft die Teilnahme am DMP vorübergehend zu beenden. Eine Einschreibung bei bekannter aktueller Schwangerschaft oder Stillzeit ist hingegen nicht sinnvoll.
8	<p>Gemeinsame Stellungnahme Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter der DAG (AGA), Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Endokrinologie und -Diabetologie (DGPAED), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Konsensusgruppe Adipositasschulung für</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>Kinder und Jugendliche (KgAS), Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP), Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen e.V. (DGÖG), Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit und Bevölkerungsmedizin e.V. (DGÖGB) vom 13. August 2024</p>		
<p>8.1</p>	<p>Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und weiterer Organisationen vom 13.08.2024</p>	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Adipositas ist auch im Kindes- und Jugendalter eine chronisch fortschreitende Erkrankung, die weltweit zwischen 1990 und 2022 von 1.7 auf 6.9% bei Mädchen bzw. 2.1 auf 9.3% bei Jungen (Altersspanne 5 bis 17 Jahre) angestiegen ist (NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) 2024) [1].</p> <p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Auf Basis der letzten Auswertungen des Robert-Koch-Instituts (KIGGS-Survey) sind in Deutschland etwa 1 Millionen Kinder und Jugendliche betroffen (Kinder- und Jugendgesundheits-Survey KIGGS Welle 2) [2]. Aktuellere repräsentative Zahlen gibt es noch nicht; weltweit geht man aber post-pandemisch von einem Anstieg der Adipositas in dieser Altersgruppe von 2% aus [3].</p> <p>Im Kontext der Adipositas findet sich analog zum Erwachsenenalter eine Vielzahl an Folge- und Begleiterkrankungen [4], daher bewertet auch bei Kindern und Jugendlichen die WHO eine Verbesserung des Zugangs zu Therapieangeboten im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung als zentrale Maßnahme zur Eindämmung der Adipositas-Epidemie (WHO 2022) [5]. Aktuell erhält jedoch nur ein Bruchteil der Betroffenen eine Versorgung gemäß medizinisch-wissenschaftlicher Leitlinien [6].</p>
		<p>Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Folgerichtig hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) die Erarbeitung eines DMP Adipositas Kinder und Jugendliche beauftragt und eine interdisziplinäre, leitliniengerechte Versorgung eingefordert. An diesem gesetzlichen Auftrag muss sich das DMP Adipositas Kinder und Jugendliche messen lassen. Daher möchten wir einleitend aus der Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung vom 19.02.2021 zitieren [7]:</p> <p><i>„Um die Versorgung der Versicherten mit krankhaftem Übergewicht zu verbessern, wird der G-BA beauftragt, bis zum letzten Tag des vierundzwanzigsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Monat ein neues DMP für Adipositas zu entwickeln. (...) Das Erkrankungsbild ist komplex, geht jedoch häufig gleichzeitig mit einer hohen Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch die Betroffenen einher. Zu einer leitlinienkonformen Adipositas therapie gehören individuelle und Gruppentherapien, ergänzende pharmakologische Therapien, die sogenannte bariatrische Chirurgie mit postoperativer Langzeittherapie und ggf. Supplementationstherapie bei starker Gewichtsreduktion.</i></p> <p><i>Die Versorgungsrealität wird jedoch den besonderen Bedürfnissen von Versicherten mit Adipositas oftmals nicht gerecht. Eine mangelnde Vernetzung einzelner Leistungserbringer sowie eine unzureichende Anleitung und Motivation zur Eigeninitiative führen zu Unter- und Fehlversorgung mit entsprechenden medizini-</i></p>	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p><i>schen und ökonomischen Folgen. Von einer individuellen, interdisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlung unter Berücksichtigung verhaltensmodifizierender, medikamentöser und nötigenfalls auch chirurgischer Interventionen profitiert dagegen bisher nur eine kleine Minderheit der Betroffenen. Insoweit besteht ein erhebliches Verbesserungspotential der Versorgungsqualität. Eine bedarfsgerechte Therapie kann Schäden durch Folge- und Begleiterkrankungen bei Patientinnen und Patienten reduzieren und Gesundheitskosten senken. Es ist deshalb wichtig, dass Betroffene eine frühe und auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Behandlung erhalten.</i></p> <p><i>Die Entwicklung eines eigenständigen DMP Adipositas wird angestoßen, damit von Adipositas Betroffene dauerhaft, strukturiert, qualitätsgesichert, multimodal und transsektoral versorgt werden können. Eine Beschränkung auf die Behandlung der Adipositas auf Betroffene mit manifesten Begleiterkrankungen, etwa im Rahmen des bestehenden DMP Diabetes mellitus Typ 2, würde die präventive Intention einer strukturierten und bedarfsorientierten Versorgung verfehlen. Im Rahmen des DMP Adipositas ist insbesondere die leitliniengerechte und bedarfsorientierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas zu regeln. Hierzu gehören insbesondere qualifizierte multimodale und multiprofessionelle konservative sowie chirurgische Therapien, einschließlich modularer Schulungsprogramme.“</i></p> <p>Der Gesetzgeber hat in der Begründung für die Beauftragung</p>	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>des G-BA zu Recht auf die unzureichende Versorgungssituation hingewiesen. Keine andere chronische Krankheit, die so weit verbreitet ist, ist dermaßen unterversorgt. Mit dem DMP könnten Menschen mit Adipositas erstmalig ein niedrigschwelliges Behandlungsangebot in Form von Patientenschulungen erhalten. Das ist zweifelsohne ein Paradigmenwechsel, nachdem Adipositas in Deutschland lange Zeit nicht als Erkrankung anerkannt war.</p> <p>Als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften auf dem Gebiet der Adipositas und damit verbundener Erkrankungen fordern wir: Das DMP Adipositas sollte für den Gesetzgeber und den G-BA zum Anlass genommen werden, den Zugang zu evidenzbasierten Behandlungsmethoden der Adipositas grundlegend neu zu regeln und das DMP Adipositas im nächsten Schritt zu erweitern bzw. zu überarbeiten.</p> <p>Erst wenn die leistungsrechtlichen Limitationen überwunden sind, kann eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas im Rahmen eines entsprechenden DMPs Adipositas Kinder und Jugendliche sichergestellt werden.</p>	
<p>8.2</p>	<p>Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG)</p>	<p>Zu 1.2. Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe Stellungnahme mit Begründung:</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV, KBV, DKG, PatV: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und weiterer Organisationen vom 13.08.2024</p>	<p>Auf Basis des Konsensuspapiers von 2004 wurde die untere Altersgrenze von acht Jahren festgelegt. Aktuelle Innovationsfondprojekte wie Frühstart und STARKIDS beginnen im Alter von drei Jahren.</p> <p>Die PatV legen ausführlich dar, warum eine untere Altersgrenze für eine Teilnahme an einem DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche nicht zielführend ist. Die Manifestation der Adipositas bei Kindern zu fast 50 % bis zum Alter von 6 Jahren macht die Notwendigkeit deutlich [2].</p> <p>In systematischen Reviews und Metaanalysen wurde darüber hinaus gezeigt, dass für Therapieprogramme ab dem Alter von 5 bzw. 6 Jahren [8, 9] eine Wirksamkeit nachweisbar ist. Bei jüngeren Kindern stellt darüber hinaus eine ausschließlich an Eltern gerichtete Adipositas-Schulung eine Evidenz-basierte Alternative dar [10-12].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die unterzeichnenden Fachgesellschaften unterstützen die PatV und schlagen folgende Ergänzung vor:</p> <p>„Sobald eine Adipositas bei einem Kind oder Jugendlichen festgestellt wird (z.B. bei den Vorsorge- oder Einschulungsuntersuchungen), sollte zeitnah eine Therapie gemäß der aktuellen S3-LL „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ angeboten und auch eingeleitet werden.</p>	<p>entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.</p>
--	---	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		Die Teilnahme an einem DMP ist ab der vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Sofern die Fähigkeit oder Motivation (noch) nicht ausreichen, soll sich das Schulungsprogramm an die Eltern richten [13]“.	
8.3	Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und weiterer Organisationen vom 13.08.2024	<p>Zu 1.3. Therapieziele</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Neben somatischen positiven Effekten wie einer Reduktion der Körperfettmasse, konsekutiver Verringerung von möglichen Komorbiditäten sowie Steigerung der körperlichen Fitness, können und sollten langfristige Ziele wie die Erhöhung der Lebensqualität und der Teilhabe des Patienten angestrebt werden (Faller, Reusch und Meng 2011 zitiert nach dem Abschlussbericht „Aktualisierung des Konsensuspapiers: Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“) [14]. Im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung (DRV)) wird darauf hingewiesen, dass „in vielen Fällen von chronischer Krankheit oder Behinderung sind nicht nur Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich“ [15]. Dies bezieht auch neben der Teilhabe im Beruf (und der Schule) auch den Alltag mit ein.</p> <p>Im Rahmen der Besonderen Versorgungsform „Adipöse Kinder und Jugendliche im Rheinland“, an der u.a. die AOK Rheinland</p>	<p>Zu Ergänzung eines Punktes d): Die Lebensqualität wird bereits übergeordnet im ersten Absatz adressiert.</p> <p>Zu Ergänzung eines Punktes e): Mit einer Veränderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten können auch unabhängig der BMI-SDS-Entwicklung positive u.a. somatische oder psychische Effekte angestrebt werden. Dies ist unter „Verbesserung adipositas-assoziiertes Risikofaktoren und Krankheiten“ subsumiert, da die spezifischen Ziele individuell stark variieren können.</p> <p>Dementsprechend werden hier keine Anpassungen vorgenommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Hamburg und die IKK Classic mitwirken, wurde neben einer BMI-SDS-Senkung auch die Steigerung körperliche Leistungsfähigkeit (um 10%) als Erfolgskriterium aufgegriffen. Begründet wird bzw. wurde dieser Zielparameter mit den gesundheitlichen Benefits einer Fitnesssteigerung auf kardiometabolische Parameter [16]. Dies konnte auch aktuell im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit gezeigt werden [17].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ergänzung eines Punktes d) Steigerung der Lebensqualität und der Teilhabe - Ergänzung eines Punktes e) Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit 	
<p>8.4</p>	<p>Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und weiterer Organisationen vom 13.08.2024</p>	<p>Zu 1.4.1 Indikations-spezifische Erstanamnese</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Zur Erstanamnese bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas gehört zwingend die Familienanamnese bezüglich:</p> <p>Gewicht und Gewichtsverlauf der Eltern und ggf. Geschwister; weitere Familienmitglieder mit Adipositas; Extreme Adipositas in der Eltern- oder Großelterngeneration;</p> <p>Bariatrisch-metabolische Chirurgie in der Eltern- oder Großelterngeneration;</p> <p>Komorbiditäten (Typ2-Diabetes, Fettstoffwechselstörungen;</p>	<p>Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Bei Einschreibung in das DMP ist die Diagnose Adipositas bereits gestellt und mögliche beispielsweise monogenetische Ursachen bekannt und fachgerecht behandelt. Kinder und Jugendlichen mit einer monogenetischen Ursache können am DMP teilnehmen, wenn sie von der zentralen Maßnahme, der Schulung, profitieren. Die spezifische Therapie der monogenetischen Adipositas wird im DMP nicht adressiert.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Bluthochdruck, frühe kardiovaskuläre Ereignisse) in der Eltern- oder Großelterngeneration.</p> <p>Aus den Informationen ergeben sich wichtige Hinweise für die weitere Diagnostik und Therapieplanung:</p> <p>Besteht bei Kindern eine frühmanifeste, extreme Adipositas (>P99,5 im Alter von 5 Jahren), sollte eine Untersuchung auf monogenetische Adipositasformen diskutiert werden, insbesondere bei gestörter Appetitregulation. In dieser speziellen Patientengruppe lassen sich in ca. 5% Störungen der zentralen Appetitregulation nachweisen [18, 19]. Für einige Formen dieser seltenen Erkrankungen (biallelische Pro-Opiomelanocortin (POMC)-Mutation, einschließlich PCSK1, Mangel oder bestätigter Leptinrezeptor-Mangel (LEPR)) ist eine zusätzliche medikamentöse Therapie für Kinder ab 6 Jahren zugelassen (G-BA-Beschluss 1/2022: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8453/2022-01-20_AM-RL-II_Setmelanotide.pdf), weitere Phase 3-Studien werden aktuell durchgeführt.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Besteht bei Kindern eine frühmanifeste, extreme Adipositas (>P99,5 im Alter von 5 Jahren), sollte eine genetische Untersuchung auf eine monogenetische Adipositas durchgeführt werden, da für einige dieser seltenen Erkrankungen eine medikamentöse Behandlungsmöglichkeit ab einem Alter von 6 Jahren besteht.“</p>	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>8.5</p>	<p>Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und weiterer Organisationen vom 13.08.2024</p>	<p>1.4.2 Therapieplanung (Z. 136ff) Stellungnahme mit Begründung: Neben anderen Risikofaktoren gilt auch das sogenannte sedentäre Verhalten, v.a. die übermäßige Nutzung von Bildschirmmedien als relevanter Einflussfaktor auf die Entstehung und Persistenz von Adipositas im Kindesalter. Darüber hinaus wird es mit vermehrter sitzender Tätigkeit mit ungünstigem Ernährungsverhalten und gestörtem Schlaf in Verbindung gebracht [20]. Daher ist die Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag ein richtiger und wichtiger Schritt; ergänzt werden sollte im Text aber auch der Hinweis auf Reduktion vermeidbarer Sitzzeit, insbesondere audiovisueller Medien [21]. Änderungsvorschlag: „... Ziele, insbesondere zur Ernährungsumstellung durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte, zur Steigerung der Bewegung in Freizeit und Alltag sowie zur Reduktion audiovisueller Medien.“</p>	<p>Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Die Formulierungen dienen hier der übergeordneten Benennung der grundlegenden Maßnahmen (zu Ernährung und Bewegung). Der spezifische Aspekt der körperlichen Inaktivität und insbesondere der Medienkonsum wird im Kapitel 1.4.1 Indikationsspezifische Anamnese und in den therapeutischen Maßnahmen im Kapitel zu Bewegung abgebildet. Somit werden sowohl die Erhebung eines etwaigen sedentären Verhaltens als auch dessen Verringerung i.S. einer therapeutischen Maßnahme adressiert.</p>
<p>8.6</p>	<p>Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und weiterer</p>	<p>1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie Stellungnahme mit Begründung: Das DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche hat die gültigen Leitlinien sowie darüber hinaus die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zur Grundlage. Da der Leitlinienprozess von der Evidenz-</p>	<p>KBV, PatV, DKG: Aufgrund der dynamischen Entwicklungen und fehlender Langzeitdaten auf diesem Gebiet hat der G-BA bewusst keinen neuen Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen vorgegriffen und im DMP abgebildet.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Organisationen vom 13.08.2024</p>	<p>gewinnung bis zur Abstimmung 1-2 Jahre dauert, müssen deshalb in Themenfeldern mit einer sehr dynamischen Entwicklung aktuelle hochwertige Studien zusätzlich berücksichtigt werden.</p> <p>Dem wurde für die seltenen monogenen Adipositasformen entsprochen (G-BA-Beschluss 1/2022: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8453/2022-01-20_AM-RL-II_Setmelanotide.pdf), nicht jedoch für die Anwendung von GLP1-Rezeptor-Agonisten bei Jugendlichen ab 12 Jahren. Sowohl für Liraglutide als auch für Semaglutide liegt eine Zulassung der EMA vor (Adipositas und >60 kg) [22, 23], allerdings wurde vom G-BA für Semaglutide ein gegenteiliger Beschluss gefasst [24], da die Kostenübernahme durch die GKV nicht mit § 34 Abs. 1 Satz 8 SGB V vereinbar sei.</p> <p>Nun gibt es jedoch für beide Substanzen (Liraglutide, Semaglutide) bereits systematische Reviews und Metaanalysen, die Risiko und Nutzen dieser zusätzlichen medikamentösen Adipositas-Therapie für Jugendliche ab 12 Jahren untersuchen und die Wirksamkeit eindeutig belegen, nicht nur bezogen auf die Gewichtsreduktion, sondern auch bezogen auf die Komorbiditäten [25, 26].</p> <p>Mit dem Verständnis, dass es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung handelt, muss auch diese Evidenz in die Therapieplanung einbezogen werden. Die unterzeichnenden Fachgesellschaften schlagen deshalb vor, entsprechend der europäischen Zulassungen eine zusätzliche medikamentöse Therapie</p>	<p>Bei bestehenden Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Adipositas-Therapie bei Kindern und Jugendlichen handelt es sich um Einzelfallentscheidungen, die hier nicht adäquat adressiert werden können.</p> <p>Auch aus den zitierten Reviews lässt sich kein einheitliches Vorgehen ableiten, dass hier als maßgebliche Empfehlung umgesetzt werden könnte.</p> <p>Auch kann der G-BA nur im Rahmen seiner rechtlichen Möglichkeiten Regelungen zu strukturierten Behandlungsprogrammen treffen und z.B. keine Vorgaben zur wissenschaftlichen Evaluation der Versorgung an spezialisierten Zentren machen.</p> <p>DKG und PatV haben ihre Position nach dem Stellungnahmeverfahren nicht mehr aufrechterhalten.</p> <p>GKV-SV: Nach § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V in Verbindung mit § 14 Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sind Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen, die zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits bzw. zur Regulierung des Körpergewichts dienen. Diese sind in Anlage II AM-RL zusammengestellt. Der GBA kann sich bei seinen Beschlüssen nur auf geltende rechtliche Vorgaben stützen.</p>
--	--------------------------------------	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>mit GLP1-Rezeptor-Agonisten für Jugendliche ab 12 Jahren (>60 kg) und einer Adipositas per magna (BMI > 99.5 Perzentile) bzw. einer Adipositas (BMI >97. Perzentile) und bereits bestehenden Begleiterkrankungen zu ermöglichen, falls alleine durch eine Lebensstilintervention keine BMI-Stabilisierung bzw. -Abnahme erreicht werden konnte.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Die medikamentöse Therapie mit GLP1-Rezeptor-Agonisten, zusätzlich zur multimodalen Basistherapie, sollte für Jugendliche ab 12 Jahren (>60 kg) und Adipositas spezialisierten Zentren vorbehalten bleiben unter engmaschiger Beobachtung klinischer, anthropometrischer, metabolischer und weiterer Parameter. Es besteht die Pflicht zur Verlaufsdokumentation. Nach 2 Jahren erfolgt eine unabhängige wissenschaftliche Bewertung“.</p>	
<p>8.7</p>	<p>Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und weiterer Organisationen vom 13.08.2024</p>	<p>1.7.3 Zeile 277ff [DKG, PatV 1.7.4] [GKV-SV, KBV 1.7.3] Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung unabhängig vom Alter ab einem BMI oberhalb der 97. Perzentile ohne den Nachweis weiterer Risikofaktoren oder Komorbiditäten möglich.</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV: Der Vorschlag wird abgelehnt. § 15a SGB VI formuliert allgemein und übergeordnet, wann eine Leistung der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche zu Lasten der DRV angezeigt sein kann. Diese allgemeinen Kriterien müssen aus sozialmedizinischer Sicht dann bei der Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit auf das Gesundheitsproblem und die daraus resultierenden Krankheitsfolgen bezogen werden. Eine Konkretisierung erfolgt in der „Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Laut Gemeinsamer Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) vom 28. Juni 2018 besteht Rehabilitationsbedürftigkeit bei Vorliegen</p> <ul style="list-style-type: none"> • einer chronischen Krankheit, • einer beeinträchtigten Gesundheit oder • einer erheblichen Gesundheitsgefährdung, <p>die in Abhängigkeit von Funktionsstörungen und Kontextfaktoren in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu Teilhabestörungen und zu einer Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen kann.</p> <p>Damit ist eine Beschränkung der Indikationsstellung und Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme auf den BMI unter Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen nicht korrekt.</p> <p>Die lokale Verfügbarkeit von ambulanten Schulungsprogrammen ist in Deutschland derzeit sehr begrenzt. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen arbeiten mit demselben strukturierten Schulungsprogramm wie ambulante. Daher sollte bei mangelnder Verfügbarkeit einer ambulanten Schulung eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erwogen werden (Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) [27].</p>	<p>der Rehabilitationsbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen“ für die Deutsche Rentenversicherung Juli 2019, die im jeweiligen Einzelfall die Grundlage für die Begutachtung darstellt. Zusätzlich zu einer Adipositas muss noch mindestens eine der folgenden Einschränkungen/Störungen/Faktoren vorliegen: -relevanten Einschränkungen der altersentsprechenden Leistungsfähigkeit und Aktivitäten infolge von Adipositas; -Teilhabestörungen (Anzeichen der Desintegration mit Schulvermeidung, Fehlzeiten und Abbrüchen); - einer raschen Entwicklung der Adipositas beispielsweise infolge von therapeutischen Maßnahmen bei anderen Erkrankungen; - spezielle psychosozialen Problemkonstellationen bei oder durch Adipositas; - notwendigen Leistungen zur Krankheitsbewältigung und zur Unterstützung des Krankheitsmanagements.</p> <p>GKV-SV: Aus Sicht des GKV-SV ist eine in der Regel 3-6wöchige Rehabilitationsmaßnahme nicht als Alternative zu einem Schulungsprogramm zu betrachten, welches meist über 12 Monate verläuft. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass die Verfügbarkeit der ambulanten Schulungen durch die Etablierung des DMP gefördert wird.</p> <p>PatV: Die Stellungnahme wird als Zustimmung zur PatV-Position gelesen. Die medizinische Rehabilitation kann als zusätzliche Maßnahme sinnvoll sein.</p>
--	--	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			Die derzeitige Verfügbarkeit von ambulanten Schulungsprogrammen wird sich voraussichtlich durch die vertragliche Umsetzung des DMP Adipositas Kinder und Jugendliche verändern.
8.8	Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und weiterer Organisationen vom 13.08.2024	<p>2. Qualitätssichernde Maßnahmen; Punkte 4 und 5</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Analog 1.4.2</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung Reduktion von vermeidbarer Sitzzeit, altersgemäße Nutzung audiovisueller Medien</p>	In den Qualitätszielen 4 und 5 werden übergeordnet Ziele zur Bewegung adressiert, mit der Maßgabe, die individuelle Situation zu berücksichtigen. Da spezifische Empfehlungen beispielsweise zur Sitzzeit nicht für alle Teilnehmenden passend sein müssen, wird hier von weiteren Präzisierungen abgesehen. Der Aspekt des sedentären Verhaltens und des Medienkonsums wird jedoch in den Kapiteln zur Anamnese und zu den therapeutischen Maßnahmen aufgegriffen (vgl. 8.5).]
8.9	Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und weiterer Organisationen vom 13.08.2024	<p>4.2 Schulung der Versicherten; Z. 331ff.</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Verhaltenstherapie ist ein wesentlicher Bestandteil im Rahmen der Patientenschulungen; sie soll zur Ich-Stärkung, Umgang mit Mobbing, aber auch zur nachhaltigen Änderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas, aber auch deren Familien beitragen [9, 13, 28].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Ergänzung bei Schulung, die mindestens jeweils ein Modul zu</p>	In den jeweiligen Curricula der Schulungen, die der G-BA als geeignet befundet hat, werden zu weiteren wichtigen Aspekten, die über die Grundlagen Ernährung und Bewegung hinausgehen, teils unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet. Auch deren Ausgestaltung kann unterschiedlich ausfallen (vgl. Tragende Gründe zu 4.2). Dies kann auch Schulungen betreffen, die in Zukunft in die Programme aufgenommen werden können. Daher wird von der Ergänzung der Anforderungen an Patientenschulungen hier abgesehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		Bewegung, zu Ernährung und zu psychosozialen Aspekten enthalten“.	
8.10	Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und weiterer Organisationen vom 13.08.2024	<p>4.2 Schulung der Versicherten („Tragende Gründe“)</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Aktuell ist dort folgender Text hinterlegt:</p> <p><i>“Die Arbeitsgruppe aus Vertretern diverser Ministerien und Fachgesellschaften hatte im Jahr 2004 unter Leitung des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung und in Zusammenarbeit mit der BzGA ein „Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“ entwickelt. Dieses Papier definiert zunächst die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität sowie die Dokumentation, die die Schulungsprogramme grundsätzlich erfüllen sollen. Das Konsensuspapier wurde ergänzt durch ein Trainermanual („Leichter, aktiver, gesünder“). Auf dieser Basis wurde im Jahr 2009 in Form eines Programm-Handbuches ein Schulungsprogramm für den ambulanten Einsatz weiterentwickelt und konkretisiert.“</i></p> <p>Das ist so nicht korrekt.</p> <p>Änderungsvorschlag mit Begründung:</p>	<p>KBV, PatV, DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Dank und Übernahme des Änderungsvorschlages. Der Stellungnahme wird gefolgt. In Zeile 513 der TrGr wird in der Version des GKV-SV der Text nach dem Wort „basieren:“ bis zum Wort „konkretisiert“ ersetzt durch den Textvorschlag der Stellungnehmenden.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>“Die Arbeitsgruppe „Präventive und therapeutische Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche - eine Konsensfindung“ bestehend aus Vertretern diverser Ministerien und Fachgesellschaften hatte im Jahr 2004 unter Leitung des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung und in Zusammenarbeit mit der BzGA ein „Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“ entwickelt. Dieses im September 2004 erschienene Papier definiert zunächst die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität sowie die Dokumentation, die die Schulungsprogramme grundsätzlich erfüllen sollen. Bereits im April 2004 war das Trainermanual "Leichter, aktiver, gesünder" der Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche e. V. (KgAS) erschienen, das ein Rahmenkonzept für die Inhalte und die Umsetzung von Adipositasschulungen für Kinder und Jugendliche sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting liefert. Die KgAS kondensierte daraus im Jahr 2009 ein Adipositas-Schulungsprogramm in Form des „Programm-Handbuchs Leichter, aktiver, gesünder“ für den rein ambulanten Einsatz.</p>	
<p>8.11</p>	<p>Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) und der Deutschen</p>	<p>Anlage 2_TrGr DMP Adipositas_KiJu_2024-07-17_STNV Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten Stellungnahme mit Begründung: Die dargestellten Schulungsprogramme sind evidenz-basiert</p>	<p>Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Zum einen sind niederschwellige Angebote, wie sie hier beschrieben werden, bisher nicht evidenzbasiert. Es ist somit nicht nachgewiesen, dass sich die Versorgung adipöser Kinder und Jugendlicher durch die Aufnahme solcher Angebote im DMP verbessern</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Diabetes Gesellschaft (DDG) und weiterer Organisationen vom 13.08.2024</p>	<p>entwickelt und wirksam. Sie sind allerdings auch aufwendig bzgl. der Organisation und Durchführung. Sollten nur diese Programme Anwendung finden, wird es keine flächendeckende Versorgung der Patienten in Deutschland geben. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass deutlich < 0,1 % der betroffenen Kinder und Jugendlichen ein solches Schulungsangebot erhalten können. Das übergeordnete Ziel des DMPs (gemäß dem gesetzlichen Auftrag und entsprechend der AWMF-Leitlinien) [13] ist jedoch eine flächendeckende Versorgung. Daher ist es notwendig, weniger aufwendige, niedrighschwellige Schulungsangebote in die Versorgung zu integrieren. Hierzu gibt es ein durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen der Förderung „Neue Versorgungsformen“ über 63 Monate mit 4,6 Millionen Euro finanziertes Programm (STARKIDS, Förderkennzeichen 01NVF18013 [29,30]). Dieses E-Health-gestützte Programm hat das Potential, eine flächendeckende Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas zu gewährleisten. Dieser Aspekt sollte in Anlage 2_TrGr aufgenommen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag mit Begründung:</p> <p>Ergänzung: Um eine möglichst flächendeckende Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas in Deutschland zu erreichen, kann ein niedrig-schwelliges Schulungsangebot, welches alle Inhalte einer Schulung gemäß § 4 DMP-A-RL enthält, angeboten werden. Ein Beispiel dafür ist das vom Innovationsfonds geförderte Programm STARKIDS (Förderkennzeichen</p>	<p>ließe. Ergebnisse des Projektes STARKids bleiben abzuwarten.</p> <p>PatV: Sollte der Innovationsausschuss nach Vorliegen der Ergebnisse, eine Transferempfehlung aussprechen, wird der UA DMP des G-BA prüfen, ob die Ergebnisse des Projektes bei der Aktualisierung des DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche Berücksichtigung finden können.</p> <p>KBV, DKG: Zum anderen sind Schulungen für Versicherte im Sinne dieser Richtlinie strukturierte, multimodale und evaluierte ambulante Programme und sollen als zentraler Bestandteil des DMP allen Patientinnen und Patienten im DMP zur Verfügung stehen. Da die Richtlinie vorgibt, dass jeder Patientin und jedem Patienten eine Schulung angeboten werden muss, können Verträge zum DMP Adipositas Kinder und Jugendliche nur mit einem entsprechenden Angebot geschlossen werden. Die derzeitige Verfügbarkeit von ambulanten Schulungen wird sich folglich durch die vertragliche Umsetzung des DMP Adipositas Kinder und Jugendliche verändern.</p>
--	---	--	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		01NVF18013 [29,30]), welches nach Vorliegen der Ergebnisse der Evaluationsstudie in das DMP mit aufgenommen werden kann.	
8.12	Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und weiterer Organisationen vom 13.08.2024	<p>Anlage 26, 2a, 2b und 3</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Analog zu oben</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung Reduktion von vermeidbarer Sitzzeit, altersgemäße Nutzung audiovisueller Medien</p>	In den Qualitätszielen 4 und 5 werden übergeordnet Ziele zur Bewegung adressiert, mit der Maßgabe, die individuelle Situation zu berücksichtigen. Da spezifische Empfehlungen beispielsweise zur Sitzzeit nicht für alle Teilnehmenden passend sein müssen, wird hier von weiteren Präzisierungen abgesehen. Der Aspekt des sedentären Verhaltens und des Medienkonsums wird jedoch in den Kapiteln zur Anamnese und zu den therapeutischen Maßnahmen aufgegriffen (vgl. 8.5).
8.13	Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und weiterer Organisationen vom 13.08.2024	<p>Literaturverzeichnis:</p> <p>(1) NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). PMID: 38432237</p> <p>(2) Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Rosario AS. PMID: 35586172</p> <p>(3) Anderson LN, et al., PMID: 36721999</p> <p>(4) Lister NB, et al. PMID: 37202378.</p> <p>(5) WHO Regional Office for Europe (2022). https://www.who.int/europe/news/item/03-05-2022-new-who-report-europe-can-reverse-its-obesity-epidemic</p> <p>(6) Joisten, Christine, et al. DOI: 10.1055/a-1912-0686</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>(7) Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Vom Deutschen Bundestag beschlossen am 11.06.2021. https://dip.bundestag.de/vorgang/.../272225</p> <p>(8) Janicke DM, et al. PMID: 34843322</p> <p>(9) Mead E, et al. PMID: 28639319</p> <p>(10) Hammersley ML, et al. PMID: 27443862</p> <p>(11) McDarby F, Looney K. PMID: 37821651</p> <p>(12) Loveman E, et al. PMID: 26690844</p> <p>(13) Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AWMF-Nr. 050-002) https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002I_S3_Therapie-Prävention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf (awmf.org)</p> <p>(14) Wiegend S, Brauchmann J. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/2018-07-18-Konsensuspapier_Adipositas_Abschlussbericht.pdf</p> <p>(15) Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_medizinische_reha.html</p> <p>(16) Ruiz JR, et. al. PMID: 19158130.</p> <p>(17) Wang C, et al. PMID: 37932667</p> <p>(18) Kühnen P, Wiegand S, Biebermann H. PMID: 32619193</p>	
--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>(19) Kühnen P, Krude H, Biebermann H. PMID: 30642682</p> <p>(20) Wu L, et al. PMID: 27399085</p> <p>(21) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf</p> <p>(22) https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20211122153597/anx_153597_de.pdf</p> <p>(23) https://www.akdae.de/arsneimitteltherapie/arsneiverordnung-in-der-praxis/ausgaben-archiv/ausgaben-ab-2015/ausgabe/artikel?tx_Insissuearchive_articleshow%5Baction%5D=show&tx_Insissuearchive_articleshow%5Barticle%5D=6197&tx_Insissuearchive_articleshow%5Bcontroller%5D=Article&tx_Insissuearchive_articleshow%5Bissue%5D=35&tx_Insissuearchive_articleshow%5Byear%5D=2023&cHash=ac65b2e9f1f22497e49c2f0a65019bea</p> <p>(24) https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10316/2024-03-21_AM-RL-II_Semaglutid_TrG.pdf</p> <p>(25) Shamim MA, et al. PMID: 39044306</p> <p>(26) Liu L, et al. PMID: 39065679</p> <p>(27) https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/gem_richtlinie_kinderreha.html</p> <p>(28) Al-Khudairy L, et al. PMID: 28639320</p> <p>(29) Ziser K, et al.; doi: 10.1186/s13063-022-06525-0, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9308115/</p>	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		(30) Erschens et al. https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2292-1779	
9.	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14. August 2024		
9.1	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024	<p>Allgemeine Anmerkung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der VFED bedankt sich für die Möglichkeit, zum o.g. Beschlussentwurf schriftlich Stellung zu nehmen. Als einer der maßgeblichen Verbände im Bereich Ernährungstherapie hat der VFED den Beschlussentwurf intensiv diskutiert und bittet um Berücksichtigung der in der Stellungnahme aufgeführten Punkte. 2. In unserer Stellungnahme konzentrieren wir uns auf die wesentlichsten Punkte, nämlich <ol style="list-style-type: none"> a. Stellungnahme hinsichtlich der dissenten Positionen b. Stellungnahme hinsichtlich der Belange der Leistungserbringer „qualifizierte Ernährungsfachkräfte“ in Bezug auf Beschlüsse über Anforderungen an das DMP Adipositas 3. Überall, wo wir in unserer Stellungnahme die „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ erwähnen, sind Diätassistentinnen/Diätassistenten oder vergleichbar akademisch qualifizierte Ökotrophologinnen/ Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen/ Ernährungswissenschaftler bzw. Absolventinnen/Absolventen fachverwandter Studiengänge gemeint [1, 15]. Wir bit- 	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>ten darum, dass diese Definition in den o.g. Anlagen übernommen wird.</p> <p>4. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen grün unterstrichen hervorgehoben.</p> <p>5. Weiterhin weisen wir auf unsere Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL): Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation) vom 28. August 2023 hin, die wir als maßgebliche Verbände im Bereich Ernährungstherapie (VDD, VDOE, VFED) und für diesen Bereich einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften (DAG, DDG, DGSP und DGEM) gemeinsam erarbeitet hatten.</p>	
<p>9.2</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 1 Beschlussentwurf</p> <p>IV. 1.2</p> <p>Z. 64, S. 3</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der PatV:</p> <p>Wir unterstützen, dass in das DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche Patientinnen und Patienten im Schulalter, also ab dem</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsange-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>vollendeten fünften Lebensjahr mit einer Adipositas eingeschrieben werden.</p> <p>Das Einschulungsalter in Deutschland liegt je nach Bundesland bei einem Alter zum dort definierten Stichtag von mindestens 5 Jahren und 10 Monaten (z.B. Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen) bzw. 6 Jahren und 2 Monaten (z.B. Baden-Württemberg, Brandenburg).</p> <p>Daher, sowie auch wegen der durch PatV genannten Gründe, halten wir auch eine Teilnahme an diesem DMP ab dem vollendeten 5. Lebensjahr für möglich.</p> <p>Zudem sehen die „Gemeinsamen Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 01.02.2022“ [2] Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 17 Jahren vor.</p>	<p>bot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.</p>
<p>9.3</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024</p>	<p>1.2 Z. 67, S. 3</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir folgen hier - sowie in den Folgedissensen zu Nummer 1.2 – im Kern dem Formulierungsvorschlag GKV-SV und schlagen jedoch zur Ergänzung vor, dass je nach Alter des teilnehmenden</p>	<p>Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurden im Kapitel 1.4 Grundsätze der Therapie die Empfehlungen und Vorgaben zum Einbezug Dritter übergeordnet erläutert. Hierbei wurden beide Begriffe (Personensorgeberechtigte bzw. relevante Betreuungspersonen) aufgenommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Kindes oder Jugendlichen die „Eltern/Bezugspersonen bzw. Angehörige bzw. ständige Betreuungspersonen“ aktiv an dem Programm mitwirken. Diese Empfehlung stützt sich auf die Formulierung in den GKV-Empfehlungen zu Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas [2]. Diese sind dort wie folgt definiert: „Angehörige: Angehörige im Sinne dieser Empfehlungen sind grundsätzlich Ehepartner bzw. Lebenspartner, Eltern und Verwandte, die mit der chronisch kranken Person in einem gemeinsamen Haushalt leben.“ Z. 66-68, S. 3 „Ständige Betreuungspersonen: Ständige Betreuungsperson im Sinne dieser Empfehlungen ist, wer grundsätzlich mit dem chronisch Kranken in einem gemeinsamen Haushalt lebt oder den chronisch Kranken, ohne mit ihm im Haushalt zu leben, die überwiegende Zeit des Tages versorgt und betreut. Dabei darf es sich nicht um eine professionelle Pflegekraft handeln.“ Änderungsvorschlag: „(...) wenn die Kinder und Jugendlichen und, je nach Alter des</p>	
--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>teilnehmenden Kindes oder Jugendlichen, die <u>Personensorgeberechtigten, wie z.B. die Eltern und/oder Bezugspersonen (bzw. Angehörige bzw. ständige Betreuungspersonen)</u>, aktiv an dem Programm mitwirken. (...)“</p>	
<p>9.4</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024</p>	<p>1.2 Z. 70, S. 3</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns hier PatV an, allerdings mit folgender Ergänzung, da in der S3-Leitlinie „Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ [3] empfohlen wird:</p> <p>„Der BMI (sowie weitere anthropometrische Werte, wie z.B. Taillenumfang oder Körperfettgehalt) sollte routinemäßig durch Kinder-, Jugend- und Hausärzte bestimmt werden (...).“</p> <p>Z. 68-71, S. 3</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„(...) Das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen wird anhand eines BMI über dem 97. Alters- und geschlechtsspezifischen Perzentil oder anhand eines Taille-Größe-Index > 0,5 <u>sowie ggf. weiterer anthropometrischer Werte, wie z.B. Taillenumfang oder Körperfettgehalt</u> definiert.</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Erfassung weiterer anthropometrischer Werte ist nicht ausgeschlossen.</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV: Auch wenn der BMI die Fettverteilung nicht berücksichtigt, ist dies ein international anerkannter und standardisierter Indikator für Übergewicht und Adipositas (WHO Obesity Report 2022). Bei Kindern und Jugendlichen wird der individuell gemessene BMI anhand alters- und geschlechtsspezifischer Perzentilkurven eingeordnet. In diesem DMP wird das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gemäß der deutschen Leitlinie (AGA 2019) mit dem Überschreiten der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile erreicht. Im weiteren Verlauf dient die Erhebung des individuellen BMI der Berechnung des individuellen alters- und geschlechtsspezifischen BMI-SDS. Hierdurch kann eine genaue Einordnung der Adipositas und des Verlaufs erfolgen. Eine Reduktion des BMI-SDS um mindestens 0,2 wird als klinisch relevant eingestuft (AGA 2019). Hieraus ergibt sich ein gut messbares Qualitätskriterium (vgl. Nr.2 Qualitätssichernde Maßnahmen).</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			<p>Die Bedeutung des Taille-Größe-Indexes als Diagnostikum und als validierter Verlaufsparemeter ist hingegen noch unzureichend untersucht (Robert Koch Institut (RKI). Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS); 2. erweiterte Auflage [online]. Berlin (GER): RKI; 2013. [Zugriff: 07.06.2024]. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). URL: https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMa04ZjppM.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Dieser Index eignet sich somit nicht als Einschlusskriterium für das DMP. Die Erfassung weiterer anthropometrischer Werte ist jedoch nicht ausgeschlossen.</p>
<p>9.5</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024</p>	<p>Z. 71-72, S. 3 Stellungnahme mit Begründung: Bezugnehmend auf die „Gemeinsamen Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 01.02.2022“ ist zudem die Aufteilung in folgende Zielgruppen sinnvoll: - für Kinder im Alter von 5 bis 12 Jahren: Schulung der Kinder und Eltern,</p>	<p>Der Vorschlag ist inhaltlich nachvollziehbar. Es wird jedoch davon abgesehen, Empfehlungen zur Aufteilung von Zielgruppen [KBV, DKG: für die Einschlusskriterien] auszusprechen. Dies ist in der Regel im Curriculum von geeigneten Patientenschulungen festgelegt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>- für Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren: Schulung der Jugendlichen mit optionaler Elterneinbindung.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„(...) Voraussetzung für die Einschreibung ist insbesondere die Fähigkeit und Motivation zur Teilnahme an einer Patientenschulung, die die zentrale Maßnahme des DMP darstellt. <u>Sinnvoll ist zudem die Aufteilung in folgende Zielgruppen:</u></p> <p><u>- für Kinder im Alter von 5 bis 12 Jahren: Schulung der Kinder und Eltern.</u> - für Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren: <u>Schulung der Jugendlichen mit optionaler Elterneinbindung.</u></p>	
<p>9.6</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024</p>	<p>1.4.1 Z. 98-115, S. 4/5</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Zu dem Punkt 1.4.1 „Indikationsspezifische Erstanamnese“ ist noch Folgendes anzumerken:</p> <p>Die prozessbasierte Arbeit auf Basis des Ernährungstherapeutischen Prozesses (G-NCP) stellt eine systematische Methode der Problemlösung in der Ernährungsberatung dar in deren Mittelpunkt die Ernährungsdiagnose steht [12]. Zum Part des (Ernährungs-)Mediziners zählt die Durchführung der medizinischen Anamnese sowie der Diagnostik; das Ernährungsassessment</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Die hier konkret beschriebenen Inhalte und Prozesse sollen einer qualitätsgesicherten Ernährungstherapie und Ernährungsprävention dienen und können nicht in dieser Richtlinie geregelt werden. Aufgrund dieser und weiterer Stellungnahmen wurde jedoch ein allgemeiner Hinweis auf die Ernährungstherapie gemäß §43 im Kapitel 1.5.2 Ernährung aufgenommen.</p> <p>GKV-SV: Die Methodik wird nicht übernommen, da sich in der Leitliniensynopse vom IQWiG hierzu keine Empfehlungen finden.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>mit u.a. der Ernährungsanamnese zählt zu dem Aufgabenbereich der qualifizierten Ernährungsfachkraft. [13]</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Bei allen eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, und wann immer sinnvoll (...) sollen als erster Schritt der therapeutischen Maßnahmen insbesondere folgende Punkte erfasst werden: (...) g) Komorbiditäten und Vormedikation mit Identifizierung von Medikamenten, die eine Gewichtszunahme begünstigen. <u>Dabei stellt die prozessbasierte Arbeit auf Basis des Ernährungstherapeutischen Prozesses (G-NCP) eine systematische Methode der Problemlösung in der Ernährungsberatung dar, in deren Mittelpunkt die Ernährungsdiagnose steht. Zum Part des (Ernährungs-)Mediziners zählt die Durchführung der medizinischen Anamnese sowie der Diagnostik; das Ernährungsassessment mit u.a. der Ernährungsanamnese zählt zu dem Aufgabenbereich der qualifizierten Ernährungsfachkraft.“</u></p>	
<p>9.7</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024</p>	<p>1.4.3</p> <p>Z. 140, S. 5/6</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen und hier PatV an, mit Ergänzung des Begriffs „Personensorgeberechtigten“ (siehe Z. 67)</p>	<p>KBV, DKG, GKV-SV: Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, soll die nahtlose Überleitung für Jugendliche in das DMP Adipositas Erwachsene gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin sowie mit relevanten Personensorgeberechtigten, wie z.B. <u>Eltern und/oder Bezugspersonen bzw. Angehörigen bzw. ständigen Betreuungspersonen</u> geplant und strukturiert gestaltet werden. Für Jugendliche, die im DMP Adipositas Kinder und Jugendliche eingeschrieben waren, ist das Vorliegen von Komorbiditäten keine Voraussetzung für die Teilnahme am DMP Adipositas Erwachsene.“</p>	<p>Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich. Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Dem Ergänzungsvorschlag wird nicht gefolgt, da im Kapitel 1.4 Grundsätze der Therapie ein neuer Absatz eingefügt wurde, in dem nun neben den medizinisch-inhaltlichen Empfehlungen zum Einbezug von Personensorgeberechtigten oder relevanten Betreuungspersonen auch die rechtlichen Vorgaben hierzu beschrieben werden, die im DMP genauso gelten, wie auch außerhalb der DMP-Versorgung. Der Einbezug von Personensorgeberechtigten und relevanten Betreuungspersonen ist durch diese übergeordnete Regelung in anderen Kapiteln nicht mehr notwendig.</p>
<p>9.8</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e.</p>	<p>1.5.1 Z. 153, S. 6</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme: Im BE wird am Ende des Ernährungskapitels ergänzt:</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>V. (VFED) vom 14.08.2024</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns hier PatV an:</p> <p>„(...), die durch motivierende Gesprächsführung im Arzt-Patienten Gespräch vermittelt werden sollen. (...)“</p> <p>Allerdings fehlt hier aus unserer Sicht der Hinweis auf die Möglichkeit einer ambulanten Ernährungstherapie durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft, die ggf. durch die gesetzliche Krankenkasse im Rahmen der Satzungsleistung bezuschusst werden kann. [4]</p> <p>Auch in der DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL (Anlage 23, Adipositas) lautet es: „Ernährungsberatung ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, wird aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V als Patientenschulungsmaßnahme für chronisch Kranke erbracht. Die Patientin oder der Patient soll aktiv auf diese Möglichkeit hingewiesen werden.“ [5]</p> <p>Daher schlagen wir folgende Ergänzung vor:</p> <p>ab Z. 154, S. 6</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„(...), die durch motivierende Gesprächsführung im Arzt-Patienten Gespräch vermittelt werden sollen. (...). <u>In diesem Gespräch sollte auf die Möglichkeit einer ambulanten Ernährungstherapie</u></p>	<p>„Eine individuelle Ernährungsberatung kann zur Umsetzung dieser Empfehlungen eine sinnvolle Maßnahme sein. Ernährungsberatung ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, wird aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V als Patientenschulungsmaßnahme für chronisch Kranke erbracht. Die Patientin oder der Patient und die nach Maßgabe von 1.4. einbezogenen Personensorgeberechtigten oder Betreuungspersonen soll aktiv auf diese Möglichkeit hingewiesen werden.“</p> <p>KBV, DKG: Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde im Kapitel 1.5.2 Ernährung ein Hinweis auf die Ernährungstherapie nach § 43 aufgenommen. Die Version der PatV wird hier abgelehnt, da die ärztliche Gesprächsführung zum Kernbereich des allgemeinen ärztlichen Handelns gehört und hier kein spezifisches Vorgehen obligat gefordert werden soll. Inhalte zur Anamnese werden im Kapitel 1.4.1 adressiert und in den zugehörigen Tragenden Gründen näher erläutert.</p> <p>GKV-SV: Eine Ernährungsberatung sollte nur in Kombination mit anderen Therapiebausteinen zur Anwendung kommen (Steigerung der körperlichen Aktivität, Verhaltensinterventionen), da die Evidenzbewertung für eine alleinige Beratung nur geringe Langzeiteffekte zeigt. Deshalb kann keine Empfehlung für eine alleinige Ernährungsberatung ausgesprochen werden. Die individuelle Ernährungsberatung ist</p>
--	---------------------------------	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p><u>durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft hingewiesen werden, die ggf. durch die gesetzliche Krankenkasse im Rahmen der Satzungsleistung bezuschusst werden kann. Hierzu kann eine „Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung“ ausgestellt werden.</u></p>	<p>keine Regelleistung der GKV und sollte deshalb nicht im Richtlinien-text Erwähnung finden.</p>
<p>9.9</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024</p>	<p>1.5.2 Z. 160-170, S. 6</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Nach dem letzten Satz, endend in Z. 170 sollte eine Ergänzung im Sinne eines Hinweises auf die Möglichkeit einer Teilnahme an Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vorgenommen werden.</p> <p>Unter Punkt 1.5.3 „Bewegung“ ist vorgesehen, dass über die Möglichkeit einer Teilnahme an Rehabilitationssportgruppen informiert werden sollte. Analog sollte auch beim Punkt „Ernäh-rung“ auf die möglichen Angebote, die das SGB V vorsieht, hin-gewiesen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„(...) Starre Diätpläne oder Kostformen mit extremen Nährstoff-relationen gehen mit medizinischen Risiken und fehlendem Langzeiterfolg einher und sollten daher nicht angewandt wer-den. <u>Es sollte zudem über die Möglichkeit einer Teilnahme an</u></p>	<p>PatV, KBV, DKG: Eine Ergänzung zur Ernährungsberatung [KBV, DKG: nach §43] erfolgte im Ernährungskapitel.</p> <p>GKV-SV: Die individuelle Ernährungsberatung ist keine Re-gelleistung der GKV und sollte deshalb nicht im Richtli-nientext Erwähnung finden. Es ist nicht nachvollziehbar, wa-rum auf die Schulungsmaßnahmen für behandlungsbedürf-tige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V hingewiesen soll, wenn die zentrale Maßnahme des DMP ebenfalls eine multimodale Schulungs-maßnahme ist. Dieses würde einer Doppelversorgung gleichkommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p><u>Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V informiert werden. Die Teilnahme an einer Patientenschulung kann eine geeignete Möglichkeit zur Steigerung krankheits- und behandlungsbezogener Kompetenz sein.“</u></p>	
<p>9.10</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024</p>	<p>1.5.5 Z. 199, S. 7</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns hier im Kern DKG, PatV an:</p> <p>„Nach § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V in Verbindung mit § 14 Arzneimittel Richtlinie (AM-RL) sind Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen, die zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits beziehungsweise zur Regulierung des Körpergewichts dienen. Diese sind in Anlage II AM-RL zusammengestellt.“</p> <p>Dieser Hinweis erfolgt auch unter Punkt 1.5.5 in der DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL, Anlage 23 (Adipositas)</p> <p>Allerdings kann der S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Version August 2019) entnommen werden: „Bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter kann in Einzelfällen eine zusätzliche medikamentöse Therapie zur Übergewichtsreduktion erwogen werden insbesondere bei Patienten mit erheblicher Komorbidität und einem extrem</p>	<p>PatV, DKG: Dank und Kenntnisnahme. DKG und PatV haben nach dem Stellungnahmeverfahren nicht an ihrer Position festgehalten.</p> <p>KBV: Ein medikamentöser Therapieversuch bei entsprechender, individuell sorgfältig gestellter Indikation und unter Beachtung der jeweiligen geltenden Zulassungen sowie des Versorgungsausschlusses ist für DMP-Teilnehmende wie auch außerhalb des DMP möglich. Wie in der vorgeschlagenen Formulierung erwähnt, handelt es sich bei der medikamentösen Adipositas-Therapie bei Kindern und Jugendlichen jedoch um Einzelfallentscheidungen, die hier nicht adäquat adressiert werden können. Der Verweis auf die Ernährungsfachkräfte zieht zudem leistungsrechtliche Implikationen nach sich, die in der Formulierung nicht abgebildet sind.</p> <p>Bei Einschreibung in das DMP ist die Diagnose Adipositas bereits gestellt und folglich auch mögliche beispielsweise monogenetische Ursachen bekannt und fachgerecht behandelt. Kinder und Jugendlichen mit einer monogenetischen</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>erhöhten Gesundheitsrisiko sowie Versagen einer herkömmlichen verhaltensorientierten Therapie über mindestens 9-12 Monate.“</p> <p>Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Leitlinie (August 2019) waren in Deutschland keine der diesbezüglich vorhandenen Medikamente für Kinder und Jugendliche zugelassen. Dies hat sich jedoch zwischenzeitlich geändert.</p> <p>Aktuell sind in Deutschland als Wirkstoffe zur Gewichtssenkung für Kinder und Jugendliche zugelassen:</p> <p>Setmelatonin (ab 6 Jahren): bei nachgewiesenem Bardet-Biedl-Syndroms (BBS) ist der Wirkstoff für Kinder ab dem 6. Lebensjahr als Orphan Drug eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) [6].</p> <p>Die Nutzenbewertung des G-BA bezieht sich bei Setmelatonin auf Patienten ab sechs Jahren mit einem genetisch nachgewiesenen Bardet-Biedl-Syndroms (BBS), einem erblichen Gendefekt, der mit einer ausgeprägten Adipositas und einem unstillbaren Hungergefühl einhergeht. Nur bei Gendefekten wie diesem ist der Wirkstoff eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).</p> <p>Liraglutid (ab 12 Jahren): „als Ergänzung zu einer gesunden Ernährung und verstärkter körperlicher Aktivität zur Gewichtsregulierung bei jugendlichen Patienten im Alter ab 12 Jahren oder älter“ bei:</p>	<p>Ursache können am DMP teilnehmen, wenn sie von der zentralen Maßnahme, der Schulung, profitieren. Die spezifische Therapie der monogenetischen Adipositas wird im DMP jedoch nicht adressiert.</p> <p>GKV-SV: Nach § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V in Verbindung mit § 14 Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sind Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen, die zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits bzw. zur Regulierung des Körpergewichts dienen. Diese sind in Anlage II AM-RL zusammengestellt. Der GBA kann sich bei seinen Beschlüssen nur auf geltende rechtliche Vorgaben stützen. Es ist dem GBA bekannt, dass Setmalanotid bei sehr seltenen genetischen Erkrankungen eine Leistung der GKV ist. Der GBA sieht aber kein Versorgungsdefizit diese seltenen Fälle zu erkennen und zu behandeln und hat sich deswegen gegen eine Aufnahme in den Richtlinientext entschieden.</p>
--	---	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<ul style="list-style-type: none"> • Adipositas (BMI entsprechend $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ für Erwachsene nach internationalen Cut-off-Punkten)* und • einem Körpergewicht über 60 kg.“ [7] <p>Semaglutid (ab 12 Jahren): Jugendliche (≥ 12 Jahre) Wegovy® wird als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Ernährung und verstärkter körperlicher Aktivität zur Gewichtsregulierung bei Jugendlichen im Alter von 12 Jahren oder älter angewendet bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adipositas* und • Körpergewicht über 60 kg. [8] <p>Selbst zu einem Zeitpunkt, da es für Kinder und Jugendliche keine zugelassenen Arzneimittel gab, sah die o.g. Leitlinie vor: „Ein individueller Heilversuch erscheint jedoch bei ausgewählten Patienten, bei mangelnden Alternativen und dringender Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion sinnvoll.“</p> <p>Daher halten wir folgende Ergänzung für angebracht:</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Nach § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V in Verbindung mit § 14 Arzneimittel Richtlinie (AM-RL) sind Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen, die zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits beziehungsweise zur Regulierung des Körpergewichts dienen. Diese sind in Anlage II AM-RL zusammengestellt. Auch, wenn dies <u>keine Regelleistung der GKV ist (Ausnahme: ge-</u></p>	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p><u>netisch nachgewiesene Indikation für Setmelatonin), so erscheint ein individueller Heilversuch jedoch bei ausgewählten Patienten, bei mangelnden Alternativen und dringender Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion sinnvoll. Ergänzend sollte dies ernährungstherapeutisch durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte begleitet werden.</u></p>	
<p>9.11</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024</p>	<p>1.5.6 Z. 200, S. 7 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns hier DKG, PatV an, allerdings mit folgender Weiterführung des Textes, wie in der S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter [9] (ergänzt um den Begriff „qualifizierte Ernährungsfachkraft“) beschrieben, sowie mit dem Hinweis auf die in der Leitlinie dargestellten bisher ungelösten Probleme eines allgemeingültigen Nachsorgeprogramms. „Die Indikationsstellung für eine Adipositas-chirurgische Maßnahme bei einem Jugendlichen mit extremer Adipositas soll nur nach sorgfältiger Einzelfallprüfung erfolgen. Die Indikation soll durch ein interdisziplinäres, auf dem Gebiet der extremen Adipositas bei Jugendlichen erfahrenes Team gestellt werden (<u>Kinder- und Jugendarzt, Internist, pädiatrischer Endokrinologe, Ernährungsmediziner, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologe,</u></p>	<p>KBV, GKV-SV: Die Adipositas-Chirurgie bei Kindern und Jugendlichen beruht auf Einzelfallentscheidungen. Diese können im DMP nicht adäquat abgebildet werden, zumal der Fokus des DMP auf den Patientenschulungen zu den Basismaßnahmen zu Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation liegt.</p> <p>DKG, PatV: Vielen Dank. Aus Sicht der DKG und PatV kann es nur Gegenstand eines (primär ambulanten) DMP sein, die möglichen Schnittstellen bzw. die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für weiterführende Maßnahmen wie z.B.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p><u>Sozialarbeiter, Diätassistent bzw. qualifizierte Ernährungsfachkraft, Adipositaschirurg).</u></p> <p>Die Indikationsstellung für eine Adipositas-chirurgische Maßnahme bei einem Jugendlichen mit extremer Adipositas soll nur nach sorgfältiger Einzelfallprüfung gemäß den geltenden Leitlinien erfolgen. Die Indikation soll durch ein interdisziplinäres, auf dem Gebiet der extremen Adipositas bei Jugendlichen erfahrenes Team gestellt werden.</p> <p>In Abhängigkeit der Art der chirurgischen Intervention ist auf die Notwendigkeit einer <u>vorbereitenden Aufklärung über eine notwendige Ernährungsumstellung und einer lebenslangen Nachsorge hinzuweisen, wobei es in Deutschland bislang kein langfristiges allgemeingültiges Nachsorgeprogramm gibt, welches durch die Kostenträger im Gesundheitssystem entsprechend vergütet wird.</u></p>	<p>bariatrische Eingriffe aufzuführen. Darüber hinaus findet die dafür durchzuführende Fallkonferenz im stationären Bereich statt, welcher nicht Regelungsgegenstand in einem DMP ist</p> <p>DKG, PatV: Dem Ergänzungsvorschlag kann nicht gefolgt werden, da die präoperative Aufklärung zu bariatrischen Maßnahmen nicht Gegenstand des DMP sein kann.</p>
<p>9.12</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024</p>	<p>1.7. Z. 228-231, S. 9</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Hier sehen wir speziell hinsichtlich des Bereichs „Ernährungsberatung/-therapie“ einen Ergänzungsbedarf, was den Begriff „qualifizierte Behandlung“ betrifft, da der Begriff „Ernährungsberatung /-therapie“ gesetzlich nicht geschützt ist. [15]</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Der Ergänzung an dieser Stelle wird nicht gefolgt, da bereits auf eine qualifizierte Behandlung hingewiesen wird. Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde jedoch im Kapitel 1.5.2 Ernährung ein Hinweis auf die Ernährungstherapie nach § 43 aufgenommen.</p> <p>GKV-SV: Der Vorschlag, speziell die qualifizierten Ernährungsfachkräfte bei der Kooperation der Versorgungssektoren einzusetzen, ist nicht nachvollziehbar. In der Richtlinie</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>ab Z. 229, S. 9</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.</p> <p><u>Bei der sektorübergreifenden Behandlung ist zu berücksichtigen, dass qualifizierte Ernährungsfachkräfte eingesetzt werden.“</u></p>	<p>ist nicht vorgesehen dort einzelne Leistungserbringer/-gruppen zu benennen.</p>
<p>9.13</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024</p>	<p>1.7.1</p> <p>Z. 234, S. 9</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns hier KBV, PatV an:</p> <p>„durch die Hausärztin oder den Hausarzt, insbesondere durch die Kinder- und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt, sowohl mit als auch ohne Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung, im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter eine entsprechend qualifizierte Fachärztin oder einen entsprechend qualifizierten Facharzt mit Bezug zu Kinder- und Jugendmedizin oder eine entsprechend</p>	<p>PatV, KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, DKG: Die Koordination der Versorgung soll ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte solcher Fachgruppen erfolgen, deren Weiterbildung eine internistische Ausrichtung aufweist. Der Einbezug von Fachärztinnen/Fachärzten „mit Bezug zur Kinder- und Jugendmedizin“ kann zwar sinnvoll sein, wenn es um die Behandlung von Begleiterkrankungen geht, allerdings sollte bei der übergeordneten Koordination stets das Spektrum der hier maßgeblichen Stoffwechselerkrankung und ihrer wichtigsten Folgeerkrankungen überblickt werden.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt,“	
9.14	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024	<p>1.7.1 Z. 236, S. 9 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen und KBV, PatV an: „die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder“</p>	<p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV, DKG: inhaltliche Begründung unter 9.13 (Folgedis-sens)</p>
9.15	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024	<p>1.7.2 Z. 245-248, S. 9 Stellungnahme mit Begründung: Punkt 1.7.2 sollte um den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ ergänzt werden. Änderungsvorschlag: „Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten <u>beziehungsweise</u></p>	<p>KBV, DKG, PatV: Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde im Kapitel 1.5.2 Ernährung ein Hinweis auf die Ernährungstherapie nach § 43 aufgenommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<u>eine ärztliche Empfehlung zu der Beratung bei einer qualifizierten Ernährungsfachkraft.“</u>	
9.16	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024	Z. 271, S. 10 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns hier GKV-SV, KBV an: <i>[keine Aufnahme]</i>	PatV, DKG: Da die strukturierten Behandlungsprogramme sektorenübergreifend angelegt sind (§ 2 Absatz 1 DMP-A-RL), wird auch in dieser Anlage beispielhaft eine Indikation zur stationären Behandlung aufgeführt. Diese besteht bei Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter insbesondere für die Durchführung einer Adipositas-chirurgischen Maßnahme. KBV, GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.
9.17	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024	Z. 277, S. 10 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen und hier GKV-SV, DKG, KBV an: „Der BMI-Perzentilenwert allein ist für die Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht ausreichend. Wesentlich ist die Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen.“	PatV: Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung aus Sicht der Patientenvertretung ab einem BMI oberhalb der 97. Perzentile ohne den Nachweis weiterer Risikofaktoren oder Komorbiditäten möglich. KBV, DKG, GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.
9.18	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom	Z. 287, S. 11 Stellungnahme mit Begründung:	PatV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV, DKG: Die koordinierende Ärztin und der koordinierende Arzt ist der Adressat dieser Richtlinie, darum ist es

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	14.08.2024	Wir schließen uns hier PatV an: „Auf die Möglichkeit der Rehabilitationsberatung gemäß § 5 der Rehabilitationsrichtlinie des G-BA ist hinzuweisen. Im Bereich der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche besteht eine gleichrangige Zuständigkeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträger.“	dem GBA wichtig, wie auch in den anderen Indikationen der DMP-A- Richtlinie, diesen hier zu benennen bei der Prüfung einer Leistung der medizinischen Rehabilitation. KBV : Die Aspekte sind von der KBV-Position umfasst.
9.19	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024	Z. 315, S. 13 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns hier GKV-SV, PatV an: „In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob im Einzelfall eine Teilnahme über das 18. Lebensjahr hinaus sinnvoll ist. Die Teilnahme endet spätestens mit der Vollendung des 21. Lebensjahres. Eine Einschreibung in dieses DMP ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht möglich.“	PatV, GKV-SV : Dank und Kenntnisnahme KBV, DKG : Die Position wurde übernommen.
9.20	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024	4.2 Z. 327-332, S. 13 Stellungnahme mit Begründung: „Schulung der Versicherten“: Hier ist es aus unserer Sicht erforderlich, darauf hinzuweisen, dass die Schulungen durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte durchgeführt werden sollen, da der	Die Anforderungen für die Patientenschulungen wurden nicht ergänzt. Die Qualifikationen der schulenden Leistungserbringenden werden in den jeweiligen Curricula der Schulungen festgelegt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Begriff „Ernährungsberatung /-therapie“ gesetzlich nicht geschützt ist. [15]</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten. Sie sollten über begleitende und ergänzenden Angebote durch entsprechend qualifizierte Ernährungsfachkräfte informiert werden. Strukturierte Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas sind multimodale Angebote, die mindestens ein Modul zu Bewegung und ein Modul zu Ernährung enthalten. <u>Die Schulungen zum Modul Ernährung sollen durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte durchgeführt werden.</u> Insbesondere für Kinder wird empfohlen, die (...)“</p>	
<p>9.21</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 14.08.2024</p>	<p>Literaturverzeichnis:</p> <p>1. Rahmenvereinbarung zur Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung in Deutschland, in der Fassung vom 01.02.2024, S. 7. https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf (30.07.2024).</p> <p>2. Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 01.02.2022, Seiten 6, 24. https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patientenschulung/2022_03_16_GE_Patientenschulung_adiposese_Kinder_und_Jugendliche.pdf (30.07.2024).</p> <p>3. S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 73. https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002l_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf (30.07.2024).</p> <p>4. DGE-Pressemitteilung: „Ernährungstherapie: Vereinfachte Empfehlung dank aktualisierter „Ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung“ https://www.dge.de/presse/meldungen/2023/ernaehrungstherapie-vereinfachte-empfehlung-dank-aktualisierter-aerztlicher-notwendigkeitsbescheinigung/ (30.07.2024).</p> <p>5. DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL, S. 199. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3454/DMP-A-RL_2023-11-16_iK-2024-07-01.pdf (30.07.2024).</p> <p>6. G-BA Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Setmelatonin. https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/837/ sowie G-BA „Setmelatonin“. https://www.g-ba.de/downloads/91-1385-837/2022-12-01_geltende%20Fassung_Setmelanotid_D_824.pdf (30.07.2024).</p> <p>7. Fachinformation für Saxenda® 6 mg/ml Injektionslösung im</p>	
--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Fertigpen. https://www.rote-liste.de/suche/praep/26430-0/Saxenda%C2%AE%206%20mg%2Fml%20Injektionsl%C3%B6sung%20im%20Fertigpen (30.07.2024).</p> <p>8. Fachinformation für Wegovy®. https://www.rote-liste.de/suche/praep/27843-0/Wegovy%C2%AE%200%2C25%20mg%2F0%2C5%20mg%2F1%20mg%2F1%2C7%20mg%2F2%2C4%20mg%20FlexTouch%C2%AE%20Injektionsl%C3%B6sung%20im%20Fertigpen (30.07.2024).</p> <p>9. S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 51. https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002l_S3_Therapie-Prävention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf (30.07.2024).</p> <p>10. Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 01.02.2022, Seiten 30, 37. https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patientenschulung/2022_03_16_GE_Patientenschulung_adipose_Kinder_und_Jugendliche.pdf (30.07.2024).</p> <p>11. Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), S. 42. https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMa04ZippM.p</p>	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>df?sequence=1&isAllowed=y (30.07.2024).</p> <p>12. VDD-Leitlinie für die Ernährungstherapie und das prozessgeleitete Handeln in der Diätetik. Band 1. Manual für den German-Nutrition Care Process (G-NCP). https://www.vdd.de/fuer-experten/german-nutrition-care-process (30.7.2024).</p> <p>13. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET), S. 10. https://www.vdd.de/fileadmin/diaetassistenten/informationen-fuer-aerzte/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf (30.07.2024).</p> <p>14. BMG „Gesundheitsberufe – Allgemein“. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein/ (30.7.2024).</p> <p>15. DGE Zulassungskriterien. https://www.dge.de/qualifizierung/zulassungskriterien/ (30.07.2024).</p>	
10.	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14. August 2024		
10.1	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024	<p>I Anlage 2, 2. Laufende Nummern 13 und 14, Zeile 35 ff</p> <p>Die Eingabe von Körpergröße und Körpergewicht sollte bei Kindern und Jugendlichen nicht nur für die Anzeige des BMI genutzt werden, sondern auch die Perzentilkurve anzeigen, da sie sich</p>	Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da solche Vorgaben bei den Kindern und Jugendlichen in der indikationsspezifischen Dokumentation geregelt werden (vgl. Anlage 26 und zugehörige Tragende Gründe). Hierbei wird der Fokus auf den

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>für die Beurteilung von Kindern und Jugendlichen besser eignen.</p> <p>Folgende Sätze werden in der Fußnote 6 ergänzt:</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen wird neben dem aktuellen Body-Mass-Index (BMI) angezeigt, wie der BMI in der Perzentilkurve für das jeweilige Alter und Geschlecht einzuordnen ist.</p>	<p>BMI-SDS gelegt, welcher eine genauere Einordnung des individuellen Ausmaßes der Adipositas sowie des Verlaufs ermöglicht als die Einordnung anhand der Perzentilkurven.</p>
10.2	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024</p>	<p>1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe Zeile 64</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Zahl der Kinder und Jugendliche mit Adipositas steigt und umfasst immer jüngere Kinder. Daher sollte das DMP-Adipositas die Zielgruppe nicht aufgrund des Alters verkleinern. Daher unterstützen wir die Position der PatV.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zeile 64: Ab dem vollendeten fünften Lebensjahr</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Pro-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			grammstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.
10.3	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024	<p>1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe Zeile 70 Stellungnahme mit Begründung: Der Taille-Größe-Indexes stellt bei Kindern keine hilfreiche Größe dar, da die Taille bei Kindern schwer zu bestimmen ist und die körperliche Entwicklung sehr verschieden verläuft. Daher unterstützen wir die Position von GKV-SV, DKG und KBV diese Ergänzung nicht aufzunehmen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zeile 70: keine Aufnahme der vorgeschlagenen Ergänzung.</p>	<p>PatV: Der Taille-Größe Index stellt aus Sicht der Patientenvertretung eine hilfreiche Größe dar, weil er gut mit kardio-metabolischen Riskomarkern korreliert und im Vergleich zum BMI ein besserer Prädiktor für kardiovaskuläre Risikofaktoren zu sein scheint (Abdi Dezfouli R, Mohammadian Khonsari N, Hosseinpour A, et al.: Waist to height ratio as a simple tool for predicting mortality: a systematic review and meta-analysis. Int J Obes 2023; 47: 1286–301. _DOI: 10.1038/s41366-023-01388-0</p> <p>Lee HJ, Shim YS, Yoon JS et al. Distribution of waist-to-height ratio and cardiometabolic risk in children and adolescents: a population-based study. Sci Rep 2021; 11(1): 9524. https://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-88951-9.</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
10.4	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024	<p>1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe Zeile 71 Stellungnahme mit Begründung: Die Motivation zur Teilnahme an einer Patientenschulung muss vor allem bei Kindern bei den Betreuungspersonen und/oder Sorgeberechtigten vorhanden sein, da ohne deren Betreuung</p>	<p>Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde im Kapitel 1.4 Grundsätze der Therapie ein neuer Absatz eingefügt, in dem übergeordnet die Vorgaben zum Einbezug von Personensorgeberechtigten oder relevanter Betreuungspersonen adressiert werden.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>und Organisation eine Teilnahme nicht erreicht werden kann.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Aufnahme der Präzisierung in Zeile 71/72:</p> <p>...die Fähigkeit und Motivation sowohl des oder der Betroffenen wie auch der Betreuungsperson und/oder der Sorgeberechtigten zur Teilnahme...</p>	
10.5	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024</p>	<p>1.4.1 Indikationsspezifische Erstanamnese</p> <p>Zeile 100</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Kinder und Jugendliche wachsen in unterschiedlichsten familiären und betreuenden Konstellationen auf. Für den Erfolg einer Adipositas-Behandlung ist es wesentlich, dass das Umfeld der Kinder und Jugendlichen die Therapie aktiv unterstützen. Daher ist es wichtig, dass kein Kind oder Jugendlicher aufgrund einschränkender Formulierungen bei den beteiligten erwachsenen Personen aus dem DMP ausgeschlossen bleibt. Daher ist eine möglichst inklusive Formulierung am geeignetsten, die jegliche Betreuungsverhältnisse ohne Wertung umfasst. Daher schlagen wir vor, eine möglichst umfassende Formulierung zu nutzen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zeile 100:</p>	<p>KBV, DKG: Die KBV- und DKG-Position wurde in diesem Sinne angepasst. Vgl. auch 10.4.</p> <p>GKV-SV, DKG, PatV: Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde im Kapitel 1.4 Grundsätze der Therapie ein neuer Absatz eingefügt, in dem übergeordnet die Vorgaben zum Einbezug von Personensorgeberechtigten oder relevanten Betreuungspersonen adressiert werden.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>...unter Einbezug der Eltern oder anderer Betreuungspersonen und/oder Personensorgeberechtigten sollen...</p>	
<p>10.6</p>	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024</p>	<p>1.4.2 Therapieplanung Zeilen 118, 124 und 127 Stellungnahme mit Begründung: Kinder und Jugendliche wachsen in unterschiedlichsten familiären und betreuenden Konstellationen auf. Für den Erfolg einer Adipositas-Behandlung ist es wesentlich, dass das Umfeld der Kinder und Jugendlichen die Therapie aktiv unterstützen. Daher ist es wichtig, dass kein Kind oder Jugendlicher aufgrund einschränkender Formulierungen bei den beteiligten erwachsenen Personen aus dem DMP ausgeschlossen bleibt. Daher ist eine möglichst inklusive Formulierung am geeignetsten, die jegliche Betreuungsverhältnisse ohne Wertung umfasst. Daher schlagen wir vor, eine möglichst umfassende Formulierung zu nutzen. Änderungsvorschläge: Zeile 118: Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten, den Eltern, Betreuungspersonen und/oder Personensorgeberechtigten führt ... Zeile 124: ...der Patientin oder des Patienten und der Eltern, Betreuungspersonen und/oder Personensorgeberechtigten...</p>	<p>KBV, DKG: Die KBV- und die DKG-Position wurde in diesem Sinne angepasst. Vgl. auch 10.4. GKV-SV, DKG, PatV: Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde im Kapitel 1.4 Grundsätze der Therapie ein neuer Absatz eingefügt, in dem übergeordnet die Vorgaben zum Einbezug von Personensorgeberechtigten oder relevanten Betreuungspersonen adressiert werden.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		Zeile 132: ...mit der Patientin oder dem Patienten und den Eltern, Betreuungspersonen und/oder Personensorgeberechtigten...	
10.7	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024	<p>1.4.3 Transition</p> <p>Zeile 140 ff</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Adipositas ist eine chronische Erkrankung, wenn sie bereits im Kindesalter vorliegt, ist mit weiteren Komplikationen und Komorbiditäten zu rechnen. Der Vorschlag der Patientenvertretung eine vereinfachte Transition in das DMP-Adipositas für Erwachsene zu ermöglichen sollte daher aufgegriffen werden. So können bereits begonnene Therapien nahtlos fortgesetzt werden, die bekannten Probleme der Transition von Jugendlichen aus der Betreuung beim Kinder- und Jugendarzt in die normale hausärztliche Betreuung können so vermieden werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zeile 140 ff: Aufnahme des Vorschlags der PatV.</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich. Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>10.8</p>	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024</p>	<p>1.5.2 Ernährung Zeile 170 Stellungnahme mit Begründung: Eine Ernährungsumstellung kann gut mit digitalen Tools begleitet und unterstützt werden, vor allem wenn diese einen spielerischen und anregenden Charakter haben. Es gibt Nachweise für die unterstützende Wirkung von Smartphones und digitalen Programmen, wobei vor allem Ansätze Wirkung zeigen, die einen umfassenden Lebensstilveränderungsansatz haben und eine individuelle Ansprache umfassen. (https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-022-03512-3). Daher sollten hier auch digitale Unterstützungen Erwähnung finden und zusammen mit den Vorschlägen zur Bewegung betrachtet werden. Änderungsvorschlag: Zeile 170, ergänzen: Es sollen Hinweise auf digitales Tracking von Mahlzeiten und/oder Getränken gegeben werden, insbesondere solche, die sich an Kinder und Jugendliche richten und spielerische Elemente beinhalten, die die Ernährungsumstellung in geeigneter Art und Weise unterstützen.</p>	<p>Den Ergänzungsvorschlägen mit allgemein gehaltenen Hinweisen zu digitalem Tracking bzw. digitaler Unterstützung der Bewegungsförderung oder Verhaltensmodifikation (vgl. 10.9. und 10.10) wird nicht gefolgt. Der unterstützende Einsatz digitaler Tools im Sinne dieser Stellungnahme ist beispielsweise im Rahmen einer Schulungsmaßnahme möglich und ggf. in den jeweiligen Curricula beschrieben. Darüber hinaus hat der G-BA gemäß § 137f Absatz 8 SGB V i.V.m. der Verfahrensordnung des G-BA Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5 die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramme geprüft. Für Kinder und Jugendliche wurden keine geeigneten medizinischen Anwendungen identifiziert (vgl. Tragende Gründe zu geeigneten digitalen medizinischen Anwendungen).</p>
<p>10.9</p>	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V.</p>	<p>1.5.3 Bewegung</p>	<p>Dem Änderungsvorschlag zum sozialen Umfeld wird nicht</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>(BVMed) vom 14.08.2024</p>	<p>Zeile 178</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Bewegung ist von essenzieller Bedeutung und kann gut mit digitalen Tools gefördert und unterstützt werden, vor allem wenn diese einen spielerischen und anregenden Charakter haben. Es gibt Nachweise für die unterstützende Wirkung von Smartphones und digitalen Programmen, wobei altersgerechte Ansätze und Programme mit individueller Ansprache besonders gute Ergebnisse zeigen (https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-022-03512-3).</p> <p>Peergruppen-basierte Ansätze haben sich als erfolgreich erwiesen und könnten ergänzend zur Unterstützung durch das schulische Umfeld aktiviert werden. Hier könnten ebenfalls digitale Tools helfen, die eine Peergruppenbildung von Betroffenen auch ohne räumliche Nähe möglich machen (https://bmcpublishing.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10727-7). Auch bezüglich der beteiligten erwachsenen Personen sollte hier eine möglichst inklusive Formulierung genutzt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zeile 178ff:</p> <p>Die Unterstützung durch das soziale Umfeld wie Eltern oder andere Betreuungspersonen und/oder Personensorgeberech-</p>	<p>gefolgt, da dieses in der Position bereits umfassend beschrieben ist und das schulische Umfeld adressiert. Bezüglich der digitalen Tools vgl. 10.8.</p>
--	-----------------------------------	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>tige, das schulische Umfeld sowie andere geeignete Peergruppen zum Beispiel durch positives Feedback kann zu langanhaltenden positiven Effekten der bewegungsbezogenen Maßnahmen beitragen. Dabei soll auch Nutzung von digitalen Tools zur Bewegungsförderung und zur Vernetzung mit Betroffenen angeregt werden.</p>	
<p>10.10</p>	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024</p>	<p>1.5.4 Verhaltensmodifikation Zeile 197 Stellungnahme mit Begründung: Wie bei Ernährung und Bewegung auch kann die Verhaltensmodifikation durch geeignete digitale Tools gut unterstützt werden. Diese sollen einen möglichst umfassenden Ansatz verfolgen, altersgerecht sein und einen spielerischen Ansatz verfolgen (https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-022-03512-3). Änderungsvorschlag: Ergänzung in Zeile 197: Dabei soll auch auf digitale Tools hingewiesen werden, die die Verhaltensmodifikation auf altersgerechte Art und Weise unterstützen helfen.</p>	<p>Den Ergänzungsvorschlägen mit allgemein gehaltenen Hinweisen zu digitalem Tracking bzw. digitaler Unterstützung der Bewegungsförderung oder Verhaltensmodifikation (vgl. 10.9. und 10.10) wird nicht gefolgt. Der unterstützende Einsatz digitaler Tools im Sinne dieser Stellungnahme ist beispielsweise im Rahmen einer Schulungsmaßnahme möglich und ggf. in den jeweiligen Curricula beschrieben. Darüber hinaus hat der G-BA gemäß § 137f Absatz 8 SGB V i.V.m. der Verfahrensordnung des G-BA Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5 die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramme geprüft. Für Kinder und Jugendliche wurden keine geeigneten medizinischen Anwendungen identifiziert (vgl. Tragende Gründe zu geeigneten digitalen medizinischen Anwendungen).</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>10.11</p>	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024</p>	<p>1.5.6 Chirurgische Therapie</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Eine chirurgische Therapie bei Kindern oder Jugendlichen kann in Ausnahmefällen sinnvoll sein, daher tragen wir die vorgeschlagene, sehr enge Öffnung einer Möglichkeit in Ausnahmefällen mit, wie sie von DKG und PatV vorgeschlagen werden. Ergänzend könnte eine Altersgrenze in Erwägung gezogen werden, da die Operation bei 17-Jährigen, die ihre Entwicklung weitgehend abgeschlossen haben, anders zu bewerten wäre als bei Kindern. Ergänzen zu den formulierten Anforderungen schlagen wir vor, dass der Eingriff und Langzeit Betreuung hier ausschließlich in zertifizierten Zentren durchgeführt werden dürfen, die den Eingriff und folge Untersuchungen in Kooperation von Kinderchirurgie und Viszeralchirurgie durchführen können. Die Weiterbetreuung – vor allem auch im Erwachsenenalter – muss gesichert sein.</p>	<p>PatV, DKG: Dank und Kenntnisnahme. Dem Ergänzungsvorschlag zu den einzubeziehenden Fachdisziplinen und dem Verweis auf zertifizierte Zentren der DGAV kann nicht gefolgt werden, da dies Bereiche betrifft, die nicht der Regelungskompetenz des G-BA bezüglich des DMP unterfallen. Eine Altersgrenze lässt aus den einschlägigen Leitlinien nicht ableiten.</p> <p>KBV: Wie in dieser Stellungnahme bereits formuliert handelt es sich bei der Adipositas-Chirurgie für Kinder und Jugendliche um Einzelfallentscheidungen. Diese können im DMP nicht adäquat adressiert werden, zumal der Fokus des DMP auf den Schulungsmaßnahmen zu Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation liegt. Darüber hinaus bleiben Regelungen zur Adipositas-Chirurgie von den Regelungen in dieser Richtlinie unberührt. Der Zugang ist für DMP-Teilnehmende und außerhalb des DMP gleichermaßen möglich.</p> <p>GKV-SV: Wie in der Formulierung bereits abgebildet handelt es sich bei der Adipositas-Chirurgie bei Kindern und Jugendlichen um Einzelfallentscheidungen, die hier aufgrund der Detailtiefe und der Unschärfe der Empfehlungen nicht adäquat abgebildet werden können. Insbesondere ist unklar, ab welchem Alter eine Adipositas-Chirurgie überhaupt in Erwägung gezogen werden kann. Vor diesem Hintergrund und aufgrund des Fokus des DMP auf den Schulungen als</p>
---------------------	---	---	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Aufnahme des Vorschlages der DKG und PatV mit folgender Änderung:</p> <p>Der letzte Absatz wird ersetzt durch:</p> <p>Eine chirurgische Intervention darf nur in zertifizierten Zentren der DGAV für Adipositas- und metabolische Chirurgie (https://www.dgav.de/dgav-gmbh/zertifizierungen.html) durchgeführt werden. Die Durchführung der Operation muss von je einem Vertreter/einer Vertreterin der Kinderchirurgie und der Viszeralchirurgie gemeinsam durchgeführt werden. Die Langzeitbetreuung der Betroffenen muss sichergestellt sein, inklusive ihrer Transition im Erwachsenenalter und in das DMP Adipositas für Erwachsene.</p>	<p>zentrale Maßnahme wird das Thema der Adipositas-Chirurgie nicht abgebildet.</p> <p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG, PatV: Siehe dazu die Ausführungen weiter oben. Dem Ergänzungsvorschlag zu den einzubeziehenden Fachdisziplinen und dem Verweis auf zertifizierte Zentren der DGAV kann nicht gefolgt werden, da dies Bereiche betrifft, die nicht der Regelungskompetenz des G-BA bezüglich des DMP unterfallen. Eine Altersgrenze lässt aus den einschlägigen Leitlinien nicht ableiten.</p>
<p>10.12</p>	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024</p>	<p>1.7.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Es sollten alle Konstellationen von mitbetreuenden Fachärztinnen und Fachärzten abgebildet werden, egal in welcher Art der Einrichtung/mit welcher Form der Zulassung oder Ermächtigung gearbeitet wird. Daher unterstützen wir den Vorschlag von KBV</p>	<p>PatV, KBV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV, DKG: Die Koordination der Versorgung soll ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte solcher Fachgruppen erfolgen, deren Weiterbildung eine internistische Ausrichtung aufweist. Der Einbezug von Fachärztinnen/Fachärzten „mit Bezug zur Kinder- und Jugendmedizin“ kann zwar sinn-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>und PatV.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zeile 234: Übernahme des Vorschlages von KBV und PatV.</p> <p>Zeile 236: Übernahme des Vorschlages von KBV und PatV.</p>	<p>voll sein, wenn es um die Behandlung von Begleiterkrankungen geht, allerdings sollte bei der übergeordneten Koordination stets das Spektrum der hier maßgeblichen Stoffwechselerkrankung und ihrer wichtigsten Folgeerkrankungen überblickt werden.</p>
10.13	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024</p>	<p>1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Das pflichtgemäße Ermessen einer Ärztin oder eines Arztes zur Einweisung in das Krankenhaus sollte hier ausdrücklich erwähnt werden, ebenso die Möglichkeit einer Adipositas-chirurgischen Therapie.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zeile 271: Ausnahme des Vorschlages von DKG und PatV.</p>	<p>PatV, DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>KBV: Der Vorschlag wird nicht übernommen, da hier ausschließlich die Indikation der Durchführung einer Adipositas-chirurgischen Maßnahme genannt wird, welche ein Ausnahmefall darstellt.</p> <p>GKV-SV: Die Adipositas bei Kindern und Jugendlichen begründet keine spezifischen stationären Behandlungsanlässe, weshalb die Benennung dieses Sektors im DMP nicht erforderlich ist. Adipositas- chirurgische Eingriffe sind in dieser Altersgruppe absolute Einzelfälle. Langzeitdaten fehlen bisher, so dass für diese Maßnahmen auch keine Empfehlungen ausgesprochen werden können.</p>
10.14	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024</p>	<p>1.7.4/1.7.3 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Stationäre Reha-Maßnahmen zeigen bei Adipositas eher schlechte Ergebnisse, daher ist eine eingeschränkte Aufnahme</p>	<p>PatV: Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Ergebnisse einer stationären Rehabilitationsmaßnahme unzufriedenstellend sein können, wurde in der Formulierung betont, dass solche Maßnahmen in ein Gesamtkonzept eingebettet sein müssen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>hier sinnvoll. Gerade die psychosozialen Problemkonstellationen können eine stationäre Reha-Maßnahme dennoch als sinnvoll erscheinen lassen. Ambulante Reha-Maßnahmen unter Einbezug der Eltern oder andere Betreuungspersonen und/oder Personensorgeberechtigte, sowie nach Bedarf das schulische Umfeld und andere geeignete Peergruppen sind dagegen sinnvoll.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zeile 277: Aufnahme des Vorschlages von GKV-SV, DKG, KBV</p>	<p>KBV, DKG, GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
<p>10.15</p>	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024</p>	<p>3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen Stellungnahme mit Begründung: Die Zahl der Kinder und Jugendliche mit Adipositas steigt und umfasst immer jüngere Kinder. Daher sollte das DMP-Adipositas die Zielgruppe nicht aufgrund des Alters verkleinern. Daher unterstützen wir die Position der PatV. Änderungsvorschlag: Zeile 304: Übernahme des Vorschlages der PatV: ...ab dem vollendeten fünften Lebensjahr...</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. KBV, DKG: Zu diesem Folgedissens zur Altersgrenze wie unter 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe vgl. 10.2. Die Position wurde wie dort beschrieben angepasst, um auch jüngere Kinder zu berücksichtigen. GKV-SV, DKG: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.
10.16	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024	<p>3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen</p> <p>Zeile 315</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Adipositas ist eine chronische Erkrankung, wenn sie bereits im Kindesalter vorliegt, ist mit weiteren Komplikationen und Komorbiditäten zu rechnen. Der Vorschlag der Patientenvertretung eine vereinfachte Transition in das DMP-Adipositas für Erwachsene zu ermöglichen sollte daher aufgegriffen werden. So können bereits begonnene Therapien nahtlos fortgesetzt werden, die bekannten Probleme der Transition von Jugendlichen aus der Betreuung beim Kinder- und Jugendarzt in die normale hausärztliche Betreuung können so vermieden werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zeile 315: Aufnahme des Vorschlags von GKV-SV und PatV.</p>	<p>PatV, GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>KBV, DKG: Die Position wurde übernommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>10.17</p>	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 14.08.2024</p>	<p>4.2 Schulung der Versicherten Zeile 332 Stellungnahme mit Begründung: Die Motivation zur Teilnahme an einer Patientenschulung muss vor allem bei den Betreuungspersonen und/oder Sorgeberechtigten von Kindern vorhanden sein, da ohne deren Betreuung und Organisation eine Teilnahme nicht erreicht werden kann. Dafür soll eine möglichst inklusive Formulierung aufgenommen werden, die wertungsfrei unterschiedliche familiäre und Betreuungssituationen abbildet. Änderungsvorschlag: Zeile 332: Insbesondere für Kinder wird empfohlen, die Eltern, Betreuungspersonen und/oder Sorgeberechtigten mit einzubeziehen.</p>	<p>Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurden im Kapitel 1.4 Grundsätze der Therapie die Empfehlungen und Vorgaben zum Einbezug Dritter erläutert und in relevanten Kapiteln zu spezifischen Aspekten, beispielsweise unter 4.2 Schulungen der Versicherten, aufgegriffen. Hierbei wurden die Begriffe Personensorgeberechtigte bzw. relevante Betreuungspersonen aufgenommen. Dies umfasst auch die Eltern.</p>
<p>11.</p>	<p>Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED) vom 14. August 2024</p>		
<p>11.1</p>	<p>Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED) vom 14.08.2024</p>	<p>Allgemeine Anmerkung Neben den genannten Interventionen möchten wir darauf hinweisen, dass auch die Ergotherapie eine wichtige Rolle bei der Behandlung, im Umgang und in der Prävention von Adipositas einnimmt.</p>	<p>PatV, KBV, DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		Die verschiedenen Interventionen der Ergotherapie, die hierbei zum Einsatz kommen, berücksichtigen sowohl körperliche Funktionen und Strukturen als auch Einschränkungen der Aktivität sowie persönliche und umgebungsbedingte Faktoren, die mit Adipositas verbunden sind und die Teilnahme an verschiedenen Lebensbereichen beeinflussen (WFOT 2019).	
11.2	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED) vom 14.08.2024	<p>1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Wir schließen uns der Stellungnahme der PatV an.</p> <p>Eine aktuelle Untersuchung deutet darauf hin, dass das Waist-circumference-to-height-ratio (WhtR) eine präzisere Aussage zur Verteilung der Fettmaße treffen kann als der BMI (Agbaje, 2024).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Vorschlag PatV:</p> <p>oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV: Auch wenn der BMI die Fettverteilung nicht berücksichtigt, ist dies ein international anerkannter und standardisierter Indikator für Übergewicht und Adipositas (WHO Obesity Report 2022). Bei Kindern und Jugendlichen wird der individuell gemessene BMI anhand alters- und geschlechtsspezifischer Perzentilkurven eingeordnet. In diesem DMP wird das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gemäß der deutschen Leitlinie (AGA 2019) mit dem Überschreiten der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile erreicht. Im weiteren Verlauf dient die Erhebung des individuellen BMI der Berechnung des individuellen alters- und geschlechtsspezifischen BMI-SDS. Hierdurch kann eine genaue Einordnung der Adipositas und des Verlaufs erfolgen. Eine Reduktion des BMI-SDS um mindestens 0,2 wird als klinisch relevant eingestuft (AGA 2019). Hieraus ergibt sich ein gut mess-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			<p>bares Qualitätskriterium (vgl. Nr.2 Qualitätssichernde Maßnahmen).</p> <p>Die Bedeutung des (im Vorschlag unabhängig von Alter und Geschlecht erhobenen) Taille-Größe-Indexes als Diagnostikum und als validierter Verlaufsparemeter ist hingegen noch unzureichend untersucht (Robert Koch Institut (RKI). Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS); 2. erweiterte Auflage [online]. Berlin (GER): RKI; 2013. [Zugriff: 07.06.2024]. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). URL: https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMa04ZjppM.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Dieser Index eignet sich somit nicht als Einschlusskriterium für das DMP.</p>
<p>11.3</p>	<p>Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED) vom 14.08.2024</p>	<p>1.4.3 Transition</p> <p>Wir schließen uns der Begründung der PatV an.</p> <p>Eine Regelung in Bezug auf die Komorbiditäten im Übergang in die Erwachsenenmedizin ist aus unserer Sicht dringend erforderlich, um einen Versorgungsbruch zu vermeiden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Vorschlag PatV:</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderung</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>1.4.3 Transition</p> <p>Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, soll die nahtlose Überleitung für Jugendliche in das DMP Adipositas Erwachsene gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin sowie mit relevanten Personensorgeberechtigten geplant und strukturiert gestaltet werden. Für Jugendliche, die im DMP Adipositas Kinder und Jugendliche eingeschrieben waren, ist das Vorliegen von Komorbiditäten keine Voraussetzung für die Teilnahme am DMP Adipositas Erwachsene.</p>	<p>rungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich. Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p>
11.4	<p>Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED) vom 14.08.2024</p>	<p>Literaturverzeichnis:</p> <p>Agbaje, A.O. (2024): Waist-circumference-to-height-ratio had better longitudinal agreement with DEXA-measured fat mass than BMI in 7237 children. <i>Pediatr Res</i> (2024). DOI: 10.1038/s41390-024-03112-8</p> <p>WFOT (2019) https://wfot.org/resources/occupational-therapy-in-obesity-in-childhood-and-adolescence</p>	
12.	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14. August 2024</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>12.1</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Stellungnahme allgemein</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 10. Juli 2024 den „Beschlussentwurf über eine 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 Dokumentation – Kinder und Jugendliche)“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen. Hiermit nehmen wir als Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit dem Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) die Gelegenheit zur Stellungnahme wahr. Zum o. g. Dokument, Stand 17.07.2024 [1] und unter Bezugnahme auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • die „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf [2]“ und • den „Abschlussbericht der IQWiG-Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche, Auftrag V21-07, Stand 18.08.2022 [3]“ sowie • die Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht der IQWiG-Leitliniensynopse <p>Adipositas – Kinder und Jugendliche, Auftrag V21-07, Stand 18.08.2022 [4] bitten wir um Berücksichtigung folgender Vorbe-merkungen, Kernbotschaften und Anmerkungen:</p>	<p>Kenntnisnahme.</p>
--------------------	--	--	-----------------------

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>12.2</p>	<p>Berufsverband Öcotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Vorbemerkungen</p> <p>1. Überall, wo wir in unserer Stellungnahme die „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ erwähnen, sind Diätassistentinnen/Diätassistenten oder vergleichbar akademisch qualifizierte Ökotrophologinnen/Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen/ Ernährungswissenschaftler bzw. Absolventinnen/Absolventen fachverwandter Studiengänge gemeint. Wir bitten darum, dass diese Definition im DMP Adipositas übernommen wird.</p> <p>2. Wir weisen in unserer Stellungnahme auf eine neue Leitlinie [5] hin, die über die IQWiG-Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche Abschlussbericht [3] hinausgeht bzw. neuer ist und somit damals noch nicht inkludiert werden konnte.</p> <p>3. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen <u>grün unterstrichen</u> hervorgehoben.</p> <p>4. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL): Änderung der DMP Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation) vom 28. August 2023 hin.</p>	<p>Kenntnisnahme.</p>
--------------------	---	---	-----------------------

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>12.3</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Kernbotschaften</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Therapieoptionen mit entsprechender Evidenz [3, 5, 6], insbesondere die der immer noch gültigen bzw. fortbestehend relevanten ausländischen Leitlinien mit Grundlagen-Evidenz, genannt in der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET) zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4], müssen sich im DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche wiederfinden. 2. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche beschrieben werden. 3. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden. 4. Die Indikation Adipositas (bei Kindern und Jugendlichen) sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden. 5. Zusätzlich zum DMP-Adipositas – Kinder und Jugendliche ist eine umfassende Präventionspolitik nötig. Das vorrangige Ziel sollte sein, Übergewicht zu verhindern, statt Adipositas zu be- 	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Für die Forderung nach Aufhebung leistungsrechtlicher Limitationen ist der G-BA nicht der korrekte Adressat. Das strukturierte Versorgungsprogramm kann ausschließlich Leistungen einbeziehen, die bereits Bestandteil der Regelversorgung sind.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Kenntnisnahme. Auf einzelne Aspekte wird im Folgenden zu den konkreten Änderungsvorschlägen eingegangen.</p>
--------------------	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>handeln. Die Gesundheitspolitik wird aufgefordert die Rahmenbedingungen für eine gesunde Ernährung der Bevölkerung zur Vermeidung von Adipositas zu schaffen. [4, 7]. Es wird dringend gefordert, die Ernährungsstrategie der Bundesregierung in der Fläche zu implementieren und die erforderlichen finanziellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen.</p>	
<p>12.4</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen</p> <p>Wir begrüßen die Erweiterung des DMP Adipositas um ein speziell auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche ausgerichtetes DMP. Allerdings kritisieren wir den inkonsequenten Ansatz des Beschlussentwurfs hinsichtlich leitliniengestützter bedarfsorientierter Basisempfehlungen zur Ernährungsumstellung. Die multimodale Basistherapie, bestehend aus Ernährung, Bewegung, Verhalten, sowie die adjuvante medikamentöse Therapie und auch die Nachsorge nach chirurgischen Maßnahmen sind leitliniengerechte Bestandteile einer multiprofessionellen Adipositastherapie. Diese Maßnahmen können wegen der aktuellen leistungsrechtlichen Limitationen nicht im Rahmen des DMP abgebildet werden. Damit ist die vom Gesetzgeber eingeforderte, „leitliniengerechte und bedarfsorientierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas“ nicht gewährleistet.</p> <p>Wir betonen erneut, dass es für eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Kenntnisnahme. Auf einzelne Aspekte wird im Folgenden zu den konkreten Änderungsvorschlägen eingegangen</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Adipositas unumgänglich ist, die leistungsrechtlichen Beschränkungen aufzuheben.</p> <p>Erst wenn die leistungsrechtlichen Limitationen überwunden sind, kann eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas im Rahmen eines entsprechenden DMP Adipositas Kinder und Jugendliche sichergestellt werden.</p> <p>Einbindung weiterer Fachdisziplinen:</p> <p>Das DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche soll die Versorgung von Betroffenen durch die Strukturierung einer bedarfsorientierten Behandlung unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz verbessern [1, 2]. Im Beschlussentwurf [1] sind starke Leitlinienempfehlungen zur individuellen, intensiven Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte – wie beschrieben in der Stellungnahme der AG EMET zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4] –nicht berücksichtigt.</p> <p>Während in den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas hinsichtlich Ernährung explizit qualifizierte Ernährungsfachkräfte gefordert werden [8, 9], wird für die Feststellung individueller Ziele der Ernährungsumstellung im Beschlussentwurf [1] das Fachpersonal nicht berücksichtigt. Stattdessen soll dies Aufgabe der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes sein.</p>	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Dies widerspricht dem Verständnis kooperierender Zusammenarbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Sowohl im Positionspapier der AG EMET [10], in der Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland [9] als auch im Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Diätassistentengesetz – DiätAssG) [11] ist diese klar beschrieben und gefordert.</p> <p>Nur die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und der vergleichbar qualifizierten akademischen Ernährungsfachkräfte kann mit der Patientin bzw. mit dem Patienten individuelle (messbare) Ziele zur Ernährungsumstellung feststellen und umsetzen, da diese als einzige explizit für diese Aufgabe ausgebildet ist. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens nach dem German- Nutrition Care Prozess (G-NCP)-Modell zum beruflichen Standard [8, 9, 11, 12]. Aus diesem Grund fordern wir, dass ausschließlich qualifizierte Ernährungsfachkräfte die im DMP Adipositas vorgesehenen Ernährungsinterventionen ausführen.</p> <p>Es sollte daher beim DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche im interdisziplinären Rahmen strukturell zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften kooperiert werden, insbesondere auch bei der Zielsetzung zur</p>	<p>GKV-SV, DKG: Die Qualifikationsvoraussetzungen und die Anforderungen an die im Rahmen der Schulungsmaßnahmen stattfindende Ernährungsberatung werden durch die Curricula vorgegeben und unterliegen somit nicht dem Regelungsinhalt der Richtlinie.</p> <p>Die Empfehlung von Nachsorgemaßnahmen erfolgt aus der stationären Einrichtung heraus, die wiederum nicht Adressat dieser Richtlinie ist.</p> <p>Eine Wiederholung der Schulung ist nicht ausgeschlossen.</p>
--	--	---	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Ernährungsumstellung, die die koordinierenden Ärztinnen/Ärzte im DMP dokumentieren und überprüfen.</p> <p>Berücksichtigung individueller Aspekte der Ernährungsumstellung</p> <p>Eine ergänzende individuelle/personbezogene Ernährungstherapie nach § 43 SGB V wäre eine rehabilitative Maßnahme oder nicht-ärztliche Hilfe im Sinne § 73 SGB V, Absatz 1.4 und damit beschrieben unter Punkt 1.7.1 im Beschlussentwurf [1]. Im Rahmen des DMP Adipositas muss es möglich sein, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt eine intensive individuelle Ernährungstherapie durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft nach § 43 SGB V als Satzungsleistung empfehlen kann. Nur so ist der elementare Bestandteil der Ernährungstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas gewährleistet.</p> <p>In diesem Zusammenhang ist auch auf die unimodale Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung hinzuweisen. Diese bietet eine ergänzende Leistung über das DMP hinaus.</p> <p>Der Beschlussentwurf [1] enthält keine Angaben darüber, wie oft ein Kurs/eine Schulung in Anspruch genommen werden kann. Da es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung handelt, ist eine frühzeitige und nachhaltige Therapie notwendig. Dies führt dazu, dass es Kindern und Jugendlichen mit Adipositas in Bezug auf ihre Entwicklung zum Erwachsenwerden hin</p>	<p>PatV: Dem Ergänzungsvorschlag bezüglich der Nachsorgeleistungen der DRV wurde gefolgt.</p> <p>Eine Wiederholung der Schulung ist nicht ausgeschlossen.</p>
--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		unbedingt ermöglicht werden muss, Ernährungsinterventionen (Schulungen, individuelle Ernährungsberatungen) regelmäßig zu erhalten.	
12.5	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024	<p>IV. 1.2</p> <p>Zeile 64, Seite 3</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p> <p>Begründung:</p> <p>Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 4-5) [2]. Zudem die in der AG-EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 aufgeführten Guideline Statements [4], siehe Anhang 1. Zusätzlich weisen wir darauf hin, dass Kinder mit Adipositas mit großer Wahrscheinlichkeit auch als junge Erwachsene Übergewicht oder Adipositas haben. Eine deutsche bevölkerungsbasierte Längsschnittstudie bei > 51.000 Kindern von der Geburt bis zur Volljährigkeit zeigte, dass 90 Prozent der dreijährigen Kinder mit Adipositas auch als Jugendliche noch übergewichtig oder adipös waren [13]. Das Kleinkindalter vor der Einschulung ist eine kritische Phase, weshalb bei Kindern mit Adipositas schon in dieser Phase mit Interventionen gestartet werden sollte.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>„In das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten <u>fünften</u> Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer Adipositas eingeschrieben werden, [...].“</p>	
<p>12.6</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.2 Zeile 70-71, Seite 3 Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV. Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 5) [2]. Außerdem unsere Anmerkung/Befürwortung in der AG-EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 sowohl den Taillenumfang als auch die „waistto-height-ratio (WhtR)“ zusätzlich zum BMI bzw. BMI-Perzentil als fakultative Parameter aufzunehmen [4], wie von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), der Deutschen Adipositas Gesellschaft e. V. (DAG), der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG), vom Berufsverband der Kinder und Jugendärzte e. V. (BVKJ), der Konsensusgruppe Adipositas Schulung für Kinder und Jugendliche e. V. (KgAS), von der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin e. V. (DGKM), und der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler e. V. (DGPK) in ihrer Stellungnahme zum Berichtsplan V21-07 [14]</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. KBV, GKV-SV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Auch wenn der BMI die Fettverteilung nicht berücksichtigt, ist dies ein international anerkannter und standardisierter Indikator für Übergewicht und Adipositas (WHO Obesity Report 2022). Bei Kindern und Jugendlichen wird der individuell gemessene BMI anhand alters- und geschlechtsspezifischer Perzentilkurven eingeordnet. In diesem DMP wird das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gemäß der deutschen Leitlinie (AGA 2019) mit dem Überschreiten der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile erreicht. Im weiteren Verlauf dient die Erhebung des individuellen BMI der Berechnung des individuellen alters- und geschlechtsspezifischen BMI-SDS. Hierdurch kann eine genaue Einordnung der Adipositas und des Verlaufs erfolgen. Eine Reduktion des BMI-SDS um mindestens 0,2 wird als klinisch relevant eingestuft (AGA 2019). Hieraus ergibt sich ein gut messbares Qualitätskriterium (vgl. Nr.2 Qualitätssichernde Maßnahmen). Die Bedeutung des (im Vorschlag unabhängig von Alter und</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>vorgeschlagen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen wird anhand eines BMI über dem 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentil <u>oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5</u> definiert.“</p>	<p>Geschlecht erhobenem) Taille-Größe-Indexes als Diagnostikum und als validierter Verlaufsparemeter ist hingegen noch unzureichend untersucht (Robert Koch Institut (RKI). Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS); 2. erweiterte Auflage [online]. Berlin (GER): RKI; 2013. [Zugriff: 07.06.2024]. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). URL: https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMa04ZjppM.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Dieser Index eignet sich somit nicht als Einschlusskriterium für das DMP. Eine zusätzliche Erhebung ist jederzeit möglich.</p>
<p>12.7</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.2</p> <p>Zeile 66-68, Seite 3 und alle weiteren Zeilen in denen der Begriff vorkommt</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der DKG, KBV Betreuungspersonen</p> <p>Begründung:</p> <p>Erörterung der KBV und DKG in den Tragenden Gründen (S. 6) [2]. Sobald eine primär betreuende Person dem Kind nahesteht</p>	<p>GKV-SV, PatV: Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde im Kapitel 1.4 Grundsätze der Therapie ein neuer Absatz eingefügt, in dem übergeordnet die Vorgaben zum Einbezug von Personensorgeberechtigten oder relevanten Betreuungspersonen adressiert werden.</p> <p>KBV, DKG: Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurden im Kapitel 1.4 Grundsätze der Therapie die Empfehlungen und Vorgaben zum Einbezug Dritter erläutert und in relevanten Kapiteln zu spezifischen Aspekten, beispielsweise unter 4.2 Schulungen der Versicherten, aufge-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>und sich immer zum Wohle des Kindes einsetzt, ist es zu befürworten, diese Person entsprechend der breiteren Definition „Betreuungsperson“ zu nennen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„..., wenn die Kinder und Jugendlichen und, je nach Alter des teilnehmenden Kindes oder Jugendlichen, die <u>Betreuungspersonen</u>, aktiv an dem Programm mitwirken.“</p>	<p>griffen. Hierbei wurden beide Begriffe (Personensorgeberechtigte bzw. relevante Betreuungspersonen) aufgenommen.</p>
12.8	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.3</p> <p>Zeile 92, Seite 4</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Es fehlt bei den Therapiezielen das Ziel, dass die Kinder und Jugendlichen körperlich genauso gut belastbar sind wie ihre Altersgenossen. Zudem ist das allgemeine Rehabilitationsziel „Steigerung der Teilhabe“ zu ergänzen.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die körperliche Leistungsfähigkeit wird von der KgAS als eines der Behandlungsziele genannt [15]. Es ist ein für Kinder verständliches Ziel. Die anderen KgAS-Ziele werden schon durch den Text des Beschlussentwurfs [1] abgedeckt. Neben der Erhöhung der Lebensqualität sollte auch die Verbesserung der Teil-</p>	<p>GKV-SV: Der Vorschlag wird abgelehnt. Die genannten Therapieziele überschreiten die Detailtiefe dieser Richtlinie.</p> <p>KBV, DKG, PatV: In dem Kapitel 1.3 werden übergeordnete Therapieziele formuliert. Spezifischere Ziele können individuell variieren, daher wird dem Vorschlag nicht gefolgt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>habe der Patientin oder des Patienten als langfristiges Ziel angestrebt werden [16].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Therapieziele sollten ergänzt werden mit:</p> <p><u>„d) Steigerung der Teilhabe</u></p> <p><u>e) Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, wie bei den Altersgenossen.“</u></p>	
<p>12.9</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.4.1</p> <p>Zeile 109-110</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Unter d) soll zusätzlich bei Medienkonsum die Sitzzeit erwähnt werden.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Begrenzung bzw. Reduktion vermeidbarer Sitzzeit ist ein wichtiger Bestandteil therapeutischer Ansätze und auch nicht gleichbedeutend mit Bewegungsmangel laut der Stellungnahme der AGA, DAG, DDG, des BVKJ, der DGKJ, der DGPK und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e. V. (DGSP) zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4]. Diesbezüglich weisen wir auch auf die WHO Guidelines on physical and sedentary be-</p>	<p>GKV-SV, DKG, PatV: Der Hinweis ist nachvollziehbar. Die Empfehlung zur Reduktion der vermeidbaren Sitzzeit findet sich aber schon im 1. Absatz unter Nummer 1.5.3.</p> <p>KBV, PatV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da der Begriff „körperliche Inaktivität“ auch Sitzzeit umfasst.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>haviour 2020 [17a-b] und die deutschen Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [18] hin, die für Säuglinge und Kleinkinder, Kindergarten-, Grundschulkind und Jugendliche Bewegungsempfehlungen sowie spezielle Empfehlungen zu sitzenden Tätigkeiten, insbesondere zur Reduktion des Bildschirmmedienkonsums auf ein Minimum, enthalten.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„d) Bewegungsgewohnheiten (insbesondere körperliche Inaktivität,- zum Beispiel Medienkonsum/<u>Sitzzeit</u>) sowie Mobilität und körperliche Belastbarkeit,“</p>	
<p>12.10</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.4.2</p> <p>Zeile 134-140, Seite 5</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Laut 1.4.2 Therapieplanung und 1.5.2 Ernährung, S. 6 [1], soll die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten und den Betreuungspersonen eine Therapieplanung mit „individuellen“ Zielen zur Ernährungsumstellung erstellen, im Verlauf regelmäßig überprüfen und gegebenenfalls anpassen. Wie unter den Allgemeinen Anmerkungen bemerkt, steht dies im Widerspruch mit den per Gesetz festgelegten Aufgaben der Berufsgruppe der Diätas-</p>	<p>GKV-SV: Eine Ernährungsberatung sollte nur in Kombination mit anderen Therapiebausteinen zur Anwendung kommen (Steigerung der körperlichen Aktivität, Verhaltensinterventionen), da die Evidenzbewertung für eine alleinige Beratung nur geringe Langzeiteffekte zeigt. Deshalb kann keine Empfehlung für eine alleinige Ernährungsberatung ausgesprochen werden. Die individuelle Ernährungsberatung ist keine Regelleistung der GKV und sollte deshalb nicht im Richtlinientext Erwähnung finden. Die Ernährungsberatung ist Bestandteil der multimodalen Schulungsmaßnahme.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Eine obligate Kooperation der Koordinie-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>sistentinnen und Diätassistenten [11] bzw. vergleichbar qualifizierter Ernährungsfachkräfte. Wir plädieren gemäß Vereinbarungen zur Qualitätssicherung für die Kooperation zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften [9, 10].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt soll <u>in Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft und der Patientin oder dem Patienten und den Betreuungspersonen</u> eine Therapieplanung mit individuellen Zielen, insbesondere zur Ernährungsumstellung und zu Bewegung im Alltag erstellen. Es soll darauf geachtet werden, dass die individuell gesetzten Ziele für die Patientin oder den Patientenrealistisch und erreichbar sind. Dies können auch solche sein, die nicht unmittelbar auf eine Gewichtsreduktion abzielen. Die in <u>Einzelberatung mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft definierten</u> individuellen/<u>personbezogenen</u> Therapieziele sollen im Verlauf regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.“</p>	<p>renden mit qualifizierten Ernährungsfachkräften wird insbesondere außerhalb der Schulungsmaßnahme nicht gefordert. Als zentrale Maßnahme des DMP beinhalten geeignete Schulungsprogramme jedoch mindestens ein Modul zu Bewegung und ein Modul zu Ernährung (Vgl. 4.2 Schulungen der Versicherten). Die Qualifikationen der Schulenden werden in den jeweiligen Curricula festgelegt. Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde zudem im Kapitel 1.5.2 Ernährung ein Hinweis auf die Ernährungstherapie nach §43 SGB V aufgenommen. Entsprechender Verweis auf die qualifizierten Ernährungsfachkräfte erfolgt in den Tragenden Gründen.</p>
<p>12.11</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten –</p>	<p>IV. 1.4.3</p> <p>Zeile 140, Seite 5-6</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 8) [2]. Änderungsvorschlag: Text der PatV unter 1.4.3 Transition: „Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, soll die nahtlose Überleitung für Jugendliche in das DMP Adipositas Erwachsene gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin sowie mit den <u>Betreuungspersonen bzw.</u> relevanten Personensorgeberechtigten geplant und strukturiert gestaltet werden. Für Jugendliche, die im DMP Adipositas Kinder und Jugendliche eingeschrieben waren, ist das Vorliegen von Komorbiditäten keine Voraussetzung für die Teilnahme am DMP Adipositas Erwachsene.“</p>	<p>Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich. Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p>
<p>12.12</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)</p>	<p>IV. 1.5.1 Zeile 147-148, Seite 6 Stellungnahme mit Begründung: Eine Änderung der Ernährung kann eine <u>qualitative und/oder eine quantitative</u> Änderung der <u>Ernährungsweise</u> sein.</p>	<p>GKV-SV: Der Vorschlag wird nicht übernommen, da er die Detailtiefe der Aufzählung in den Basismaßnahmen übersteigt. KBV, DKG, PatV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da dieser Aspekt im entsprechenden Kapitel 1.5.2 hinreichend abgebildet ist.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	vom 14.08.2024	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Die Basismaßnahmen umfassen qualitative und/oder quantitative Änderungen der Ernährungsweise, eine Steigerung der körperlichen Aktivität und Verhaltensmodifikationen.“</p>	
12.13	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.5.1 Zeile 152-154, Seite 6</p> <p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV, unter dem Vermerk, dass die motivierende Gesprächsführung von allen Leistungserbringern bei den Empfehlungen angewendet werden sollte.</p> <p>Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 8) [2].</p> <p>Änderungsvorschlag: „Unabhängig von der Schulung gelten die Empfehlungen zu Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikationen gemäß 1.5.2 bis 1.5.4, die <u>durch motivierende Gesprächsführung von den entsprechenden Leistungserbringern vermittelt werden sollen.</u>“</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV, DKG: Der Begriff der motivierenden Gesprächsführung ist besetzt durch ein Verfahren aus der Verhaltenstherapie, welches nicht als Voraussetzung für jeglichen Leistungserbringer zugrunde gelegt wird. Deshalb wird der Vorschlag abgelehnt.</p> <p>KBV, DKG: Die Version der PatV wird hier abgelehnt, da die ärztliche Gesprächsführung zum Kernbereich des allgemeinen ärztlichen Handelns gehört und hier kein spezifisches Vorgehen gefordert werden soll.</p>
12.14	<p>Berufsverband Oecotrophologie e.</p>	<p>IV. 1.5.2 Zeile 161-170, Seite 6</p>	<p>GKV-SV: Eine Ernährungsberatung sollte nur in Kombination mit anderen Therapiebausteinen zur Anwendung kommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Schulung formt die Basis. Wir plädieren dafür, dass, in Übereinstimmung mit der AG EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4], Kinder und Jugendliche bei entsprechender Indikation intensive Einzelfamilienberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erhalten können.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Wenn bei Kindern und Jugendlichen eine Ernährungsumstellung erfolgt, soll <u>grundsätzlich</u> auch die Familie/Betreuungspersonen (siehe unter Punkt IV. 1.2, dieser Stellungnahme) mit einbezogen werden, da die Familie insbesondere bei der Langzeitadhärenz eine wesentliche Rolle spielt. <u>Jede Patientin und jeder Patient soll bei entsprechender Indikation, zusätzlich zur Gruppenschulung und in enger Abstimmung mit der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt, Ernährungstherapie (unimodal) bei Bedarf im häuslichen Umfeld durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft mit individualisierten/personen- und familienbezogenen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten erhalten.</u>“</p>	<p>men (Steigerung der körperlichen Aktivität, Verhaltensinterventionen), da die Evidenzbewertung für eine alleinige Beratung nur geringe Langzeiteffekte zeigt. Deshalb kann keine Empfehlung für eine alleinige Ernährungsberatung ausgesprochen werden. Die individuelle Ernährungsberatung ist keine Regelleistung der GKV und sollte deshalb nicht im Richtlinientext Erwähnung finden. Die Ernährungsberatung ist Bestandteil der multimodalen Schulungsmaßnahme.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Dem Änderungsvorschlag kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittel-Richtlinie des G-BA sieht eine Ernährungstherapie nicht für die Indikation Adipositas vor. In der DMP-A-RL können keine eigenständigen leistungsrechtlichen Regelungen getroffen werden, die von den Regelungen anderer G-BA-RL abweichen. Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde jedoch im Kapitel 1.5.2 Ernährung ein Hinweis auf die Ernährungstherapie nach §43 SGB V aufgenommen. Entsprechender Verweis auf die qualifizierten Ernährungsfachkräfte erfolgt in den Tragenden Gründen. Vgl. auch 12.10.</p>
<p>12.15</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e.</p>	<p>IV 1.5.3 Zeile 212-227, Seite 10</p>	<p>GKV-SV, PatV: Der Richtlinie liegen die Leitlinienempfehlungen zu Grunde, die im IQWiG-Abschlussbericht bewertet wurden. In keiner der einbezogenen Leitlinien findet</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Stellungnahme und Begründung:</p> <p>Es fehlt im Beschlussentwurf unter 1.5.3 Bewegung die Konkretisierung der Verringerung von körperlich passiver bzw. sitzender Beschäftigung beispielsweise am Computer und bei TV- bzw. Medienkonsum. Siehe hierzu die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2017 [18].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Primäres Ziel der bewegungsbezogenen Maßnahmen bei Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist die Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag bei einer gleichzeitigen Verringerung von körperlich passiver bzw. sitzender Beschäftigung beispielsweise am Computer und bei TV- bzw. Medienkonsum <u>nach den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2017:</u></p> <p><u>Vermeidbare Sitzzeiten durch Bildschirmmedienkonsum: Kindergartenkinder: so wenig wie möglich, maximal 30 Minuten/Tag Grundschul Kinder: so wenig wie möglich, maximal 60 Minuten/Tag Jugendliche: so wenig wie möglich, maximal 120 Minuten/Tag.“</u></p>	<p>sich eine Konkretisierung der maximalen Sitzzeiten in Minuten wie dargestellt. Daher wird der Ergänzungsvorschlag nicht angenommen.</p> <p>KBV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da in den im IQWiG berücksichtigten Leitlinien hierzu keine Konkretisierungen erfolgen.</p>
<p>12.16</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e.</p>	<p>IV. 1.5.4</p>	<p>GKV-SV, PatV: Dem Ergänzungsvorschlag wird nicht gefolgt. Die im Entwurf formulierte Empfehlung basiert auf</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Zeile 198-199, Seite 7</p> <p>Stellungnahme und Begründung:</p> <p>Es sollte beim DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche im interdisziplinären Rahmen strukturell zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften kooperiert werden, damit Ernährungsfachkräfte mit der Patientin oder mit dem Patienten und ihren/seinen Betreuungspersonen ein flexibel-kontrolliertes Verhalten einüben können. Die Forderung von Ernährungsfachkräften für die Ernährungstherapie entspricht dem Positionspapier der AG EMET [10] und den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas [9].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„In Bezug auf das Essverhalten ist die Einübung eines flexibel-kontrollierten Verhaltens <u>unter Anleitung einer qualifizierten Ernährungsfachkraft</u> langfristig effektiver als eine rigide Verhaltenskontrolle.“</p>	<p>der Leitlinie der AGA (2019), die an dieser Stelle auf die Bevorzugung bestimmter Verhaltensänderungen gegenüber anderen abzielt. Dabei wird an keiner Stelle auf die daran beteiligten Leistungserbringer eingegangen.</p> <p>KBV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt (vgl. 12.10 und 12.14).</p>
<p>12.17</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten –</p>	<p>IV. 1.5.5</p> <p>Zeile 199, Seite 7</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Zum Thema adjuvante medikamentöse Therapie gehen wir konform mit der gemeinsamen Stellungnahme der AGA, DAG, DDG,</p>	<p>GKV-SV: Nach § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V in Verbindung mit § 14 Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sind Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen, die zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits bzw. zur Regulierung des Körpergewichts dienen. Diese sind in Anlage II AM-RL zusammengestellt. Der GBA kann sich bei seinen Beschlüssen nur</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>DGKJ, der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -Diabetologie e. V. (DGPAED), des BVKJ, der KgAS, der DGSP, der Deutschen Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen e. V. (DGÖG) und der Deutschen Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit und Bevölkerungsmedizin e. V. (DGÖGB) zu diesem Beschlussentwurf:</p> <p><i>„Das DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche hat die gültigen Leitlinien, sowie darüber hinaus die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zur Grundlage. Da der Leitlinienprozess von der Evidenzgewinnung bis zur Abstimmung 1-2 Jahre dauert, müssen deshalb in Themenfeldern mit einer sehr dynamischen Entwicklung aktuelle hochwertige Studien zusätzlich berücksichtigt werden. Dem wurde für die seltenen monogenen Adipositasformen entsprochen (G-BA-Beschluss 1/2022: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8453/2022-01-20_AM-RL-II_Setmelanotide.pdf), nicht jedoch für die Anwendung von GLP1-Rezeptor-Agonisten bei Jugendlichen ab 12 Jahren. Sowohl für Liraglutide, als auch für Semaglutide liegt eine Zulassung der EMA vor (Adipositas und > 60 kg) [22, 23], allerdings wurde vom G-BA für Semaglutide ein gegenteiliger Beschluss gefasst [24], da die Kostenübernahme durch die GKV nicht mit § 34 Abs. 1 Satz 8 SGB V vereinbar sei. Nun gibt es jedoch für beide Substanzen (Liraglutide, Semaglutide) bereits systematische Reviews und Metaanalysen, die Risiko und Nutzen dieser zusätzlichen medikamentösen Adipositas-Therapie für Jugendliche ab 12 Jahren untersuchen und</i></p>	<p>auf geltende rechtliche Vorgaben stützen.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Aufgrund der dynamischen Entwicklungen und fehlender Langzeitdaten auf diesem Gebiet hat der G-BA bewusst keinen neuen Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen vorgegriffen und im DMP abgebildet.</p> <p>Bei bestehenden Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Adipositas-Therapie bei Kindern und Jugendlichen handelt es sich um Einzelfallentscheidungen, die hier nicht adäquat adressiert werden können.</p> <p>Auch aus den zitierten Reviews lässt sich kein einheitliches Vorgehen ableiten, dass hier als maßgebliche Empfehlung umgesetzt werden könnte.</p> <p>Auch kann der G-BA nur im Rahmen seiner rechtlichen Möglichkeiten Regelungen zu strukturierten Behandlungsprogrammen treffen und z.B. keine Vorgaben zur wissenschaftlichen Evaluation der Versorgung an spezialisierten Zentren machen.</p>
--	---	--	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p><i>die Wirksamkeit eindeutig belegen, nicht nur bezogen auf die Gewichtsreduktion, sondern auch bezogen auf die Komorbiditäten [25, 26].</i></p> <p><i>Mit dem Verständnis, dass es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung handelt, muss auch diese Evidenz in die Therapieplanung einbezogen werden. Die unterzeichnenden Fachgesellschaften schlagen deshalb vor, entsprechend der europäischen Zulassungen eine zusätzliche medikamentöse Therapie mit GLP1-Rezeptor-Agonisten für Jugendliche ab 12 Jahren (> 60 kg) und einer Adipositas per magna (BMI > 99.5 Perzentile) bzw. einer Adipositas (BMI > 97. Perzentile) und bereits bestehenden Begleiterkrankungen zu ermöglichen, falls alleine durch eine Lebensstilintervention keine BMI-Stabilisierung bzw. -Abnahme erreicht werden konnte.“</i></p> <p>Der VDD und der VDOE ergänzen jedoch, dass eine adjuvante medikamentöse Therapie zwingend ernährungstherapeutisch durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft begleitet werden muss.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie</p> <p><u>Die medikamentöse Therapie mit GLP1-Rezeptor-Agonisten – zusätzlich zur multimodalen Basistherapie – sollte für Jugendliche ab 12 Jahren (> 60 kg) und Adipositas spezialisierten Zentren</u></p>	
--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p><u>vorbehalten bleiben unter engmaschiger Beobachtung klinischer, anthropometrischer, metabolischer und weiterer Parameter. Ergänzend sollte eine ernährungstherapeutische Begleitung durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft integraler Bestandteil sein. Es besteht die Pflicht zur Verlaufsdokumentation. Nach zwei Jahren erfolgt eine unabhängige wissenschaftliche Bewertung.</u></p>	
<p>12.18</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.5.6 Zeile 200, Seite 7-8 Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV mit einer Textergänzung an. Begründung: Erörterung der DKG und PatV in den Tragenden Gründen (S. 11) [2] und die S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes und Jugendalter der AGA, DAG und DGKJ 2019 [6]. Änderungsvorschlag: Text der DKG und PatV unter 1.5.6 Chirurgische Therapie: „Bei ausgeschöpfter oder aussichtsloser konservativer Therapie kann bei Jugendlichen mit einer extremen Adipositas (BMI ≥ 35 kg/m²) eine Adipositas-chirurgische Maßnahme in Erwägung gezogen werden, wenn mindestens eine erhebliche somatische</p>	<p>GKV-SV: Wie in der Formulierung bereits abgebildet handelt es sich bei der Adipositas-Chirurgie bei Kindern und Jugendlichen um Einzelfallentscheidungen, die hier aufgrund der Detailtiefe und der Unschärfe der Empfehlungen nicht adäquat abgebildet werden können. Insbesondere ist unklar, ab welchem Alter eine Adipositas-Chirurgie überhaupt in Erwägung gezogen werden kann. Vor diesem Hintergrund und aufgrund des Fokus des DMP auf den Schulungen als zentrale Maßnahme wird das Thema der Adipositas-Chirurgie nicht abgebildet.</p> <p>KBV: Die Adipositas-Chirurgie bei Kindern und Jugendlichen beruht auf Einzelfallentscheidungen. Diese können im DMP nicht adäquat abgebildet werden, zumal der Fokus des DMP auf den Patientenschulungen zu den Basismaßnahmen zu Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation liegt.</p> <p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Dem Vorschlag der Textergänzung kann nicht gefolgt werden, da der G-BA</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>oder psychosoziale Komorbidität besteht (z. B. Schlafapnoe-Syndrom, Typ-2-Diabetes mellitus). Ab einem BMI ≥ 50 kg/m² kann eine Adipositas-chirurgische Maßnahme in Erwägung gezogen werden, auch wenn keine Komorbidität besteht. Die Indikationsstellung für eine Adipositas-chirurgische Maßnahme bei einem Jugendlichen mit extremer Adipositas soll nur nach sorgfältiger Einzelfallprüfung gemäß den geltenden Leitlinien erfolgen. Die Indikation soll durch ein interdisziplinäres, auf dem Gebiet der extremen Adipositas bei Jugendlichen erfahrendes Team gestellt werden.</p> <p>In Abhängigkeit von der Art der chirurgischen Intervention sind auf die Notwendigkeit einer <u>vorbereitenden Aufklärung über eine erforderliche Ernährungsumstellung und deren Einübung, die von einer qualifizierten Ernährungsfachkraft als Teil eines interdisziplinäres Teams eines spezialisierten Zentrums begleitet werden muss, und auf die lebenslange Nachsorge hinzuweisen. Dabei ist zu beachten, dass es in Deutschland bislang kein langfristiges allgemeingültiges Nachsorgeprogramm gibt, welches durch die Kostenträger im Gesundheitssystem entsprechend vergütet wird“</u></p>	<p>keine konkreten Hinweise auf Leistungen (<u>Einübung der Ernährungsumstellung durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft</u>) aufnehmen kann, die keine Regelleistung der GKV sind.</p>
<p>12.19</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband</p>	<p>IV. 1.6 Zeile 216-255, Seite 8 Stellungnahme und Begründung:</p>	<p>GKV-SV: Da die Verwendung des Taille-Größen-Indexes bereits als Einschlussparameter abgelehnt wird, folgt auch keine Empfehlung hierzu bei den Verlaufsuntersuchungen.</p> <p>KBV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Vgl. hierzu</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Unter 1.6 Verlaufsuntersuchungen fehlen die Untersuchungen Taillenumfang und Taille-Größe Index als logische Folge des Vorschlags der PatV unter 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe, Zeile 68-71 [1], und als relevante Information für (die Einschätzung des Erfolgs) der Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, wie auch empfohlen in der niederländischen Leitlinie 2023 [5] für Kinder/Jugendliche.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Zur weiterführenden Untersuchung auf Adipositas-assoziierte Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen können folgende Untersuchungen in größeren Zeitintervallen in Erwägung gezogen werden:</p> <p>[...]</p> <p><u>c) Jährliche Messung des Taillenumfangs mit Berechnung des Taille- Größe-Index“</u></p>	<p>die Ausführungen unter lfd. Nummer 12.6.</p> <p>PatV: Dem Ergänzungsvorschlag wurde gefolgt.</p>
<p>12.20</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.7</p> <p>Zeile 228-231, Seite 9</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Bei der Kooperation der Versorgungsketten sehen wir Ergänzungsbedarf, und zwar hinsichtlich des Bereichs „Ernährungsberatung/-therapie“. Diese ist bisher nicht vorgesehen, obwohl sie</p>	<p>GKV-SV, DKG, PatV: Dem Einbezug der Ernährungsberatung wird in den Schulungsprogrammen Rechnung getragen. Eine separate Nennung im Rahmen der allgemeinen Beschreibung der Versorgungskette erfolgt daher nicht.</p> <p>KBV: Kenntnisnahme.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>laut Leitlinien zum multimodalen Ansatz gehört [5-6].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Eine entsprechende Ergänzung bei 1.7.2 wird vorgeschlagen, siehe unten.</p>	
<p>12.21</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.7.1</p> <p>Zeile 233-237, Seite 9</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Wir schließen uns den Vorschlägen der KBV und PatV mit einer Textergänzung an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Erörterung der KBV und PatV in den Tragenden Gründen (S. 13-14) [2]. Die Angabe von nur „§ 73 SGB V“ in Zeile 234, S. 9, ist sehr oberflächlich. Dadurch wird (auf Anhieb) nicht deutlich, dass die koordinierende Kinder- und Jugendärztin oder der koordinierende Kinder- und Jugendarzt bei Bedarf auch präventive und rehabilitative Maßnahmen einleiten oder nichtärztliche Hilfe und flankierende Dienste wie ergänzende individuelle/personbezogene Ernährungstherapie (nach §43 SGB V) in die Behandlungsmaßnahmen integrieren kann. Hier befürworten wir eine Ergänzung mit § 73 Abs. 1.4 und Abs. 2.5.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>	<p>GKV-SV, DKG: Kenntnisnahme</p> <p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Den Ergänzungen wird nicht gefolgt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Text der KBV und PatV unter 1.7.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt:</p> <p>„Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt, insbesondere durch die Kinder- und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt, sowohl mit als auch ohne Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung, im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. <u>Inbesondere sind diesbezüglich Absatz 1.4: „die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen“ und Absatz 2.5: „Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ erwähnt.“</u></p> <p>In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter eine entsprechend qualifizierte Fachärztin oder einen entsprechend qualifizierten Facharzt mit Bezug zu Kinder- und Jugendmedizin oder eine entsprechend qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen <u>entsprechend § 73 SGB V</u> im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die ge-</p>	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		wählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt.“	
12.22	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024	<p>IV. 1.7.2 Zeile 245-248, Seite 9 Stellungnahme: Unter 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren soll Punkt 1.7.2 um den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ ergänzt werden. Änderungsvorschlag: „1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten und/oder eine Zuweisung zu einer qualifizierten Ernährungsfachkraft.“</p>	<p>GKV-SV: Der Absatz definiert Überweisungsregeln. Diese gelten lediglich für vertragsärztliche bzw. psychotherapeutische Leistungserbringer. Der Entwurf des GKV-SV sieht zudem die individuelle Ernährungsberatung als Einzelmaßnahme zusätzlich zur multimodalen Schulung nicht vor, da dies keine Regelleistung der GKV ist.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde jedoch im Kapitel 1.5.2 zur Ernährung ein Hinweis zur Ernährungstherapie nach §43 SGB V aufgenommen. Entsprechende Hinweise auf qualifizierte Ernährungsfachkräfte erfolgen in den Tragenden Gründen.</p>
12.23	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten –	<p>IV. 1.7.3 Zeile 271, Seite 10 Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV.</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Die Adipositas bei Kindern und Jugendlichen begründet keine spezifischen stationären Behandlungsanlässe, weshalb die Benennung dieses Sektors im DMP nicht erforderlich ist. Adipositas- chirurgische Eingriffe sind in</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Begründung: Erörterung der DKG und PatV in den Tragenden Gründen (S. 15) [2]. Änderungsvorschlag: Text der DKG und PatV unter 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus: „Eine Indikation zur stationären Behandlung besteht bei Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter insbesondere für die Durchführung einer Adipositas-chirurgischen Maßnahme. Darüber hinaus entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.“</p>	<p>dieser Altersgruppe absolute Einzelfälle. Langzeitdaten fehlen bisher, so dass für diese Maßnahmen auch keine Empfehlungen ausgesprochen werden können. KBV: Der Vorschlag wird nicht übernommen, da hier ausschließlich die Indikation der Durchführung einer Adipositas-chirurgischen Maßnahme genannt wird, welche ein Ausnahmefall darstellt.</p>
<p>12.24</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. [DKG, PatV1.7.4] Zeile 277, Seite 10 Stellungnahme: Wir befürworten den Vorschlag der GKV-SV, DKG, KBV. Änderungsvorschlag: Text der GKV-SV, DKG und KBV unter [DKG, PatV 1.7.4]: „Der BMI-Perzentilenwert allein ist für die Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht ausreichend. Wesentlich ist die Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren oder</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV: Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen.“	
12.25	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024	<p>IV. [DKG, PatV 1.7.4] Zeile 287, Seite 11 Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der GKV-SV, DKG, KBV. Begründung: Dieser Vorschlag ist konkreter formuliert Änderungsvorschlag: Text der GKV-SV, DKG, KBV, Zeile 287, Seite 11. „Die Ärztin beziehungsweise der Arzt prüft, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und verweist die Patientin oder den Patienten gegebenenfalls für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger, die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger. Im Bereich der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche besteht eine gleichrangige Zuständigkeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträger.“</p>	GKV-SV, DKG, KBV : Dank und Kenntnisnahme
12.26	Berufsverband Oecotrophologie e.	<p>IV. 2 Zeile 290-291, Seite 11</p>	GKV-SV : Dem Ergänzungsvorschlag wird nicht zugestimmt. Der genannte Satz verweist auf die DMP-Anforderungen

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Stellungnahme und Begründung:</p> <p>Es wird im Beschlussentwurf nicht deutlich wie die individuellen Ziele zum Ernährungsverhalten operationalisiert werden sollen. Der Hinweis auf § 2 der DMP-A-RL ist nicht ausreichend. Die in bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen beschriebene sektorenübergreifende Kooperation [9, 10] bei der Feststellung von individuellen Zielen wird nicht deutlich.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt. <u>Auf der Grundlage der bereits bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen Versorgungssektoren wird die Kooperation der koordinierenden Kinder- und Jugendärztin/des koordinierenden Kinder- und Jugendarztes mit den jeweiligen Fachkräften wie qualifizierte Ernährungsfachkräfte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beim Feststellen der individuellen Ziele, im Rahmen des sektorenübergreifenden Ansatzes, hervorgehoben.</u>“</p>	<p>Richtlinie und die dortigen Ausführungen zu Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen. Dynamische Verweise auf jedwede Vereinbarungen außerhalb dieses Regelungsbereiches können nicht implementiert werden.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Die Ergänzung wird nicht übernommen. Der zitierte Satz verweist auf den §2 und die Anforderungen an die Qualitätssicherungsmaßnahmen im DMP, welche bereits ausführlich formuliert sind.</p>
<p>12.27</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten –</p>	<p>IV. 3.2</p> <p>Zeile 304-307, Seite 12</p> <p>Stellungnahme:</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p> <p>Begründung:</p> <p>Siehe unsere Begründung zu IV. 1.2, Zeile 64, Seite 3 des Beschlussentwurfs [1] in dieser Stellungnahme.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Versicherte mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter können ab der Vollendung des <u>fünften</u> Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn sie die in Nummer 1.2 genannten Kriterien erfüllen.“</p>	<p>5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
<p>12.28</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 3.2 Zeile 315, Seite 13</p> <p>Stellungnahme und Begründung:</p> <p>Wir schließen uns hier GKV-SV, PatV an.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Text der GKV-SV, PatV:</p>	<p>GKV-SV, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, DKG: Die Position wurde übernommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		„In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob im Einzelfall eine Teilnahme über das 18. Lebensjahr hinaus sinnvoll ist. Die Teilnahme endet spätestens mit der Vollendung des 21. Lebensjahres. Eine Einschreibung in dieses DMP ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht möglich.“	
12.29	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024	<p>IV. 4.2 Zeile 328-333, Seite 13</p> <p>Stellungnahme und Begründung:</p> <p>Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote (intensivierte Stufe durch qualifizierte Ernährungsfachkraft), in Übereinstimmung mit Qualitäts-sicherungsvereinbarungen [9, 10] informiert werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten <u>und über begleitende und ergänzende Angebote durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte informiert werden.</u>“</p>	<p>GKV-SV: Der Absatz bezieht sich ausschließlich auf Art und Ausgestaltung sowie die Anforderungen an Schulungsprogramme im DMP. Es können hier keinerlei Vorgaben gemacht werden, auf welche weiteren Angebote aufmerksam gemacht werden soll.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Im Kapitel 4.2 werden ausschließlich Anforderungen an die Schulungsprogramme für die Versicherten formuliert. Der Hinweis auf die Ernährungsberatung nach § 43 SGB V erfolgt im Kapitel 1.5.2 zu Ernährung.</p>
12.30	Berufsverband Oecotrophologie e.	<p>Anlage 26 Lfd. Nr. 4a + 4b Seite 15</p>	<p>GKV-SV: Der Entwurf des GKV-SV sieht die Implementierung von individueller Ernährungsberatung nicht vor, da dies keine Regelleistung darstellt. Aus diesem Grund wird</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Stellungnahme und Begründung:</p> <p>Für die Dokumentation der therapeutischen Maßnahmen ist es wichtig zu wissen, ob eine Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt ist.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/ nicht erfolgt.</u>“</p> <p>„Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung seit der letzten Dokumentation. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u>“</p>	<p>auch kein entsprechender Dokumentationsparameter vorgegeben.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Dem Änderungsvorschlag kann nicht gefolgt werden. Eine obligate Kooperation der Koordinierenden mit qualifizierten Ernährungsfachkräften wird insbesondere außerhalb der Schulungsmaßnahme nicht gefordert. Als zentrale Maßnahme des DMP beinhalten geeignete Schulungsprogramme jedoch mindestens ein Modul zu Bewegung und ein Modul zu Ernährung (Vgl. 4.2 Schulungen der Versicherten). Die Qualifikationen der Schulenden werden in den jeweiligen Curricula festgelegt. Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde zudem im Kapitel 1.5.2 Ernährung ein Hinweis auf die Ernährungstherapie nach § 43 SGB V aufgenommen. Entsprechender Verweis auf die qualifizierten Ernährungsfachkräfte erfolgt in den Tragenden Gründen.</p>
<p>12.31</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Literaturverzeichnis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6299/2023-11-16_DMP-A-RL_Anlage-2-23-24-Adipositas_BAnz.pdf 2. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10235/2023-11-16_DMP-A-RL_Anlage-2-23-24-Adipositas_TrG.pdf 3. https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-undjugendliche_abschlussbericht_v1-0.pdf 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>4. https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-undjugendliche_da-vorbericht_v1-0.pdf</p> <p>5. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/start-pagina_richtijn_overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen.html („Download richtlijn“ anklicken, „Generer“ anklicken).</p> <p>Die PDF-Datei wurde dem GBA schon mit der VDD-Stellungnahme zum Beschlussentwurf DMP Adipositas Ende August 2023 zugeschickt.</p> <p>6. https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002l_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf</p> <p>7. https://www.dankallianz.de/files/content/dokumente/00_MTD_DDG_Brosch%C3%BCre_DANK_2021_kompl_090321%20kleiner.pdf</p> <p>8. https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20220421_Lesefassung_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf</p> <p>9. https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf</p>	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>10. https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf</p> <p>11. https://www.gesetze-im-inter-net.de/di_tassg_1994/Di%C3%A4tAssG.pdf</p> <p>12. Ohlrich-Hahn S, Buchholz D. Der German-Nutrition Care Prozess (G-NCP) mit besonderem Fokus auf die Ernährungsberatung: Update 2022. Ernährung Umschau 2022; 69(12): M668-M77. DOI: 10.4455/eu.2022.038. Die PDF-Datei wurde dem G-BA schon mit der VDDStellungnahme zum Beschlussentwurf DMP Adipositas Ende August 2023 zugeschickt.</p> <p>13. Geserick M, Vogel M, Gausche R, Lipek T, Spielau U, Keller E, et al. Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. N Engl J Med 2018;379(14):1303-12. DOI:10.1056/NEJMoa1803527 https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1803527</p> <p>14. https://www.igwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-undjugendliche_da-berichtsplan_v1-0.pdf</p> <p>15. https://www.adipositas-schulung.de/fuer-eltern-familien/wie-wird-uebergewicht-bei-kindern-und-jugendlichen-behandelt/</p> <p>16. Prietzel M. Leistungen zur Teilhabe. Studententext Nr. 12, Stand 2024. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. https://www.deutscherentenversicherung.de/Shared-</p>	
--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Docs/Downloads/DE/Fachliteratur Kommentare Gesetzestexte/Studentexte/Reha-Recht/12 leistungen zur teilhabe.html</p> <p>17. a) WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour 2020 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1</p> <p>b) WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour: Web Annex. Evidence profiles https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336657/9789240015111-eng.pdf</p> <p>18. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf</p>	
<p>12.32</p>	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 14.08.2024</p>	<p>Anhang 1</p> <p>Die in unserer AG-EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 aufgeführte Guideline Statements: zum Punkt IV. 1.2, Zeile 64, Seite 3 im Beschlussentwurf.</p> <p>US Preventive Services Task Force (USPSTF) Recommendation Statement 2017 [1a-b]:</p> <p>„The USPSTF recommends that clinicians screen for obesity in children and adolescents 6 years and older and offer or refer them to comprehensive, intensive behavioral interventions to promote improvements in weight status (B recommendation)“</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>„FINDINGS Comprehensive, intensive behavioral interventions (≥26 contact hours) in children and adolescents 6 years and older who have obesity can result in improvements in weight status for up to 12 months; there is inadequate evidence regarding the effectiveness of less intensive interventions. The harms of behavioral interventions can be bounded as small to none, and the harms of screening are minimal. Therefore, the USPSTF concluded with moderate certainty that screening for obesity in children and adolescents 6 years and older is of moderate net benefit.“</p> <p>Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care (2015) [2a-c]</p> <p>Management of overweight and obesity</p> <p>„These recommendations apply to children and youth 2 to 17 years of age who are overweight or obese. Children and youth with health conditions for which weight management is inappropriate are excluded.“</p> <p>„We recommend that primary care practitioners offer or refer to structured behavioural interventions‡ aimed at healthy weight management.“</p> <p>„‡Structured behavioural interventions are intensive behavioural modification programs that involve several sessions that</p>	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>take place over weeks to months, follow a comprehensive approach delivered by a specialized interdisciplinary team, involve group sessions, and incorporate family and parent involvement. Interventions examined included behaviourally based prevention interventions focused on diet, increasing exercise, making lifestyle changes or any combination of these. These can be delivered by a primary care team in the office or through a referral to a formal program within or outside of primary care, such as hospital-based, schoolbased or community programs.(Weak recommendation; moderate quality evidence: Systematische Übersicht von 16 RCTs, S. E42, E44, Appendix 3 in [2b-c])</p> <p>Evidence Statements (ES) der National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE),Clinical guideline [CG43] Obesity prevention [3]:</p> <p>„8. Prevention evidence summary: interventions for preschool children and family-based interventions (‘early years’) (Section 3: 8.1, Table 8.1, p. 290) Generalisability</p> <p>ES15 2–5 years is a key time to establish good nutritional habits especially when parents are involved (Grade 1+).“</p> <p>„15 Management of obesity in clinical settings</p> <p>Lifestyle interventions in weight management and other outcomes in children and adolescents (Section 5a: 15.2.3, Table 15.3, p. 453-482)</p>	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>ES2 In specialist weight management programmes, physical activity and diet combined are more effective in weight management in children aged 4–16 years, than diet alone (Grade 1++)</p> <p>ES8 In specialist weight management programmes, behavioural treatment combined with physical activity and/or diet is effective in the treatment of obese children and adolescents aged 3–18 years (Grade 1++)</p> <p>ES17 In specialist weight management programmes, behavioural treatment can improve selfcontrol in regard to weight-related behaviours in children aged 5–13 years (Grade 1+)</p> <p>ES = Evidence Statement“</p> <p>Table 4.1 Levels of evidence for intervention studies</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Level of evidence</th> <th>Type of evidence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1++</td> <td>High-quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias</td> </tr> <tr> <td>1+</td> <td>Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a low risk of bias)</td> </tr> </tbody> </table> <p>NICE Guideline CG 43 Full Guideline, Section 1, p. 178.</p> <p>Literaturverzeichnis:</p> <p>1. a) USPTF Statement https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2632511,</p> <p>b) Syst. Rev.</p>	Level of evidence	Type of evidence	1++	High-quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias	1+	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a low risk of bias)	
Level of evidence	Type of evidence								
1++	High-quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias								
1+	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a low risk of bias)								

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK476325/pdf/Bookshelf_NBK476325.pdf</p> <p>2. a) Canadian Task Force Recommendations https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387033/pdf/1870411.pdf,</p> <p>b) Syst. Rev. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382035/pdf/cmajo.20140047.pdf,</p> <p>c) Appendices https://www.cmajopen.ca/content/suppl/2015/02/24/3.1.E35.DC1</p> <p>3. NICE https://www.nice.org.uk/guidance/cg43/evidence</p>	
13	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vom 14. August 2024		
13.1	<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vom 14.08.2024</p>	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Da die Effektivität eines strukturierten Behandlungsprogrammes in der Regelversorgung bei adipösen Kindern und Jugendlichen bisher unzureichend belegt ist, sollte die Akzeptanz, Nutzen und Aufwand des DMPs engmaschig sowie suffizient evaluiert und das Programm insgesamt daraufhin überarbeitet und ggf. auch in dieser Form eingestellt werden.</p>	<p>PatV, KBV, DKG: Die Ausgestaltung des DMP Adipositas Kinder und Jugendliche basiert auf evidenzbasierten Empfehlungen aus nationalen und internationalen Leitlinien. Daher ist davon auszugehen, dass das DMP effektiv sein wird. Wie bei allen DMPs ist eine Evaluation vorgesehen (vgl 5. Kapitel)</p> <p>GKV-SV: Wie bei allen DMP ist eine Evaluation vorgesehen und auch eine Aktualisierung</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>13.2</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vom 14.08.2024</p>	<p>1.2 Stellungnahme mit Begründung: wir schließen uns der Sichtweise von GKV an: erst ab diesem Alter ist eine entsprechende Aktive Teilnahme gut möglich. Jüngere Kinder werden regelmäßig im Rahmen der U-Untersuchungen und Schuleingangsuntersuchungen erfasst und beraten. Taille-Größen- Index bietet keine relevante Zusatzinformation in diesem Kontext</p>	<p>PatV: In systematischen Reviews und Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass Therapieprogramme im Vorschulalter und bei jüngeren Grundschulkindern wirksam sind (Janicke DM, Steele RG, Gayes LA, Lim CS, Clifford LM, Schneider EM, Carmody JK, Westen S. Systematic review and meta-analysis of comprehensive behavioral family lifestyle interventions addressing pediatric obesity. J Pediatr Psychol. 2014 Sep;39(8):809-25. doi: 10.1093/jpepsy/jsu023. Epub 2014 May 13. PMID: 24824614. Mead E, Brown T, Rees K, Azevedo LB, Whittaker V, Jones D, Olajide J, Mainardi GM, Corpeleijn E, O'Malley C, Beardsmore E, Al-Khudairy L, Baur L, Metzendorf MI, Demaio A, Ells LJ. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 22;6(6):CD012651. doi: 10.1002/14651858.CD012651. PMID: 28639319; PMCID: PMC6481885. Colquitt JL, Loveman E, O'Malley C, Azevedo LB, Mead E, Al-Khudairy L, Ells LJ, Metzendorf MI, Rees K. Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar</p>
--------------------	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			<p>10;3(3):CD012105. doi: 10.1002/14651858.CD012105. PMID: 26961576; PMCID: PMC6669248.).</p> <p>PatV: In systematischen Reviews und Metaanalysen wurde darüber hinaus gezeigt, dass für Therapieprogramme ab dem Alter von 5 bzw. 6 Jahren [8, 9] eine Wirksamkeit nachweisbar ist. Bei jüngeren Kindern stellt darüber hinaus eine ausschließlich an Eltern gerichtete Adipositas-Schulung eine Evidenz-basierte Alternative dar [10-12].</p> <p>PatV: Der Taille Größe Index wird als Parameter aufgenommen, weil da er gut mit kardiometabolischen Risikomarkern korreliert und im Vergleich zum BMI ein besserer Prädiktor für kardiovaskuläre Risikofaktoren zu sein scheint (Abdi Dezfouli R, Mohammadian Khonsari N, Hosseinpour A, et al.: Waist to height ratio as a simple tool for predicting mortality: a systematic review and meta-analysis. Int J Obes 2023; 47: 1286–301. https://doi.org/10.1038/s41366-023-01388-0</p> <p>Lee HJ, Shim YS, Yoon JS et al. Distribution of waist-to-height ratio and cardiometabolic risk in children and adolescents: a population-based study. Sci Rep 2021; 11(1): 9524. https://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-88951-9).</p> <p>KBV: Dank und Kenntnisnahme. Die Position wurde jedoch angepasst, vgl. dazu 2.1.</p>
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			<p>GKV-SV, DKG, KBV: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist. Zum Taille-Größen-Index: Dank und Kenntnisnahme</p>
--	--	--	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>13.3</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vom 14.08.2024</p>	<p>1.4.3 Stellungnahme mit Begründung: keine Aufnahme. Mit Volljährigkeit ist eine neue Entscheidung zur DMP-Teilnahme sinnvoll und keine routinemäßige Transition</p>	<p>PatV: Aus Sicht der Patientenvertretung sollen nicht, wie dargestellt, alle Jugendlichen routinemäßig ins DMP Adipositas für Erwachsene übergeleitet werden. Da es sich aber um eine chronische Erkrankung handelt, ist in vielen Fällen eine dauerhafte Behandlung notwendig. Da aber das Vorliegen von Komorbiditäten zusätzlich zum BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ als Einschreibekriterium für das DMP Adipositas Erwachsene festgelegt wurde, birgt es die Gefahr von Versorgungsbrüchen und von Verschlechterung des Gesundheitszustands, wenn die strukturierte Weiterbehandlung bei der Hausärztin bzw. beim Hausarzt nicht fortgesetzt werden kann.</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
<p>13.4</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vom 14.08.2024</p>	<p>1.5.1 Stellungnahme mit Begründung: Keine Benennung der motivierenden Gesprächsführung, da keine ausreichende Evidenz für deren besonders gute Wirksamkeit in diesem Kontext besteht und hier individuell zu entscheiden ist.</p>	<p>PatV: Die motivierende Gesprächsführung wird beispielsweise in der amerikanischen Leitlinie „Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents with Obesity“ (Hampel SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF, et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and 701 adolescents with obesity. Pediatrics 2023;151(2):e2022060640) empfohlen.</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>13.5</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vom 14.08.2024</p>	<p>1.5.5. Stellungnahme mit Begründung: keine Aufnahme des Hinweises zur Verordnungsfähigkeit, da sich dies durchaus ändern kann und je nach Begleiterkrankung durchaus eine GKV-Leistung sein kann</p>	<p>KBV: Dies wird als Zustimmung zur KBV-Position gewertet. Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme DKG, PatV: Aufgrund dieser und anderer SN wurde an der Position nicht festgehalten.</p>
<p>13.6</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vom 14.08.2024</p>	<p>1.7.1 Stellungnahme mit Begründung: Ausnahmeregelung für weitere Kreise ist sinnvoll (s Begründung KBV)</p>	<p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV, DKG: Die Koordination der Versorgung soll ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte solcher Fachgruppen erfolgen, deren Weiterbildung eine internistische Ausrichtung aufweist. Der Einbezug von Fachärztinnen/Fachärzten „mit Bezug zur Kinder- und Jugendmedizin“ kann zwar sinnvoll sein, wenn es um die Behandlung von Begleiterkrankungen geht, allerdings sollte bei der übergeordneten Koordination stets das Spektrum der hier maßgeblichen Stoffwechselerkrankung und ihrer wichtigsten Folgeerkrankungen überblickt werden.</p>
<p>13.7</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vom 14.08.2024</p>	<p>1.7.3 Stellungnahme mit Begründung: keine explizite Aufnahme des Passus zu bariatrischer Chirurgie- dies ist die absolute Ausnahme bei dieser Altersgruppe, zumal es inzwischen gleichwertige medikamentöse Maßnahmen gibt,</p>	<p>KBV, GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. DKG, PatV: Die Empfehlungen zur chirurgischen Therapie bei Jugendlichen beruhen auf folgenden Leitlinien: ADA 2020, AGA 2019, ISPE 2018.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		die reversibel sind	
13.8	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vom 14.08.2024	1.7.4 Stellungnahme mit Begründung: wie GKV...zusätzliche Berücksichtigung weiterer genannter Faktoren ist wichtig, ebenso Verweis an Beratungsangebote durch Rehaträger	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme DKG: Die DKG-Position entspricht der des GKV-SV. Ebenfalls Dank und Kenntnisnahme.
13.9	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vom 14.08.2024	3.2 Stellungnahme mit Begründung: wie GKV: Verlängerungsmöglichkeit bis 21 ist sinnvoll	KBV, DKG: Die Position wurde übernommen. GKV-SV, PatV: Dank und Kenntnisnahme
14	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) vom 14. August 2024		
14.1	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche	Allgemeine Anmerkung Berücksichtigung der Adipositas in Kindheit und Jugend auf Pubertätsentwicklung, Fertilität und Auswirkungen auf die Reproduktion	GKV-SV, DKG, PatV: Der G-BA hat sich entschieden zu diesem Thema keine Empfehlungen aufzunehmen, da unklar bleibt, mit welcher Intention eine Aufklärung erfolgen soll. Des Weiteren finden sich in der deutschen S3 Leitlinie keine Empfehlungen zur Berücksichtigung der Adipositas auf die Pubertätsentwicklung, Fertilität und Auswirkungen auf die Reproduktion.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) vom 14.08.2024		KBV: Kenntnisnahme.
14.2	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) vom 14.08.2024	<p>1.3. Berücksichtigung der Adipositas auf die langfristige Fertilität und Auswirkungen auf die Reproduktion</p> <p>Änderungsvorschlag: c) Vermeidung von Folgeschäden der Adipositas-assoziierten Krankheiten und Komorbiditäten unter Berücksichtigung der Fertilität und Auswirkungen der Adipositas auf die nächste Generation und der vorzeitigen Sterblichkeit</p>	PatV, KBV, DKG: Die Ergänzung wird nicht als erforderlich erachtet, da der Aspekt bereits unter Folgeschäden der Adipositas-assoziierten Krankheiten und Komorbidität abgedeckt ist.
14.3	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) vom	<p>1.4 Pubertätsentwicklung und Menstruationszyklus nicht berücksichtigt</p> <p>Änderungsvorschlag: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen soll als chronische Erkrankung therapiert werden. Die Therapie soll dabei einen familienzentrierten und nicht stigmatisierenden Ansatz verfolgen, der die biologischen, sozialen und strukturellen Ursachen der</p>	KBV, DKG, PatV: Die Ergänzung wird nicht als erforderlich erachtet, da in diesem Absatz übergeordnete Grundsätze formuliert werden.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	14.08.2024	Adipositas berücksichtigt. Entwicklungen der Pubertät und Menstruationszyklus bei weiblichen Betroffenen sollen berücksichtigt werden.	
14.4	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) vom 14.08.2024	<p>1.6 Pubertätsentwicklung und Menstruationszyklus bei Anamnese berücksichtigen Änderungsvorschlag: e) Pubertätsentwicklung und Menstruationszyklus bei weiblichen Jugendlichen</p>	KBV, DKG, PatV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da die Formulierung den Detaillierungsgrad des DMP überschreitet.
14.5	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) vom 14.08.2024	<p>1.4.1 Pubertätsentwicklung und Menstruationszyklus bei Verlaufskontrollen berücksichtigt d) Berücksichtigung der weiteren Pubertätsentwicklung und des Menstruationszyklus bei weiblichen Jugendlichen</p>	KBV, DKG, PatV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da die Formulierung den Detaillierungsgrad des DMP überschreitet.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>15.</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14. August 2024</p>		
<p>15.1</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>Stellungnahme allgemein</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 10. Juli 2024 den „Beschlussentwurf über eine 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 Dokumentation – Kinder und Jugendliche)“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen. Hiermit nehmen wir als Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit dem Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) die Gelegenheit zur Stellungnahme wahr. Zum o. g. Dokument, Stand 17.07.2024 [1] und unter Bezugnahme auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • die „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf [2]“ und • den „Abschlussbericht der IQWiG-Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche, Auftrag V21-07, Stand 18.08.2022 [3]“ sowie • die Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht der IQWiG-Leitliniensynopse 	<p>Kenntnisnahme.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		Adipositas – Kinder und Jugendliche, Auftrag V21-07, Stand 18.08.2022 [4] bitten wir um Berücksichtigung folgender Vorbemerkungen, Kernbotschaften und Anmerkungen:	
15.2	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024	<p>Vorbemerkungen</p> <p>1. Überall, wo wir in unserer Stellungnahme die „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ erwähnen, sind Diätassistentinnen/Diätassistenten oder vergleichbar akademisch qualifizierte Ökotrophologinnen/Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen/ Ernährungswissenschaftler bzw. Absolventinnen/Absolventen fachverwandter Studiengänge gemeint. Wir bitten darum, dass diese Definition im DMP Adipositas übernommen wird.</p> <p>2. Wir weisen in unserer Stellungnahme auf eine neue Leitlinie [5] hin, die über die IQWiG-Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche Abschlussbericht [3] hinausgeht bzw. neuer ist und somit damals noch nicht inkludiert werden konnte.</p> <p>3. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen <u>grün unterstrichen</u> hervorgehoben.</p> <p>4. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL): Änderung der DMP Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage</p>	Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation) vom 28. August 2023 hin.	
15.3	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024	<p>Kernbotschaften</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Therapieoptionen mit entsprechender Evidenz [3, 5, 6], insbesondere die der immer noch gültigen bzw. fortbestehend relevanten ausländischen Leitlinien mit Grundlagen-Evidenz, genannt in der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET) zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4], müssen sich im DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche wiederfinden. 2. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche beschrieben werden. 3. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden. 4. Die Indikation Adipositas (bei Kindern und Jugendlichen) sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden. 5. Zusätzlich zum DMP-Adipositas – Kinder und Jugendliche ist 	Kenntnisnahme. Auf einzelne Aspekte wird im Folgenden zu den konkreten Änderungsvorschlägen eingegangen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>eine umfassende Präventionspolitik nötig. Das vorrangige Ziel sollte sein, Übergewicht zu verhindern, statt Adipositas zu behandeln. Die Gesundheitspolitik wird aufgefordert die Rahmenbedingungen für eine gesunde Ernährung der Bevölkerung zur Vermeidung von Adipositas zu schaffen. [4, 7]. Es wird dringend gefordert, die Ernährungsstrategie der Bundesregierung in der Fläche zu implementieren und die erforderlichen finanziellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen.</p>	
<p>15.4</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>Allgemeine Anmerkungen</p> <p>Wir begrüßen die Erweiterung des DMP Adipositas um ein speziell auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche ausgerichtetes DMP. Allerdings kritisieren wir den inkonsequenten Ansatz des Beschlussentwurfs hinsichtlich leitliniengestützter bedarfsorientierter Basisempfehlungen zur Ernährungsumstellung. Die multimodale Basistherapie, bestehend aus Ernährung, Bewegung, Verhalten, sowie die adjuvante medikamentöse Therapie und auch die Nachsorge nach chirurgischen Maßnahmen sind leitliniengerechte Bestandteile einer multiprofessionellen Adipositastherapie. Diese Maßnahmen können wegen der aktuellen leistungsrechtlichen Limitationen nicht im Rahmen des DMP abgebildet werden. Damit ist die vom Gesetzgeber eingeforderte, „leitliniengerechte und bedarfsorientierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas“ nicht gewährleistet.</p>	<p>Kenntnisnahme. Auf einzelne Aspekte wird im Folgenden zu den konkreten Änderungsvorschlägen eingegangen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Wir betonen erneut, dass es für eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit Adipositas unumgänglich ist, die leistungsrechtlichen Beschränkungen aufzuheben.</p> <p>Erst wenn die leistungsrechtlichen Limitationen überwunden sind, kann eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas im Rahmen eines entsprechenden DMP Adipositas Kinder und Jugendliche sichergestellt werden.</p> <p>Einbindung weiterer Fachdisziplinen:</p> <p>Das DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche soll die Versorgung von Betroffenen durch die Strukturierung einer bedarfsorientierten Behandlung unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz verbessern [1, 2]. Im Beschlussentwurf [1] sind starke Leitlinienempfehlungen zur individuellen, intensiven Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte – wie beschrieben in der Stellungnahme der AG EMET zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4] –nicht berücksichtigt.</p> <p>Während in den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas hinsichtlich Ernährung explizit qualifizierte Ernährungsfachkräfte gefordert werden [8, 9], wird für die Feststellung individueller Ziele</p>	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>der Ernährungsumstellung im Beschlussentwurf [1] das Fachpersonal nicht berücksichtigt. Stattdessen soll dies Aufgabe der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes sein. Dies widerspricht dem Verständnis kooperierender Zusammenarbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Sowohl im Positionspapier der AG EMET [10], in der Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland [9] als auch im Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Diätassistentengesetz – DiätAssG) [11] ist diese klar beschrieben und gefordert.</p> <p>Nur die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und der vergleichbar qualifizierten akademischen Ernährungsfachkräfte kann mit der Patientin bzw. mit dem Patienten individuelle (messbare) Ziele zur Ernährungsumstellung feststellen und umsetzen, da diese als einzige explizit für diese Aufgabe ausgebildet ist. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens nach dem German- Nutrition Care Prozess (G-NCP)-Modell zum beruflichen Standard [8, 9, 11, 12]. Aus diesem Grund fordern wir, dass ausschließlich qualifizierte Ernährungsfachkräfte die im DMP Adipositas vorgesehenen Ernährungsinterventionen ausführen.</p> <p>Es sollte daher beim DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche</p>	<p>GKV-SV, DKG: Die Qualifikationsvoraussetzungen und die Anforderungen an die im Rahmen der Schulungsmaßnahmen stattfindende Ernährungsberatung werden durch die Curricula vorgegeben und unterliegen somit nicht dem Regelungsinhalt der Richtlinie.</p> <p><u>D</u>ie Empfehlung von Nachsorgemaßnahmen erfolgt aus der stationären Einrichtung heraus, die wiederum nicht Adressat dieser Richtlinie ist.</p> <p>Eine Wiederholung der Schulung ist nicht ausgeschlossen.</p>
--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>im interdisziplinären Rahmen strukturell zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften kooperiert werden, insbesondere auch bei der Zielsetzung zur Ernährungsumstellung, die die koordinierenden Ärztinnen/Ärzte im DMP dokumentieren und überprüfen.</p> <p>Berücksichtigung individueller Aspekte der Ernährungsumstellung</p> <p>Eine ergänzende individuelle/personbezogene Ernährungstherapie nach § 43 SGB V wäre eine rehabilitative Maßnahme oder nicht-ärztliche Hilfe im Sinne § 73 SGB V, Absatz 1.4 und damit beschrieben unter Punkt 1.7.1 im Beschlussentwurf [1]. Im Rahmen des DMP Adipositas muss es möglich sein, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt eine intensive individuelle Ernährungstherapie durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft nach § 43 SGB V als Satzungsleistung empfehlen kann. Nur so ist der elementare Bestandteil der Ernährungstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas gewährleistet.</p> <p>In diesem Zusammenhang ist auch auf die unimodale Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung hinzuweisen. Diese bietet eine ergänzende Leistung über das DMP hinaus.</p> <p>Der Beschlussentwurf [1] enthält keine Angaben darüber, wie oft ein Kurs/eine Schulung in Anspruch genommen werden kann. Da es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung</p>	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		handelt, ist eine frühzeitige und nachhaltige Therapie notwendig. Dies führt dazu, dass es Kindern und Jugendlichen mit Adipositas in Bezug auf ihre Entwicklung zum Erwachsenwerden hin unbedingt ermöglicht werden muss, Ernährungsinterventionen (Schulungen, individuelle Ernährungsberatungen) regelmäßig zu erhalten.	
15.5	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024	<p>IV. 1.2 Zeile 64, Seite 3 Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV. Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 4-5) [2]. Zudem die in der AG-EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 aufgeführten Guideline Statements [4], siehe Anhang 1. Zusätzlich weisen wir darauf hin, dass Kinder mit Adipositas mit großer Wahrscheinlichkeit auch als junge Erwachsene Übergewicht oder Adipositas haben. Eine deutsche bevölkerungs-basierte Längsschnittstudie bei > 51.000 Kindern von der Geburt bis zur Volljährigkeit zeigte, dass 90 Prozent der dreijährigen Kinder mit Adipositas auch als Jugendliche noch übergewichtig oder adipös waren [13]. Das Kleinkindalter vor der Einschulung ist eine kritische Phase, weshalb bei Kindern mit Adipositas schon</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme DKG, GKV-SV, KBV: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>in dieser Phase mit Interventionen gestartet werden sollte.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„In das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten <u>fünften</u> Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer Adipositas eingeschrieben werden, [...].“</p>	<p>angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.</p>
15.6	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.2</p> <p>Zeile 70-71, Seite 3</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p> <p>Begründung:</p> <p>Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 5) [2]. Außerdem unsere Anmerkung/Befürwortung in der AG-EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 sowohl den Taillenumfang als auch die „waistto-height-ratio (WHtR)“ zusätzlich zum BMI bzw. BMI-Perzentil als fakultative Parameter aufzunehmen [4], wie von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), der Deutschen Adipositas Gesellschaft e. V. (DAG), der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG), vom Berufsverband der Kinder und Jugendärzte e. V. (BVKJ), der Konsensusgruppe Adipositas Schulung für Kinder und Jugendliche e.</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Auch wenn der BMI die Fettverteilung nicht berücksichtigt, ist dies ein international anerkannter und standardisierter Indikator für Übergewicht und Adipositas (WHO Obesity Report 2022). Bei Kindern und Jugendlichen wird der individuell gemessene BMI anhand alters- und geschlechtsspezifischer Perzentilkurven eingeordnet. In diesem DMP wird das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gemäß der deutschen Leitlinie (AGA 2019) mit dem Überschreiten der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile erreicht. Im weiteren Verlauf dient die Erhebung des individuellen BMI der Berechnung des individuellen alters- und geschlechtsspezifischen BMI-SDS. Hierdurch kann eine genaue Einordnung der Adipositas und des Verlaufs erfolgen. Eine Reduktion des BMI-SDS um mindestens 0,2 wird als klinisch relevant eingestuft</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>V. (KgAS), von der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin e. V. (DGKJ), und der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler e. V. (DGPK) in ihrer Stellungnahme zum Berichtsplan V21-07 [14] vorgeschlagen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen wird anhand eines BMI über dem 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentil <u>oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5</u> definiert.“</p>	<p>(AGA 2019). Hieraus ergibt sich ein gut messbares Qualitätskriterium (vgl. Nr.2 Qualitätssichernde Maßnahmen).</p> <p>Die Bedeutung des (im Vorschlag unabhängig von Alter und Geschlecht erhobenen) Taille-Größe-Indexes als Diagnostikum und als validierter Verlaufsparemeter ist hingegen noch unzureichend untersucht (Robert Koch Institut (RKI). Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS); 2. erweiterte Auflage [online]. Berlin (GER): RKI; 2013. [Zugriff: 07.06.2024]. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). URL: https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMa04ZjppM.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Dieser Index eignet sich somit nicht als Einschlusskriterium für das DMP. Eine zusätzliche Erhebung ist jederzeit möglich.</p>
<p>15.7</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.2</p> <p>Zeile 66-68, Seite 3 und alle weiteren Zeilen in denen der Begriff vorkommt</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der DKG, KBV Betreuungspersonen</p>	<p>Es wurde ein allgemeiner Absatz im Kapitel „Allgemeine Grundsätze der Therapie“ eingefügt, der die Vorgaben zur Einbeziehung von Personensorgeberechtigten bzw. Betreuungspersonen beschreibt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Begründung:</p> <p>Erörterung der KBV und DKG in den Tragenden Gründen (S. 6) [2]. Sobald eine primär betreuende Person dem Kind nahesteht und sich immer zum Wohle des Kindes einsetzt, ist es zu befürworten, diese Person entsprechend der breiteren Definition „Betreuungsperson“ zu nennen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„..., wenn die Kinder und Jugendlichen und, je nach Alter des teilnehmenden Kindes oder Jugendlichen, die <u>Betreuungspersonen</u>, aktiv an dem Programm mitwirken.“</p>	
<p>15.8</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.3</p> <p>Zeile 92, Seite 4</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Es fehlt bei den Therapiezielen das Ziel, dass die Kinder und Jugendlichen körperlich genauso gut belastbar sind wie ihre Altersgenossen. Zudem ist das allgemeine Rehabilitationsziel „Steigerung der Teilhabe“ zu ergänzen.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die körperliche Leistungsfähigkeit wird von der KgAS als eines der Behandlungsziele genannt [15]. Es ist ein für Kinder verständliches Ziel. Die anderen KgAS-Ziele werden schon durch</p>	<p>GKV-SV: Der Vorschlag wird abgelehnt. Die genannten Therapieziele überschreiten die Detailtiefe dieser Richtlinie.</p> <p>KBV, DKG, PatV: In dem Kapitel 1.3 werden übergeordnete Therapieziele formuliert. Spezifischere Ziele können individuell variieren, daher wird dem Vorschlag nicht gefolgt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>den Text des Beschlussentwurfs [1] abgedeckt. Neben der Erhöhung der Lebensqualität sollte auch die Verbesserung der Teilhabe der Patientin oder des Patienten als langfristiges Ziel angestrebt werden [16].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Therapieziele sollten ergänzt werden mit:</p> <p><u>„d) Steigerung der Teilhabe</u></p> <p><u>e) Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, wie bei den Altersgenossen.“</u></p>	
<p>15.9</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.4.1</p> <p>Zeile 109-110</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Unter d) soll zusätzlich bei Medienkonsum die Sitzzeit erwähnt werden.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Begrenzung bzw. Reduktion vermeidbarer Sitzzeit ist ein wichtiger Bestandteil therapeutischer Ansätze und auch nicht gleichbedeutend mit Bewegungsmangel laut der Stellungnahme der AGA, DAG, DDG, des BVKJ, der DGKJ, der DGPK und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e. V. (DGSP) zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4]. Diesbezüglich weisen</p>	<p>PatV: Der spezifische Aspekt der körperlichen Inaktivität und insbesondere der Medienkonsum wird im Kapitel 1.4.1 Indikationsspezifische Anamnese und in den therapeutischen Maßnahmen im Kapitel zu Bewegung abgebildet. Somit werden sowohl die Erhebung eines etwaigen sedentären Verhaltens als auch dessen Verringerung i.S. einer therapeutischen Maßnahme adressiert.</p> <p>GKV-SV, DKG: Der Hinweis ist nachvollziehbar. Die Empfehlung zur Reduktion der vermeidbaren Sitzzeit findet sich aber schon im 1. Absatz unter Nummer 1.5.3.</p> <p>KBV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da der Begriff „körperliche Inaktivität“ auch Sitzzeit umfasst.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>wir auch auf die WHO Guidelines on physical and sedentary behaviour 2020 [17a-b] und die deutschen Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [18] hin, die für Säuglinge und Kleinkinder, Kindergarten-, Grundschulkind und Jugendliche Bewegungsempfehlungen sowie spezielle Empfehlungen zu sitzenden Tätigkeiten, insbesondere zur Reduktion des Bildschirmmedienkonsums auf ein Minimum, enthalten.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„d) Bewegungsgewohnheiten (insbesondere körperliche Inaktivität,- zum Beispiel Medienkonsum/<u>Sitzzeit</u>) sowie Mobilität und körperliche Belastbarkeit,“</p>	
<p>15.10</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.4.2 Zeile 134-140, Seite 5 Stellungnahme mit Begründung: Laut 1.4.2 Therapieplanung und 1.5.2 Ernährung, S. 6 [1], soll die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten und den Betreuungspersonen eine Therapieplanung mit „individuellen“ Zielen zur Ernährungsumstellung erstellen, im Verlauf regelmäßig überprüfen und gegebenenfalls anpassen. Wie unter den Allgemeinen Anmerkungen bemerkt, steht dies im Widerspruch mit den</p>	<p>GKV-SV: Eine Ernährungsberatung sollte nur in Kombination mit anderen Therapiebausteinen zur Anwendung kommen (Steigerung der körperlichen Aktivität, Verhaltensinterventionen), da die Evidenzbewertung für eine alleinige Beratung nur geringe Langzeiteffekte zeigt. Deshalb kann keine Empfehlung für eine alleinige Ernährungsberatung ausgesprochen werden. Die individuelle Ernährungsberatung ist keine Regelleistung der GKV und sollte deshalb nicht im Richtlinien text Erwähnung finden. Die Ernährungsberatung ist Bestandteil der multimodalen Schulungsmaßnahme.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>per Gesetz festgelegten Aufgaben der Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten [11] bzw. vergleichbar qualifizierter Ernährungsfachkräfte. Wir plädieren gemäß Vereinbarungen zur Qualitätssicherung für die Kooperation zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften [9, 10].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt soll <u>in Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft und der Patientin oder dem Patienten und den Betreuungspersonen</u> eine Therapieplanung mit individuellen Zielen, insbesondere zur Ernährungsumstellung und zu Bewegung im Alltag erstellen. Es soll darauf geachtet werden, dass die individuell gesetzten Ziele für die Patientin oder den Patientenrealistisch und erreichbar sind. Dies können auch solche sein, die nicht unmittelbar auf eine Gewichtsreduktion abzielen. Die <u>in Einzelberatung mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft definierten</u> individuellen/<u>personbezogenen</u> Therapieziele sollen im Verlauf regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.“</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Eine obligate Kooperation der Koordinierenden mit qualifizierten Ernährungsfachkräften wird insbesondere außerhalb der Schulungsmaßnahme nicht gefordert. Als zentrale Maßnahme des DMP beinhalten geeignete Schulungsprogramme jedoch mindestens ein Modul zu Bewegung und ein Modul zu Ernährung (Vgl. 4.2 Schulungen der Versicherten). Die Qualifikationen der Schulenden werden in den jeweiligen Curricula festgelegt. Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde zudem im Kapitel 1.5.2 Ernährung ein Hinweis auf die Ernährungstherapie nach §43 SGB V aufgenommen. Entsprechender Verweis auf die qualifizierten Ernährungsfachkräfte erfolgt in den Tragenden Gründen.</p>
<p>15.11</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband</p>	<p>IV. 1.4.3</p> <p>Zeile 140, Seite 5-6</p> <p>Stellungnahme:</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>Wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p> <p>Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 8) [2].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Text der PatV unter 1.4.3 Transition:</p> <p>„Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, soll die nahtlose Überleitung für Jugendliche in das DMP Adipositas Erwachsene gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin sowie mit den <u>Betreuungspersonen bzw.</u> relevanten Personensorgeberechtigten geplant und strukturiert gestaltet werden. Für Jugendliche, die im DMP Adipositas Kinder und Jugendliche eingeschrieben waren, ist das Vorliegen von Komorbiditäten keine Voraussetzung für die Teilnahme am DMP Adipositas Erwachsene.“</p>	<p>Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich. Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p>
<p>15.12</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.5.1</p> <p>Zeile 147-148, Seite 6</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Eine Änderung der Ernährung kann eine qualitative und/oder eine quantitative Änderung der Ernährungsweise sein.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>	<p>GKV-SV: Der Vorschlag wird nicht übernommen, da er die Detailtiefe der Aufzählung in den Basismaßnahmen übersteigt.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da dieser Aspekt im entsprechenden Kapitel 1.5.2 hinreichend abgebildet ist.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		„Die Basismaßnahmen umfassen <u>qualitative und/oder quantitative</u> Änderungen der Ernährungsweise, eine Steigerung der körperlichen Aktivität und Verhaltensmodifikationen.“	
15.13	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024	<p>IV. 1.5.1 Zeile 152-154, Seite 6 Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV, unter dem Vermerk, dass die motivierende Gesprächsführung von allen Leistungserbringern bei den Empfehlungen angewendet werden sollte. Begründung: Erörterung der PatV in den Tragenden Gründen (S. 8) [2]. Änderungsvorschlag: „Unabhängig von der Schulung gelten die Empfehlungen zu Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikationen gemäß 1.5.2 bis 1.5.4, <u>die durch motivierende Gesprächsführung von den entsprechenden Leistungserbringern vermittelt werden sollen.</u>“</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Inhaltliche Zustimmung. Der Ergänzung wird dennoch nicht gefolgt, weil sich die Richtlinie primär an die behandelnden Ärzte richtet.</p> <p>GKV-SV, DKG: Der Begriff der motivierenden Gesprächsführung ist besetzt durch ein Verfahren aus der Verhaltenstherapie, welches nicht als Voraussetzung für jeglichen Leistungserbringer zugrunde gelegt wird. Deshalb wird der Vorschlag abgelehnt.</p> <p>KBV, DKG: Die Version der PatV wird hier abgelehnt, da die ärztliche Gesprächsführung zum Kernbereich des allgemeinen ärztlichen Handelns gehört und hier kein spezifisches Vorgehen gefordert werden soll.</p>
15.14	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband	<p>IV. 1.5.2 Zeile 161-170, Seite 6 Stellungnahme mit Begründung:</p>	<p>GKV-SV: Eine Ernährungsberatung sollte nur in Kombination mit anderen Therapiebausteinen zur Anwendung kommen (Steigerung der körperlichen Aktivität, Verhaltensinterventionen), da die Evidenzbewertung für eine alleinige Beratung nur geringe Langzeiteffekte zeigt. Deshalb kann</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>Die Schulung formt die Basis. Wir plädieren dafür, dass, in Übereinstimmung mit der AG EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 [4], Kinder und Jugendliche bei entsprechender Indikation intensive Einzelfamilienberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erhalten können.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Wenn bei Kindern und Jugendlichen eine Ernährungsumstellung erfolgt, soll <u>grundsätzlich</u> auch die Familie/Betreuungspersonen (siehe unter Punkt IV. 1.2, dieser Stellungnahme) mit einbezogen werden, da die Familie insbesondere bei der Langzeitadhärenz eine wesentliche Rolle spielt. <u>Jede Patientin und jeder Patient soll bei entsprechender Indikation, zusätzlich zur Gruppenschulung und in enger Abstimmung mit der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt, Ernährungstherapie (unimodal) bei Bedarf im häuslichen Umfeld durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft mit individualisierten/personen- und familienbezogenen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten erhalten.“</u></p>	<p>keine Empfehlung für eine alleinige Ernährungsberatung ausgesprochen werden. Die individuelle Ernährungsberatung ist keine Regelleistung der GKV und sollte deshalb nicht im Richtlinien text Erwähnung finden. Die Ernährungsberatung ist Bestandteil der multimodalen Schulungsmaßnahme.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Dem Änderungsvorschlag kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittel-Richtlinie des G-BA sieht eine Ernährungstherapie nicht für die Indikation Adipositas vor. In der DMP-A-RL können keine eigenständigen leistungrechtlichen Regelungen getroffen werden, die von den Regelungen anderer G-BA-RL abweichen. Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde jedoch im Kapitel 1.5.2 Ernährung ein Hinweis auf die Ernährungstherapie nach § 43 SGB V aufgenommen. Entsprechender Verweis auf die qualifizierten Ernährungsfachkräfte erfolgt in den Tragenden Gründen. Vgl. auch 15.10.</p>
<p>15.15</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband</p>	<p>IV 1.5.3 Zeile 212-227, Seite 10 Stellungnahme und Begründung:</p>	<p>PatV, KBV, DKG: Der spezifische Aspekt der körperlichen Inaktivität und insbesondere der Medienkonsum wird im Kapitel 1.4.1 Indikationsspezifische Anamnese und in den therapeutischen Maßnahmen im Kapitel zu Bewegung abgebildet.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>Es fehlt im Beschlussentwurf unter 1.5.3 Bewegung die Konkretisierung der Verringerung von körperlich passiver bzw. sitzender Beschäftigung beispielsweise am Computer und bei TV- bzw. Medienkonsum. Siehe hierzu die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2017 [18].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Primäres Ziel der bewegungsbezogenen Maßnahmen bei Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist die Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag bei einer gleichzeitigen Verringerung von körperlich passiver bzw. sitzender Beschäftigung beispielsweise am Computer und bei TV- bzw. Medienkonsum <u>nach den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2017:</u></p> <p><u>Vermeidbare Sitzzeiten durch Bildschirmmedienkonsum: Kindergartenkinder: so wenig wie möglich, maximal 30 Minuten/Tag Grundschul Kinder: so wenig wie möglich, maximal 60 Minuten/Tag Jugendliche: so wenig wie möglich, maximal 120 Minuten/Tag.“</u></p>	<p>det. Somit werden sowohl die Erhebung eines etwaigen sekundären Verhaltens als auch dessen Verringerung i.S. einer therapeutischen Maßnahme adressiert.</p> <p>GKV-SV: Der Richtlinie liegen die Leitlinienempfehlungen zu Grunde, die im IQWiG-Abschlussbericht bewertet wurden. In keiner der einbezogenen Leitlinien findet sich eine Konkretisierung der maximalen Sitzzeiten in Minuten wie dargestellt. Daher wird der Ergänzungsvorschlag nicht angenommen.</p>
<p>15.16</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung</p>	<p>IV. 1.5.4 Zeile 198-199, Seite 7</p>	<p>PatV: Im Kapitel zur Ernährung wurde die Ernährungsberatung ergänzt. Dies wird als ausreichend betrachtet.</p> <p>GKV-SV: Dem Ergänzungsvorschlag wird nicht gefolgt. Die</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>Stellungnahme und Begründung:</p> <p>Es sollte beim DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche im interdisziplinären Rahmen strukturell zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften kooperiert werden, damit Ernährungsfachkräfte mit der Patientin oder mit dem Patienten und ihren/seinen Betreuungspersonen ein flexibel-kontrolliertes Verhalten einüben können. Die Forderung von Ernährungsfachkräften für die Ernährungstherapie entspricht dem Positionspapier der AG EMET [10] und den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas [9].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„In Bezug auf das Essverhalten ist die Einübung eines flexibel-kontrollierten Verhaltens <u>unter Anleitung einer qualifizierten Ernährungsfachkraft</u> langfristig effektiver als eine rigide Verhaltenskontrolle.“</p>	<p>im Entwurf formulierte Empfehlung basiert auf der Leitlinie der AGA (2019), die an dieser Stelle auf die Bevorzugung bestimmter Verhaltensänderungen gegenüber anderen abzielt. Dabei wird an keiner Stelle auf die daran beteiligten Leistungserbringer eingegangen.</p> <p>KBV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt (vgl. 15.10 und 15.14).</p>
<p>15.17</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom</p>	<p>IV. 1.5.5</p> <p>Zeile 199, Seite 7</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Zum Thema adjuvante medikamentöse Therapie gehen wir konform mit der gemeinsamen Stellungnahme der AGA, DAG, DDG, DGKJ, der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und</p>	<p>PatV: Position angepasst.</p> <p>GKV-SV: Nach § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V in Verbindung mit § 14 Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sind Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen, die zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits bzw. zur Regulierung des Kör-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>14.08.2024</p>	<p>-Diabetologie e. V. (DGPAED), des BVKJ, der KgAS, der DGSP, der Deutschen Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen e. V. (DGÖG) und der Deutschen Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit und Bevölkerungsmedizin e. V. (DGÖGB) zu diesem Beschlussentwurf:</p> <p><i>„Das DMP-Adipositas Kinder und Jugendliche hat die gültigen Leitlinien, sowie darüber hinaus die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zur Grundlage. Da der Leitlinienprozess von der Evidenzgewinnung bis zur Abstimmung 1-2 Jahre dauert, müssen deshalb in Themenfeldern mit einer sehr dynamischen Entwicklung aktuelle hochwertige Studien zusätzlich berücksichtigt werden. Dem wurde für die seltenen monogenen Adipositasformen entsprochen (G-BA-Beschluss 1/2022: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8453/2022-01-20_AM-RL-II_Setmelanotide.pdf), nicht jedoch für die Anwendung von GLP1-Rezeptor-Agonisten bei Jugendlichen ab 12 Jahren. Sowohl für Liraglutide, als auch für Semaglutide liegt eine Zulassung der EMA vor (Adipositas und > 60 kg) [22, 23], allerdings wurde vom G-BA für Semaglutide ein gegenteiliger Beschluss gefasst [24], da die Kostenübernahme durch die GKV nicht mit § 34 Abs. 1 Satz 8 SGB V vereinbar sei. Nun gibt es jedoch für beide Substanzen (Liraglutide, Semaglutide) bereits systematische Reviews und Metaanalysen, die Risiko und Nutzen dieser zusätzlichen medikamentösen Adipositas-Therapie für Jugendliche ab 12 Jahren untersuchen und die Wirksamkeit eindeutig belegen, nicht nur bezogen auf die</i></p>	<p>pergewichtts dienen. Diese sind in Anlage II AM-RL zusammengestellt. Der GBA kann sich bei seinen Beschlüssen nur auf geltende rechtliche Vorgaben stützen.</p> <p>KBV, DKG: Aufgrund der dynamischen Entwicklungen und fehlender Langzeitdaten auf diesem Gebiet hat der G-BA bewusst keinen neuen Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen vorgegriffen und im DMP abgebildet.</p> <p>Bei bestehenden Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Adipositas-Therapie bei Kindern und Jugendlichen handelt es sich um Einzelfallentscheidungen, die hier nicht adäquat adressiert werden können.</p> <p>Auch aus den zitierten Reviews lässt sich kein einheitliches Vorgehen ableiten, dass hier als maßgebliche Empfehlung umgesetzt werden könnte.</p> <p>Auch kann der G-BA nur im Rahmen seiner rechtlichen Möglichkeiten Regelungen zu strukturierten Behandlungsprogrammen treffen und z.B. keine Vorgaben zur wissenschaftlichen Evaluation der Versorgung an spezialisierten Zentren machen.</p>
-------------------	---	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p><i>Gewichtsreduktion, sondern auch bezogen auf die Komorbiditäten [25, 26].</i></p> <p><i>Mit dem Verständnis, dass es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung handelt, muss auch diese Evidenz in die Therapieplanung einbezogen werden. Die unterzeichnenden Fachgesellschaften schlagen deshalb vor, entsprechend der europäischen Zulassungen eine zusätzliche medikamentöse Therapie mit GLP1-Rezeptor-Agonisten für Jugendliche ab 12 Jahren (> 60 kg) und einer Adipositas per magna (BMI > 99.5 Perzentile) bzw. einer Adipositas (BMI > 97. Perzentile) und bereits bestehenden Begleiterkrankungen zu ermöglichen, falls alleine durch eine Lebensstilintervention keine BMI-Stabilisierung bzw. -Abnahme erreicht werden konnte.“</i></p> <p>Der VDD und der VDOE ergänzen jedoch, dass eine adjuvante medikamentöse Therapie zwingend ernährungstherapeutisch durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft begleitet werden muss.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie</p> <p><u>Die medikamentöse Therapie mit GLP1-Rezeptor-Agonisten – zusätzlich zur multimodalen Basistherapie – sollte für Jugendliche ab 12 Jahren (> 60 kg) und Adipositas spezialisierten Zentren vorbehalten bleiben unter engmaschiger Beobachtung klini-</u></p>	
--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p><u>scher, anthropometrischer, metabolischer und weiterer Parameter. Ergänzend sollte eine ernährungstherapeutische Begleitung durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft integraler Bestandteil sein. Es besteht die Pflicht zur Verlaufsdokumentation. Nach zwei Jahren erfolgt eine unabhängige wissenschaftliche Bewertung.</u></p>	
<p>15.18</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.5.6 Zeile 200, Seite 7-8 Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV mit einer Textergänzung an. Begründung: Erörterung der DKG und PatV in den Tragenden Gründen (S. 11) [2] und die S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes und Jugendalter der AGA, DAG und DGKJ 2019 [6]. Änderungsvorschlag: Text der DKG und PatV unter 1.5.6 Chirurgische Therapie: „Bei ausgeschöpfter oder aussichtsloser konservativer Therapie kann bei Jugendlichen mit einer extremen Adipositas (BMI ≥ 35 kg/m²) eine Adipositas-chirurgische Maßnahme in Erwägung gezogen werden, wenn mindestens eine erhebliche somatische</p>	<p>PatV, DKG: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV: Wie in der Formulierung bereits abgebildet handelt es sich bei der Adipositas-Chirurgie bei Kindern und Jugendlichen um Einzelfallentscheidungen, die hier aufgrund der Detailtiefe und der Unschärfe der Empfehlungen nicht adäquat abgebildet werden können. Insbesondere ist unklar, ab welchem Alter eine Adipositas-Chirurgie überhaupt in Erwägung gezogen werden kann. Vor diesem Hintergrund und aufgrund des Fokus des DMP auf den Schulungen als zentrale Maßnahme wird das Thema der Adipositas-Chirurgie nicht abgebildet. KBV: Die Adipositas-Chirurgie bei Kindern und Jugendlichen beruht auf Einzelfallentscheidungen. Diese können im DMP nicht adäquat abgebildet werden, zumal der Fokus des DMP auf den Patientenschulungen zu den Basismaßnahmen zu Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation liegt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>oder psychosoziale Komorbidität besteht (z. B. Schlafapnoe-Syndrom, Typ-2-Diabetes mellitus). Ab einem BMI ≥ 50 kg/m² kann eine Adipositas-chirurgische Maßnahme in Erwägung gezogen werden, auch wenn keine Komorbidität besteht. Die Indikationsstellung für eine Adipositas-chirurgische Maßnahme bei einem Jugendlichen mit extremer Adipositas soll nur nach sorgfältiger Einzelfallprüfung gemäß den geltenden Leitlinien erfolgen. Die Indikation soll durch ein interdisziplinäres, auf dem Gebiet der extremen Adipositas bei Jugendlichen erfahrenes Team gestellt werden.</p> <p>In Abhängigkeit von der Art der chirurgischen Intervention sind auf die Notwendigkeit einer <u>vorbereitenden Aufklärung über eine erforderliche Ernährungsumstellung und deren Einübung, die von einer qualifizierten Ernährungsfachkraft als Teil eines interdisziplinäres Teams eines spezialisierten Zentrums begleitet werden muss, und auf die lebenslange Nachsorge hinzuweisen. Dabei ist zu beachten, dass es in Deutschland bislang kein langfristiges allgemeingültiges Nachsorgeprogramm gibt, welches durch die Kostenträger im Gesundheitssystem entsprechend vergütet wird“</u></p>	
<p>15.19</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung</p>	<p>IV. 1.6 Zeile 216-255, Seite 8 Stellungnahme und Begründung:</p>	<p>PatV: Dem Ergänzungsvorschlag wurde gefolgt. GKV-SV: Da die Verwendung des Taille-Größen-Indexes bereits als Einschlussparameter abgelehnt wird, folgt auch keine Empfehlung hierzu bei den Verlaufsuntersuchungen</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>Unter 1.6 Verlaufsuntersuchungen fehlen die Untersuchungen Taillenumfang und Taille-Größe Index als logische Folge des Vorschlags der PatV unter 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe, Zeile 68-71 [1], und als relevante Information für (die Einschätzung des Erfolgs) der Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, wie auch empfohlen in der niederländischen Leitlinie 2023 [5] für Kinder/Jugendliche.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Zur weiterführenden Untersuchung auf Adipositas-assoziierte Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen können folgende Untersuchungen in größeren Zeitintervallen in Erwägung gezogen werden:</p> <p>[...]</p> <p><u>c) Jährliche Messung des Taillenumfangs mit Berechnung des Taille- Größe-Index“</u></p>	<p>KBV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Auch wenn der BMI die Fettverteilung nicht berücksichtigt, ist dies ein international anerkannter und standardisierter Indikator für Übergewicht und Adipositas (WHO Obesity Report 2022). Bei Kindern und Jugendlichen wird der individuell gemessene BMI anhand alters- und geschlechtsspezifischer Perzentilkurven eingeordnet. In diesem DMP wird das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gemäß der deutschen Leitlinie (AGA 2019) mit dem Überschreiten der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile erreicht. Im weiteren Verlauf dient die Erhebung des individuellen BMI der Berechnung des individuellen alters- und geschlechtsspezifischen BMI-SDS. Hierdurch kann eine genaue Einordnung der Adipositas und des Verlaufs erfolgen. Eine Reduktion des BMI-SDS um mindestens 0,2 wird als klinisch relevant eingestuft (AGA 2019). Hieraus ergibt sich ein gut messbares Qualitätskriterium (vgl. Nr.2 Qualitätssichernde Maßnahmen).</p> <p>Die Bedeutung des (im Vorschlag unabhängig von Alter und Geschlecht erhobenen) Taille-Größe-Indexes als Diagnostikum und als validierter Verlaufsparemeter ist hingegen noch unzureichend untersucht (Robert Koch Institut (RKI). Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS); 2. erweiterte Auflage</p>
--	--	--	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			[online]. Berlin (GER): RKI; 2013. [Zugriff: 07.06.2024]. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). URL: https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMa04ZjppM.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Dieser Index eignet sich somit nicht als Einschlusskriterium für das DMP. Eine zusätzliche Erhebung ist jederzeit möglich..
15.20	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024	<p>IV. 1.7 Zeile 228-231, Seite 9 Stellungnahme mit Begründung: Bei der Kooperation der Versorgungsketten sehen wir Ergänzungsbedarf, und zwar hinsichtlich des Bereichs „Ernährungsberatung/-therapie“. Diese ist bisher nicht vorgesehen, obwohl sie laut Leitlinien zum multimodalen Ansatz gehört [5-6].</p> <p>Änderungsvorschlag: Eine entsprechende Ergänzung bei 1.7.2 wird vorgeschlagen, siehe unten.</p>	<p>PatV: Dem Ergänzungsvorschlag wird nicht gefolgt, da es als ausreichend erachtet wird, ein Hinweis im Ernährungskapitel zur Ernährungsberatung aufzunehmen.</p> <p>GKV-SV, DKG: Dem Einbezug der Ernährungsberatung wird in den Schulungsprogrammen Rechnung getragen. Eine separate Nennung im Rahmen der allgemeinen Beschreibung der Versorgungskette erfolgt daher nicht. KBV: Kenntnisnahme.</p>
15.21	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung	<p>IV. 1.7.1 Zeile 233-237, Seite 9 Stellungnahme:</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, DKG: Kenntnisnahme</p> <p>KBV: Dank und Kenntnisnahme. Den Ergänzungen wird</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>Wir schließen uns den Vorschlägen der KBV und PatV mit einer Textergänzung an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Erörterung der KBV und PatV in den Tragenden Gründen (S. 13-14) [2]. Die Angabe von nur „§ 73 SGB V“ in Zeile 234, S. 9, ist sehr oberflächlich. Dadurch wird (auf Anhieb) nicht deutlich, dass die koordinierende Kinder- und Jugendärztin oder der koordinierende Kinder- und Jugendarzt bei Bedarf auch präventive und rehabilitative Maßnahmen einleiten oder nichtärztliche Hilfe und flankierende Dienste wie ergänzende individuelle/personbezogene Ernährungstherapie (nach §43 SGB V) in die Behandlungsmaßnahmen integrieren kann. Hier befürworten wir eine Ergänzung mit § 73 Abs. 1.4 und Abs. 2.5.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Text der KBV und PatV unter 1.7.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt:</p> <p>„Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt, insbesondere durch die Kinder- und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt, sowohl mit als auch ohne Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung, im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. <u>Insbesondere sind diesbezüglich Absatz 1.4: „die Einleitung oder Durchführung präventiver</u></p>	<p>nicht gefolgt.</p>
--	--	---	-----------------------

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p><u>und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen“ und Absatz 2.5: „Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ erwähnt.“</u></p> <p>In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter eine entsprechend qualifizierte Fachärztin oder einen entsprechend qualifizierten Facharzt mit Bezug zu Kinder- und Jugendmedizin oder eine entsprechend qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen <u>entsprechend § 73 SGB V</u> im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt.“</p>	
<p>15.22</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.7.2 Zeile 245-248, Seite 9 Stellungnahme: Unter 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren soll Punkt 1.7.2 um den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ ergänzt werden.</p>	<p>PatV: Dem Ergänzungsvorschlag wird nicht gefolgt, da es als ausreichend erachtet wird, einen Hinweis im Ernährungskapitel zur Ernährungsberatung aufzunehmen.</p> <p>GKV-SV: Der Absatz definiert Überweisungsregeln. Diese gelten lediglich für vertragsärztliche bzw. psychotherapeutische Leistungserbringer. Der Entwurf des GKV-SV sieht zudem die individuelle Ernährungsberatung als Einzelmaßnahme zusätzlich zur multimodalen Schulung nicht vor, da</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten und/oder eine Zuweisung zu einer qualifizierten Ernährungsfachkraft.“</p>	<p>dies keine Regelleistung der GKV ist.</p> <p>KBV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde jedoch im Kapitel 1.5.2 zur Ernährung ein Hinweis zur Ernährungstherapie nach §43 SGB V aufgenommen. Entsprechende Hinweise auf qualifizierte Ernährungsfachkräfte erfolgen in den Tragenden Gründen.</p>
<p>15.23</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 1.7.3</p> <p>Zeile 271, Seite 10</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV.</p> <p>Begründung:</p> <p>Erörterung der DKG und PatV in den Tragenden Gründen (S. 15) [2].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Text der DKG und PatV unter 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus:</p> <p>„Eine Indikation zur stationären Behandlung besteht bei Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter</p>	<p>PatV, DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Die Adipositas bei Kindern und Jugendlichen begründet keine spezifischen stationären Behandlungsanlässe, weshalb die Benennung dieses Sektors im DMP nicht erforderlich ist. Adipositas- chirurgische Eingriffe sind in dieser Altersgruppe absolute Einzelfälle. Langzeitdaten fehlen bisher, so dass für diese Maßnahmen auch keine Empfehlungen ausgesprochen werden können</p> <p>KBV: Der Vorschlag wird nicht übernommen, da hier ausschließlich die Indikation der Durchführung einer Adipositas-chirurgischen Maßnahme genannt wird, welche ein Ausnahmefall darstellt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		insbesondere für die Durchführung einer Adipositas-chirurgischen Maßnahme. Darüber hinaus entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.“	
15.24	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024	<p>IV. [DKG, PatV1.7.4] Zeile 277, Seite 10 Stellungnahme: Wir befürworten den Vorschlag der GKV-SV, DKG, KBV. Änderungsvorschlag: Text der GKV-SV, DKG und KBV unter [DKG, PatV 1.7.4]: „Der BMI-Perzentilenwert allein ist für die Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht ausreichend. Wesentlich ist die Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen.“</p>	<p>PatV: Eine medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas ist individuell und frühzeitig zu beurteilen. Sie ist ohne den Nachweis weiterer Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen möglich, was auch von mehreren Stellungnehmern bestätigt wurde. Laut Gemeinsamer Richtlinie der Träger der Deutschen Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) vom 28. Juni 2018 (Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 15a Absatz 5 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (<u>Kinderreha-Richtlinie</u>) https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/gem_richtlinie_kinderreha.html (Zugriff am 26.09.2024 besteht Rehabilitationsbedürftigkeit bei Vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • einer chronischen Krankheit, • einer beeinträchtigten Gesundheit oder • einer erheblichen Gesundheitsgefährdung, <p>die in Abhängigkeit von Funktionsstörungen und Kontextfaktoren in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu Teilhabestörungen und zu einer</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			<p>Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen kann. In der Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit bei Kindern- und Jugendlichen wird auf Seite 48 dargelegt, dass Reha-Bedürftigkeit besteht, bei Adipositas ab der 97.BMI-Perzentile. (Leitlinie zur sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit bei Kindern- und Jugendlichen https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/begutachtung/leitlinie_rehabeduerftigkeit_kiju_langfassung_pdf.html) (Zugriff am 26.09.2024) GKV-SV, KBV, DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p>
15.25	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. [DKG, PatV 1.7.4] Zeile 287, Seite 11 Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der GKV-SV, DKG, KBV. Begründung: Dieser Vorschlag ist konkreter formuliert Änderungsvorschlag:</p>	<p>PatV: Der Textvorschlag der PatV dient der Vermeidung von Redundanzen, da bereits am Anfang des Kapitels der Aspekt der „Prüfung einer medizinischen Notwendigkeit“ seitens der Ärztin bzw. des Arztes adressiert ist. GKV-SV, KBV, DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Text der GKV-SV, DKG, KBV, Zeile 287, Seite 11.</p> <p>„Die Ärztin beziehungsweise der Arzt prüft, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und verweist die Patientin oder den Patienten gegebenenfalls für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger, die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger. Im Bereich der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche besteht eine gleichrangige Zuständigkeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträger.“.</p>	
15.26	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 2 Zeile 290-291, Seite 11</p> <p>Stellungnahme und Begründung:</p> <p>Es wird im Beschlussentwurf nicht deutlich wie die individuellen Ziele zum Ernährungsverhalten operationalisiert werden sollen. Der Hinweis auf § 2 der DMP-A-RL ist nicht ausreichend. Die in bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen beschriebene sektorenübergreifende Kooperation [9, 10] bei der Feststellung von individuellen Zielen wird nicht deutlich.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt. <u>Auf der</u></p>	<p>GKV-SV: Dem Ergänzungsvorschlag wird nicht zugestimmt. Der genannte Satz verweist auf die DMP-Anforderungen Richtlinie und die dortigen Ausführungen zu Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen. Dynamische Verweise auf jedwede Vereinbarungen außerhalb dieses Regelungsbereiches können nicht implementiert werden.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Die Ergänzung wird nicht übernommen. Der zitierte Satz verweist auf den § 2 und die Anforderungen an die Qualitätssicherungsmaßnahmen im DMP, welche bereits ausführlich formuliert sind.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p><u>Grundlage der bereits bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen Versorgungssektoren wird die Kooperation der koordinierenden Kinder- und Jugendärztin/des koordinierenden Kinder- und Jugendarztes mit den jeweiligen Fachkräften wie qualifizierte Ernährungsfachkräfte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beim Feststellen der individuellen Ziele, im Rahmen des sektorenübergreifenden Ansatzes, hervorgehoben.“</u></p>	
<p>15.27</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>IV. 3.2 Zeile 304-307, Seite 12 Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der PatV. Begründung: Siehe unsere Begründung zu IV. 1.2, Zeile 64, Seite 3 des Beschlussentwurfs [1] in dieser Stellungnahme. Änderungsvorschlag: „Versicherte mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter können ab der Vollendung des <u>fünften</u> Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in das strukturierte Behandlungspro-</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV; KBV, DKG: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		gramm eingeschrieben werden, wenn sie die in Nummer 1.2 genannten Kriterien erfüllen.“	Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.
15.28	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024	<p>IV. 3.2 Zeile 315, Seite 13 Stellungnahme und Begründung Wir schließen uns hier GKV-SV, PatV an. Änderungsvorschlag: Text der GKV-SV, PatV: „In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob im Einzelfall eine Teilnahme über das 18. Lebensjahr hinaus sinnvoll ist. Die Teilnahme endet spätestens mit der Vollendung des 21. Lebensjahres. Eine Einschreibung in dieses DMP ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht möglich.“</p>	<p>GKV-SV, PatV: Dank und Kenntnisnahme KBV, DKG: Die Position wurde übernommen.</p>
15.29	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung	<p>IV. 4.2 Zeile 328-333, Seite 13 Stellungnahme und Begründung:</p>	<p>PatV: Die Verortung der Ernährungsberatung im Kapitel 1.5.2 wird als ausreichend betrachtet. GKV-SV: Der Absatz bezieht sich ausschließlich auf Art und</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote (intensivierte Stufe durch qualifizierte Ernährungsfachkraft), in Übereinstimmung mit Qualitäts-sicherungsvereinbarungen [9, 10] informiert werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten <u>und über begleitende und ergänzende Angebote durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte informiert werden.</u>“</p>	<p>Ausgestaltung sowie die Anforderungen an Schulungsprogramme im DMP. Es können hier keinerlei Vorgaben gemacht werden, auf welche weiteren Angebote aufmerksam gemacht werden soll.</p> <p>KBV, DKG: Im Kapitel 4.2 werden ausschließlich Anforderungen an die Schulungsprogramme für die Versicherten formuliert. Der Hinweis auf die Ernährungsberatung nach § 43 SGB V erfolgt im Kapitel 1.5.2 zu Ernährung.</p>
<p>15.30</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 26 Lfd. Nr. 4a + 4b Seite 15 Stellungnahme und Begründung: Für die Dokumentation der therapeutischen Maßnahmen ist es wichtig zu wissen, ob eine Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt ist.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/ nicht erfolgt.</u>“ „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der</p>	<p>GKV-SV: Der Entwurf des GKV-SV sieht die Implementierung von individueller Ernährungsberatung nicht vor, da dies keine Regelleistung darstellt. Aus diesem Grund wird auch kein entsprechender Dokumentationsparameter vorgegeben.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Dem Änderungsvorschlag kann nicht gefolgt werden. Eine obligate Kooperation der Koordinierenden mit qualifizierten Ernährungsfachkräften wird insbesondere außerhalb der Schulungsmaßnahme nicht gefordert. Als zentrale Maßnahme des DMP beinhalten geeignete Schulungsprogramme jedoch mindestens ein Modul zu Bewegung und ein Modul zu Ernährung (Vgl. 4.2 Schulungen der Versicherten). Die Qualifikationen der Schul-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Ernährungsänderung seit der letzten Dokumentation. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u>“</p>	<p>den werden in den jeweiligen Curricula festgelegt. Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurde zudem im Kapitel 1.5.2 Ernährung ein Hinweis auf die Ernährungstherapie nach § 43 SGB V aufgenommen. Entsprechender Verweis auf die qualifizierten Ernährungsfachkräfte erfolgt in den Tragenden Gründen.</p>
<p>15.31</p>	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>Literaturverzeichnis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6299/2023-11-16_DMP-A-RL_Anlage-2-23-24-Adipositas_BAnz.pdf 2. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10235/2023-11-16_DMP-A-RL_Anlage-2-23-24-Adipositas_TrG.pdf 3. https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-undjugendliche_abschlussbericht_v1-0.pdf 4. https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-undjugendliche_da-vorbericht_v1-0.pdf 5. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/startpagina_richtijn_overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen.html („Download richtlijn“ anklicken, „Generer“ anklicken). <p>Die PDF-Datei wurde dem GBA schon mit der VDD-Stellungnahme zum Beschlussentwurf DMP Adipositas Ende August</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>2023 zugeschickt.</p> <p>6. https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002l_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf</p> <p>7. https://www.dankallianz.de/files/content/dokumente/00_MTD_DDG_Brosch%C3%BCre_DANK_2021_kompl_090321%20kleiner.pdf</p> <p>8. https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20220421_Lesefassung_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf</p> <p>9. https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf</p> <p>10. https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf</p> <p>11. https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/Di%C3%A4tAssG.pdf</p> <p>12. Ohlrich-Hahn S, Buchholz D. Der German-Nutrition Care Prozess (G-NCP) mit besonderem Fokus auf die Ernährungsberatung: Update 2022. Ernährungs Umschau 2022; 69(12): M668-M77. DOI: 10.4455/eu.2022.038. Die PDF-Datei wurde</p>	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>dem G-BA schon mit der VDDStellungnahme zum Beschlussentwurf DMP Adipositas Ende August 2023 zugeschickt.</p> <p>13. Geserick M, Vogel M, Gausche R, Lipek T, Spielau U, Keller E, et al. Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. N Engl J Med 2018;379(14):1303-12. DOI:10.1056/NEJMoa1803527 https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1803527</p> <p>14. https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-undjugendliche_da-berichtsplan_v1-0.pdf</p> <p>15. https://www.adipositas-schulung.de/fuer-eltern-familien/wie-wird-uebergewicht-bei-kindern-und-jugendlichen-behandelt/</p> <p>16. Prietzel M. Leistungen zur Teilhabe. Studententext Nr. 12, Stand 2024. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. https://www.deutscherentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Fachliteratur_Kommentare_Gesetze/Studientexte/Reha-Recht/12_leistungen_zur_teilhabe.html</p> <p>17. a) WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour 2020 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1</p> <p>b) WHO Guidelines on physical activity and sedentary behav-</p>	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>our: Web Annex. Evidence profiles https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336657/9789240015111-eng.pdf</p> <p>18. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf</p>	
15.32	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 14.08.2024</p>	<p>Anhang 1</p> <p>Die in unserer AG-EMET-Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht V21-07 aufgeführte Guideline Statements: zum Punkt IV. 1.2, Zeile 64, Seite 3 im Beschlussentwurf.</p> <p>US Preventive Services Task Force (USPSTF) Recommendation Statement 2017 [1a-b]:</p> <p>„The USPSTF recommends that clinicians screen for obesity in children and adolescents 6 years and older and offer or refer them to comprehensive, intensive behavioral interventions to promote improvements in weight status (B recommendation)“</p> <p>„FINDINGS Comprehensive, intensive behavioral interventions (≥26 contact hours) in children and adolescents 6 years and older who have obesity can result in improvements in weight status for up to 12 months; there is inadequate evidence regarding the effectiveness of less intensive interventions. The harms of behavioral interventions can be bounded as small to none, and the harms of screening are minimal. Therefore, the USPSTF concluded with moderate certainty that screening for obesity in</p>	<p>PatV, KBV, DKG: Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>children and adolescents 6 years and older is of moderate net benefit.“</p> <p>Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care (2015) [2a-c]</p> <p>Management of overweight and obesity</p> <p>„These recommendations apply to children and youth 2 to 17 years of age who are overweight or obese. Children and youth with health conditions for which weight management is inappropriate are excluded.“</p> <p>„We recommend that primary care practitioners offer or refer to structured behavioural interventions‡ aimed at healthy weight management.“</p> <p>„‡Structured behavioural interventions are intensive behavioural modification programs that involve several sessions that take place over weeks to months, follow a comprehensive approach delivered by a specialized interdisciplinary team, involve group sessions, and incorporate family and parent involvement. Interventions examined included behaviourally based prevention interventions focused on diet, increasing exercise, making lifestyle changes or any combination of these. These can be delivered by a primary care team in the office or through a referral to a formal program within or outside of primary care, such as</p>	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>hospital-based, schoolbased or community programs.(Weak recommendation; moderate quality evidence: Systematische Übersicht von 16 RCTs, S. E42, E44, Appendix 3 in [2b-c])</p> <p>Evidence Statements (ES) der National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Clinical guideline [CG43] Obesity prevention [3]:</p> <p>„8. Prevention evidence summary: interventions for preschool children and family-based interventions (‘early years’) (Section 3: 8.1, Table 8.1, p. 290) Generalisability</p> <p>ES15 2–5 years is a key time to establish good nutritional habits especially when parents are involved (Grade 1+).“</p> <p>„15 Management of obesity in clinical settings</p> <p>Lifestyle interventions in weight management and other outcomes in children and adolescents (Section 5a: 15.2.3, Table 15.3, p. 453-482)</p> <p>ES2 In specialist weight management programmes, physical activity and diet combined are more effective in weight management in children aged 4–16 years, than diet alone (Grade 1++)</p> <p>ES8 In specialist weight management programmes, behavioural treatment combined with physical activity and/or diet is effective in the treatment of obese children and adolescents aged 3–18 years (Grade 1++)</p>	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>ES17 In specialist weight management programmes, behavioural treatment can improve selfcontrol in regard to weight-related behaviours in children aged 5–13 years (Grade 1+)</p> <p>ES = Evidence Statement“</p> <p>Table 4.1 Levels of evidence for intervention studies</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Level of evidence</th> <th>Type of evidence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1++</td> <td>High-quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias</td> </tr> <tr> <td>1+</td> <td>Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a low risk of bias)</td> </tr> </tbody> </table> <p>NICE Guideline CG 43 Full Guideline, Section 1, p. 178.</p> <p>Literaturverzeichnis:</p> <p>1. a) USPTF Statement https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2632511 ,</p> <p>b) Syst. Rev. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK476325/pdf/Bookshelf_NBK476325.pdf</p> <p>2. a) Canadian Task Force Recommendations https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387033/pdf/1870411.pdf ,</p> <p>b) Syst. Rev. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382035/pdf/cmajo.20140047.pdf ,</p>	Level of evidence	Type of evidence	1++	High-quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias	1+	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a low risk of bias)	
Level of evidence	Type of evidence								
1++	High-quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias								
1+	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a low risk of bias)								

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>c) Appendices https://www.cmajopen.ca/content/suppl/2015/02/24/3.1.E35.DC1</p> <p>3. NICE https://www.nice.org.uk/guidance/cg43/evidence</p>	
16	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. (AcSD) vom 14. August 2024		
16.1	<p>Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. (AcSD) vom 14. August 2024</p>	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Der Gesetzgeber hat den G-BA mit der Ausarbeitung eines DMP Adipositas für alle Betroffenen zu entwickeln.</p> <p>Der Trennung in zwei Teile – zum einen für Erwachsene und zum anderen für Kinder und Jugendliche – können wir Einiges abgewinnen, denn Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und so kann den besonderen Bedürfnissen der Heranwachsenden besser Rechnung getragen werden.</p> <p>Wenn das im Ergebnis dazu führt, dass durch unterschiedliche gewählte Einschlusskriterien und einen schlecht oder gar nicht definierten Übergang, Betroffene durchs Raster fallen, dann ist das am Ende gleichbedeutend damit, dass der Auftrag des Gesetzgebers nicht vollständig erfüllt wird.</p> <p>Auf die hierzu relevanten Stellen gehen wir unten im Einzelnen ein.</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV: Kenntnisnahme.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		In Bezug auf die weiteren Punkte schließen wir uns der Patientenvertretung an und machen uns deren Begründungen zu eigen.	
16.2	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. (AcSD) vom 14. August 2024	<p>Zu 1.2. Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Leider ist es eine Tatsache, dass aus dicken Kindern in der Regel dicke Erwachsene werden. Die Hoffnung, dass sich das Übergewicht „verwächst“ ist im Allgemeinen nicht gerechtfertigt, so Antje Körner, Professorin für Pädiatrische Forschung an der Uni Leipzig. Eine Studie ab mehr als 51.000 Kindern belegt das eindrücklich.</p> <p>1. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1803527?query=TOC</p> <p>Daraus folgt, dass möglichst früh, insbesondere aber vor der Einschulung, eine Teilnahme am DMP ermöglicht werden soll. Die Leitlinie sieht hierbei in Empfehlung 2 vor, dass dies bereits ab dem fünften Lebensjahr erfolgen soll.</p> <p>2 https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002l_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf S.23</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV: Um den vielen Stellungnahmen Rechnung zu tragen, die sich für die Möglichkeit einer frühen Einschreibung (unter acht Jahre) in das DMP ausgesprochen haben, wurde der Beschluss und die Tragenden Gründe angepasst. Hierbei wurde darauf geachtet, eine flächendeckende Umsetzung des DMP nicht zu gefährden. Erläuterung: Der ursprüngliche KBV-Vorschlag einer Einschreibung ab dem Alter von acht Jahren erfolgte aufgrund der Tatsache, dass sich Schulungen für Kinder von unter acht Jahren konzeptuell von denen für Kinder im Alter von acht bis 18 Jahren unterscheiden. Da im DMP allen Teilnehmenden eine Schulung angeboten werden muss, hätte eine verpflichtende Teilnahmemöglichkeit bereits ab zum Beispiel fünf Jahren für die Verträge zur Folge, dass in jeder Vertragsregion zwei unterschiedliche Schulungen vorgehalten werden müssen. Der G-BA hat mehrere Schulungsprogramme für Kinder ab einem Alter von acht Jahren identifiziert, die für die Integration in das DMP geeignet sind. Für die Altersgruppe von Kindern ab acht Jahren scheint eine flächendeckende Umsetzung von Schulungsangeboten möglich. Für jüngere Kinder hingegen</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Für dieses Alter geeignete Programme gibt es.</p> <p>Da in den Einschlusskriterien ohnehin die „Fähigkeit und Motivation der Kinder“ vorausgesetzt wird, ist eine Altersbegrenzung ab 8 Jahren nicht notwendig. Nicht die Richtlinie sollte hier die Vorgabe machen, sondern die individuelle Betrachtung des einzelnen Kindes. Folgerichtig wird eine untere Altersschränke von fünf Jahren vorgeschlagen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>In das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten fünften Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr [...] eingeschrieben werden</p>	<p>hat der G-BA nur ein geeignetes Programm identifiziert, das jedoch derzeit nur regional begrenzt zur Verfügung steht.</p> <p>Auf Basis dieser und anderer Stellungnahmen wurden die KBV- und die DKG-Position dahingehend angepasst, dass eine Einschreibung in das Programm spätestens im Alter von acht Jahren möglich sein muss. Das bedeutet, dass Verträge obligat die Einschreibung ab acht Jahren vorhalten müssen. Können in bestimmten Vertragsregionen zusätzlich Schulungen für Kinder im Alter von unter acht Jahren angeboten werden, können diese auch in die entsprechenden Verträge integriert werden. Im Rahmen dieser Verträge können somit Kinder im Alter von unter acht Jahren zusätzlich eingeschrieben werden. Somit kann gemäß der lokalen Kapazität zur Umsetzung einer weiteren Schulung die Altersgrenze zum Einschluss ins DMP auch unter acht Jahre gesetzt werden. Dies wird aber nicht obligat gefordert.</p> <p>GKV-SV, DKG: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst</p>
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.
16.3	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. (AcSD) vom 14. August 2024	<p>Zu 1.4.3 Transition</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Bei Adipositas handelt es sich um eine chronische Erkrankung. Das Gewicht mag sich durch das DMP verringern, die Anlage der zugrunde liegenden Krankheit verschwindet aber nicht.</p> <p>Sieht man im Bereich der Adipositas das DMP für Kinder und Jugendliche und das DMP für Erwachsene als zwei voneinander völlig unabhängige Programme ohne definierten Übergang, dann besteht die reale Gefahr, dass eingeschriebene Kinder und Jugendliche durchs Raster fallen. Läuft das DMP für Jugendliche mit Erreichen der oberen Altersgrenze aus, und war das Programm soweit erfolgreich, dass kein BMI von 35 (oder 30 plus definierte Begleiterkrankungen) vorliegt, sind die Einschlusskri-</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>terien für das Erwachsenen-DMP nicht erfüllt (unabhängig davon, ob das jetzt mit 18 oder 21 erfolgt).</p> <p>Das DMP fällt weg, die Adipositas bleibt.</p> <p>Es schein beinahe darauf angelegt zu sein, abzuwarten bis das Gewicht zurückkehrt und sich weitere Begleiterkrankungen einstellen, um den dann erwachsenen Patienten wieder einschreiben zu können.</p> <p>Das widerspricht explizit dem Auftrag des Gesetzgebers, der eine dauerhafte Versorgung von Menschen mit Adipositas im Auge hatte, als er den G-BA mit der Entwicklung des DMP beauftrag hat.</p> <p>Änderungsvorschlag: Aufnahme des Abschnitts 1.4.3 Transition wie von der PatV vorgeschlagen.</p>	<p>Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p>
<p>16.4</p>	<p>Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. (AcSD) vom 14. August 2024</p>	<p>Literaturverzeichnis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1803527?query=TOC 2. https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002l_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf 	
<p>17.</p>	<p>Deutsche Diabetes Föderation e. V. (DDF) vom 14. August 2024</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>17.1</p>	<p>Deutsche Diabetes Föderation e. V. (DDF) vom 14.08.2024</p>	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Als Dachverband der Diabetes-Selbsthilfe danken wir für die Möglichkeit einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf einer Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL): Änderungen der Anlagen 2, 23 und 24 sowie Ergänzung der Anlage 25 (DMP Adipositas Kinder und Jugendliche) und der Anlage 26 (Adipositas Dokumentation – Kinder und Jugendliche).</p> <p>Wir nehmen wie folgt Stellung:</p> <p>Der Beschlussentwurf ist samt der ihn tragenden Gründe insgesamt aufzuheben und zur völligen Neufassung an die dafür zuständigen Gremien zurück zu verweisen.</p> <p>Dies begründen wir wie folgt:</p> <p>Der Beschlussentwurf bezieht sich im Wesentlichen auf die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) aus 2019. Wissenschaftliche Grundlage für die Erstfassung der Anforderungen an DMP Adipositas Kinder und Jugendliche ist insbesondere die „Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche“ des IQWiG vom 18. August 2022. Weiterhin werden Referenzwerte für Kinder und Jugendliche in Deutschland herangezogen, die 2001 für die AGA publiziert und im Altersbereich von 15-18 Jahren aktualisiert wurden. Durch die in diesem Altersbereich vorgenommene Zusammenführung der AGA-Daten und der Daten des Bundes-Gesundheitssurvey</p>	<p>Die vorliegende Stellungnahme enthält keine konkreten Verbesserungsvorschläge. Auf einzelne Aspekte wird im Folgenden dennoch eingegangen.</p> <p>Bezüglich des Einschreibekriteriums Adipositas bei Kindern und Jugendlichen bezieht sich der vorliegende Beschluss auf die aktuell gültige deutsche Leitlinie AGA 2019 und definiert die Adipositas mit dem Überschreiten des alters- und geschlechtsspezifischen 97. Perzentils anhand einer Referenzpopulation gemäß Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M. Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland: Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie 2015;9(3):123-127. / Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, et al. Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 2001;149(8):807-818.</p> <p>Bewusst hat der G-BA sich dagegen entschieden, die neueren KIGGS-Daten (Robert Koch Institut (RKI). Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS); 2. erweiterte Auflage [online]. Berlin (GER): RKI; 2013. [Zugriff: 07.06.2024]. (Beiträge zur</p>
--------------------	--	--	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>1998. Allerdings stammt die für diese Leitlinien AGA 2019 herangezogene Primärliteratur (52 Quellen von 36 Arbeitsgruppen) aus den Jahren 1980 bis 2015 mit einem mittleren Veröffentlichungsjahr von 1997! Dies heißt, dass die Quellen für die heutige und künftige Versorgung von adipösen Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Mittel 27(!) Jahre alt sind.</p> <p>Inhaltlich folgt der Beschlussentwurf ausdrücklich den Grundsätzen von evidenzbasiertem Vorgehen (EbM). Das IQWiG berücksichtigt zwar nach eigenem Bekunden ausschließlich evidenzbasierte Leitlinien, die nicht älter als 5 Jahre sind, jedoch werden das Alter und der Zustand der Primärdatenlage nicht ausreichend bewertet. So werden, wie oben dargelegt, Primärquellen herangezogen, die teilweise älter als 30 Jahre sind. Dies ist im Umgang mit Kindern und Jugendlichen eine nicht akzeptierbare Vorgehensweise. Der Unterausschuss DMP hat am 7. Juli 2021 mit der Erstellung der Anforderungen an DMP Adipositas begonnen. Mithin ist der Beschlussentwurf also nicht nur bereits in einem langwierigen Prozess verhaftet, er basiert auch auf einer evidenzbasierten Datenlage, die befürchten lässt, dass moderne Erkenntnisse der klinischen Praxis, insbesondere auch unter Nutzung digitaler Auswertemöglichkeiten und Patientenerfahrungen, weitgehend ausgeblendet werden und unberücksichtigt bleiben.</p> <p>Nur so können wir uns erklären, dass allen Ernstes in einem offiziellen Papier des G-BA im Jahr 2024 (!) zum sehr gravierenden</p>	<p>Gesundheitsberichterstattung des Bundes). <u>URL: https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMa04ZjppM.pdf?sequence=1&isAllowed=y</u> zu verwenden, die eine deutliche Verschiebung der Perzentilwerte nach oben aufweisen und somit bereits die Übergewichtsepidemie in Deutschland widerspiegeln. Eine Einordnung anhand der KIGSS-Referenzpopulation hätte zur Folge, dass weniger Kinder und Jugendliche als adipös eingestuft würden. In der Publikation zu den KIGGS-Daten heißt es: „Daher erscheint die weitere Anwendung der Kromeyer-Hauschild-Grenzwerte für die Definition von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland sinnvoll.“ In der KIGGS-Welle 2 (KiGGS Welle 2 – Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen) wurde somit weiterhin das Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild für den internationalen Vergleich von Referenzpopulationen und Prävalenzdaten gewählt. Die Schlussfolgerung hierbei lautet: „Für Deutschland ist dagegen das nationale Klassifikationssystem besser geeignet, den klinischen Handlungs- und Versorgungsbedarf darzulegen (...)“. Dies entspricht dem Vorgehen im vorliegenden Beschluss.</p> <p>Des Weiteren basiert der Beschluss auf Leitlinienempfehlungen. Hierbei wurde der IQWiG-Bericht herangezogen. Zudem wurde die nach Erscheinen des IQWiG-Berichts (IQWiG, IQWiG-Berichte – Nr. 1406, Leitliniensynopse Adi-</p>
--	---	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>Thema Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ein Streit zwischen Patientenvertretung einerseits und GKV-SV, DKG und KBV andererseits darüber entsteht, ab welchem Lebensalter bei Kindern mit dem Kampf gegen Adipositas begonnen werden soll: Mit 8 Jahren (weil das mal in irgendwelchen EbM- Leitlinien stand) oder mit 5 Jahren, weil die Kinder immer früher Konsumenten von dick-machenden Lebensmitteln und durch den Medienkonsum immer früher Verweigerer von gesundem Lebensverhalten einschließlich einer ausreichenden Bewegung werden.</p> <p>In der Folge dieses Konfliktes entsteht ein weiterer, fast schon skurriler Streit zur Frage, ob bei Minderjährigen am DMP aktiv der enger gefasste Kreis der „Personensorgeberechtigten“ oder zeitgemäß der weiter gefasste Kreis der „Betreuungspersonen“ mitwirken sollen.</p> <p>Noch grotesker wird es, wenn sich im Jahre 2024 ein offizielles Papier des G-BA ernsthaft mit der Frage befasst, ob das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen anhand eines BMI über dem 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentil oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5 festgelegt wird.</p> <p>Um die seltsamen Beispiele einer aus unserer Sicht unerträglichen Auseinandersetzung zwischen GKV-SV, DKG, KBV und Patientenvertretung abzurunden, sei auf die den Konflikt verwiesenen zur sog. „Transition“: man streitet sich, ob es eine nahtlose</p>	<p>positas –Kinder und Jugendliche, Abschlussbericht) publizierte amerikanische Leitlinie ebenfalls berücksichtigt (AAP 2023 - Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF, Avila Edwards KC, Eneli I, Hamre R, Joseph MM, Lunsford D, Mendonca E, Michalsky MP, Mirza N, Ochoa ER, Sharifi M, Staiano AE, Weedn AE, Flinn SK, Lindros J, Okechukwu K. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. Pediatrics. 2023 Feb 1;151(2):e2022060640. doi: 10.1542/peds.2022-060640. Erratum in: Pediatrics. 2024 Jan 1;153(1):e2023064612. doi: 10.1542/peds.2023-064612. PMID: 36622115). Sowohl die im IQWiG berücksichtigten Leitlinien als auch die AAP 2023 wurden auf ihr methodisches Vorgehen hin überprüft und als geeignet für die Erstellung des DMP Adipositas Kinder und Jugendliche befundet. Darüber hinaus sind weitere Quellen aus der aktuellen Studienlage in die Beratungen eingebracht worden. In dieser Stellungnahme werden keine konkreten fehlenden Quelle angegeben, so dass aufgrund dieser Stellungnahme kein Anpassungsbedarf gesehen wird.</p>
--	--	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Überleitung für Jugendliche in das DMP Adipositas Erwachsene gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin sowie mit relevanten Personensorgeberechtigten geplant und strukturiert geben soll.</p> <p>Vollends tragisch und keinesfalls akzeptabel ist jedoch, dass im Beschlussentwurf unter 1.5 ab Zeile 142 als Therapeutische Maßnahmen neben den sog. „Basismaßnahmen des Adipositas-managements“ wie Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation von der Patientenvertretung und der DKG die „medikamentöse“ und sogar die „chirurgische Therapie“ gefordert werden – bei Jugendlichen! Dies kann keinesfalls so akzeptiert werden.</p> <p>Da Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in aller Regel auf falsche Ernährung und Bewegungsmangel zurückzuführen ist, halten wir es als Patientenvertreter für Menschen mit Diabetes für dringend geboten, den Hebel viel früher und an ganz anderen Stellen anzusetzen. Anstelle eines 16 Seiten mit 383 Zeilen umfassenden Beschlusstextes und der ihn „Tragenden Gründe“ auf 35 Seiten mit ganzen 759 Zeilen brauchen wir einen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Ansatz außerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, weil Adipositas bei Kindern und Jugendlichen keine Krankheit sondern eine Konsequenz eines falschen Lebenswandels ist (Ausnahme natürlich Kinder mit hormonellen Störungen und ge-</p>	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>netischen Syndromen). Die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen muss auch im Hinblick auf die Folgewirkungen und die Folgekosten in den Mittelpunkt jeder gesundheitspolitischen Arbeit gerückt werden durch konsequente Reduzierung des Zugangs von Kindern und Jugendlichen zu ungesunden Lebens- und Genussmitteln, durch starke politische Eingriffe in die Werbung und den Verkauf solcher Lebens- und Genussmittel und durch eine deutliche Förderung von Sport und Bewegung für Kinder und Jugendliche. Dazu brauchen wir weder EbM noch das IQWiG. Benötigt werden zudem jetzt schnell aktuelle Studien zu den wichtigen Fragestellungen, wie z.B. Bedeutung des Gehalts an Makronährstoffen in der Diät, die Verteilung der Lebensmittel zu den Mahlzeiten, die Folgen des Verzehr von Snacks und Fast Food (gerade in KiTas oder an Schulen) oder auch Ernährungsgewohnheiten und Lebensmittelvorlieben bei Kindern und Jugendlichen.</p> <p>Uns ist natürlich bewusst, dass all diese Forderungen nicht vom G-BA in einem DMP geregelt werden können. Umso wichtiger ist es uns aber, den hier vorliegenden Beschlussentwurf als das zu kennzeichnen, was er ist: Als untauglicher Versuch, mit den Mitteln eines formalistischen und bürokratischen Prozesses eine Scheinsicherheit zu produzieren, alles für die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen getan zu haben. Bevor wir aber Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit Medikamenten oder gar chirurgischen Operationen wie eine unvermeidbare Krank-</p>	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>heit behandeln, müssen wir Sensibilität schaffen für eine konsequente Verhaltensänderung.</p> <p>Der Beschlussentwurf ist aus diesen Gründen nicht weiter zu verfolgen. Deshalb nehmen wir auch keine Kommentierung einzelner Paragraphen, Nummern oder Zeilen vor.</p>	
18.	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14. August 2024		
18.1	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Redaktionelle Anmerkungen zu Anlage 1_BE:</p> <p>Zeile 31: hinter Körpergewicht: [kg]</p> <p>Zeile 32: hinter Körpergröße: [m]</p> <p>Zeile 162: Leerzeichen zwischen: möglichauch</p> <p>Zeile 263: Leerzeichen hinter dem Bindestrich: Vor-oder</p> <p>Zeile 275: es fehlt ein „s“ bei: Schulung“s“programmen</p> <p>Zeile 279: Streichung des (Füll)Wortes: darin</p> <p>Zeile 286 & unterhalb Zeile 277 im Kasten bei „GKV-SV...“: „adipositasassoziiert“ durch „Adipositas-assoziiert“ ersetzen (sofern „adipositasassoziiert“ durch „Adipositas-assoziiert“ ersetzt wird, wird dies für den Gesamttext empfohlen; hier werden nicht alle entsprechenden Textstellen aufgeführt)</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Die redaktionellen Korrekturen wurden übernommen.</p> <p>Auf die spezifischen inhaltlichen Aspekte wird im Folgenden bei den jeweiligen konkreten Änderungsvorschlägen eingegangen.</p> <p>GKV-SV, PatV: Rehabilitationsbedürftigkeit ist eines der wesentlichen Indikationskriterien für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation nach der Definition der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA (§§7 und 8). Ebenso nutzt das Muster 61 (Verordnung einer Reha) und auch der aktuelle AR Befundbericht den Begriff „Rehabilitationsbedürftigkeit“. Deshalb hat sich der G-BA entschieden auch in der DMP Richtlinie diesen Begriff zu verwenden.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>unterhalb Zeile 277 im Kasten bei „GKV-SV...“: anstelle von Re- habilitationsbedürftigkeit wird mittlerweile der Begriff „Rehabi- litationsbedarf“ (BTHG) verwendet; es wird empfohlen, diesen Begriff im Gesamttext anzupassen</p> <p>Redaktionelle Anmerkungen zu Anlage 2_TrGr:</p> <p>Zeile 306 ff: letzter Satz im Kasten: er-scheinen ohne Bindestrich</p> <p>Anmerkungen aus kinder- und jugendärztlicher / sozialmedizi- nischer Sicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Aspekt der Perzentilenflucht / eines Perzentilenwech- sels sollte sowohl bei den Einschlusskriterien als auch bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs Berücksichtigung finden. Ein noch rechtzeitiger Einschluss von Kindern und Ju- gendlichen mit noch nicht bzw. mit Übergewicht, die sich auf die 90. Perzentile zubewegen bzw. die 90. Perzentile erreicht oder gar überschritten haben, kann den Übergang bzw. ei- ner Manifestation von Übergewicht bzw. Adipositas entgegen- wirken. - Das Thema chirurgische Therapie sollte für eine sorgfältige Indikationsstellung und einen angemessenen Einsatz dieser Therapieoption mit den dafür wichtigen Aspekten u.a. dem Hinweis auf Interdisziplinarität, Risikoabwägung, Aufklä- rung, lebenslange Nachsorge zur Sensibilisierung jeglicher 	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Behandler aufgenommen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Aspekt der Transition sollte für eine erfolgreiche Umsetzung des DMP Adipositas bei Jugendlichen / jungen Erwachsenen Berücksichtigung finden. - Der Aspekt der Nachsorge sollte für eine nachhaltige Stabilisierung und einen weiteren Ausbau des Rehabilitationserfolges aufgenommen werden. 	
<p>18.2</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 1_BE Zeile 274 Stellungnahme mit Begründung: An dieser Stelle werden nur „stationäre“ Rehabilitationsmaßnahmen erwähnt. Es gibt auch ambulante Rehabilitationsleistungen. Des Weiteren wird empfohlen, den Begriff „medizinische Rehabilitation“ zu verwenden, da der Begriff Rehabilitationsmaßnahmen zu allgemein gefasst ist und die Art der Rehabilitationsleistung nicht eindeutig benennt. Daher wird an dieser Stelle die Präzisierung der Art der Rehabilitationsmaßnahme empfohlen. Des Weiteren kann der Hinweis, dass es sich hierbei um einen Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes handelt, hilfreich sein, da es sich bei der medizinischen Rehabilita-</p>	<p>PatV, KBV, DKG: Dem Änderungsvorschlag wurde gefolgt. GKV-SV, DKG, PatV: Dem Stellungnehmer wird gefolgt und „stationäre Rehabilitationsmaßnahmen“ im ersten Satz gestrichen und durch „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ersetzt. Weiterhin werden die Wörter „als Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes“ im ersten Satz ergänzt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>tion nicht um einen Ersatz jeglicher ambulanter Behandlungsmaßnahmen inkl. Schulungsprogrammen handelt.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Im Rahmen des DMP kann eine ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation bei entsprechender Indikationsstellung als Ergänzung zu den ambulanten Schulungsprogrammen als Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes sinnvoll sein.</p>	
18.3	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 1_BE Zeile 278</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>„Die ambulante oder stationäre Rehabilitation...“</p> <p>Da es sich bei diesen Leistungen um eine medizinische Rehabilitation handelt, wird eine entsprechende Präzisierung der Art der Rehabilitationsleistung (s. Zeile 274 ff.) durch das Wort „medizinische“ vor Rehabilitation empfohlen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation...</p>	<p>PatV, KBV, DKG: Dem Änderungsvorschlag wurde gefolgt.</p> <p>GKV-SV, DKG: Dem Stellungnehmer wird gefolgt, entweder wird nur „medizinisch“ ergänzt oder ersetzt durch „Leistung zur medizinischen Rehabilitation“, wie unter 18.2.</p>
18.4	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom</p>	<p>Anlage 1_BE Zeile 279-282</p>	<p>PatV, KBV, DKG: Die genannten Aspekte wurden im Absatz aufgenommen.</p> <p>GKV-SV, DKG: Dem Stellungnehmer wird zum Teil gefolgt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	<p>14.08.2024</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Zu den individuellen Rehabilitationszielen einer medizinischen Rehabilitation gehört nicht die „Erlangung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“. Die Sicherung bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit gehört zu den trägerspezifischen Zielen, wie z.B. der gesetzlichen Deutschen Rentenversicherung. Ziel einer medizinischen Rehabilitation ist insbesondere die Reduktion von Funktionsstörungen. Daher wird eine Formulierungsänderung zur weiteren Präzisierung empfohlen. Statt „Kinder und Jugendliche sollen darin unterstützt werden, ihre individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen oder aufrechtzuerhalten, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder zu vermindern und eine spätere Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erlangen.“ Wie folgt:</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Kinder und Jugendliche sollen durch die Vermeidung, Reduktion oder Beseitigung von Funktionsstörungen in ihrer physischen und psychischen Entwicklung unterstützt werden, um ihre individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit aufrechtzuerhalten oder zu erlangen sowie eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu vermindern oder zu beseitigen. Die Leistungsfähigkeit für eine Teilhabe an Schule und Ausbildung soll gefördert werden, um eine Teilhabe am späte-</p>	<p>Der Satz „Die Leistungsfähigkeit für eine Teilhabe an Schule und Ausbildung soll gefördert werden, um eine Teilhabe am späteren Erwerbsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen.“ wird nach „vermindern“ eingefügt. Nach „vermindern“ wird ein Punkt gesetzt. Keine Übernahme des ersten vorgeschlagenen Satzes, da dies keine ICF konforme Formulierung ist, im Vordergrund stehen Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen und daraus resultierende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe.</p>
--	-------------------	--	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		ren Erwerbsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen.	
18.5	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024	<p>Anlage 1_BE Zeile 284-287 Stellungnahme mit Begründung: „Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation verfolgt das Ziel, die durch eine Adipositas resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sowie adipositasassoziiertes Risiko-faktoren oder Komorbiditäten zu vermeiden, zu vermindern oder ihnen entgegenzuwirken.“</p> <p>Hier wird eine weitere Präzisierung empfohlen. Bei einer medizinischen Rehabilitation geht es insbesondere um die Vermeidung, Reduktion oder Beseitigung von „Funktionsstörungen“. Darüber hinaus sei angemerkt, dass „vermeiden“ und „entgegenwirken“ inhaltlich dasselbe ist. „Leistung zur“ kann in diesem Zusammenhang gestrichen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Eine medizinische Rehabilitation bei Adipositas bei Kindern und Jugendlichen verfolgt das Ziel, die durch die Erkrankung selbst, ihrer Risikofaktoren oder Komorbiditäten resultierenden Funktionsstörungen, die zu einer Beeinträchtigung der Aktivitäten</p>	<p>PatV: Die genannten Aspekte wurden aufgenommen. GKV-SV, KBV, DKG: Keine Übernahme, da dies keine ICF konforme Formulierung ist, im Vordergrund stehen Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen und daraus resultierende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		und Teilhabe führen, zu vermeiden, zu vermindern oder im besten Fall zu beseitigen.	
18.6	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024	<p>Anlage 1_BE</p> <p>Kapitel 1.2</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Unter kinder- und jugendärztlichen sowie sozialmedizinischen Gesichtspunkten spielt für eine Teilnahme am DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche insbesondere die individuelle Entwicklungsreife eine Rolle, um an den entsprechenden altersadaptierten Schulungsprogramm teilnehmen zu können. Die dafür erforderliche Entwicklungsreife ist in der Regel mit Schulreife bzw. mit Schuleintritt gegeben. An dieser Stelle erscheint daher eine Teilnahme ab dem vollendeten fünften Lebensjahr sinnvoll. Der Eintritt in die Grundschule ist häufig der Knackpunkt für eine weitere ungünstige Gewichtsentwicklung im Kontext von Übergewicht und Adipositas (bereits vor Einschulung bestehend oder nach Einschulung entstehend). Daher wird die Altersbegrenzung mit dem 9. Geburtstag als „zu spät“ bewertet.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>In das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten fünften Lebensjahr....</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>wenn die Kinder und Jugendlichen die dafür notwendige Einsichtsreife haben...</p> <p>oder</p> <p>In das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten fünften Lebensjahr..... wenn die Kinder und Jugendlichen die dafür notwendige Einsichtsreife haben...</p> <p>darstellt (Ende Zeile 72). Im begründeten Einzelfall kann in Abhängigkeit der Entwicklungsreife eine Einschreibung auch vor dem 6. Geburtstag erfolgen.</p>	
<p>18.7</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 1_BE</p> <p>Kapitel 1.2</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Es wird empfohlen, beide Begriffe mit aufzunehmen</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Personenberechtigten. Im Einzelfall kann diese Funktion auch durch eine vom Personenberechtigten benannte Betreuungsperson übernommen werden, sofern diese im Alltag der Patientin / des Patienten eine wesentliche Bezugsperson darstellt.</p>	<p>Es wurde ein allgemeiner Absatz im Kapitel „Allgemeine Grundsätze der Therapie“ eingefügt, der die Vorgaben zur Einbeziehung von Personensorgeberechtigten bzw. Betreuungspersonen beschreibt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>18.8</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 1_BE</p> <p>Kapitel 1.2</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>eine Aufnahme des Kriteriums „oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5“</p> <p>Begünstigt einen noch rechtzeitigen Einschluss von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht, um einen Übergang bzw. einer Manifestation von Adipositas entgegenzuwirken. Darüber hinaus ist der Einbezug des Perzentilenverlaufs des BMI der Patientin bzw. des Patienten ein wichtiger Parameter. Eine Perzentilenflucht bzw. ein Perzentilenwechsel beim BMI sollte ebenfalls in die Einschlusskriterien einfließen.</p> <p>https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0037-1618923</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Aufnahme des Kriteriums</p> <p>„oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5“ und zusätzlich „oder einem BMI auf der 90. Perzentile oder oberhalb der 90. Perzentile bei Perzentilenflucht bzw. Perzentilenwechsel“</p>	<p>PatV: Zum Taille-Größe-Index: Dank und Kenntnisnahme Zum Perzentilenwechsel/Perzentilenflucht: Aus Sicht der Patientenvertretung wäre diese Ergänzung sehr sinnvoll, weil sie präventiv Wirkung entfalten würde. Jedoch sind DMPs so ausgelegt, dass erst bei Manifestation einer chronischen Erkrankung eingeschrieben werden kann. Der Perzentilenwechsel bzw. die Perzentilenflucht ist zudem schwierig festzulegen bzw. zu definieren.</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV: Zum Taille-Größe-Index: Auch wenn der BMI die Fettverteilung nicht berücksichtigt, ist dies ein international anerkannter und standardisierter Indikator für Übergewicht und Adipositas (WHO Obesity Report 2022 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1). Bei Kindern und Jugendlichen wird der individuell gemessene BMI anhand alters- und geschlechtsspezifischer Perzentilkurven eingeordnet. In diesem DMP wird das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gemäß der deutschen Leitlinie (AGA 2019) mit dem Überschreiten der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile erreicht. Im weiteren Verlauf dient die Erhebung des individuellen</p>
--------------------	--	---	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>oder alternativ</p> <p>„oder anhand eines Taille-Größe Index > 0,5 unter Einbezug des Perzentilenverlaufs (Perzentilenflucht bzw. Perzentilenwechsel)</p>	<p>BMI der Berechnung des individuellen alters- und geschlechtsspezifischen BMI-SDS. Hierdurch kann eine genaue Einordnung der Adipositas und des Verlaufs erfolgen. Eine Reduktion des BMI-SDS um mindestens 0,2 wird als klinisch relevant eingestuft (AGA 2019). Hieraus ergibt sich ein gut messbares Qualitätskriterium (vgl. Nr.2 Qualitätssichernde Maßnahmen).</p> <p>Die Bedeutung des (im Vorschlag unabhängig von Alter und Geschlecht erhobenem) Taille-Größe-Indexes als Diagnostikum und als validierter Verlaufsparemeter ist hingegen noch unzureichend untersucht (Robert Koch Institut (RKI). Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS); 2. erweiterte Auflage [online]. Berlin (GER): RKI; 2013. [Zugriff: 07.06.2024]. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). URL: https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3254/28jWMa04ZjppM.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Dieser Index eignet sich somit nicht als Einschlusskriterium für das DMP.</p> <p>GKV-SV, DKG: Zum Einschluss anhand des Perzentilenverlaufs (Perzentilenflucht/-wechsel): Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Der Einschluss in das DMP erfolgt bei der Erkrankung Adipositas und nicht seiner Vorstufen.</p>
--	--	---	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>18.9</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 1_BE</p> <p>Zeile 234</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>„Erfolgt grundsätzlich durch...“</p> <p>Hier wird vorgeschlagen, Absatz 1 aus GKV-SV und Absatz 2 aus KBV / PatV zu übernehmen. Hierdurch wird der größtmögliche Konsens erzielt und schafft gleichzeitig eine ausreichend große Gruppe, die für die Umsetzung des DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche in Frage kommen kann.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>durch die Hausärztin oder den Hausarzt, insbesondere durch die Kinder- und Jugendärztin oder den Kinder- und Jugendarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.</p> <p>In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter eine entsprechend qualifizierte Fachärztin oder einen entsprechend qualifizierten Facharzt mit Bezug zu Kinder- und Jugendmedizin oder eine entsprechend qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt,</p>	<p>KBV: Die Position wurde angepasst.</p> <p>GKV-SV, DKG: Die Koordination der Versorgung soll ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte solcher Fachgruppen erfolgen, deren Weiterbildung eine internistische Ausrichtung aufweist. Der Einbezug von Fachärztinnen/Fachärzten „mit Bezug zur Kinder- und Jugendmedizin“ kann zwar sinnvoll sein, wenn es um die Behandlung von Begleiterkrankungen geht, allerdings sollte bei der übergeordneten Koordination stets das Spektrum der hier maßgeblichen Stoffwechselerkrankung und ihrer wichtigsten Folgeerkrankungen überblickt werden. Keine Übernahme des 2. Absatzes von der KBV/PatV.</p>
--------------------	--	---	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>18.10</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 1_BE Zeile 273 Stellungnahme mit Begründung: „Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme“ Eine Rehabilitationsmaßnahme wird nicht veranlasst, sondern durch Verordnung bei der GKV oder durch Antragsstellung des Versicherten beim RV-Träger eingeleitet. Der Begriff „medizinische Rehabilitation“ wird anstelle der Verwendung des Begriffs „Rehabilitationsmaßnahme“ empfohlen (s.o. Anmerkung zu Zeile 274) Änderungsvorschlag: Einleitung einer medizinischen Rehabilitation</p>	<p>Keine Übernahme des Vorschlags, denn der vorgeschlagene Begriff „Einleitung“ beschreibt nicht die Aufgabe der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes, denn dieser prüft, ob eine Reha-Maßnahme sinnvoll ist und verweist die Patientin oder den Patienten dann die Krankenkasse oder den Rentenversicherungsträger.</p>
<p>18.11</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 1_BE Zeile 277 ff Stellungnahme mit Begründung: „Der BMI-Perzentilenwert allein ist für die Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht ausreichend. Wesentlich ist die Berücksichtigung adipositasassoziiierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen.“ - „Rehabilitationsbedarf“ ist der gängige Begriff (BTHG),</p>	<p>Da der Einschluss in das DMP erst bei der manifesten Erkrankung der Adipositas erfolgt und nicht bei seinen Vorstufen ist es nicht notwendig die Rehabilitationsbedürftigkeit bei Übergewicht darzustellen. Rehabilitationsbedürftigkeit ist eines der wesentlichen Indikationskriterien für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation nach der Definition der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA (§§7 und 8). Ebenso nutzt das Muster 61 (Verordnung einer Reha) und auch der aktuelle AR Befundbericht</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>daher wird empfohlen, den Begriff „Rehabilitationsbedürftigkeit“ durch „Rehabilitationsbedarf“ zu ersetzen (siehe oben bei allgemeinen Anmerkungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - „adipositasassoziierter“ (siehe oben bei allgemeinen Anmerkungen) <p>Zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs gehört auch die Bewertung des Perzentilenverlaufs (Perzentilenflucht / Perzentilenwechsel; gleich-größer 90. Perzentile).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Der BMI-Perzentilenwert allein ist für die Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht ausreichend. Wesentlich ist die Berücksichtigung adipositasassoziierter Risikofaktoren und / oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen. Des Weiteren wird empfohlen, den BMI-Perzentilenverlauf mit Blick auf die 90. Perzentile (Perzentilenflucht, Perzentilenwechsel) für die Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs mit einfließen zu lassen.</p>	<p>den Begriff „Rehabilitationsbedürftigkeit“. Deshalb hat sich der G-BA entschieden auch in der DMP Richtlinie diesen Begriff zu verwenden.</p>
<p>18.12</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 1_BE Kapitel 1.4.3 Stellungnahme mit Begründung:</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme KBV, DKG, GKV-SV: Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Aus kinder- und jugendärztlicher sowie sozialmedizinischer Perspektive ist die Transition ein wichtiger Aspekt. Die Sicherstellung der Versorgungskontinuität und Vermeidung von Versorgungsabbrüchen ist zum einen wesentlich für diese Zielgruppe, aber zum anderen sollten auch hier die ökonomischen Gesichtspunkte beleuchtet werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, kann im Einzelfall eine nahtlose Überleitung für</p> <p>Jugendliche in das DMP Adipositas - Erwachsene sinnvoll sein, um den Erfolg des begonnenen DMP Adipositas Kinder und Jugendliche nicht zu gefährden und weiter auszubauen.</p>	<p>die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich. Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p>
<p>18.13</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 1_BE</p> <p>Zeile 287</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Ergänzung nach Satzende:</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die medizinische Rehabilitation ist immer als Teil eines Gesamtbehandlungs Konzeptes zu betrachten. Für die Stabilisierung und</p>	<p>PatV: Dem Ergänzungsvorschlag wurde gefolgt.</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Die Nachsorge wird durch die Rehaeinrichtung eingeleitet und liegt somit in deren Verantwortung.</p> <p>GKV-SV, DKG: Des Weiteren bezieht sich das Reha-Kapitel auf die Anregung einer Reha-Leistung und nicht auf die Umsetzung und Anschlussversorgung.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		den weiteren Ausbau des Rehabilitationserfolges können Nachsorgeleistungen in Betracht kommen.	
18.14	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024	<p>Anlage 1_BE</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Weitere Präzisierung für ein besseres Verständnis empfohlen</p> <p>„Die Ärztin beziehungsweise der Arzt prüft, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und verweist die Patientin oder den Patienten gegebenenfalls für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger, die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger. Im Bereich der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche besteht eine gleichrangige Zuständigkeit.“</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Ärztin beziehungsweise der Arzt prüft, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und leitet die dafür notwendigen Schritte ein. Gegebenenfalls verweist sie bzw. er die Patientin oder den Patienten für die weitere Beratung und Prüfung an den vermeintlich zuständigen Rehabilitationsträger, wie z.B. die gesetzliche Krankenkasse (GKV) oder die Rentenversicherungsträger (DRV). Im Bereich der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche besteht bei der GKV und DRV eine gleichrangige Zuständigkeit.</p>	<p>PatV, DKG, KBV: Die Präzisierung wird nicht für erforderlich gehalten</p> <p>GKV-SV: Die Ergänzungen werden nicht übernommen, da davon auszugehen ist, dass den koordinierenden Ärztinnen und Ärzten die Schritte zur Einleitung einer RehaMaßnahme bekannt sind.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>18.15</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 1_BE Zeile 315 Stellungnahme mit Begründung: An dieser Stelle kann nach dem Satz die Thematik der Transition (s.o. – Kapitel 1.4.3) eingeflochten und somit berücksichtigt werden. Im Sinne der Transition ist eine Fortführung des DMP Adipositas Kinder und Jugendliche ggf. im Einzelfall bis zum 22. Geburtstag oder eine „Um-Einschreibung“ ins DMP Adipositas Erwachsene sinnvoll. Änderungsvorschlag: Ergänzung nach Satzende in Zeile 315: Um bei Jugendlichen, die sich an der Grenze der Transition befinden, die Versorgungskontinuität sicherzustellen, kann im Einzelfall eine nahtlose Überleitung in das DMP Adipositas - Erwachsene sinnvoll sein, um den Erfolg eines bereits begonnenen DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche nicht zu gefährden und weiter auszubauen.</p>	<p>PatV: Dem Ergänzungsvorschlag wird nicht gefolgt. Der Versorgungsaspekt „Transition“ ist bereits ausreichend im Kapitel 1.4.3 abgedeckt. KBV, DKG: Die Position wurde ohne Ergänzung übernommen. Zum Aspekt der Transition vgl. 18.12. GKV-SV: Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich. Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p>
---------------------	--	---	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>18.16</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 1_BE Zeile 315 ff. Stellungnahme mit Begründung: GKV-SV, PatV In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob im Einzelfall eine Teilnahme über das 18. Lebensjahr hinaus sinnvoll ist. Die Teilnahme endet spätestens mit der Vollendung des 21. Lebensjahres. Eine Einschreibung in dieses DMP ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht möglich. Änderungsvorschlag: Aufnahme unter dem Gesichtspunkt der Transition befürwortet und ergänzt durch In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob im Einzelfall eine Teilnahme über das 18. Lebensjahr – auch unter dem Aspekt der Transition - hinaus sinnvoll ist. Die Teilnahme endet spätestens mit der Vollendung des 21. Lebensjahres. Eine Einschreibung in dieses DMP ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht möglich.</p>	<p>PatV: Der Versorgungsaspekt „Transition“ ist bereits ausreichend im Kapitel 1.4.3 abgedeckt. KBV, DKG: Die Position wurde ohne Ergänzung übernommen. Zum Aspekt der Transition vgl. 18.12. GKV-SV, PatV: Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich. Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p>
---------------------	--	---	---

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>18.17</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 1_BE Zeile 146 Stellungnahme mit Begründung: Der erste Schritt ist die Gewichtsstabilisierung und der zweite Schritt eine Gewichtssenkung über einen längeren Zeitraum. Änderungsvorschlag: ...um das Übergewicht im ersten Schritt zu stabilisieren und im weiteren Verlauf schrittweise, über einen längeren Zeitraum nachhaltig zu senken.</p>	<p>Dieser Aspekt ist in der Formulierung „um das Übergewicht schrittweise zu senken“ bereits umfasst.</p>
<p>18.18</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 2_TrGr Zeile 128 ff Stellungnahme mit Begründung: Siehe oben: Stellungnahme zu Anlage 1_BE Kapitel 1.2 Änderungsvorschlag: Anpassung der Altersgrenze nach unten Siehe oben: Änderungsvorschlag zu Anlage 1_BE Kapitel 1.2</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV, KBV, DKG: Der G-BA hat sich aufgrund der vielen Stellungnahmen zum Thema einer Einschreibung ab dem fünften Lebensjahr zu einer Änderung der Richtlinie entschlossen. Eine Einschreibung ist nun ab dem vollendeten 5. Lebensjahr möglich. Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aber nur für die Patientengruppe ab dem vollendeten 8. Lebensjahr ein bundesweit flächendeckendes Schulungsangebot vorhanden ist und es nur vereinzelte und regional verfügbare Angebote für die 5- bis 7- Jährigen gibt, ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und solange in der Region ein</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann. Programme können somit auch dann angeboten werden, wenn in der jeweiligen Region zum Programmstart noch kein Schulungsangebot für die Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen vorhanden ist
18.19	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024	<p>Anlage 2_TrGr</p> <p>Nr. 1.4.1</p> <p>Zeile 160 ff</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Eine verbale Sensibilisierung zur „Perzentilenflucht / zum Perzentilenwechsel“ scheint sinnvoll.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>...idealerweise anhand von Perzentil-Dokumentationen (Perzentilenflucht, Perzentilenwechsel) erhoben.</p>	Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Die Einordnung des Ausmaßes der Adipositas sowie des Weiteren Verlaufs erfolgt anhand des individuellen alters- und geschlechtsspezifischen BMI-SDS, welcher bei jeder Dokumentation bei Eingabe des Gewichts und der Körpergröße automatisch berechnet wird. Erläuterungen hierzu sind im Kapitel 1.6 Verlaufsuntersuchungen und in der Anlage 26 sowie den jeweiligen Tragenden Gründen verortet.
18.20	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024	<p>Anlage 2_TrGr</p> <p>1.4.3</p> <p>Zeile 177 ff</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaß-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Aus kinder- und jugendärztlicher sowie sozialmedizinischer Sicht ist zur Reduktion oder Vermeidung von Spätfolgen chronischer Erkrankungen eine erfolgreiche Transition unerlässlich</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Der Aspekt der Transition sollte ausreichend berücksichtigt werden (siehe PatV)</p>	<p>nahme und bei längerer Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich. Zur Transition werden jedoch keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.</p>
<p>18.21</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 2_TrGr</p> <p>Nr. 1.5.1</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Da davon auszugehen ist, dass das Bewusstsein für eine stigmatisierungsfreie und motivierende Gesprächsführungstechnik beim Arzt-Patienten Gespräch häufig nicht ausreichend vorhanden ist, erscheint eine Sensibilisierung hierfür sinnvoll.</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, DKG, GKV-SV: Die Version der PatV wird hier abgelehnt, da die ärztliche Gesprächsführung zum Kernbereich des allgemeinen ärztlichen Handelns gehört und hier kein spezifisches Vorgehen obligat gefordert werden soll. Unter 1.4.2 Therapieplanung wird der stigmatisierungsfreie Ansatz bereits aufgegriffen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Eine Aufnahme dieses Aspekts wird befürwortet und eine Ergänzung durch „stigmatisierungsfrei“ empfohlen.</p>	
18.22	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 2_TrGr</p> <p>Nr. 1.5.6</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Dieser Aspekt sollte aus kinder- und jugendärztlicher sowie sozialmedizinischer Sicht aufgrund auf diesem Gebiet mangelnder Sensibilisierung aufgenommen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die vorgeschlagene Formulierung umfasst alle wichtigen Aspekte.</p>	<p>PatV, DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, GKV-SV: Die Adipositas-Chirurgie bei Kindern und Jugendlichen beruht auf Einzelfallentscheidungen. Diese können im DMP nicht adäquat abgebildet werden, zumal der Fokus des DMP auf den Patientenschulungen zu den Basismaßnahmen zu Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation liegt.</p>
18.23	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 2_TrGr</p> <p>Zeile 333</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Siehe oben: Stellungnahme zu Anlage 1_BE</p> <p>Zeile 273</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: keine Anpassung in den TrGr notwendig, da der Vorschlag nicht übernommen wurde.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		Siehe oben: Änderungsvorschlag zu Anlage 1_BE Zeile 273	
18.24	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024	Anlage 2_TrGr Zeile 467ff Stellungnahme mit Begründung: Hier wird der Aspekt der Transition berücksichtigt. Änderungsvorschlag: Aufnahme des Textabschnittes der GKV-SV/PatV wird empfohlen.	PatV, GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme KBV, DKG: Die Position wurde übernommen.
18.25	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024	Anlage 2_TrGr Zeile 484 ff Stellungnahme mit Begründung: Für eine nachhaltige Gewichtsreduktion ist der Aspekt längerfristiger Schulungsprogramme wesentlich. Kurze Schulungsprogramme sind nicht zielführend. Änderungsvorschlag: Aufnahme der Formulierung des GKV-SV wird empfohlen.	KBV, DKG, PatV: Die Position wurde übernommen. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>18.26</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 2_TrGr Zeile 493 ff Stellungnahme mit Begründung: Eine Konkretisierung der „Begleitpersonen“ ist für ein besseres Verständnis sinnvoll. Änderungsvorschlag: Aufnahme der Formulierung von GKV-SV, DKG, PatV wird empfohlen.</p>	<p>Aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen wurden im Kapitel 1.4 Grundsätze der Therapie die Empfehlungen und Vorgaben zum Einbezug Dritter erläutert und in relevanten Kapiteln zu spezifischen Aspekten, beispielsweise unter 4.2 Schulungen der Versicherten, aufgegriffen. Hierbei wurden beide Begriffe (Personensorgeberechtigte bzw. relevante Betreuungspersonen) aufgenommen.</p>
<p>18.27</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) vom 14.08.2024</p>	<p>Anlage 2_TrGr Zeile 342 Stellungnahme mit Begründung: Im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation kann eine Nachsorgeleistung erforderlich sein, um das Rehabilitationsergebnis zu nachhaltig zu sichern und weiter auszubauen. Die Möglichkeit einer Nachsorge im Anschluss an eine Rehabilitation sollte der Vollständigkeit halber aufgenommen werden. Änderungsvorschlag: Während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation kön-</p>	<p>PatV: Dem Änderungsvorschlag wurde gefolgt. GKV-SV, DKG: keine Anpassung in den TrGr notwendig, da der Vorschlag nicht übernommen wurde.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

		nen Nachsorgeangebote in Betracht kommen, um das Rehabilitationsergebnis nachhaltig zu sichern und weiter auszubauen.	
--	--	---	--

II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden nicht fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG)	18. August 2024	Stellungnahme

Zusammenfassung der nicht fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Arbeitsgruppe hat die nicht fristgerecht eingegangene Stellungnahme in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 20. September 2024 zur Kenntnis genommen. Eine Auswertung nach Fristablauf erfolgt grundsätzlich nicht. Die stellungnehmende Organisation wurde auf diese Rechtsfolge im Anschreiben vom 17. Juli 2024 hingewiesen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	(Stand: 24. Oktober 2024)
1.	Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) vom 18.08.2024		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>1.1</p>	<p>Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) vom 18.08.2024</p>	<p>Anlage 1 Zeile 92 1.3 Therapieziele. Einfügen d) Verbesserung der Körperwahrnehmung und der körperlich wahrnehmbaren psychischen Bedürfnisse</p>	<p>Zu Ergänzung eines Punktes d): Mit einer Veränderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten können auch unabhängig der BMI-SDS-Entwicklung positive psychische Effekte angestrebt werden. Dies ist unter „Verbesserung Adipositas-assoziiierter Risikofaktoren und Krankheiten“ subsummiert, da die spezifischen Ziele individuell stark variieren können. Dementsprechend werden hier keine Anpassungen vorgenommen, auch wenn sie inhaltlich richtig sind.</p>
<p>1.2</p>	<p>Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) vom 18.08.2024</p>	<p>Zeile 140 Aufnahme der Nr. 1.4.3 (Transition), wie PatV</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme KBV, DKG, GKV-SV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Grundsätzlich soll die DMP-Teilnahme so lange andauern, wie die Teilnehmenden davon profitieren. Insbesondere nach stattgehabter Schulungsmaßnahme und bei längerer Teilnahme ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Teilnehmenden weiterhin vom DMP profitieren. Bei Eintritt ins Erwachsenenalter muss zudem beachtet werden, dass die Anforderungen im DMP Adipositas – Erwachsene sich von den Anforderungen im DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche unterscheiden. Sollte die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass die Patientin oder der Patient weiterhin profitieren kann und die Anforderungen an das DMP Adipositas - Erwachsene erfüllt, ist die Einschreibung in das DMP Adipositas - Erwachsene möglich. Zur Transition werden jedoch</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

			keine expliziten Anforderungen gestellt, da bei der Entscheidung des Übergangs in das Erwachsenen-DMP vor allem die individuelle Situation und der bisherige Verlauf im DMP berücksichtigt werden müssen und keine automatische Überleitung erfolgen soll.
1.3	Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) vom 18.08.2024	<p>Zeile 153</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Aufnahme des Vorschlags der PatV</p> <p>„, die durch motivierende Gesprächsführung im Arzt-Patienten Gespräch vermittelt werden sollen.</p> <p>Zusätzlich einfügen:</p> <p>Grundsätzlich sollten nicht nur die Fragen der Lebensstiländerung und der Schulung Eingang finden, sondern die das problematische Verhalten aufrechterhaltenden Faktoren. Hierzu gehören Fragen zur Familiendynamik (nicht nur die der Essgewohnheiten in der Familie) und der Selbstkonzeptbildung der Patientinnen einschließlich der möglicherweise verzerrten Körperwahrnehmung</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG: Die Version der PatV wird hier abgelehnt, weil Vorgaben zur ärztlichen Gesprächsführung den Kernbereich allgemeinen ärztlichen Handelns berühren und nicht Gegenstand von Richtlinien jeglicher Art sein können. Inhalte zur Anamnese werden im Kapitel 1.4.1 adressiert und in den zugehörigen Tragenden Gründen näher erläutert. Dort finden auch die Aspekte Familiendynamik und psychischen Faktoren Berücksichtigung.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Inhaltlich richtig, jedoch erscheint dieser Aspekt nicht an dieser Stelle richtig verortet. Im Kapitel 1.4.1. finden sich viele der genannten Aspekte der aufrechterhaltenen Faktoren. Es kann zudem davon ausgegangen werden, dass das auch Inhalt der Schulung ist.</p>
1.4	Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) vom	<p>Zeile 199</p> <p>Zusätzlich einfügen: Neben verhaltenstherapeutischen Ansätzen sollten hier stets auch personzentriert-experientielle ein-</p>	Die im BE aufgeführten Beispiele von Methoden der Verhaltensmodifikation entstammen den zu Grunde gelegten Leitlinien. Weitere, spezifische Techniken, Verfahren oder Vorgehensweisen sind grundsätzlich nicht ausgeschlossen und die

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	18.08.2024	schließlich des Motivational Interviewing (MI) und systemisch-multifamilientherapeutische Angebote zur Verfügung stehen.	Anwendung voraussichtlich auch vom Angebot eventuell der Auswahl weiterer einbezogener Fachgruppen (siehe 1.7.2) abhängig. Als grundsätzlich immer zur Verfügung stehende Angebote sollen diese jedoch in der Richtlinie nicht aufgeführt werden.
1.5	Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) vom 18.08.2024	Zeile 234 Aufnahme des Vorschlags der GKV, PatV	PatV, KBV: Dank und Kenntnisnahme, die Position der KBV entspricht der Position der PatV. GKV-SV: Die Koordination der Versorgung soll ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte solcher Fachgruppen erfolgen, deren Weiterbildung eine internistische Ausrichtung aufweist. Der Einbezug von Fachärztinnen/Fachärzten „mit Bezug zur Kinder- und Jugendmedizin“ kann zwar sinnvoll sein, wenn es um die Behandlung von Begleiterkrankungen geht, allerdings sollte bei der übergeordneten Koordination stets das Spektrum der hier maßgeblichen Stoffwechselerkrankung und ihrer wichtigsten Folgeerkrankungen überblickt werden.
1.6	Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) vom 18.08.2024	Zeile 277 Aufnahme des Vorschlags der GKV-SV, DKG, KBV	Dank und Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

<p>1.7</p>	<p>Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) vom 18.08.2024</p>	<p>Anlage 2 Zeile 134 Aufnahme des Vorschlags der KBV, DKG: „Der in dieser Anlage der DMP-A-RL nicht juristisch definierte Begriff „Betreuungspersonen“ beschreibt diejenige/n Personen oder Person...“</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme.</p>
<p>1.8</p>	<p>Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) vom 18.08.2024</p>	<p>Zeile 160 Aufnahme des Vorschlags der GKV-SV, DKG, KBV: „Bei der indikationsspezifischen Erstanamnese handelt es sich...“</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme.</p>
<p>1.9</p>	<p>Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) vom 18.08.2024</p>	<p>Zeile 181 Aufnahme des Vorschlags der PatV zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen: „Das Arzt-Patienten Gespräch unter Verwendung der motivierenden Gesprächsführungstechnik (Motivational Interviewing, MI) kann dazu beitragen, die Verhaltensänderungen anzufangen und dauerhaft aufrechtzuerhalten....“</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme KBV, DKG, GKV-SV: Die Version der PatV wird hier abgelehnt, weil Vorgaben zur ärztlichen Gesprächsführung den Kernbereich allgemeinen ärztlichen Handelns berühren und nicht Gegenstand von Richtlinien jeglicher Art sein können.</p>
<p>1.10</p>	<p>Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung</p>	<p>Zeile 494 Aufnahme eines der beiden Vorschläge, keine Präferenz der GwG</p>	<p>Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

	tung (GwG) vom 18.08.2024		
--	---------------------------	--	--

III. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 17. Juli 2024 eingeladen bzw.im Unterausschuss DMP angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	26. Juli 2024	nein
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED)	12. August 2024	ja
Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD)	13. August 2024	ja
Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG)	13. August 2024	ja
Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)	13. August 2024	ja

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Endokrinologie und -Diabetologie (DGPAED)	13. August 2024	nein
Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)	14. August 2024	ja
Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED)	14. August 2024	ja
Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE)	14. August 2024	ja
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)	14. August 2024	ja
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM)	14. August 2024	ja
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V.	14. August 2024	ja
Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. (AcSD)	14. August 2024	ja
Deutsche Diabetes Föderation e. V. (DDF)	14. August 2024	nein
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)	14. August 2024	ja

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 16. Oktober 2024 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DE-GEMED)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
3.	Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Deutsche Diabetes	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren As-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	Gesellschaft (DDG)		pekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
6.	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
7.	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
8.	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
9.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich Änderungen in der Fußnote 3 der laufenden Nummer 15 der Anlage 2.
10.	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V.	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
11.	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. (AcSD)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
12.	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



Wortprotokoll

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine AG DMP Adipositas DMP-Anforderungen- Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung des DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche: Auswertung des Stellungnahmeverfahrens und Beschlussempfehlung

Vom 16. Oktober 2024

Vorsitzende:	Frau Maag
Beginn:	10:46 Uhr
Ende:	11:39 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD)

Frau Dr.

Frau

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG)

Frau Dr.

Herr Prof. Dr.

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Frau Prof. Dr.

Herr Prof. Dr.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Herr Dr.

Frau Prof. Dr.

Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED)

Frau

Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE)

Frau Prof.

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)

Frau

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)

Frau Dr. med. B

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED)

Frau

Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Frau Dr.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V.

Frau PD Dr.

Adipositaschirurgie-Selbsthilfe-Deutschland e. V. (AcSD)

Herr

Frau

Beginn der Anhörung: 10:46 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Es ist 10:45 Uhr. Es sind nahezu alle eingeladenen und stellungnahmeberechtigten Organisationen da. Meine Damen und Herren von den stellungnahmeberechtigten Organisationen, ich darf Sie hier bei uns heute zur Anhörung ganz herzlich begrüßen. Ich freue mich, dass Sie mit Ihrer Expertise für das neue DMP Adipositas Kinder und Jugendliche zur Verfügung stehen und uns auch Auskunft geben können zu dem, was Sie uns bisher schriftlich vorgelegt haben.

Es haben sich insgesamt 14 Organisationen angemeldet. Ich bitte diejenigen, die ich jetzt gleich aufrufen werde, das Mikro zu verwenden, wenn Sie das Wort ergreifen, und zu Beginn immer Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen; nicht, weil wir das nicht wüssten, aber es macht es dem Protokollierenden leichter, Sie wissen, es wird ein Protokoll von der Anhörung erstellt und auch veröffentlicht.

Wenn Sie das Wort ergreifen, gehen Sie bitte davon aus, dass wir alle Ihre schriftlichen Stellungnahmen gelesen haben und auch schon für uns in der jeweiligen Position bewertet haben. Das heißt, sie sind auch beraten worden und für Sie besteht heute die Gelegenheit, das zu akzentuieren, was für Sie besonders wichtig ist, noch mal darzustellen, zu ergänzen, wenn Sie meinen, dass etwas zu kurz gekommen ist in Ihren schriftlichen Stellungnahmen. Und für uns besteht natürlich die Möglichkeit zur gezielten Nachfrage.

Wir haben für Ihre Stellungnahme jeweils drei Minuten vorgesehen. Die meisten kennen unsere Sanduhr schon, es wird eine Sanduhr auf dem Bildschirm zu sehen sein, sodass Sie einschätzen können, wie schnell oder langsam Sie reden wollen oder müssen.

Ich würde immer nach fünf Organisationen eine Pause machen, um Zeit für Fragen seitens der Bänke und der Patientenvertretung zu ermöglichen. Ansonsten sind die Fragen womöglich schon wieder weg, wenn wir erst alle 14 Organisationen anhören. Das heißt also, immer nach fünf Organisationen gibt es eine Pause.

Das war jetzt meine Vorrede. Jetzt sind Sie an der Reihe nach dem zeitlichen Eingang Ihrer Stellungnahme, und es beginnt der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland. Es haben sich angemeldet Frau Dr. (VDBD) und Frau (VDBD). Wem darf ich das Wort geben?

Frau (VDBD): Ich werde heute vorsprechen. Sie haben es schon gesagt: Ich bin stellvertretende Vorstandsvorsitzende des VDBV e. V., für den ich heute auch hier vorspreche. Ich bin selber Diabetesberaterin, aktiv im Dienst in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis.

Wir möchten noch mal darauf hinweisen, dass aus entwicklungspsychologischer Sicht eine stärkere Differenzierung zwischen Kindern und Jugendlichen wichtig wäre. Wir haben hier einfach eine sehr heterogene Gruppe. Zudem gibt es nicht nur den Altersunterschied, sondern ja auch einen Unterschied im Bildungsgrad und allgemein in der Bildung. Das heißt, uns wäre ebenfalls sehr wichtig bzw. wir möchten betonen, dass auch hierauf in Schulungsmaßnahmen auf jeden Fall eingegangen wird, dass Bildungsunterschiede berücksichtigt werden.

Zudem ist es so, dass gerade kleine Kinder nun mal sehr von ihrem sozialen Umfeld stark abhängig sind. Das heißt, bei jüngeren Kindern ist es sehr wichtig, auch die direkten Bezugspersonen, Betreuungspersonen einzubeziehen, zum Beispiel bei den

Schulungsmaßnahmen.

Zuletzt möchte ich gern noch einen Punkt ansprechen, den wir bisher in unseren schriftlichen Stellungnahmen noch gar nicht so sehr forciert hatten. Und zwar sind wir Diabetesberater eine sehr große Berufsgruppe in Deutschland mit sehr großen Kompetenzen, gerade im Schulungsbereich. Da möchte ich noch mal darauf hinweisen, dass wir eine sehr große Gruppe an Menschen haben, die auch für ein solches DMP gerade im Schulungsbereich zukünftig sehr wichtig sein können. Damit bin ich mit meiner Zusammenfassung so weit fertig.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau (VDBD), das war wunderbar in der Zeit. Bleiben Sie bitte bei uns, falls es nachher noch Nachfragen gibt, danke schön. – Dann folgt jetzt die Deutsche Adipositas-Gesellschaft. Es haben sich angemeldet Herr Prof. (DAG) und Frau Dr. (DAG). Wem darf ich das Wort geben?

Herr Prof. (DAG): Frau (DAG) würde eigentlich beginnen. Wenn sie aber nicht da ist, würde ich sagen, dass ich starte, ich bin Vorstandsmitglied der Deutschen Adipositas-Gesellschaft.

Für Kinder und Jugendliche mit Adipositas gibt es in Deutschland bereits eine etablierte Struktur- und Prozessqualität bestehend aus –erstens– Schulungscurricula, zweitens zertifizierten Trainerakademien und drittens einer Qualitätssicherung durch unsere Fachgesellschaft. Diese Angebote sind zahlenmäßig absolut unzureichend. Wir haben derzeit in Deutschland eine eklatante Unterversorgung mit viel zu wenigen leitliniengerechten Therapieangeboten. Und wesentlich hierfür ist sicherlich die bislang völlig unzureichende Finanzierung dieser Therapieangebote. Deswegen sehen wir als DAG eine sehr große Chance im DMP von unserer Seite und danken allen daran Beteiligten ganz ausdrücklich.

Im DMP wurde auf der Basis des Consensus-Papiers von 2004 die untere Altersgrenze von acht Jahren festgelegt. Wir sehen hier als DAG einen Änderungsbedarf. Warum? – Nun, weil sich die Adipositas bei Kindern zu einem großen Teil bis zum Alter von sechs Jahren manifestiert. Außerdem wissen wir aus systematischen Reviews und Metaanalysen, dass Therapieprogramme auch bereits im Alter von fünf bzw. sechs Jahren wirken. Und in unserer aktuellen S3-Leitlinie sagen wir, dass auch bei jüngeren Kindern mit Adipositas selten eine Therapie angeboten werden soll. Es macht auch keinen Sinn, bei einem adipösen Kind auf einen bestimmten Geburtstag zu warten. Deswegen sagen wir, dass die Teilnahme an einem DMP aus unserer Sicht bereits ab dem vollendeten fünften Lebensjahr möglich sein sollte. Sofern die Fähigkeit und Motivation nicht oder noch nicht ausreichen, richtet sich das Schulungsprogramm natürlich dann primär an die Eltern.

Nicht zuletzt aufgrund des Fachkräftemangels, aber auch in Abhängigkeit der jeweiligen persönlichen und medizinischen Gegebenheiten bedarf es für eine flächendeckende Versorgung eines gestuften Vorgehens. Da kommt der Kinder- und Jugendarztpraxis eine ganz große Bedeutung zu. Die können erste Therapiemaßnahmen einleiten, von dort geht es dann weiter bei Bedarf in ambulante Schulungsprogramme sowie in die ambulante und stationäre Reha. Man muss aber sagen, dass bislang in Deutschland ein flächendeckendes leitliniengerechtes Schulungsprogramm für alle Kinder- und Jugendarztpraxen fehlt. Diese Lücke kann das vom Innovationsfonds geforderte STARKIDS-Programm schließen. Das befindet sich derzeit in der Evaluation und könnte nach vorliegendem Ergebnis in das DMP mit aufgenommen werden. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Prof. (DAG), Gruß nach Stuttgart.

Frau Dr. (DAG): Darf ich dazu ergänzen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Sie haben noch ganz wenig Zeit.

Frau Dr. (DAG): Was ich ergänzen möchte ist, dass aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit der ambulanten Schulungsprogramme in Deutschland der Stellenwert der stationären Reha nicht zu vernachlässigen ist. Im Moment werden die meisten Kinder und Jugendlichen mit Adipositas in stationären Einrichtungen rehabilitiert, und die Inhalte sind genau die gleichen wie die in den gut etablierten, aber zu wenig vorhandenen ambulanten Programmen, sodass wir hier eine Berücksichtigung der stationären Reha tatsächlich im DMP Adipositas fordern, nicht zuletzt wegen der Therapieziele, die da sind. Denn es geht nicht nur um den BMI, sondern es geht eben auch um die Verbesserung der Teilnahme, Bildungsabschluss, Berufsfindung, Ausbildung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Dr. (DAG). Stationäre Reha, ist angekommen. – Dann gehen wir weiter zur Deutschen Diabetes Gesellschaft. Frau Prof. (DDG) und Herr Prof. (DDG), wem darf ich das Wort geben?

Frau Prof. (DDG): Ich weiß nicht, ob (DDG) zugeschaltet ist, dann fange ich einfach mal an.

Herr Prof. (DDG): Ich bin zugeschaltet, aber ich denke, (DDG), ladies first. Ich bin ja auch kein echter Kinderarzt. Also (DDG), ich denke, du bist besser geeignet, unsere Ziele vorzutragen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Prof. (DDG), Sie haben das Wort.

Frau Prof. (DDG): Vielen Dank. – Auch die DDG begrüßt ausdrücklich die Initiative des G-BA. Auf die unzureichende Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas wurde bereits hingewiesen. Das ist insgesamt ein Paradigmenwechsel, da Adipositas sehr lange nicht als chronische Erkrankung in Deutschland anerkannt war. Noch mal: Das begrüßen wir ganz ausdrücklich.

Für Kinder und Jugendliche erwarten wir durch das DMP einen zusätzlichen Nutzen auf die Gesamtentwicklung der Kinder. Wir wissen, dass jüngere Kinder mit Adipositas ihre Meilensteine der Entwicklung oft nicht in der entsprechenden Zeit erreichen. Jugendliche gerade mit extremer Adipositas haben erhebliche Einschränkungen in der Teilhabe und auch in der beruflichen Orientierung. Je erfolgreicher das DMP Adipositas Kinder und Jugendliche ist, umso weniger Erwachsene mit Adipositas sind zu erwarten. Das hat darüber hinaus erhebliche gesundheitsökonomische Auswirkungen, zum Beispiel auf die Häufigkeit des Typ-2-Diabetes und die dafür notwendigen Behandlungskosten.

Der Versorgungsbedarf, das wurde ja schon angesprochen, ist je nach Alter, Ausmaß der Erkrankung und bereits bestehenden Folgeerkrankungen natürlich sehr unterschiedlich. (DAG) hatte das schon so früh wie möglich betont. Wir wissen ja aus internationaler Evidenz, dass eine erfolgreiche Lebensstilintervention eigentlich nur wirklich erfolgreich bis zur Pubertät ist. Auch danach sind positive Effekte messbar, aber deutlich geringer. Deswegen ist die Gruppe der Jugendlichen gerade mit extremer Adipositas und häufig schon bereits bestehenden Folgeerkrankungen eine besonders wichtige Gruppe. Hier wissen wir aus randomisierten kontrollierten Studien, dass zusätzliche medikamentöse Therapien, zum Beispiel mit GLP-1-Analoga, für die Dauer ihrer Einwendung eine signifikante zusätzliche Gewichtsreduktion und Verbesserung der metabolischen Situation erreichen.

Dem steht der sogenannte Lifestyle-Paragraph entgegen. Und wir appellieren ausdrücklich daran, noch mal diese besondere Situation für Risikogruppen zu überdenken im Rahmen spezialisierter Studien mit engmaschiger Überwachung und einer Evaluation extern

wissenschaftlich nach zwei Jahren. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Herr Prof. (DDG), jetzt wird es eng.

Herr Prof. (DDG): Nein, wir hatten uns vorher abgestimmt, ich habe keine Ergänzung. Das ist unser gemeinsames Statement, das Frau Prof. (DDG) vorgetragen hat. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. Und Frau Prof. (DDG), den 34er, da sind wir der falsche Adressat. Aber nichtsdestotrotz, gut, dass wir darüber reden. – Jetzt folgt die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, die DEGAM. Herr Dr. (DEGAM) und Frau Prof. (DEGAM), wem darf ich das Wort geben?

Herr Dr. (DEGAM): Ich werde sprechen, ich bin niedergelassener Hausarzt, Diabetologe und Mitautor der Leitlinie Adipositas.

Erlauben Sie mir, zunächst noch mal etwas Grundsätzliches zu sagen: Stichwort Prävention. Vieles spricht dafür, dass beim Thema Adipositas die Verhältnisprävention entscheidend ist. Die hier vorgeschlagenen Maßnahmen sind ausschließlich Verhaltensprävention und die hat in den vergangenen Jahren sehr wenig Positives bewirken können.

Gut finden wir, dass, anders als im Erwachsenen-DMP, ausschließlich die obersten 3 Perzentilenprozent betreut werden sollen. Wobei ich das jetzt persönlich nicht so ganz verstehe, denn – das ist ja sehr volatil –: Was ist mit jenen, die dann wieder in die 96. Perzentile zurückfallen, fallen die dann raus?

Stichwort Ressourcenverbrauch: Die hier vorgeschlagenen Maßnahmen werden ein deutliches Mehr an Praxiskontakten bedeuten. Welchen Input das wiederum für eine Gewichtsentwicklung hat, wissen wir nicht. Um das noch mal klar zu sagen: Das ist nie untersucht. Was das sonst noch für die ja prinzipiell gesunden Kinder bedeutet, die hier zwischen dem 10. und 18. Lebensjahr beispielsweise 100 zusätzliche Praxiskontakte erfahren, wissen wir nicht. Abgesehen davon, dass die Grundversorgung von Kinder- und Hausärzten mittlerweile über eine massive Ressourcenknappheit auch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern klagt, kommt es zu einer Attribuierung von Kindern, die ja nun ihrerseits auch schaden könnte.

Und damit sind wir beim dritten Thema, Stigmatisierung: Das Thema Stigmatisierung wird in Deutschland gerade überhaupt erst wahrgenommen, ist jetzt erstmals in der Erwachsenenleitlinie zu finden. Ich möchte jetzt hier noch mal darauf hinweisen, dass der gesamte Entwurf sehr stigmatisierend wirkt. Denn Adipositas hat nur im begrenzten Ausmaß etwas mit Bewegung und falscher Ernährung zu tun, genetische, epigenetische Aspekte finden sich hier gar nicht.

Zu den offenen Fragen; uns sind wichtig: a) die Transition. Im Sinne der genannten Erwachsenenleitlinie bitten wir ausdrücklich darum, dass auf jeden Fall bei der Transition in die Hausarztpraxis dort eine Neuevaluation stattfindet und das DMP nicht einfach überführt wird. Dort muss zunächst mal erfragt werden, welche Partizipation denn überhaupt gewünscht wird. Kinder sind dann eben keine Kinder mehr, sondern für sich ausschließlich selbst verantwortlich. Und wir haben eine ganz, ganz neue Art von Arzt-Patienten-Beziehung, die dann ja auch das Kind, der Erwachsene irgendwann selber entwickeln muss. Je älter, desto zielgerichteter.

Zu den Einschlusskriterien: Wir wissen aus alten Programmen, dass oft die Eltern das entsprechende Problem sind. Fünfjährige einzuschließen halten wir für unsinnig. Wenn, müsste man sich speziell an Eltern wenden. Und dort gibt es ja oft die Probleme, die in den

Programmen gar nicht zu besprechen sind: Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot. Wie will man sowas in den DMP strukturieren?

Nebenbei sei angemerkt, dass die beliebte Waist-to-Hip-Ratio auch im Erwachsenenalter mehr als umstritten ist. Die Untersuchung ist dazu stigmatisierend, die Körperstatur natürlich von Ethnien und anderen Dingen abhängig und ändert sich bis zur Pubertät schon ganz natürlich ständig.

Und die bariatrischen Operationen, last, but not least: Wir empfehlen, überhaupt keine Vorschläge zu der Operation zu machen. Letztlich ist und bleibt das eine verstümmelnde Maßnahme, die in seltenen Fällen ihre Berechtigung haben kann, aber nicht für einen Algorithmus geeignet ist. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Dr.(DEGAM). – Und in der ersten Tranche der letzte, das ist der Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland, Frau (BED) hat sich angemeldet. Sie haben das Wort, Frau (BED).

Frau (BED): Guten Morgen, ich bedanke mich herzlich für Ihre Einladung, wir haben unserer Stellungnahme nichts hinzuzufügen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, dann mache ich jetzt hier eine Pause und gebe Gelegenheit zur Nachfrage. Die erste Frage stellt Frau (KBV) von der KBV, und sagen Sie bitte, an wen Sie sie richten.

Frau Dr. (KBV): Vielen Dank. – Ich hätte erst mal eine Frage an Herrn (DGEAM), aber danach tatsächlich auch noch mal eine zweite an die Deutsche Adipositas-Gesellschaft. Herr (DEGAM), Sie haben jetzt viele Dinge genannt, auch dieses DMP, natürlich auch die Kritik generell an diesem DMP.

Ich hätte noch eine sehr spezifische Nachfrage auch an Sie gerichtet im Sinne Ihrer Aufgabe auch als niedergelassener Hausarzt, weil Sie ja auch die anderen DMPs gut kennen. Und zwar geht es um die Komorbidität der Hypertonie bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. Der aktuelle Beschlussentwurf sieht vor, dass bei den Kindern und Jugendlichen eine Blutdruckmessung zu erfolgen hat. Da würde ich gern Ihre Einschätzung hören, ob Sie das so sehen, dass die Blutdruckmessung bei jeder Konsultation – Sie wissen, das ist quartalsweise in der Regel – in den DMPs erfolgen sollte, oder ob Sie sagen, das ist eher intermittierend, das ist also in der Verlaufsuntersuchung. Das haben Sie auch gesehen, da haben wir ja die Empfehlung mindestens jährlich. Wie würden Sie damit umgehen jetzt in der Praxis, und was würden Sie da empfehlen, wie häufig der Blutdruck bei den Kindern und Jugendlichen gemessen werden soll?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Das war die erste Frage und das Wort hat jetzt Herr Dr. (DEGAM).

Herr Dr. (DEGAM): Erst mal ist auch hier wieder klarzumachen: Die meisten Beratungsanlässe auch von adipösen Kindern sind natürlich andere, das sind Infekte oder Impfungen oder sonst was. Wenn es aber im Rahmen von einer Jugenduntersuchung oder noch von den Kinderuntersuchungen ist, dann gehört die Blutdruckmessung für mich am Anfang auf jeden Fall dazu. Wenn Blutdruck kein Thema ist, halte ich es persönlich für nicht notwendig, das regelmäßig – und schon gar nicht alle drei Monate – zu machen.

Andererseits: Es geht jetzt hier tatsächlich, wenn das so bleibt, die obersten 3 % der in diesem Perzentilenbereich, das sind natürlich dann oft sehr Adipöse. Da, finde ich, ist eine Blutdruckmessung situativ gesehen auf jeden Fall sinnvoll. Ob sie dann wirklich alle Vierteljahr

stattfinden muss: Nein. Einmal im Jahr finde ich jetzt nicht das Verkehrteste. Also findet eine strukturierte Beratung und Untersuchung statt, ja, finde ich dann nicht schlimm, wenn das da mit reingehört.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Dr. (DEGAM) und Frau (KBV). – Jetzt gab es noch eine Frage an die Adipositas-Gesellschaft.

Frau Dr. (KBV): Genau, vielen Dank, die Frage an Frau (DAG) oder ihren Kollegen: Sie haben ja sehr klar dargestellt, wie relevant die multimodalen Schulungsprogramme bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas sind, und auch, dass diese eben auch nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Und das ist ja auch ein Ziel des DMP: dass diese Programme auch in die Versorgung kommen.

Wir hätten eine ganz konkrete Frage, und zwar zu den sogenannten KgAS-Schulungen, diesem Schulungsprogramm, und zwar ganz direkt die Frage: Ist es so, dass diese Schulungen oder die Schulungen, die nach KgAS schulen, auch für alle Kinder und Jugendlichen geeignet sind, die in diesem DMP eingeschrieben sind, also spezifisch auch für Kinder und Jugendliche ohne Komorbiditäten? Denn wir haben ja hier keine Eingrenzung in diesem DMP, also das Einschlusskriterium ist eben 97. Perzentile. Und können wir die KgAS-Schulungen für diese Kinder und Jugendlichen anwenden?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Und die Deutsche Adipositas-Gesellschaft hat das Wort.

Frau Dr. (DAG): Vielen Dank für diese wichtige Nachfrage. Es ist tatsächlich so, dass grundsätzlich die Komorbidität nicht Voraussetzung ist für die Teilnahme an dem Schulungsprogramm, dafür sind die Kinder auch ohne Komorbidität geeignet.

Was man natürlich individuell gucken muss: Wir haben viele Kinder und Jugendliche, die aus anderen Gründen Ausschlusskriterien haben, also beispielsweise Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und Adipositas. Und da muss dann das jeweilige Team vor Ort schauen, ob es das jeweilige Kind einschleusen oder einbringen kann in die Schulungsgruppe. Denn wenn Kinder dann möglicherweise nicht gruppenfähig sind oder auf diese Art und Weise gruppenfähig sind, dann können sie möglicherweise nicht daran teilnehmen. Das heißt, nicht alle Kinder, die in das DMP eingeschrieben werden können, können tatsächlich an den Schulungsprogrammen teilnehmen. Aber es müssen auch nicht alle daran teilnehmen. Da wird es eine Selektion geben, die durch die Teams dann wiederum erfolgen muss, weil die Programme eben nicht allen Kindern gerecht werden können. Und wenn dann beispielsweise eine psychiatrische Komorbidität im Vordergrund steht, ist es auch möglicherweise nicht sinnvoll, ein Kind oder einen Jugendlichen in ein ambulantes Adipositasschulungsprogramm reinzunehmen. Das ist die Stellungnahme dazu.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Ich gucke jetzt in die Runde. Gibt es weitere Fragen? – Herr (PatV) von der Patientenvertretung.

Herr (PatV.): Vielen Dank. Wir haben eine Frage an die Deutsche Adipositas-Gesellschaft und die Deutsche Diabetesgesellschaft. Es geht am Ende um das Thema Transition, also Überleitung in die Erwachsenenmedizin. Und uns würde die Einschätzung interessieren, welche Konsequenzen es haben könnte aus Ihrer Sicht, wenn wir Jugendliche aus dem DMP Kinder und Jugendliche in das DMP Erwachsene überführen mit dem aktuell vorhandenen Versorgungsbruch, den wir haben werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (PatV). – Dann geht die erste Frage

an die Deutsche Adipositas-Gesellschaft.

Frau Dr. (DAG): Ja, das wird Implikationen haben, das ist keine Frage. Wir sind im Moment ja gerade dabei, eine S3-Leitlinie Transition für Jugendliche mit Adipositas aufzustellen. Dem kann ich im Moment noch nicht vorgreifen, die Leitlinie wird erstellt. Von daher ist es schwierig, da wirklich evidenzbasiert Antworten darauf zu finden. Aber wir müssen die Jugendlichen natürlich darauf vorbereiten und auch das muss Berücksichtigung finden in dem DMP Adipositas für Jugendliche. Frau (DDG) kann da bestimmt noch ergänzen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Dr. (DAG). – Und dann bitte die Deutsche Diabetes Gesellschaft, gerne Frau (DDG).

Frau Prof. (DDG): Ja, ich kann das kurz ergänzen. Ich koordiniere ja die Erstellung der S3-Leitlinie, die Frau (DAG) eben angesprochen hat. Das ist ein Projekt im Rahmen des Innovationsfonds, die wird nächstes Jahr fertiggestellt. Was wir jetzt schon sagen können im Rahmen der Evidenzaufbereitung: dass es erhebliche Diskrepanzen gibt zwischen den Empfehlungen für Jugendliche mit Adipositas und den Erwachsenen mit Adipositas. Das heißt, die Transition. Deswegen ist es ein wichtiger Aspekt, und damit auch die Überleitung aus dem DMP Adipositas Jugendliche in das DMP Erwachsene wird eine Herausforderung sein, der wir uns stellen müssen. Und die aus meiner Sicht dann wieder eine spezielle – ja, nicht Leitlinie – , aber eine gemeinsame Richtlinie erfordert, wo wir schauen, wie wir diese Diskrepanzen überbrücken, die sind erheblich.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Gibt es weitere Fragen? – Noch mal die Patientenvertretung.

Frau (PatV.): Ja, vielen Dank. Wir haben eine weitere Frage an die Deutsche Adipositas-Gesellschaft. Und zwar hatten wir ja als Patientenvertretung den Vorschlag gemacht, dass Kinder mit einem BMI-SDS von über der 97. Perzentile eingeschlossen werden können – oder mit einem Taille-Größe Index größer als 0,5. Diese Position mit dem Taille-Größe Index hat von einigen Teilnehmern Zustimmung bekommen. Die Frage ist, wenn man den Taille-Größe Index jetzt ergänzend aufnehmen würde, ob aus Ihrer Sicht etwas dagegen sprechen würde.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (PatV). – Und noch mal bitte die Deutsche Adipositas-Gesellschaft.

Frau Dr. (DAG): Dagegen spricht grundsätzlich nichts. Außer die von Herrn (DEGAM) vielleicht angemerkte diskriminierende Art und Weise der Bestimmung dieses Indexes ist etwas, was sehr nah an den Patienten herangeht, wo man sehr vorsichtig sein muss möglicherweise bei Kindern und Jugendliche noch mal. Aber das ist eine Frage der Umsetzung am Ende. Grundsätzlich spricht nichts dagegen, das einzubringen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Ich sehe jetzt keine weiteren Wortmeldungen mehr im Raum und auch nicht über den Bildschirm, dann können wir weitergehen. Diejenigen Institutionen, die schon geantwortet haben, dürfen gern bei uns bleiben, vielleicht ergibt sich am Ende noch die eine oder andere Frage, aber Sie müssen jetzt hier nicht bleiben. – Ich sehe, Frau (DEGAM) hat sich gemeldet.

Frau Prof. (DEGAM): Nur noch ein Hinweis zu der Taille-Größe: Sie ist ja auch sehr unsicher und mit großen Fehlern behaftet. Von daher ist das ein ganz großes Problem, das überhaupt dann als ein wichtiges Einschlusskriterium zu nehmen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön noch für den Hinweis, Frau (DEGAM). – Dann kommen wir jetzt zu dem Berufsverband der Ökotrophologen und Ökotrophologinnen.

Frau Prof. (VDOE), Sie haben das Wort.

Frau Prof. (VDOE): Ich vertrete den Berufsverband Oecotrophologie und bedanke mich ganz herzlich für die Einladung zur Anhörung.

Der DMP-Entwurf bzw. der Beschluss, die Vorlage hat sehr viel Potenzial für diese wichtige Personengruppe der Kinder und Jugendlichen, die Adipositas therapie in Deutschland zu verbessern.

Die Ernährungsinterventionen, so zeigen es auch viele Studien, haben den stärksten Effekt innerhalb der Lebensstilinterventionen der multimodalen Basistherapie auf das Körpergewicht. Und aus diesem Grund darf ich zum Thema Ernährungsinterventionen drei Anmerkungen machen. Die individuelle Ernährungsberatung ist nicht Bestandteil des DMP und sollte zusätzlich zu den Schulungsprogrammen angeboten werden.

Zudem ist es nicht abgetan mit einer einmaligen Ernährungsberatung, Ernährungstherapie, sondern regelmäßig. Und aus dem Entwurf geht nicht hervor, wer der Leistungserbringer ist, das sollte bei der Ernährungsintervention die qualifizierte Ernährungsfachkraft sein.

Noch ein Kommentar zu den Einschlusskriterien: Wir haben uns auch damit beschäftigt, vor allem mit dem Alter. Und es ist vorhin auch schon gesagt worden: Wenn wir die Kinder frühzeitig einschließen, also das heißt, ab einem Alter von fünf Jahren, haben wir auch eine höhere Wahrscheinlichkeit, weniger Erwachsene mit Adipositas in Deutschland zu haben. Und deswegen hier auch der Appell, bereits ab fünf Jahren einzuschließen. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Prof. (VDOE). – Die Bitte ist, dass Sie bei uns bleiben. Es folgt jetzt der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. Frau (VDD), Sie haben das Wort.

Frau (VDD): Ich fasse mich kurz. Frau (VDOE) hat ja schon die wichtigsten Punkte gesagt, dass Ernährungstherapie, auch die individuelle Ernährungstherapie, berücksichtigt werden sollte, auch unter dem Aspekt, dass die Zielgruppe – dass wir auch nicht immer Strukturen haben, vor allem im ländlichen Bereich, für Schulungsprogramme. Das ist etwas, was man auch berücksichtigen muss. Und auch nicht jedes Kind ist im Schulungsprogramm beschulbar. Insofern wäre auch mit den unterschiedlichen individuellen (...) auch in Bezug auf Ernährungsumstellung das sehr sinnvoll, das mithilfe einer qualifizierten Ernährungs- – –

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau (VDD), würden Sie die letzten beiden Sätze bitte wiederholen, wir verstehen Sie nur noch fragmentarisch. Vielleicht machen Sie die Kamera aus, dann wird es in der Regel besser, danke.

Frau (VDD): Ja, ich versuche es, ich hoffe, jetzt geht es. Also wir unterstützen das bisherige Ernährungstherapie und die Schulungsprogramme, die- ... angeboten sind. Es ist ganz wichtig, dass das DMP auch als eine finanzielle Leistung zu verstehen ist, aber Ernährung ist ein zentraler Punkt. Und Frau (VDOE) hatte das ja schon gesagt: Es gibt genug Studien, die den Effekt zeigen. Das möchten wir gern unterstützen.

Und man muss auch berücksichtigen: Es macht Sinn, mit fünf Jahren anzufangen. Aber Adipositas ist kontinuierlich, es sollte wirklich auch berücksichtigt werden, dass zu verschiedenen Zeitpunkten auch eine Schulung stattfinden kann. Also ein Kind mit fünf Jahren geht mit dem Thema anders um als ein 15-Jähriger. Diese Wiederholungsmöglichkeit sollte im DMP berücksichtigt werden. – Ich hoffe, dass ich jetzt mit der schlechten Leitung das Wichtigste übergebracht habe. Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich gehe davon aus, dass das alle gut verstanden haben, das war jetzt vollkommen in Ordnung. Danke schön, Frau (VDD). – Es folgt die Deutsche Diabetes Föderation und Herr (DDF). Sie haben das Wort, Herr (DDF). – Also zugeschaltet müsste er sein, der Herr (DDF). – Herr (DDF)? – Dann würde ich vorschlagen, wir gehen zum Nächsten über, und Herrn (DDF) suchen wir im Anschluss, ob er uns noch mal wiederfindet. – Dann hätte jetzt das Wort die Deutsche Rentenversicherung Bund, Frau Dr. (DRV).

Frau Dr. (DRV): Guten Tag meinerseits in die Runde. Bin ich zu verstehen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ja, Gott sei Dank.

Frau Dr. (DRV): Also einen guten Tag, Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung Grundsatz und Querschnitt. Ich danke für die Möglichkeit zur folgenden Anhörung. Ich spreche hier auch für meine Kollegin Frau Dr. (DRV), die die schriftliche Stellungnahme (eingereicht hat...), an der wir an allen Punkten festhalten wollen, und wollen im Rahmen dieser Anhörung jetzt noch einige Punkte betonen.

... Die Zielgruppe für die erforderliche individuelle Entwicklungsreife für eine Teilnahme an DMP Adipositas Kinder und Jugendliche, nämlich insbesondere an dem altersadaptierten Schulungsprogramm, ist aus unserer Sicht – –

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau (DRV), wir verstehen Sie nicht mehr, vielleicht probieren Sie es auch ohne Kamera. Die letzten beiden Sätze wären wichtig, dass Sie die wiederholen.

Frau Dr. (DRV): Also: Es ging um die Kriterien zur Einengung der Zielgruppe. – Bin ich jetzt zu verstehen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ja, besser.

Frau Dr. (DRV): Die erforderliche individuelle Entwicklungsreife für Teilnahme am DMP Adipositas Kinder und Jugendliche ist aus unserer Sicht mit Schuleintritt bzw. mit Erreichen der Schulreife gegeben. Außerdem ist der Eintritt in die Grundschule häufig der Knackpunkt für ungünstige Gewichtsentwicklungen. Daher halten wir eine Altersbegrenzung zum neunten Geburtstag als zu spät und bewerten die Teilnahme ab vollendeten fünften Lebensjahr (...) für sinnvoll.

Der nächste Aspekt ist die Transition. Der Aspekt der Transition sollte für die erfolgreiche Umsetzung des DMP Adipositas bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Berücksichtigung finden, um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden. Damit ist also nicht nur irgendwie hier das Umschreiben in das Erwachsenen-DMP gemeint, sondern eben die inhaltliche Vorbereitung auf Anforderungen im Erwachsenenleben, wie eben schon betont, um die Jugendlichen im System zu halten.

Weiter möchten wir zur Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme anmerken: An dieser Stelle werden bisher nur stationäre Rehabilitationsmaßnahmen erwähnt. Ergänzend sollten aber auch ambulante und ganztägig ambulante Reha-Leistungen erwähnt werden, wenn sie auch quantitativ geringer angeboten werden – dennoch.

Dann wollen wir dafür werben, den Begriff „medizinische Rehabilitation“ zu verwenden, weil der Begriff „Rehabilitationsmaßnahme“ zu allgemein und zu unkonkret gefasst ist.

Wir wollen darauf hinweisen, dass der Bestandteil einer Rehabilitation als im Gesamtbehandlungskonzept wichtig zu betonen ist, eben um sicherzustellen, dass es nicht um den Ersatz von ambulanten Behandlungsmaßnahmen inklusive Schulungsprogrammen geht,

sondern um eine Ergänzung derer.

Wir wollen weiter dafür werben, den Begriff „Rehabilitationsbedarf“ statt „Bedürftigkeit“ entsprechend dem Bundesteilhabegesetz, dem BTHG, zu verwenden.

Wir wollen noch mal den Aspekt der perzentilen Flucht bzw. des perzentilen Wechsels, wie eben auch schon angeklungen, betonen, nämlich auch bei den Einschlusskriterien für das DMP, aber auch bei der Feststellung des Reha-Bedarfs. Und damit meinen wir den Einschluss von Kindern und Jugendlichen, die sich auf die 90. Perzentile zubewegen bzw. die gerade erreichen oder überschritten haben.

Bei den individuellen Reha-Zielen gehören die Vermeidung, Reduktion und Beseitigung von Funktionsstörungen betont, um – –

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Dr. (DRV), jetzt müssten Sie zum Ende kommen, ich habe jetzt gerade noch mal Zeit dazugegeben.

Frau Dr. (DRV): Und als Letztes wollen wir noch betonen, dass die DRV für Kinder-, Jugendlichen-Reha zulasten der DRV seit 2017 auch Universitäts- und multimodale Reha-Nachsorgeprogramme vorhält, deren Erwähnung sinnvoll erscheint. – Ich danke Ihnen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Jetzt habe ich den Bundesverband Medizintechnologie noch in dieser zweiten Gruppe. Frau (BVMed), sind Sie bei uns? – Nein. Dann frage ich jetzt noch mal die Deutsche Diabetes Föderation, Herr (DDF)? – Auch nicht. Gut, ich werde jetzt trotzdem hier kurz die Pause machen. Gibt es Nachfragen an die Damen und Herren der Institutionen? – Frau (KBV), KBV.

Frau Dr. (KBV): Vielen Dank. Wir haben tatsächlich jetzt keine Nachfrage an die eben Angehörten, sondern eine Frage noch mal zum Chat, weil da eine Person noch etwas zum Blutdruck geschrieben hat, es aber nicht für uns erkennbar ist, wer das ist, ob die Person vielleicht kurz sich äußern kann, die im Chat diesen Kommentar geschrieben hat? Das ist nur für das Protokoll, damit wir wissen, wer das ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Der- oder diejenige, die jetzt in den Chat geschrieben hat, ich kann es nicht erkennen von hier aus.

Frau Dr. (KBV): Frau (DEGAM) hat schon reingeschrieben, vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau (DEGAM), ganz grundsätzlich: Das ist nicht der Sinn und Zweck der Anhörung, sondern Anhörung heißt: drei Minuten sehr konkret und das, was Ihnen wichtig ist, und dann die Gelegenheit für Fragen. War das eine Frage? – Okay.

Herr Dr. (DEGAM): Das war ja die Antwort auf eine Frage und das war insofern meine Schuld, weil ich vorhin davon ausgegangen bin, dass wir natürlich Leute ohne Bluthochdruck haben. Bei Leuten mit Bluthochdruck ist die Beantwortung der vorherigen Frage natürlich eine ganz andere Geschichte. Das ist aber eine extreme Seltenheit im Kindesalter und immer noch eine große Seltenheit im Jugendlichenalter. Aber wenn ich einen Bluthochdruckpatienten habe, macht das natürlich Sinn, häufiger zu messen. Entschuldigung, das hatte ich vorhin nicht so genau beantwortet.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Also ergänzende Antwort der DEGAM, damit ist das erledigt. – Jetzt frage ich noch mal in die Runde: Gibt es Fragen? – Frau (Stellvertretende Unparteiische).

Die stellvertretende Unparteiische: Frau (DRV), könnten Sie uns sagen, wie viele medizinische

Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder die Deutsche Rentenversicherung jährlich übernimmt und wie viele dann im Anschluss auch noch behandelt werden über die Deutsche Rentenversicherung?

Frau Dr. (DRV): Bin ich jetzt zu verstehen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ja, im Moment jedenfalls.

Frau Dr. (DRV): Also wir hatten ja bekanntermaßen eine gewisse Corona-Senke über die drei, vier Corona-Jahre, wir erholen uns gerade wieder. Es geht insgesamt für die Kinder-Jugend-Rehabilitation um so ungefähr 30.000 Rehabilitationen pro Jahr. Davon erstrecken sich so ungefähr 6.000, 7.000, 8.000 – es gibt natürlich ... rein auf die Indikation Adipositas Kinder und Jugendliche, die sich dann wiederum auf unterschiedliche Fachabteilungen manchmal noch verteilen, manche sind unter psychosomatischen Indikationen auch eingewiesen. – Und die zweite Frage war?

Die stellvertretende Unparteiische: Sie hatten ja angesprochen, dass es auch im Anschluss an die stationären Maßnahmen noch längerfristige Betreuung gibt über die Deutsche Rentenversicherung. Und wie viele sind das oder wie viel Prozent etwa?

Frau Dr. (DRV): Also wir bieten, das stimmt, seit 2017 Reha-Nachsorge an, es gibt uni- und multimodale Angebote. Wir sind in dem Bereich auch ganz gut aufgestellt. Es gibt so um die 270 Angebote über Deutschland verteilt, zulasten der unterschiedlichen Träger. Die Bereitschaft, ein solches anzunehmen, liegt bei ungefähr 30 bis 40 %, wobei dann sozusagen die Beendigung einer solchen Nachsorge leider dann doch Abbrüche zu verzeichnen hat. Also am Ende kommen nicht 30 % über die 12 Monate Reha-Nachsorge tatsächlich auch an. Das hat natürlich, wie man sich vorstellen kann, ganz unterschiedliche, auch familiäre oder schulische, Gründe.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Dr. (DRV). – Frau (GKV-SV).

Frau (GKV-SV): Dazu noch mal eine Nachfrage auch für das Protokoll, Frau (DRV), weil gerade ein Abbruch war, wo Sie eine Zahl gesagt haben. Sie hatten von, ich glaube, 30.000 bis 40.000 Rehabilitationen gesprochen, und dann haben Sie das gesagt, wie viel davon auf die Adipositas verteilt sind. Und da, die Zahl ist – also zumindest habe ich sie nicht gehört, also die wäre ja besonders spannend.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Stimmt.

Frau Dr. (DRV): Ja, genau. Es tut mir leid, dass diese Leitung so schlecht ist. Also es sind, mit Schwankungen versehen, zwischen ungefähr 6.000 bis 7.000 Rehabilitationen mit der Indikation Adipositas Kinder und Jugendliche.

[Anmerkung: Die DRV hat dem G-BA am 13. November 2024 folgende Korrektur ihrer Ausführungen übermittelt:

„Die Frage bezog sich auf die Inanspruchnahme von Reha-Nachsorge bei Kindern und Jugendlichen nach einer medizinischen Rehabilitation zu Lasten der DRV (generell als auch bei der Reha-Indikation Adipositas).

Anhand der zu erhebenden Daten konnten wir eine (generelle) Inanspruchnahme im Jahr 2022 von 1-2% erfassen, nicht speziell differenziert nach der Indikation Adipositas. Für die anderen (Vor-Corona-) Jahre und auch für 2023 gehen wir von einer ähnlichen Quote aus.

Die Gründe dafür sind vielfältig, wir sind jedoch bereits damit beschäftigt, den Bekanntheitsgrad und das Ausmaß der Inanspruchnahme zu erhöhen.“]

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Gibt es weitere Fragen? – Das ist im Moment nicht der Fall. Dann herzlichen Dank, Frau Dr. (DRV). Sie können gern bei uns bleiben, im Moment müssen Sie es aber nicht. – Wir gehen weiter zur Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation, die DEGEMED, und Frau (DEGEMED) hat das Wort.

Frau (DEGEMED): Auch von mir vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit zu sprechen. Wir möchten unsere Stellungnahme auch vor allen Dingen unterstützen und ich betone, dass wir diese in Kooperation mit der besonderen Expertise des Bündnisses für Kinder- und Jugendrehabilitation erstellt haben, das sozusagen auch der Vollständigkeit halber.

Insgesamt unterstützen wir die vorgelegte Richtlinie und das Ziel dieser DMP. Wir haben eine Anmerkung: Wir sind zu der Auffassung gekommen, dass ein DMP ab dem vollendeten fünften Lebensjahr möglich sein sollte. Und wir sind der Auffassung, dass Reha-Bedarf bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas bereits vorliegt, wenn eine Teilhabestörung vorliegt oder eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit im späteren Erwachsenenalter vorliegt. Das sozusagen nur noch mal von uns als Betonung, und ansonsten bleiben wir bei unserer Stellungnahme.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Wenn jetzt der Verband für Ernährung und Diätetik einverstanden wäre, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vorzuziehen? Frau (DGGG) hat einen Anschlusstermin, ich würde Sie deswegen gern vorziehen. Frau Dr. (VFED), können wir so verfahren? Sie sind zwar früher an der Reihe mit Ihrer Stellungnahme, aber es sind nur drei Minuten.

Frau Dr. (VFED): Ja, selbstverständlich.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Dann hat jetzt Frau Privatdozentin (DGGG) das Wort.

Frau Dr. (DGGG): Vielen Dank, das ist ja toll, dass Sie das möglich gemacht haben.

Ich freue mich sehr, dass ich hier eine Stellungnahme für die AG Kinder und Jugendgynäkologie abgeben darf. Und wir bitten um die Berücksichtigung der Pubertätsentwicklung für Diagnostik und Verlauf der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas, da der Einfluss des Fettgewebes im Körper einen großen Einfluss auf die Aktivierung der gonadalen Achse hat und auch den Verlauf der Pubertät stark beeinflussen kann.

Die Möglichkeit, Pubertätsentwicklung zu berücksichtigen, ist sehr einfach anamnestisch und klinisch zu erheben, braucht meist keine weitere Diagnostik, nur in seltenen Fällen gegebenenfalls auch Labordiagnostik.

Besonders bei weiblichen Jugendlichen ist es auch wichtig, Zyklus Gesundheit zu berücksichtigen und Aspekte wie Fertilität, spätere Gesundheit in einer möglichen Schwangerschaft und auch Gesundheit für die nächste Generation schon sehr frühzeitig mit zu berücksichtigen. – Vielen Dank für die Möglichkeit, hier Stellung zu beziehen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Wir danken Ihnen. Und um das jetzt abzukürzen für Sie: Gibt es direkt Fragen an die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe? – Das ist nicht der Fall. Dann sind Sie offensichtlich für Ihre weitere Lehrtätigkeit entlassen.

Frau Dr. (DGGG): Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Jetzt folgt der Verband für Ernährung und Diätetik, Frau Dr. (VFED).

Frau Dr. (VFED): Danke schön. Ich bin Gesundheitswissenschaftlerin und vertrete den Verband für Ernährung und Diätetik. Der VFED ist eine der vier maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für das Heilmittel Ernährungstherapie. Und wir möchten gerne heute auf folgende Punkte hinweisen:

Die jetzt erschienene S3-Leitlinie Adipositas besagt: Einzelberatungen und Gruppentherapien durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte führen zu einer signifikanten Gewichtsreduktion. Nun ist der Begriff „Ernährungsfachkraft“ nicht geschützt, nur Diätassistentinnen und Diätassistenten zählen durch ihre staatlich regulierte Ausbildung zu den Heilberuflern. In der S3-Leitlinie Adipositas wird daher inzwischen der Begriff „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ definiert, angelehnt unter anderem an die Definition des Koordinierungskreises zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung aus dem Jahr 2014, so wird es zitiert.

In unserer Stellungnahme weisen wir ebenfalls auf den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ hin, angelehnt an die Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung des Koordinierungskreises, Stand 01.02.2024, an der der VFED wie auch VDD und VDOE als Gremienmitglieder mitgewirkt haben. Wir bitten daher darum, dass dieser Begriff „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ auch hier in den Dokumenten übernommen wird.

Weiterhin finden wir es im Sinne der Patientinnen und Patienten wichtig, dass über die Möglichkeit einer Teilnahme auch an Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, also ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, informiert wird.

Und zur Indikation für eine adipositaschirurgische Maßnahme bei Jugendlichen mit extremer Adipositas noch Folgendes: Hier möchten wir akzentuieren, dass dies ja nur nach sorgfältiger Einzelfallprüfung gemäß Leitlinien erfolgen sollte. Bei dem Hinweis zur Indikationsstellung durch ein interdisziplinäres entsprechend erfahrenes Team möchten wir unterstreichen, dass, wenn diese Indikation überhaupt erfolgt in dieses Team unter den anderen Fachkräften, unbedingt auch Diätassistenten bzw. qualifizierte Ernährungsfachkräfte fachlich mit einbezogen werden sollten. Das ist deshalb so wichtig, weil nicht zuletzt in Abhängigkeit der Art der chirurgischen Intervention eine Ernährungsumstellung notwendig wird sowie eine lebenslange Nachsorge.

Das Thema Stigma ist dem VFED ebenfalls wichtig. Deshalb weisen wir darauf hin, dass die Darstellung der Krankheit Adipositas sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene in den Medien und Publikationen nicht stigmatisierend dargestellt werden sollte. – Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke Ihnen, Frau Dr. (VFED). – Und zunächst mal als Letzte dran wäre der Adipositaschirurgie-Selbsthilfe-Deutschland e. V. Herr (AcSD) und Frau (AcSD), wem darf ich das Wort erteilen?

Herr (AcSD): (AcSD), hallo, die Frau (AcSD) lässt sich entschuldigen, ich werde für uns sprechen.

Wir möchten zwei Punkte hervorheben. Der eine Punkt sind die Einschlusskriterien, das ist ja mehrfach schon gefallen. Nach unserer Kenntnis ist es so, dass die Gewichtsentwicklung in den ersten drei Jahren schon ein sehr guter Prädiktor ist für das Gewicht im späteren Erwachsenenalter. Und daraus ziehen wir den Schluss, dass es gut ist, möglichst früh zu

intervenieren, weil die Menschen von dieser Gewichtsentwicklung nur sehr schwer wieder runterkommen. Insofern der Appell, dass wir nicht erst mit acht Jahren einschließen, sondern möglichst früher, fünf Jahre sind gefallen. Und insbesondere glauben wir nicht, dass selbst wenn man das Alter jetzt auf fünf Jahre senkt, jetzt jeder 5-Jährige sich einschließen lassen wollte.

Es gibt ja noch die zweite Hürde: Man muss schauen auf Motivation und Fähigkeiten des Betroffenen, ob er das kann. Und wir appellieren einfach daran, denjenigen, die im Feld sind, sprich: dem einschreibenden Arzt, den Eltern und den Betroffenen, gemeinsam die Möglichkeit zu geben, die Entscheidung zu treffen, ob eine Einschreibung sinnvoll ist, und entsprechend diesem Spielraum aber auch ab fünf Jahren schon zu ermöglichen.

Das zweite Problemfeld ist die Transition, auch hier wurde viel schon gesagt. Wir haben einen Aspekt, der vielleicht noch nicht so betont worden ist bei allem Guten: dass wir ein getrenntes DMP für Kinder und Jugendliche haben und für Erwachsene, um die Unterschiede, die offensichtlich bestehen, auch adressieren zu können. Es besteht die Gefahr, dass die Transition eben nicht gut läuft. Insbesondere sind die Einschlusskriterien beim DMP für Erwachsene ja auch mit zusätzlichen Hürden behaftet, und es kann gut sein, dass eine Subpopulation am Ende rauskommt aufgrund von Altersablauf aus dem DMP. Ein Jugendlicher kommt raus, erfüllt aber noch nicht die Einschreibkriterien von dem DMP für Erwachsene, fällt quasi in ein Loch und man muss im Prinzip warten, bis derjenige wieder krank genug ist, dass er ins DMP für Erwachsene rein kann. Und das halten wir für einen unglücklichen Zustand. Adipositas ist eine chronische Erkrankung. Und von daher plädieren wir dafür, dass dieser Übergang möglichst reibungslos gestaltet wird und möglichst offen, ohne zusätzliche Hürden. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke Ihnen, Herr (AcSD). Jetzt frage ich noch mal: Ist die Deutsche Diabetes Föderation, der Herr (DDF), anwesend? – Nein. Und der Bundesverband Medizintechnologie, Frau (BVMed)? – Auch nicht. Gut, dann haben wir das jetzt geklärt. Gibt es Fragen aus der Runde oder am Bildschirm an die Vertreter der letzten Gruppe? – Das ist nicht der Fall. Dann geht der Dank aus unserer Runde an Sie alle und Ihre Organisation, dass Sie für unsere Fragen zur Verfügung gestanden haben, dass Sie uns Ihre Stellungnahmen geschickt haben. Wir tagen jetzt wieder nichtöffentlich weiter, das heißt, ich muss Sie jetzt verabschieden, herzlichen Dank! Und wir hoffen, dass wir eine auch in Ihrem Sinne gute Richtlinie mit Ihrer Expertise zustande kriegen. Schönen Dank.

Schluss der Anhörung: 11:39 Uhr