

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die 34. 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 16. November 2023

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	33
4.	Verfahrensablauf.....	33
5.	Fazit	36
6.	Literaturverzeichnis	36
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	36

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-Anforderungen-Richtlinie (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 Nummer 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 sind insbesondere die „Leitliniensynopsen für das DMP Adipositas“ für Kinder/Jugendliche und Erwachsene des IQWiG vom 18. August 2022 [25,26]. Die folgenden Ausführungen erläutern die Anforderungen an die Behandlung von Erwachsenen mit Adipositas.

Das DMP Adipositas soll die Versorgung von Betroffenen durch die Strukturierung einer bedarfsorientierten, leitliniengerechten Behandlung verbessern. Die Ausgestaltung des DMP wird, wie im Folgenden erläutert, durch zum Zeitpunkt der Beschlussfassung geltende und vom § 137f SGB V unberührte Regelungen beeinflusst.

a) Ernährungs- und Verhaltenstherapie als Teil der Basismaßnahmen

Grundlage des Adipositas-Managements ist eine individuell gestaltete Umstellung der Ernährung und Steigerung der Bewegung. Hinsichtlich der in den Leitlinien hierzu empfohlenen Maßnahmen zur individuellen Ernährungstherapie und Verhaltenstherapie (IQWiG-Bericht Kapitel Basistherapie-Ernährung und Kapitel Basistherapie-Verhaltenstherapie) ist jedoch insbesondere zu beachten, dass Ernährungstherapie und -beratung als therapeutische Option allein aufgrund einer Adipositas keine Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Ernährungsberatung wird aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V als Patientenschulungsmaßnahme für chronisch Kranke bewilligt.

Im DMP Adipositas wurde zudem entsprechend § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V über die Regelversorgung hinausgehend vorgesehen, dass die Versicherten im DMP Adipositas Zugang zu einem strukturierten Schulungsprogramm erhalten sollen, das als

multimodales Angebot neben einem Modul zu Bewegung auch ein Modul zu Ernährung beinhaltet und auf Verhaltensänderungen fokussiert. Das durch entsprechend qualifizierte Professionen anzuleitende Modul Ernährung kann im DMP Adipositas auch Ziele und Inhalte einer Ernährungsberatung/-therapie abbilden. Adipositas allein ist zudem keine rechtfertigende Indikation für eine Verhaltenstherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Soweit Essstörungen die Ursache für Adipositas sind (insbesondere Binge-Eating-Störung, Night-Eating-Syndrom) oder die Adipositas mit einer psychischen Störung etwa einer Angststörung einhergeht, kann neben adipositaspezifischen Maßnahmen im Rahmen der psychotherapeutisch indizierten Behandlung nach der Psychotherapie-Richtlinie etwa auch eine Verhaltenstherapie von der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sein (vgl. auch Nummer 1.6.4 des Beschlusses).

b) Medikamentöse Therapie der Adipositas

Weitere, moderate Empfehlungen zielen auf eine medikamentöse Therapie der Adipositas ab. Arzneimittel zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits bzw. zur Regulierung des Körpergewichts sind jedoch gemäß § 34 Absatz 1 Satz 8 des SGB V von der Versorgung ausgeschlossen.

c) Nachsorge/ Langzeitbetreuung nach Chirurgie

Im IQWiG-Bericht (Kapitel Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie) werden auch Empfehlungen zur Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie der Adipositas benannt.

Dementsprechend sieht der Beschluss unter Nummer 1.5.6 auch den Hinweis auf die Notwendigkeit einer lebenslangen Nachsorge nach chirurgischer Therapie vor. Bei der Supplementation von Mikronährstoffen (z. B. Spurenelemente) nach adipositaschirurgischen Eingriffen ist - soweit es sich um nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt - zu berücksichtigen, dass diese grundsätzlich nach § 34 SGB V von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen sind. Diese können nach § 34 Absatz 1 Satz 2 SGB V nur ausnahmsweise zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt verordnet werden, wenn die entsprechenden Arzneimittel als Therapiestandard gelten und in die Arzneimittel-Richtlinie (§ 12 in Verbindung mit Anlage I (sogenannte OTC-Ausnahmeliste) aufgenommen wurden.

d) Formuladiäten

Diätetische Lebensmittel sind von der Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen und die Kosten somit grundsätzlich von der Patientin oder dem Patienten zu tragen. Auch Formuladiäten sind nicht von der Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst. Daher sollen Patientinnen und Patienten bei einem allenfalls zeitlich begrenzten und medizinisch begleiteten Einsatz von Formuladiäten zur Gewichtsreduktion in Abhängigkeit von der Situation der Patientin oder des Patienten (z. B. bei Komorbiditäten oder höhergradigem BMI) darüber informiert werden, dass Formuladiäten nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden können.

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 eingegangenen Unterlagen umfassend geprüft und beraten. Um die medizinisch-inhaltliche Eignung der Vorschläge zur Aufnahme in das DMP Adipositas umfassend beurteilen zu können, hat der G-BA für neun vorgeschlagene digitale medizinische Anwendungen eine Nachforderung von Unterlagen, insbesondere von vollständig publizierten Evaluationsstudien in einer am PICO-Schema orientierten Fassung, als erforderlich angesehen. Mit Schreiben vom 11. Januar 2023 hat der G-BA mit einer Frist von zwei Wochen (25. Januar 2023) den Herstellern die Möglichkeit gegeben, entsprechende Unterlagen einzureichen, zu deren digitalen medizinischen Anwendungen beim G-BA Vorschläge eingegangen sind.

Es erfolgte eine Eignungsprüfung von elf digitalen medizinischen Anwendungen, zu denen Unterlagen eingereicht worden waren. Die Prüfung erfolgte auf der Basis dieser Unterlagen sowie weiterer öffentlich zugänglicher Informationen.

Oviva Direkt für Adipositas

Die primäre Zielgruppe der digitalen medizinischen Anwendung „OVIVA Direkt für Adipositas“ sind Menschen von 18 Jahren und älter mit einer diagnostizierten Adipositas Grad 1 oder 2. Sie dient der Unterstützung der Lebensstiländerung durch Erlernen von gesundheitsfördernden Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten. Die App umfasst die drei

Komponenten „Selbst-Monitoring“ (Dokumentation z. B. von Essen und Gewicht), „Selbst-Management“ und „Edukation“ mit dazugehörigen Funktionen. Bei der Studie mit dem Titel „Efficacy of an app-based multimodal lifestyle intervention on body weight in persons with obesity: results from a randomized controlled trial“ handelt sich um eine zweiarmlige randomisiert kontrollierte Studie (RCT) [22].

Die primäre Beobachtungsdauer betrug zwölf Wochen. Die Interventionsgruppe (IG) erhielt Zugang zur Standardversorgung und zur DiGA. Die Kontrollgruppe (KG) erhielt Zugang zur Standardversorgung. Der primäre Endpunkt war die relative Gewichtsveränderung nach zwölf Wochen. Die sekundären Endpunkte waren insbesondere die relative Gewichtsveränderung nach 24 Wochen sowie die Lebensqualität (erhoben anhand der European Quality of Life 5 Dimensions 5 Level Version (EQ-5D-5L) und der EQ Visual Analogue Scale (EQ-VAS)) und die Body composition bzw. Fettmasse (anhand einer Bioimpedanz-Analyse) nach zwölf und 24 Wochen.

In die RCT wurden insgesamt 168 Patientinnen und Patienten eingeschlossen und randomisiert (IG: 84; KG: 84). Nach zwölf-wöchiger Studiendauer ergab sich zur Abschlussuntersuchung eine Drop-out-Rate von 17,3 % (IG: 25,0 %; KG: 9,5 %).

Im Rahmen der Completer-Analyse der RCT ergab sich ein statistisch signifikanter und relevanter Vorteil der IG gegenüber der KG in Bezug auf die Verbesserung des Gesundheitszustands, gemessen anhand der relativen Gewichtsveränderung adjustierte Differenz in der Veränderung von Baseline: -2,9%; 95%-Konfidenzintervall (KI): -3,8 – -1,9; p-Wert: < 0,001; effect size: 0,46]. Die IG reduzierte das Gewicht dabei um 3,2 %. Die Differenz zwischen IG und KG war auch unter konservativen Annahmen statistisch signifikant (-2,3 %; 95%-KI: -3,2 – -1,5; p-Wert: < 0,001; effect size: 0,39).

Im Gegensatz zur KG (11,8 %) reduzierte der Großteil der IG in der Completer-Analyse das Gewicht um über 3 % (50,8 %). Die Subgruppenanalysen nach Alter, Geschlecht und Body-Mass-Index-Kategorie (BMI-Kategorie) zeigten weitestgehend konsistente Ergebnisse. Neben der relativen Gewichtsveränderung zeigte sich in der Completer-Analyse ebenfalls ein signifikanter Vorteil der IG gegenüber der KG in der Abnahme der Fettmasse. Des Weiteren wurden in dieser Analyse Tendenzen hinsichtlich einer Verbesserung der Lebensqualität mittels EQ-VAS gezeigt. Auf Basis der Follow-up-Daten nach 24 Wochen (Completer-Analyse) konnte für die IG gezeigt werden, dass diese Patientinnen und Patienten eine durchschnittliche Gewichtsreduzierung von 3,1% im Vergleich zum Ausgangsgewicht erreichten.

Die vorliegende Datenbasis, die zum derzeitigen Zeitpunkt bereits zu einer dauerhaften Listung im DiGA-Verzeichnis (DiGAV) nach §§ 33a Absatz 2 und 139e SGB V berechtigt hat, erfüllt nach Prüfung durch den G-BA die Anforderungen der VerfO und entspricht den Anforderungen nach § 2 DiGAV. Die Zielgruppe ist eindeutig auf Erwachsene Menschen mit Adipositas definiert, welche dem des DMP Adipositas entspricht. Die Förderung des Krankheitsmanagements durch die Anwendung mit „Oviva Direkt für Adipositas“ durch die Patientin oder den Patienten spiegelt sich im Gewichtsverlust der Patientinnen und Patienten wider. Die Verfügbarkeit von „Oviva Direkt für Adipositas“ in deutscher Sprache ist gegeben. Die vorliegenden Erkenntnisse zu der digitalen medizinischen Anwendung „Oviva Direkt für Adipositas“ genügen, um die Geeignetheit dieser digitalen medizinischen Anwendung festzustellen.

Zanadio

Die primäre Zielgruppe dieser, in deutscher Sprache verfügbaren, digitalen medizinischen Anwendung „Zanadio“ sind Menschen mit Adipositas Grad 1 und 2. Die hauptsächliche Zweckbestimmung ist eine Gewichtsreduktion, die aus einer Verhaltensänderung der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die eigene Ernährung, Bewegung und weitere gesundheitsrelevante Gewohnheiten folgt. Ziel der Verhaltensänderung ist eine Reduktion der täglichen Kalorienzufuhr durch die Ernährung auf der einen Seite, sowie gleichzeitiger Erhöhung des Kalorienbedarfs durch Stärkung des Bewegungsverhaltens, welche im Ergebnis zu einer anhaltenden negativen Kalorienbilanz und somit letztlich einem Verlust von Körperfett und einer Gewichtsreduktion führen. Die Verhaltensänderung wird dabei durch die Anwendung verschiedener verhaltenswissenschaftlicher Methoden erzielt.

Zu „Zanadio“ liegt dem G-BA eine zwölf-monatige klinische Studie im RCT-Design vor, die den medizinischen Nutzen dieser medizinischen Anwendung evaluiert hat [38].

Es wurden 149 Teilnehmende mit Adipositas Grad 1 und 2 (18-65 Jahre, BMI 30-40 kg/m², EOSS Klasse 0-2) durch eine sequentielle und nach Adipositas Grad 1 und 2 sowie nach Alter stratifizierte Randomisierung in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe eingeteilt. Teilnehmende der Interventionsgruppe erhielten dabei vollen Zugang zur medizinischen Anwendung „Zanadio“. Teilnehmende der Kontrollgruppe erhielten keinen Zugang zur App und keine weiteren Informationen oder Instruktionen hinsichtlich Interventionen zur Gewichtsveränderung. Den Teilnehmenden der Kontrollgruppe wurde kommuniziert, ihr Leben wie gewohnt fortzusetzen.

Die Studie dauerte zwölf Monate und umfasste fünf Messzeitpunkte: zu Beginn der Studie, nach drei Monaten, nach sechs Monaten, nach neun Monaten und nach zwölf Monaten. Der primäre Endpunkt Gewichtsverlust wurde durch die prozentuale Veränderung des Gewichts abgebildet. Um Effekte über den reinen Verlust von Körpergewicht hinaus einordnen zu können, wurden als zusätzliche Endpunkte die Lebensqualität, das Wohlbefinden (Wohlbefinden: WHO-5 Wellbeing Index; Lebensqualität: WHOQoL-BREF) und die Waist-to-hip ratio (WHR; Taille-Hüft-Verhältnis) bestimmt.

Die Interventionsgruppe zeigte in der ITT-Analyse einen Gewichtsverlust von durchschnittlich -7.75% (95% Konfidenzintervall (KI): -9,66; 5,84%) innerhalb von zwölf Monaten. Dieser Gewichtsverlust ist signifikant größer als der Gewichtsverlust der Kontrollgruppe, bei der das Gewicht stabil blieb (0,000% (95% KI: -1,98; 1,99%)). Die Gewichtsreduktion in der Interventionsgruppe betrug wie angenommen mehr als 5%. Die sekundären Endpunkte Wohlbefinden und Taille-Hüfte-Verhältnis verbesserten sich signifikant innerhalb der Interventionsgruppe und im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Die vorliegende Datenbasis – auch in Verbindung mit der endgültigen Listung im DiGA-Verzeichnis nach §§ 33a Absatz und 139e SGBV - erfüllen nach Prüfung durch den G-BA die Anforderungen der VerfO und sie entsprechen den Anforderungen nach § 2 DiGAV. Die Zielgruppe ist eindeutig auf Menschen mit Adipositas definiert, welche dem des DMP Adipositas entspricht. Die Anwendung von „Zanadio“ durch die Patientin oder den Patienten konnte innerhalb der Nutzungsdauer von zwölf Monaten zu einer signifikanten Gewichtsreduktion und einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität und Wohlbefinden führen. Diese Effekte sind förderlich für ein günstiges Krankheitsmanagement.

Der G-BA bewertet daher die eingereichten Erkenntnisse zu der digitalen medizinischen Anwendung „Zanadio“ als ausreichend, um die Geeignetheit dieser digitalen medizinischen Anwendung festzustellen.

Vitadio

Nach den dem G-BA vorliegenden Unterlagen, die durch stellungnahmeberechtigte Organisationen und den Hersteller eingereicht wurden, bietet die digitale medizinische Anwendung „Vitadio“ App-basierte Therapien für Adipositas und Typ-2-Diabetes an, die Patientinnen und Patienten dabei unterstützen, ihr Körpergewicht zu reduzieren und die Diabeteskontrolle zu verbessern.

Die digitale Gesundheitsanwendung „Vitadio“ ist für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 vorgesehen. Die vorläufige Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis des BfArM nach § 33a Absatz 2 und § 139e SGB V erfolgte am 15. April 2022. Ziel sei es, die Diabeteskontrolle zu verbessern, indem Nutzerinnen und Nutzer durch einen multimodalen Therapieansatz zu einem besseren Selbstmanagement und Lebensstil befähigt werden. Die Ergebnisse aus der randomisierten kontrollierten prospektiven Studie, in der eine erwartete Absenkung des HbA1c nachgewiesen werden soll, liegen zum Zeitpunkt der Beschlussfassung noch nicht vor.

In der Zusammenschau liegt für die digitale medizinische Anwendung „Vitadio“ nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, welche adipositasspezifisch ausgerichtet ist.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Vitadio“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

VIDEAmellitus

In den dem G-BA vorliegenden Unterlagen, die durch stellungnahmeberechtigte Organisationen und den Hersteller eingereicht wurden, wird die digitale medizinische Anwendung „VIDEAmellitus“ als eine diabetesspezifische digitale Gesundheitsanwendung, die auf körperliche Bewegung bei Diabetespatienten fokussiert, beschrieben. Sie stelle eine Weiterentwicklung der „App VIDEA bewegt“ dar.

Für die digitale medizinische Anwendung „VIDEAmellitus“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, welche adipositasspezifisch ausgerichtet ist.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „VIDEAmellitus“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig

publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Weight Watchers

Bei „Weight Watchers“ (kurz: „WW“) handelt es sich um ein US-amerikanisches Unternehmen, welches seit mehreren Jahrzehnten ein Programm zur Gewichtsreduktion anbietet. Das „Weight-Watchers“-Konzept basiert auf einem Schema, bei dem jedem Lebensmittel eine Punktzahl zugeordnet wird und die Teilnehmenden sich ihre Mahlzeiten anhand einer tagesbezogenen Punktesumme zusammenstellen. Darüber hinaus umfasst das Programm ein Spektrum unter anderem von Beratungsleistungen und Rezeptsammlungen. Ebenfalls steht im Sinne einer digitalen medizinischen Anwendung eine „Weight Watchers App“ zur Verfügung, mit der sich der G-BA im Rahmen der Überprüfung auf Eignung gemäß §137f Absatz 8 SGB auseinandergesetzt hat. Die digitale medizinische Anwendung „Weight Watchers App“ umfasst unter anderem ernährungs- und bewegungsbezogene Inhalte, „Audio-Coachings“ und eine Online-Austauschplattform mit anderen (vermutlich Teilnehmenden, ohne Moderation). Die Teilnahme am Programm, auch der alleinigen App-Nutzung, setzt eine „Weight Watchers“-Mitgliedschaft voraus.

Gemäß Angaben auf der Internetseite des Herstellers [47] liegen umfassende Erkenntnisse zum „Weight Watchers“-Programm vor, darunter eine randomisierte, kontrollierte Studie zum „Weight Watchers Online-Programm“ [44]. Auf Grundlage der vorliegenden Informationen aus der Studie kann nicht eindeutig durch den G-BA geklärt werden, ob und inwieweit das in der Studie geprüfte „Weight Watchers Online-Programm“ und dessen Inhalte bzw. Funktionen mit denen der „Weight Watchers App“ vergleichbar sind.

Die vorliegenden Erkenntnisse zur digitalen medizinischen Anwendung „Weight Watchers App“ genügen nicht, um eine Eignung zur Aufnahme in die Anforderungen an das DMP Adipositas festzustellen.

Abnehmen mit Genuss

Für die digitale medizinische Anwendung „Abnehmen mit Genuss“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Abnehmen mit Genuss“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Weitere Erläuterungen:

„Abnehmen mit Genuss“ ist ein individuell abgestimmtes Abnehmprogramm, um Übergewicht abzubauen und das neue Gewicht zu halten. Es basiert auf einer Reihe von Tools zur Unterstützung und zum Monitoring der Inhalte „Ernährung/Bewegung/Verhalten“ und einem Zugang zum Austausch mit anderen Teilnehmenden in einer Online-Community. Es erfolgt eine intensive Betreuung durch Coaches aus den Bereichen Ernährung, Medizin, Sport

und Psychologie und individuelle Trainingspläne werden bereitgestellt. Eine Anmeldung und Nutzung ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres möglich. Von einer Teilnahme abgeraten wird unter anderem bei starker Adipositas und Essstörungen.

Die digitale medizinische Anwendung „Abnehmen mit Genuss“ stellt eine Weiterentwicklung des briefbasierten Programms „Abnehmen mit Genuss Classic“ dar, zu dem eine Auswertung von 45.869 Teilnehmenden existiert. Es handelt sich dabei um eine Evaluationsstudie des Gewichtsmanagementprogramms, die jedoch nicht im Vergleichsgruppendesign durchgeführt wurde. Die vorliegenden Erkenntnisse zu „Abnehmen mit Genuss“ genügen deshalb nicht, um die Geeignetheit der digitalen medizinischen für eine Aufnahme in das DMP Adipositas festzustellen.

Die Vollpublikation der Studie wurde dem G-BA auch auf Nachfrage beim Hersteller nicht vorgelegt, die Informationen basieren auf dem öffentlich verfügbaren Abstract [5].

Vita Versorgungsprogramm

Nach den Unterlagen der stellungnahmeberechtigten Organisationen und des Herstellers zur benannten digitalen medizinischen Anwendung „VITA“ handelt es sich um eine integrierte Versorgungsform nach § 140a SGB V. Sie richtet sich an Versicherte mit chronifizierenden Gesundheitsproblemen.

Für die genannte digitale medizinische Anwendung „VITA“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die genannte digitale medizinische Anwendung „VITA“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 Verfo sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Livongo

Für die digitale medizinische Anwendung „Livongo“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Livongo“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 Verfo sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Weitere Erläuterungen:

Die Zielgruppe der „Livongo Mobile App Adipositas“ umfasst laut Herstellerangaben Menschen mit Adipositas (BMI größer 30). Die Zielsetzung ist gemäß Hersteller, ein

Gewichtsmanagementprogramm über zwölf Wochen zu begleiten und dabei zur Senkung oder Beibehaltung des Gewichts beizutragen. In einem initialen Gespräch mit einer Ernährungsberaterin oder einem Ernährungsberater (Coach) sollen die Änderungsmotivation sowie die persönlichen Gesundheitsziele der Patientinnen und Patienten erfasst werden. Die „Livongo Mobile App Adipositas“ soll die Selbstüberwachung von Körpergewicht, Nahrungsaufnahme und körperlicher Aktivität unterstützen, damit neue gesundheitsförderliche Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten etabliert und in den Alltag integriert werden können. Die App enthält laut Hersteller Funktionen zur Speicherung von gesundheitsrelevanten Messwerten (z. B. Schrittzahl, Blutdruck, Laborwerte) und zeigt in Abhängigkeit der Ergebnisse gesundheitsfördernde Inhalte an. Einige dieser Inhalte werden laut Hersteller über Health Nudges bereitgestellt, andere Inhalte über die Funktion „Aktionsplan“, mit dem sich der Nutzer Ziele zur Verbesserung seines Lebensstils setzen und an Aktivitäten zur Erreichung dieser Ziele teilnehmen kann.

Die Firma Teladoc Health legte vier Publikationen einarmiger retrospektiver Studien vor. In diesen Studien wurden retrospektive Analysen bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem Start-Body-Mass-Index (BMI) von $>25 \text{ kg/m}^2$ durchgeführt, wovon die Teilnehmer und Teilnehmerinnen in drei Studien an einem Retrofit-Gewichtsverlustprogramm und in einer Studie an einem digitalen Livongo-Diabetes-Präventionsprogramm (DPP) teilgenommen hatten. Die Studien hatten jeweils zum Ziel, Prädiktoren für den effektivsten Gewichtsverlust im Zuge der Teilnahme am jeweiligen Programm zu ermitteln.

Die Erkenntnisse aus den eingereichten Unterlagen zu der digitalen medizinischen Anwendung „Livongo Mobile App Adipositas“ genügen nicht, um die Geeignetheit der digitalen medizinischen Anwendung „Livongo Mobile App Adipositas“ für eine Aufnahme in das DMP Adipositas festzustellen. Für die Prüfung der Eignung der digitalen Anwendung „Livongo Mobile App“ bedarf es einer vollständig publizierten Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die Population von Patientinnen und Patienten mit Adipositas, um positive und negative Effekte der Intervention „Livongo Mobile App Adipositas“ abschätzen zu können.

Freestyle-System (Kontinuierliche Glukosemessung)

Die digitale Medizinische Anwendung "Freestyle Libre Messsystem" ist Bestandteil einer Behandlungsmethode für Patientinnen und Patienten mit intensivierter Insulintherapie bei Diabetes mellitus. Es handelt sich hierbei um ein kontinuierliches Glukosemessgerät zur subkutanen Glukosemessung bzw. zum Glukosemonitoring, das im Rahmen der täglichen Stoffwechselselbstkontrolle in der Diabetestherapie bei Vorliegen der Indikation Diabetes mellitus vom Typ 1 oder Typ 2 genutzt werden kann.

Es liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie zu adipositaspezifischen Endpunkten im Vergleichsgruppendesign vor.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Freestyle Libre Messsystem“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig

publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Rehasonanz

„Rehasonanz.de“ ist ein zwölf - monatiges Online- Reha- Nachsorge- Programm der REHASAN- Gruppe, das gemäß Herstellerinformation zum Ziel hat, die Behandlungsansätze der stationären rehabilitativen Behandlung aufzunehmen, fortzuführen und zu ergänzen, sowie die positiven Effekte einer Reha- Maßnahme bei Patientinnen und Patienten mit (Prä-) Adipositas nachhaltig zu festigen, damit sich die Patientinnen und Patienten einen dauerhaft gesunden Lebensstil aneignen.

Initial wird im Laufe einer dreiwöchigen Reha-Maßnahme in einer Klinik der REHASAN- Gruppe zwischen Patientinnen und Patienten und behandelnden Ärztinnen und Ärzten eine individuelle Zielvereinbarung zur Gewichtsreduktion getroffen. Es werden Informationen zur allgemeinen Gesundheitsbildung bereitgestellt und der Umgang mit dem Nachsorgeportal geübt. Im Anschluss an die Reha-Maßnahme können die Patientinnen und Patienten das online-Portal für insgesamt ein Jahr nutzen. Es sollen kontinuierlich Handlungskompetenzen zum erfolgreichen Selbstmanagement vermittelt werden (Elemente aus Stressmanagement, Alltagsmanagement, Familienmanagement), Kenntnisse und praktische Fertigkeiten in Bezug auf eine vollwertige Ernährung nach DGE vermittelt werden und zu individuell geeignetem Bewegungsverhalten motiviert werden.

Rehasonanz.de besteht aus einem Patientenportal zur Nutzung für Patientinnen und Patienten und aus einem Auswerte- und Rückmeldetool (Ärztikonsole) für die ärztliche Begleitung der Patientinnen und Patienten.

Eine wissenschaftliche Evaluation in Form einer randomisierten kontrollierten Studie an 265 Patienten zeigte, dass die einjährige Intervention (Nutzung des rehasonanz-online-Portals) eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von 5,4% (n=129) im Vergleich zur durchschnittlichen Gewichtsreduktion von 4,0% in der Kontrollgruppe (n=136) erbrachte. Des Weiteren wurden dem G-BA die Auswertung von Daten aus 1354 abgeschlossenen Behandlungsfällen (2010-2021) vorgelegt, deren Ausgangs- BMI 35,22 kg/ m² betrug. Die Adhärenzquote der Teilnehmer lag nach einem Jahr zwischen 20 – 25 %, wobei die Gewichtsreduktion der adhärennten Teilnehmer nach einem Jahr zwischen 6,7 und 9,8% lag, was einer BMI- Reduktion der adhärennten Teilnehmer nach einem Jahr von 1,95 – 3,51 BMI Punkten entspricht.

Für die digitale medizinische Anwendung „Rehasonanz“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.

Ohne *die vollständige Publikation* einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Rehasonanz“ kann der G-BA nicht abschließend feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die

Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Guardian Connect CGM (Kontinuierliche Glukosemessung)

Die digitale Medizinische Anwendung "Guardian Connect CGM-Einsteiger- und Transmitterpakete CareLink Software, Guardian Connect App" ist Bestandteil einer Behandlungsmethode für Patientinnen und Patienten mit intensivierter Insulintherapie bei Diabetes mellitus. Es handelt sich hierbei um ein kontinuierliches Glukosemessgerät zur subkutanen Glukosemessung bzw. zum Glukosemonitoring, das im Rahmen der täglichen Stoffwechselfbstkontrolle in der Diabetestherapie bei Vorliegen der Indikation Diabetes mellitus vom Typ 1 oder Typ 2 genutzt werden kann.

Es liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie zu adipositasspezifischen Endpunkten im Vergleichsgruppendesign vor.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendungen „Guardian Connect CGM-Einsteiger- und Transmitterpakete CareLink Software, Guardian Connect App“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 Verfo sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

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 wurde infolge der Ergänzung eigenständiger Anforderungen an DMP Adipositas erforderlich.

Zu Anlage 23

Zu Nummer 1.1 Definition der Adipositas

Die Definition der Adipositas entspricht der vom IQWiG in internationalen und nationalen Leitlinien identifizierten Begriffsbestimmung (IQWiG Bericht) und basiert auf der Klassifikation der WHO. Demnach ist Adipositas definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts ab einem Body-Mass-Index (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. Übergewicht ist definiert als ein BMI über 25 kg/m^2 .

Der Body-Mass-Index (BMI) gilt als etablierte Berechnungsgrundlage zur Klassifikation der Adipositas und wird daher in dieser Anlage als Maß zur Definition von Übergewicht und Adipositas gewählt. Durch die relativ einfache Berechnungsweise, - Quotienten aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m^2), lässt er sich ohne großen Aufwand erfassen.

Die Adipositas wird in Abhängigkeit vom BMI in drei Schweregrade eingeteilt.

Klassifikation [49]	BMI (kg/m^2)
Übergewicht (Präadipositas)	25,00–29,99
Adipositas Grad I	30,00–34,99
Adipositas Grad II	35,00–39,99
Adipositas Grad III	$\geq 40,0$
BMI: Body-Mass-Index	

Bei der Definition der Adipositas über den BMI-Wert muss beachtet werden, dass es sich um einen Surrogatparameter handelt und dieser unter Umständen das Ausmaß der Adipositas nicht korrekt abbildet [20]. Hintergrund ist, dass der BMI-Wert nicht allein vom Körperfettanteil abhängt, sondern von dem Anteil an Muskelmasse und dem Gewicht des Skeletts beeinflusst wird.

Zu Nummer 1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021 hat der Gesetzgeber den G-BA mit der Entwicklung eines neuen DMP Adipositas beauftragt. Diesem Auftrag wird mit dem vorliegenden Beschluss Rechnung getragen. Als krankheitsbegleitendes Programm soll das DMP Adipositas die Versorgungsqualität von Betroffenen verbessern.

Die Verbesserung der Versorgungsqualität soll nach dem Entwurf des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes durch eine „leitliniengerechte und bedarfsorientierte Versorgung“ sichergestellt werden [11]. Aktuelle Leitlinien verlangen über die Gewichtsreduktion hinaus die individuelle Verbesserung des Gesundheitsstatus im Sinne einer zunehmend patientenzentrierten Versorgung [48]. Da eine Adipositas und die entsprechenden Einschränkungen des Gesundheitsstatus individuell sehr unterschiedlich verlaufen können, müssen zur Ermittlung des individuellen Versorgungsbedarfs mehrere

Parameter berücksichtigt werden, neben dem Body-Mass-Index (BMI) insbesondere die Abschätzung der individuellen Krankheitslast.

Der Body-Mass-Index (BMI) beruht auf anthropometrischen Messungen und ist ein weltweit etablierter Surrogatparameter für den Körperfettanteil. Er wird für die Diagnose sowie für die Klassifikation einer Adipositas in Grad 1 bis 3 genutzt (s. Kapitel Definition).

In internationaler Fachliteratur und Leitlinien wird diskutiert, inwieweit der BMI als alleiniges Kriterium für eine Behandlungsindikation der Adipositas ausreicht. Gemäß zweier in der IQWiG-Leitliniensynopse berücksichtigten Leitlinien sollte der BMI-Wert in der Gesamtschau der Risikofaktoren und insbesondere Komorbiditäten der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten betrachtet werden [14,48].

In der IQWiG-Leitliniensynopse [25] wird darauf hingewiesen, dass ein starker Zusammenhang zwischen einem erhöhten BMI ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) und der Entwicklung adipositasbedingter Komplikationen bzw. chronischer Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes Mellitus, Koronare Herzkrankheit) besteht.

Adipositas kann jedoch, zumindest temporär, auch im Sinne einer „metabolisch gesunden Adipositas“ auch mit einem normalen Stoffwechselprofil und ohne körperliche Symptome oder funktionelle Einschränkungen vorliegen [17,50]. Es existieren zudem Daten, die auf einen nicht-linearen Zusammenhang zwischen BMI und Mortalität hinweisen und darauf, dass die Mortalität bei Adipositas Grad 1 im Vergleich zu Normalgewichtigen nicht erhöht ist [4,18].

Vor diesem Hintergrund wird für Patientinnen und Patienten mit einer Adipositas Grad 1 (BMI größer oder gleich 30 kg/m^2 und kleiner als 35 kg/m^2) das Vorliegen mindestens einer der folgenden Komorbiditäten zum Einschluss in das DMP Adipositas als Voraussetzung für die Teilnahme am DMP festgelegt:

Diabetes mellitus Typ 2, Arterielle Hypertonie, Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, Stabile Koronare Herzkrankheit, Stabile chronische Herzinsuffizienz oder Prädiabetes. Mit der Benennung des Prädiabetes als für den Einschluss in das Programm relevante Komorbidität soll der vom Gesetzgeber intendierten präventiven Intention einer strukturierten und bedarfsorientierten Versorgung im Rahmen des DMP Adipositas Rechnung getragen werden (Bundestags-Drucksache 19/26822, Seite 98). Die Definition des Prädiabetes erfolgt gemäß der NVL Typ-2-Diabetes [9]. Empfehlungen zu besonders relevanten Komorbiditäten sind in Nummer 1.6 verortet.

Die in den Einschlusskriterien festgelegten Komorbiditäten orientieren sich am IQWiG-Bericht.

Auf Grundlage der vorliegenden Evidenz kann jedoch auch geschlussfolgert werden, dass die Mortalität bei Patientinnen und Patienten mit Adipositas Grad 2 und größer (BMI größer oder gleich 35 kg/m^2) im Vergleich zu normalgewichtigen Personen erhöht ist [22]. Entsprechend können diese Patientinnen und Patienten ohne das Vorliegen einer Komorbidität in das DMP Adipositas eingeschlossen werden.

Im Rahmen der Beratungen hat sich der G-BA auch mit dem Edmonton Obesity Staging System (EOSS) auseinandergesetzt, welches als Klassifikationssystem in der IQWiG-Leitliniensynopse diskutiert wird [25].

Das EOSS wird in Deutschland jedoch wenig genutzt und wurde der Festlegung der Einschlusskriterien deshalb nicht zugrunde gelegt.

Zu Standarddiagnostik

Die in der Richtlinie beschriebene Standarddiagnostik bei Adipositas beruht auf Empfehlungen der Leitlinien OC2020 [48] und ESE2020 [36] sowie der Experteneinschätzung. Ziel ist es, den adipositasspezifischen Gesundheitsstatus einzuschätzen, möglicherweise noch nicht erfasste Komplikationen (insbesondere die o.g. Risikofaktoren und Komorbiditäten) aufzudecken und eine Grundlage für die Therapieplanung und die Verlaufsuntersuchungen zu schaffen.

Bereits erfolgte laborchemische Diagnostik innerhalb der letzten sechs Monate kann hierfür berücksichtigt werden. Die klinische Untersuchung sowie die Messung des BMI, des Bauchumfangs und des Blutdrucks sollten jedoch aktuell sein. Eine weiterführende Diagnostik erfolgt entsprechend der Befunde.

Wie oben näher erläutert, besteht ein erhöhter Bauchumfang bei Frauen ab 80 cm, bei Männern ab 94 cm. Eine signifikante abdominelle Adipositas besteht ab jeweils 88 bzw. 102 cm bei Frauen bzw. Männern. Relevant ist dies vor allem bei einem BMI bis 35 kg/m² (vom IQWiG-Bericht als additiver Inhalt eingestufte Empfehlung der OC2020). Ein erhöhter Bauchumfang weist auf ein erhöhtes metabolisches bzw. kardiovaskuläres Risiko hin, mit noch höherem Risiko bei Vorhandensein einer signifikanten abdominellen Adipositas (OC2020, Kapitel Assessment of People Living with Obesity) [32]. Dies ist bei der individuellen Therapieplanung insofern hilfreich, als dass hier auf entsprechende Maßnahmen mit positiven Effekten, auf metabolische und kardiovaskuläre Faktoren sowie auf den viszeralen Fettanteil hingewiesen werden kann (siehe Kapitel 1.5.2 und 1.5.3 zu Ernährung und Bewegung).

Der Bauchumfang wird mit einem flexiblen Maßband mittig zwischen dem oberen Beckenrand und dem unteren Rippenbogen gemessen.

Da ein in der Praxis häufig beobachtetes Versorgungsdefizit bei Adipositas darin besteht (Fremd- und Selbststigmatisierung), wird explizit auf die Bedeutung einer altersgerechten Krebsfrüherkennung nach der Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (KFE-RL) und der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (KFE-RL) hingewiesen.

Zu Nummer 1.3 Therapieziele

Vom IQWiG bewertete Leitlinien geben Empfehlungen zu Therapiezielen und benennen das Gewichtsmanagement insbesondere die Gewichtsreduktion als wesentliche Maßnahmen (ESE 2020) [36] mit hohem Empfehlungsgrad.

Als wichtigste längerfristige Therapieziele sind die Verminderung des Risikos für vorzeitige Sterblichkeit, die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie die Verringerung der Morbidität anzusehen. Dies beinhaltet die Verbesserung beeinträchtigter Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne einer selbstbestimmten Lebensführung. Kardiovaskuläre Risikofaktoren und adipositas-assoziierte Komorbiditäten werden nachweislich durch eine langfristige Gewichtsabnahme positiv beeinflusst [2,3,15,16,29] [24,36,48].

Zu Nummer 1.4 Allgemeine Grundsätze der Therapie

Nummer 1.4 beinhaltet allgemeine Grundsätze der Therapie zur indikationsspezifischen Erstanamnese (Nummer 1.4.1) und zur Therapieplanung (Nummer 1.4.2).

Zu Nummer 1.4.1 Indikationsspezifische Erstanamnese

Bei der indikationsspezifischen Erstanamnese handelt es sich um ein Gespräch, das über den regulären Beratungsaufwand hinausgeht und einen besonderen Beratungsaufwand darstellt, der eine differenzierte Therapieplanung ermöglicht und die Therapietreue sicherstellen soll. Im Rahmen dieser Erstanamnese sollen insbesondere folgende Aspekte erfragt und eingeschätzt werden: bisheriger Verlauf der Erkrankung, mögliche Ursachen der Adipositas und aufrechterhaltende Faktoren (beispielsweise Medikamente, die eine Gewichtszunahme begünstigen, s. u.), adipositaspezifische Folgeerscheinungen in verschiedenen Bereichen (somatisch, psychisch, funktionell) und mögliche Hürden für ein zielführendes Management (beispielsweise sozio-ökonomisch, ggf. vorhandenes Suchtverhalten z. B. bzgl. Drogen, Alkohol, Tabak). Insbesondere soll auch die aktuelle Energiezufuhr (durch Nahrungsaufnahme) und der aktuelle Energieabbau (insbesondere durch Bewegung) abgeschätzt werden, um daraus Ansatzpunkte für Maßnahmen in den Bereichen Ernährung und Bewegung ableiten zu können. Ferner ergibt sich aus der Zusammenschau mit der unter 1.2 genannten Diagnostik die Möglichkeit einer differenzierteren Bestimmung der Krankheitslast bei Einschreibung und deren zielgerichtete Kontrolle im weiteren Verlauf.

Medikamente bzw. Wirkstoffklassen, die eine Gewichtszunahme begünstigen können, sind insbesondere:

- Blutzuckersenkende Therapien: Insuline, Glitazone, Sulfonylharnstoffe, Glinide
- Antidepressiva: trizyklische Antidepressiva, atypische Antidepressiva, MAO-Inhibitoren, SSRI, Lithium
- Antikonvulsiva
- Typische und atypische Antipsychotika, vor allem der 2. Generation
- Systemische Kortikosteroide
- Hormonersatztherapie: Östrogen
- Betablocker
- Clonidin

Die allgemeinen Hinweise und entsprechende Konkretisierungen zum vertiefenden Gespräch wurden in Anlehnung an die Leitlinie OC2020 [48] (Empfehlungen sowie Hintergrundtext im Kapitel *Assessment of People Living with Obesity*)[32] und ESE2020 [36] sowie im Konsens mit den beratenden Experten formuliert. Zur Unterstützung bei der Umsetzung kann ein strukturierter Fragebogen hilfreich sein, beispielsweise der Fragebogen des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e. V.: „Erfassungsbogen Adipositas“.

Zu Nummer 1.4.2 Therapieplanung

Die Adipositas ist eine chronische Erkrankung mit sehr heterogener Ausprägung bezogen auf die Ursachen, Krankheitslast und vorhandener individueller Ressourcen. Daher bedarf es einer individuellen Therapieplanung auf der Grundlage eines ausführlichen und zielführenden

Gespräches (siehe Kapitel Diagnostik). In Anlehnung an den IQWiG-Bericht werden hier für die Therapieplanung insbesondere Empfehlungen der OC2020 [48] aufgegriffen. Mit der Einschreibung in das DMP Adipositas 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. Wichtig ist die Differenzierung zwischen Faktoren, die eine Gewichtszunahme begünstigen und Faktoren, die Therapiehindernisse darstellen können.

Für eine motivierende und kollaborative Gesprächsführung im Hinblick auf eine zielführende Handlungsstrategie ist gleichwohl auf die Vermeidung von wertenden Bildern und Praktiken im Umgang mit adipösen Patientinnen und Patienten zu achten, sowie auf den möglichen Einfluss verinnerlichter Vorurteile aller Beteiligten. Für eine bestmögliche Adhärenz sind die psychosozialen Faktoren zu beachten. Insbesondere die psychischen Komorbiditäten sollen berücksichtigt werden hinsichtlich eines Bedarfs an entsprechender Versorgung.

Zu Nummer 1.5 Therapeutische Maßnahmen

Nummer 1.5 beinhaltet die therapeutischen Maßnahmen des DMP Adipositas.

Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen

Die Empfehlung zu einer individuell angepassten Kombination konservativer Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und unterstützende Verhaltensmodifikationen sowie zu Therapiezielen stützen sich auf die Leitlinien OC2020 [48], VADoD2020 [14], AACE2020 [29] sowie dem WHO Obesity Report 2022 [52] und zielen auf ein nachhaltiges, bedarfsorientiertes Management der Adipositas ab.

Dabei zu berücksichtigen sind neben den unter 1.2 und im vertiefenden Gespräch genannten Aspekten beispielsweise auch persönliche Ziele, Gewohnheiten und Präferenzen sowie der soziokulturelle und sozioökonomische Hintergrund. Es wird ferner die Förderung von Wissen und Gesundheitskompetenz empfohlen.

Die vorgeschlagene Zielsetzung von mindestens 5 bzw. 10 % Gewichtsreduktion in Abhängigkeit des Adipositas-Grades bei Einschreibung beruhen, neben den o. g. Quellen, auf Evaluationsergebnissen zu Adipositas-Schulungen im deutschen Versorgungskontext [6,37,39,40]. In den Studien erreichten 34 bis 72 % (durchschnittlich 48 %) der Teilnehmer eine Gewichtsreduktion von mindestens 5 % und 10 bis 32 % (durchschnittlich 22 %) eine Gewichtsreduktion von mindestens 10 %. Diese Ergebnisse stellen unter anderem die Grundlage für die Qualitätsziele 1 und 2 (siehe Nummer 2) sowie die Festlegung der jeweils angestrebten Zielwerterreichung dar.

Nach der Leitlinie OC2020 [48] (Kapitel *The Science of Obesity*) [48] sowie dem WHO Obesity Report 2022 [52] kann sich jede Gewichtsreduktion positiv auf den Gesundheitsstatus auswirken. Besonders gut belegt ist die positive Wirkung einer moderaten Gewichtsreduktion bei Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko für einen Typ-2-Diabetes. Dies stellt unter anderem die Grundlage für das Qualitätsziel 11 (siehe Nummer 2) dar.

Zu Nummer 1.5.2 Ernährung

Empfehlungen und Hinweise zur Ernährungsumstellung sowie zu den möglichen Strategien beruhen auf folgende Leitlinien: OC2020 [48], VADoD2020 [14]. Die genannten Referenzwerte stützen sich auf Angaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.

Die Empfehlung zum Anstreben einer negativen Energiebilanz ist mit einem hohen Empfehlungsgrad versehen.

Die im Richtlinientext benannten Strategien entstammen einer Aufzählung möglicher Ernährungsmuster der zitierten kanadischen Leitlinie.

Zur Erläuterung:

Die sogenannte DASH-Diät [31] (Dietary approaches to stop hypertension) beruht auf einer Steigerung der Obst- und Gemüsezufuhr, einer Bevorzugung von fettarmen Milchprodukten, Vollkorngetreide, Nüsse und Hülsenfrüchten sowie eine Reduzierung der Zufuhr von Salz, rotem Fleisch, verarbeiteten Fleischgerichten und Süßigkeiten. Bei der mediterranen Kost liegt der Schwerpunkt auf eine pflanzliche Ernährung, mit Umstellung auf pflanzliche Fette (Olivenöl), einer hohen Zufuhr an Nüssen, Obst und Gemüse sowie an Vollkorngetreide und Hülsenfrüchten; es wird eine moderate Aufnahme von Fisch und Milchprodukten empfohlen sowie eine geringe Aufnahme von Fleisch. Eine vegetarische Kost zeichnet sich durch den Verzicht auf Fleischprodukte, eine vegane Kost zeichnet sich durch den Verzicht auf jede Art von tierischen Produkten aus. Hierbei muss unter anderem auf eine ausreichende Proteinzufuhr sowie auf eine ausreichende Zufuhr bzw. Substitution von bestimmten Mikronährstoffen (beispielsweise Vitamin B12, Jod, Omega-3-Fettsäuren, Eisen, Calcium) geachtet werden. Ein nordisches Ernährungsmuster [7] basiert auf Elementen der traditionellen regionalen Küche der nordischen Länder und favorisiert beispielsweise Rapsöl, lokale Gemüsesorten wie Wurzelgemüse, Kohl und Hülsenfrüchte, an Obst insbesondere Beeren, Äpfel, Birnen, bei Getreide Vollkornroggen, -hafer, und -gerste, Nüsse, Fisch, sowie fettarme Milchprodukte, Fleisch in Maßen.

Zu Formuladiäten

Diätetische Lebensmittel sind von der Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen und die Kosten somit grundsätzlich von der Patientin oder dem Patienten zu tragen. Auch Formuladiäten sind nicht von der Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst. Daher sollen Patientinnen und Patienten bei einem allenfalls zeitlich begrenzten und medizinisch begleiteten Einsatz von Formuladiäten zur Gewichtsreduktion in Abhängigkeit von der Situation der Patientin oder des Patienten (z. B. bei Komorbiditäten oder höhergradigem BMI) darüber informiert werden, dass Formuladiäten nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden können.

Zur individuellen Ernährungsberatung

Eine leitliniengerechte Empfehlung zur Umstellung der Ernährung beinhaltet auch eine individuelle Ernährungsberatung durch Ernährungsfachkräfte. Der IQWiG-Abschlussbericht Leitliniensynopse Adipositas Erwachsene listet die individuelle Ernährungsberatung durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte als einen der potenziell DMP-relevanten Inhalte auf. Die Ernährungsberatung bei 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.

Die Leitliniensynopse des IQWiG zitiert eine Vielzahl ernährungsbezogener Empfehlungen, allerdings handelt es sich in den allermeisten Fällen um solche mit niedrigem Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad oder nicht-DMP-relevante Inhalte. Alle Zitate entstammen ausschließlich zwei Leitlinien aus Kanada [44] bzw. den USA [12].

Die Empfehlung zum Anstreben einer negativen Energiebilanz ist mit einem hohen Empfehlungsgrad versehen. Welchen Umfang diese negative Energiebilanz (auch: „Energiedefizit“) haben soll, wird in der entsprechenden Leitlinie allerdings nicht konkretisiert. Es findet sich lediglich die Aussage, dass eine Ernährung mit einer Gesamtmenge von ≤ 800 kcal pro Tag mit unerwünschten Effekten einhergehen könne. Die Benennung eines anzustrebenden Energiedefizites von 500-600 kcal pro Tag wurde in den Beratungen des G-BA durch die Fachexperten als erfahrungsgemäß praktikable Größe benannt und wird daher als Richtwert eingestuft. Als „additive Inhalte“ stuft der IQWiG-Bericht außerdem ergänzende Hinweise ein, die zwar einen nicht hohen oder unklaren Empfehlungsgrad aufweisen, jedoch auf Leitlinien mit hoher methodischer Qualität basieren. Dies trifft auf die Aussage zu, dass es eine breite Auswahl an Ernährungsstrategien gibt, die patientenbezogen eingesetzt werden und auf individuelle Werte, Präferenzen und Behandlungsziele angepasst werden sollen, um bestmöglichen Unterstützung der langfristigen Adhärenz zu erreichen. Die im Richtlinientext benannten Strategien entstammen einer Aufzählung möglicher Ernährungsmuster der zitierten kanadischen Leitlinie.

Zur Erläuterung:

Mediterrane Ernährung: hier liegt der Schwerpunkt auf pflanzlichen Nahrungsmitteln und hochwertigen Fetten (Olivenöl), einer hohen Zufuhr von Nüssen, Obst und Gemüse sowie an Vollkorngetreide und Hülsenfrüchten; einer moderaten Aufnahme von Fisch und Milchprodukten und einem niedrigen Fleischanteil.

Nordische Ernährung: Ernährungsmuster analog der mediterranen Ernährung, angepasst an Elemente der traditionellen regionalen Küche der nordischen Länder (z. B. Rapsöl statt Olivenöl). DASH steht für „Dietary approaches to stop hypertension“ und beruht auf einer Steigerung der Obst- und Gemüsezufuhr, einer Bevorzugung von fettarmen Milchprodukten, Vollkorngetreide, Nüsse und Hülsenfrüchten sowie einer Reduzierung der Zufuhr von Salz, rotem Fleisch, verarbeiteten Fleischgerichten und Süßigkeiten.

Beide im IQWiG-Bericht zitierten Leitlinien benennen außerdem Mahlzeitenersatz-Strategien als eine weitere Option. Die kanadische Leitlinie konstatiert hier einen hohen Evidenzgrad, allerdings liegt auch hierfür, ebenso wie für die einzelnen aufgezählten Beispiele kein hoher Empfehlungsgrad vor. Es bleibt jedoch unklar, welche Arten von Produkten bzw. welche Strategie hiermit beschrieben wird, welchen Regularien diese unterliegen und ob diese Empfehlung auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar ist.

Zu Nummer 1.5.3 Bewegung

Die aus dem IQWiG-Abschlussbericht extrahierten Empfehlungen entstammen zwei Leitlinien, nämlich aus Kanada [48], sowie Europa [35].

Bis auf wenige Ausnahmen sind alle Empfehlungen im Richtlinien text als DMP-relevante Inhalte mit hohem Evidenz- und Empfehlungsgrad gekennzeichnet, lediglich die Aussagen zum Einfluss der körperlichen Aktivität auf Stimmungsschwankungen, Essverhalten und Sättigungsgefühl sind als „additive Inhalte“ aus Leitlinien mit hoher methodischer Qualität zu werten. Beide Leitlinien weisen eine systematische Darstellung der Evidenz zu den Effekten verschiedener Arten, Intensitäten und Umfängen körperlicher Aktivität auf Einzelparameter (z. B. Gewicht, Körperzusammensetzung, Blutdruck, Muskelkraft) auf. Die sich daraus ableitenden Empfehlungen müssen folglich individuell auf die jeweiligen Betroffenen angewendet bzw. kombiniert werden. Die benannten Trainingsformen sind auf Basis der zitierten Leitlinien wie folgt zu verstehen:

Ausdauertraining (orig.: „aerobic training“) beschreibt Trainingsformen, die intensiv und anhaltend genug betrieben werden, um die kardiorespiratorische Fitness zu erhöhen.

Moderate Intensität von Ausdauertraining wird üblicherweise mit dem Erreichen einer Herzfrequenz von 50 - 70 % der Maximalfrequenz beschrieben.

Krafttraining (orig.: „resistance training“) umfasst Aktivitäten, die die Größe, Kraft und Ausdauer von Skelettmuskeln verbessern und große Muskelgruppen (Rücken, Beine, Bauch, Brust, Schulter und Arme) einbeziehen.

Moderate Intensität von Krafttraining wird üblicherweise definiert als das Bewegen von mindestens 60 % des Gewichtes, welches als Ein-Wiederholungs-Maximalgewicht bewegt werden kann.

„Körperliches Training“ beschreibt körperliche Aktivität die systematisch, wiederholt und mit dem Ziel durchgeführt wurde, eine Störung der Homöostase zu provozieren, welche zu physiologischen Anpassungen (z. B. Muskulatur, Herz-Kreislauf-System) führt [19,51]. „Körperliche Alltagsaktivität“ stellt im Gegensatz hierzu jedwede Form von Bewegung dar, welche durch Muskelkontraktionen ausgelöst wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt [13,51].

Die Patientinnen und Patienten sollen darüber informiert werden, dass durch körperliches Training (allein) ein Gewichtsverlust von 2-3 kg erwartet werden kann.

Gemäß Rahmenvereinbarung für Rehabilitationssport [8] und Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, zuletzt aktualisiert und in Kraft getreten am 1. Januar 2022) kommt Rehabilitationssport für Menschen mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, um unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Ziel des Rehabilitationssports ist es, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern und das Selbstbewusstsein insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen zu stärken. Rehabilitationssport fördert umfassend die funktionale Gesundheit und zielt dabei auch auf Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniseffekte ab. Es fördert die Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe, insbesondere die soziale und berufliche Teilhabe und die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotenziale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu

versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen. (BAR, S.2). Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist eine wichtige Voraussetzung, um gruppenspezifische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken (BAR, S.3). Als Rehabilitationssportarten kommen Gymnastik (auch im Wasser), Ausdauer- und Kraftausdauerübungen, Schwimmen und Bewegungsspiele zur Anwendung. Gerade für Menschen mit Adipositas ist es oft schwierig, geeignete Sportangebote zu finden. Im Rahmen einer festen Gruppe für Rehabilitationssport kann mit einem zunächst moderaten Bewegungsprogramm begonnen werden, damit die Betroffenen ihren eigenen Körper kennen lernen sowie ihre Belastungsmöglichkeiten- und -grenzen und trotz Übergewicht wieder Freude an Sport und Bewegung erfahren. Dabei sind der Austausch und die gegenseitige Motivation mit Gleichgesinnten ohne die Befürchtung einer Ausgrenzung von besonderer Bedeutung und fördert den Einstieg zu mehr Bewegung im Alltag.

Zu Nummer 1.5.4 Verhaltensmodifikation

Eine langfristige Umsetzung der genannten Maßnahmen zu Ernährung und Bewegung setzen langfristige Änderungen des Verhaltens voraus. Bestimmte Verhaltensstrategien können dies unterstützen. Die Auswahl beruht auf den umfassenden Empfehlungen und Hintergrundtexten (insbesondere Kapitel *Medical Nutrition Therapy in Obesity Management*) [34] der im IQWiG berücksichtigten Leitlinie OC2020 [48]. Techniken der Stimuluskontrolle können sich darauf beziehen, Auslöser für ungünstiges Verhalten zu senken. Beispiele hierfür sind einen überfüllten Kühlschrank zu vermeiden oder nicht mit Hunger einkaufen zu gehen. Die Technik der Stimuluskontrolle kann aber auch zum Aufbau von günstigem Verhalten genutzt werden. Ein Beispiel hierfür wäre, Sportbekleidung bereits am Abend vorbereiten, um die sportliche Aktivität am Morgen zu erleichtern.

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.

Zu Nummer 1.5.6 Chirurgische Therapie

Die Empfehlungen beruhen auf folgenden Leitlinien: [14,16,29,48] sowie in Ansehung des Urteils des Bundessozialgerichts vom 22. Juni 2022 – B 1 KR 19/21 R –, wonach ein chirurgischer Eingriff auch ohne Ausschöpfen konservativer Therapien möglich ist, wenn unter Berücksichtigung des gesicherten Standes der medizinischen Erkenntnisse und unter Abwägung von Nutzen und Risiken ausgehend von den Behandlungszielen im konkreten Behandlungsfall von einem chirurgischen Eingriff ein deutlich größerer Nutzen für den gesundheitlichen Zustand des Patienten insgesamt zu erwarten ist. Das ist beispielsweise dann anzunehmen, wenn eine Primärindikation für den chirurgischen Eingriff vorliegt.

Im IQWiG-Bericht (Kapitel Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie) werden auch Empfehlungen zur Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie der Adipositas benannt. Dementsprechend sieht der Beschluss unter Nummer 1.5.6 auch den Hinweis auf die Notwendigkeit einer lebenslangen Nachsorge nach chirurgischer Therapie vor.

Die zentrale Maßnahme des DMP Adipositas ist die multimodale Schulung mit dem Fokus auf dem Selbstmanagement und einer anhaltenden Selbstbefähigung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung. Die spezifischen Erfordernisse im Sinne einer postoperativen Langzeitbetreuung werden nicht adressiert.

Information zu chirurgischen Verfahren

Unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz und der individuellen Situation können Patientinnen und Patienten mit Adipositas von einem der folgenden operative Verfahren profitieren:

- die Schlauchmagenbildung,
- der proximal Roux-en-Y Magenbypass,
- der Omega-Loop- Magenbypass und
- die Biliopankreatische Diversion mit/ohne Duodenal Switch (BPD-DS). [15,25,48]

Das Magenband sollte nur nach besonderer Abwägung und Wunsch der Patientin oder des Patienten mit einem BMI < 50 kg/ m² in Erwägung gezogen werden. [14,15]

Zweiseitige Konzepte (Stufenkonzepte) sind in der Lage, das perioperative Risiko zu senken, und können besonders bei Patienten mit Extremformen der Adipositas und / oder erheblicher somatischer Komorbidität erwogen werden. [15] [25]

Jede Patientin oder jeder Patient, die oder der nachhaltig an Gewicht verloren hat, sollte über die Möglichkeit informiert werden, sich von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Plastische Chirurgie beraten lassen zu können. [15,25]

Information zu endoskopischen Verfahren

Der Magenballon kann Patientinnen oder Patienten mit Adipositas nach Versagen einer konservativen Therapie und bei Ablehnung einer Operation bzw. bei Kontraindikationen für eine Operation im Rahmen eines angemessenen begleitenden Programms angeboten werden.

In Einzelfällen können auch andere endoskopische Verfahren, wie beispielsweise der Endosleeve, eine Option darstellen. [14,15] [48]

Zu Nummer 1.6 Komorbiditäten

Grundlage zur Bewertung des Stellenwertes dieser Komorbiditäten im Rahmen der Betreuung adipöser Patientinnen und Patienten ist der IQWiG-Bericht (Kapitel Komorbiditäten). Die Nennung von Komorbiditäten stellt keine abschließende Aufzählung dar und berücksichtigt keine individuellen Verläufe.

Zu Nummer 1.6.1 Herz-Kreislaufferkrankungen

Arterielle Hypertonie

Angaben zur Prävalenz [52] der Hypertonie als häufigste Komorbidität der Adipositas und ihrer Bedeutung für das Auftreten eines metabolischen Syndroms stützen sich auf den WHO Obesity Report 2022 [52]. Relevant ist die Hypertonie insbesondere vor dem Hintergrund, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache bei Adipositas darstellen, namentlich KHK, Schlaganfall und hypertensive Herzerkrankung.

Die genannten Empfehlungen beruhen auf der im IQWiG-Bericht berücksichtigten Leitlinie OC2020 [48].

Gemäß der IQWiG-Leitliniensynopse wird eine regelmäßige Überprüfung des Bedarfs an blutdrucksenkenden Medikamenten in Phasen der Gewichtsabnahme empfohlen [25].

Zu Nummer 1.6.2.1 Prädiabetes und Diabetes mellitus Typ 2

Angaben zur Prävalenz stützen sich u.a. auf die im IQWiG-Bericht berücksichtigte Leitlinie OC2020 [48], Kapitel *Assessment of People Living with Obesity* [32]. Die Empfehlungen stützen sich auf folgende Leitlinien: ADA Obesity 2022 [2], OC2020 [48], sowie auf den WHO Report 2022 [52].

In drei systematischen Übersichtsarbeiten [21,23,45] konnte das Risiko der Manifestation eines Diabetes mellitus Typ 2 bei Patientinnen und Patienten mit Prädiabetes oder erhöhtem Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 durch Lebensstilinterventionen bzgl. Ernährung und Bewegung im Vergleich zur Standardbehandlung oder keiner Behandlung um 36 % bis 54 % gesenkt werden. Die Risikoreduktion blieb auch mehrere Jahre (bis zu 20 Jahre) nach der aktiven Intervention erhalten.

Zu Nummer 1.6.2.2 Hypothyreose

Die Prävalenz der Hypothyreose bei Adipositas ist höher als in der Normalbevölkerung und liegt bei ungefähr 14 %. Angaben zur Prävalenz und Empfehlungen stützen sich auf die im IQWiG-Bericht berücksichtigte Leitlinie ESE2020 [36].

Zu Nummer 1.6.2.3 Hypogonadismus des Mannes und Polyzytisches Ovarialsyndrom (PCOS)

Die Prävalenz des Hypogonadismus des Mannes bei Adipositas liegt bei über 30 %, die Prävalenz des PCOS bei Patientinnen mit Adipositas beträgt 24-36 %.

Insbesondere bei bestehender zentraler Adipositas ist die häufige Assoziation des PCOS mit einer Insulinresistenz zu beachten.

Diese Angaben sowie die Empfehlungen zu diesen Erkrankungen beziehen sich auf die im IQWiG-Bericht berücksichtigte Leitlinie ESE2020 [36].

Zu Nummer 1.6.3. Atemsystem

Das obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS) ist eine häufige Komorbidität bei Adipositas (relatives Risiko >3). Eine Gewichtszunahme ist sowohl mit der Verschlechterung eines bestehenden OSAS als auch ggf. der gemeinsamen metabolischen und kardiovaskulären Komorbiditäten assoziiert.

Das Obesitas Hypoventilationssyndrom (OHS) ist die schwerste Form der adipositas-assoziierten Atemstörungen. Eine schwere Adipositas ist der Hauptrisikofaktor für das Auftreten eines OHS. 8 – 10 % der Patientinnen und Patienten mit adipositas-assoziierten atembezogenen Schlafstörungen haben ein OHS. Es zeichnet sich durch eine adipositas-assoziierte Hyperkapnie am Tag auf, der keine andere Ursache zugrunde liegt. In den meisten Fällen tritt das OHS in Kombination mit einem OSAS auf. Die spezifische Therapie der beiden Atemstörungen bzw. deren Kombination kann je nach Ausprägung variieren.

Angaben zur Prävalenz und Relevanz der beiden Erkrankungen stützen sich auf die im IQWiG-Bericht berücksichtigten Leitlinien OC2020 [48], ATS 2019 [30]. Die Empfehlungen beruhen auf den Leitlinien ATS 2019 [30] und ATS 2018 [24].

Zu Nummer 1.6.4.1. Depression und Angststörung

Angaben zum Verhältnis von Adipositas und den genannten psychischen Störungen beruhen auf Quellen des *Weißbuch der Adipositas* [28,42], entsprechende Empfehlungen auf der im IQWiG-Bericht berücksichtigten Leitlinie OC2020 [48].

Zu Nummer 1.6.4.2. Essstörungen

Die Empfehlungen zu komorbiden Essstörungen leiten sich aus dem IQWiG-Bericht ab [25].

Zu Nummer 1.6.5 Verdauungssystem

Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung

Angaben zur Prävalenz einer Nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung bei Adipositas liegen bei 70 % (OC2020 [48] Kapitel Bariatric Surgery: Surgical Options and Outcomes) [33]. Insbesondere kann eine abdominelle Fettverteilung auf das Vorhandensein dieser Erkrankung hindeuten. Eine Fettleber korreliert mit dem Auftreten einer Insulinresistenz und ist ein unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen. Entsprechend ist auch die Nicht-alkoholische Fettleberhepatitis bei adipösen Patientinnen und Patienten deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung (18,5 bis zu 37 % in Abhängigkeit des BMI), sowie auch deren Komplikationen.

Zu Nummer 1.7 Verlaufsuntersuchungen

Die Inhalte der regelmäßigen Verlaufsuntersuchungen ergeben sich aus den Kapiteln zur Standarddiagnostik (Nummer 1.2) und zu den Therapeutische Maßnahmen (Nummer 1.5).

Aus weiteren Erhebungen des Bauchumfangs bei einem BMI bis 35 kg/m² ergeben sich wie unter 1.2 beschrieben zusätzliche Informationen zum Verlauf des metabolischen bzw. kardiovaskulären Risikos. Insbesondere bei fehlender Gewichtsabnahme ist die Abnahme eines erhöhten Bauchumfangs bereits als positiver Effekt adipositasspezifischer Maßnahmen zu werten (OC2020 [48], Kapitel *Assessment of People Living with Obesity*)[32].

Zu Nummer 1.8 Kooperation der Versorgungssektoren

Nach Nummer 1.8 erfordert die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen und eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

Zu Nummer 1.8.1 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 nichtärztliche Hilfen und flankierende Dienste mit ein, führt die Befunde zusammen und bewertet sie auch mit der Patientin oder dem Patienten zusammen und dokumentiert diese.

Entsprechend § 73 SGB V werden diese Aufgaben der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben, an der unter anderem 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. Entsprechend Satz 2 dieses Absatzes nehmen die übrigen Fachärztinnen und Fachärzte an der fachärztlichen Versorgung teil.

Ähnlich wie in den Anforderungen mehrerer anderer DMP-Programme auch, wird der Kreis der möglichen Leistungserbringer, welche die Funktion der „koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes“ übernehmen können, noch etwas erweitert. Eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas kann in Ausnahmefällen auch eine zugelassene oder ermächtigte Fachärztin/einen Facharzt für Innere Medizin insbesondere wenn eine Zusatz-Weiterbildung „Diabetologie“, „Ernährungsmedizin“ oder Schwerpunkt „Diabetologie/Endokrinologie“ oder „Gastroenterologie“ vorliegt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt. Für diese genannten Bezeichnungen setzt die Musterweiterbildungsordnung ausdrücklich Erfahrungen und Fertigkeiten in der Behandlung von Adipositas voraus. 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/einen Facharzt für Innere Medizin als zielführend für die Patientin oder den Patienten erscheinen lässt.

Zu Nummer 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung bzw. zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten

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

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.

Dies kann auch bei Verbesserung einer Komorbidität, welche eine Anpassung der jeweiligen therapeutischen Maßnahmen erfordert, zutreffen.

Eine routinemäßige Überweisung zur fachärztlich-endokrinologischen Abklärung bei Adipositas wird hingegen nicht empfohlen [36].

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.

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 (siehe Medikamente, die eine Gewichtszunahme begünstigen, Nummer 1.4.1).

Zu Nummer 1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus

Da die strukturierten Behandlungsprogramme sektorenübergreifend angelegt sind (§ 2 Absatz 1 DMP-A-RL), werden auch in dieser Anlage beispielhaft Indikationen zur stationären Behandlung aufgeführt.

Indikationen zur stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und Patienten unter folgenden Bedingungen:

- Notfallindikation [10],
- zur chirurgischen Therapie, im Sinne einer adipositaschirurgischen oder metabolischen Operation.

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung insbesondere bei auffälliger Verschlechterung oder Neuauftreten von Komplikationen (z. B. postoperativ oder interventionell) und der Dekompensation von Begleit- bzw. Folgeerkrankungen (z. B. schwere Blutzuckerentgleisungen, dekompensiertes metabolisches Syndrom, Hypoventilationssyndrom, Herz-Kreislaufinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz) zu erwägen. [43]

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

Zu Nummer 1.8.4 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.

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

Zu Nummer 1.9 Digitale medizinische Anwendungen

Es kann auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden. Als geeignete digitale medizinische Anwendungen hat der G-BA gemäß „2. Eckpunkte: *Zu geeigneten medizinischen Anwendungen*“ „Zanadio“ und „Oviva Direkt“ für Adipositas bewertet.

Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen

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

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

Die langfristige Senkung mit Stabilisierung des Körpergewichts oder die Vermeidung einer weiteren Gewichtszunahme ist ein unter Nummer 1.3 definiertes Therapieziel. Die Qualitätsziele 1 bis 4 leiten sich aus den starken Empfehlungen zur Gewichtsreduktion und -stabilisierung ab und dienen einer standardisierten Darstellung der Erreichung dieser Therapieziele.

In den Qualitätszielen 1 und 2 wird die aktuelle Gewichtsreduktion der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dargestellt. Aufgrund unterschiedlicher Empfehlungen zur Gewichtsreduktion in Abhängigkeit des Adipositas Grades der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (gemäß Nummer 1.5.2) wird die Erreichung einer Gewichtsreduktion nach diesem differenziert in zwei Qualitätszielen erfasst. Bei Adipositas Grad 1 soll eine Gewichtsreduktion von mindestens 5 % erreicht werden (Qualitätsziel 1), bei Adipositas Grad 2 und höher eine Reduktion von mindestens 10 % (Qualitätsziel 2).

Für die Berechnung des 1. Qualitätsziels werden demnach nur diejenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer einbezogen, deren BMI bei Einschreibung kleiner 35 kg/m^2 war (Adipositas Grad 1). Bei diesen Teilnehmerinnen und Teilnehmern gilt eine Gewichtsreduktion von größer gleich 5 %, bezogen auf das Körpergewicht bei Einschreibung, als eine ausreichend relevante Verbesserung. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 1 erreichen, sollte bei 50 % liegen.

Für die Berechnung des 2. Qualitätsziels werden entsprechend nur diejenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer einbezogen, deren BMI bei Einschreibung größer gleich 35 kg/m^2 war (Adipositas Grad 2 und höher). Bei diesen Teilnehmerinnen und Teilnehmern gilt eine Gewichtsreduktion von größer gleich 10 %, bezogen auf das Körpergewicht bei Einschreibung, als eine ausreichend relevante Verbesserung. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 2 erreichen, sollte bei 20 % liegen.

Die Qualitätsziele 1 und 2 sollen erst nach einer Teilnahmedauer von zwölf Monaten ausgewertet und rückgemeldet werden, da erst nach diesem Zeitraum von entsprechenden Effekten auf das Gewicht auszugehen ist.

Die Qualitätsziele 3 und 4 stellen die Erreichung bzw. Aufrechterhaltung einer Gewichtsstabilisierung dar, die sowohl eine Stabilisierung als auch eine Gewichtsreduktion umfasst. Beide Qualitätsziele beziehen sich auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Für die Berechnung des 3. Qualitätsziels zur Vermeidung einer Gewichtszunahme im Vergleich zur Einschreibung wird bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Gewichtsreduktion von jedwedem Ausmaß oder ein gleichbleibendes Körpergewicht als gute Qualität operationalisiert. Eine Gewichtszunahme von jedwedem Ausmaß wird als schlechte Qualität

operationalisiert. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 3 erreichen, sollte bei 70 % liegen.

Für die Berechnung des 4. Qualitätsziels zur Gewichtsstabilisierung im Vergleich zum Körpergewicht der letzten verfügbaren Dokumentation wird bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Gewichtsreduktion von jedwedem Ausmaß oder ein gleichbleibendes Körpergewicht als gute Qualität operationalisiert. Eine Gewichtszunahme von jedwedem Ausmaß wird als schlechte Qualität operationalisiert. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 4 erreichen, sollte bei 70 % liegen.

Die Qualitätsziele 5 bis 8 dienen der Umsetzung der Empfehlungen zu den Basismaßnahmen (1.5.2), zu Ernährung (1.5.3) sowie zu Bewegung (1.5.4) und werden jeweils auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer angewendet. Wesentlicher Bestandteil der Basismaßnahmen des Adipositasmanagements sind Änderungen der Ernährung und Steigerung der körperlichen Alltagsaktivität bzw. des körperlichen Trainings.

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

Die Qualitätsziele 5 „Individuelle Ziele zu regelmäßiger Bewegung“ sowie 7 „Individuelle Ziele zum Ernährungsverhalten“ sind als Prozessparameter zu verstehen, in denen gute Qualität über die Vereinbarung und Überprüfung von Zielen zu regelmäßiger körperlicher Alltagsaktivität und körperlichem Training bzw. zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung definiert wird. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die die Qualitätsziele 5 und 7 erreichen, sollte jeweils bei 90 % liegen.

Die Qualitätsziele 6 „Regelmäßige Bewegung (entsprechend der individuell festgelegten Ziele)“ sowie 8 „Adäquates Ernährungsverhalten (entsprechend der individuell festgelegten Ziele)“ sind als patientenseitige Ergebnisparameter zu verstehen.

Im Qualitätsziel 6 wird als gute Qualität definiert, wenn in mindestens einem der beiden Dokumentationsfelder „Regelmäßige körperliche Alltagsaktivität“ oder „Regelmäßiges körperliches Training“ oder in beiden Feldern die Angabe „Ja“ gemacht wurde. Wurde in beiden Feldern die Angabe „Nein“ gemacht, wird dies als schlechte Qualität definiert. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 6 erreichen, sollte bei 70 % liegen.

Im Qualitätsziel 8 wird als gute Qualität 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 8 erreichen, sollte bei 70 % liegen.

Das Qualitätsziel 9 zur Teilnahme einer Schulung dient der Umsetzung der in Nummer 4.2 formulierten Empfehlungen zur Teilnahme an einer Patientenschulung. Patientenschulungen stellen im DMP Adipositas eine zentrale Maßnahme dar und sollen allen teilnehmenden 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 9 erreichen, sollte bei 80 % liegen.

Für die Berechnung des 10. Qualitätsziels „RR unter 140/90 mmHg bei bekannter Hypertonie“ werden ausschließlich Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Begleiterkrankung arterielle Hypertonie einbezogen. Mit diesem Qualitätsziel wird die Empfehlung gemäß Nummer 1.6.1 umgesetzt, dass bei bekannter Hypertonie eine Senkung des Blutdruckes auf Werte systolisch bis 139 mmHg und diastolisch bis 89 mmHg angestrebt werden soll. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 10 erreichen, sollte bei 60 % liegen. Der Zielwert orientiert sich an den Zielwertfestlegungen dieses Qualitätsindikators in den anderen DMP Indikationen.

Das 11. Qualitätsziel leitet sich aus den Empfehlungen unter Nummer 1.6.2.1 zur Vermeidung eines Diabetes mellitus Typ 2 bei bekanntem Prädiabetes durch entsprechende Lebensstiländerungen ab. Für die Berechnung des Qualitätsziels werden dementsprechend nur diejenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer einbezogen, bei denen bei Einschreibung ein Prädiabetes dokumentiert wurde. In diesem Qualitätsziel wird ein hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern angestrebt, bei denen in der Folge kein manifester Diabetes mellitus Typ 2 dokumentiert wurde. Als gute Qualität gelten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationsparameter 10 „Manifester Diabetes mellitus Typ 2“ die Angabe „Nein“ gemacht wurde. Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationsfeld 10 „Manifester Diabetes mellitus Typ 2“ die Angabe „Ja“ gemacht wurde, werden als schlechte Qualität definiert. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 11 erreichen, sollte bei 45 % liegen.

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.

Aufgrund klinischer Faktoren sowie der vorliegenden Evidenz und entsprechender Leitlinienempfehlungen ist das DMP Adipositas auf die unter Nummer 1.2 beschriebene Zielgruppe zu beschränken.

Kommen die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt und 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.

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. Patientenschulungen stellen die zentrale Maßnahme in diesem DMP dar. Auch

Patientenschulungen sehen eine Teilnahme von Patientinnen während der Schwangerschaft oder Stillzeit aufgrund der divergierenden Empfehlungen in der Regel nicht vor. Daher wird eine Einschreibung erst nach der Phase der Schwangerschaft bzw. Stillzeit empfohlen.

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 SGB V sind Schulungen ein zentraler Bestandteil von DMP.

Internationale Leitlinien empfehlen mit hohem Empfehlungsgrad insbesondere Maßnahmen zur Bewegung, zur Ernährungsumstellung und zur Verhaltensänderung (vgl. 1.5 Therapeutische Maßnahmen).

Mehrere Übersichtsarbeiten zeigen, dass Programme, die eine Kombination dieser Maßnahme enthalten, den einzelnen Komponenten überlegen sind [27,41,46,53]. Demnach wird als Mindestanforderung für Patientenschulungen im DMP Adipositas ein Modul zu Bewegung und ein Modul zu Ernährung sowie die Fokussierung auf Verhaltensänderungen festgelegt, welche integriert und aufeinander abgestimmt sind und interdisziplinär durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen angeleitet werden.

„Change your Life“ ist ein strukturiertes, interdisziplinär durchgeführtes Gruppenschulungsprogramm, welches sich aus den Bestandteilen Ernährung, Bewegung, Verhaltenstherapie und medizinischer Betreuung zusammensetzt. Das Programm läuft in folgenden Phasen ab: In der ersten Phase (vier Monate) liegt der Fokus auf den Strategien zur Gewichtsreduktion, beginnend mit einer Ernährungsumstellung und einem langsamen Aufbau von gesteigerter Bewegung (Alltagsbewegung und Ausdauersport). In der zweiten Phase (zwei Monate) liegt der Fokus auf Maßnahmen und Strategien zur Gewichtsstabilisierung und die Ergänzung der Bewegungselemente durch Krafttraining. In der dritten Phase (sechs Monate) geht es um das Erlernen von Strategien der langfristigen Gewichtsregulation (z. B. feste Integration der Bewegung in den Alltag, Änderung des Körperschemas, Rückfallprophylaxe). Die Evaluation der Schulung „Change your Life“ wurde in einer kontrollierten, prospektiven Beobachtungsstudie mit 24 adipösen Patientinnen und Patienten (medianer BMI: 42 kg/m²) durchgeführt [1]. In der Interventionsgruppe wurde die zwölf-monatige Schulung durchgeführt, die Kontrollgruppe nahm an einer regulären Adipositas-Sprechstunde teil. Am Ende der Schulung reduzierten die Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe ihr Körpergewicht im Median um 13,9 %, in der Kontrollgruppe um 1,7 % (signifikanter Gruppenunterschied). Des Weiteren führte „Change your Life“ zu signifikanten Verbesserungen des HbA1c-Wertes, des Blutdrucks, der körperlichen Fitness und der Lebensqualität.

Damit ist dieses Schulungsprogramm grundsätzlich geeignet. Es ist bisher allerdings nur im Setting einer Universitätsklinik durchgeführt und evaluiert worden. Es ist daher fraglich, ob sich die Evaluationsergebnisse auf den Kontext einer Schulung im DMP übertragen lassen und sich damit auch als Programm für eine flächendeckende Schulung im DMP eignen. Um ein flächendeckendes Schulungsangebot implementieren zu können, sieht der G-BA vor, dass weitere Schulungsprogramme gemäß §4 Absatz 3 Satz 5 und 6 DMP-A-RL zum Gegenstand des

Vertrages gemacht werden können, wenn sie zum Zeitpunkt der ersten Vertragsabschlüsse noch nicht evaluiert sind.

„DocWeight 2.3“ ist ein strukturiertes, multimodales und interdisziplinär angeleitetes Gruppenschulungsprogramm, das die Module Bewegung, Ernährung und Verhaltensänderung beinhaltet. Die Schulung gliedert sich in mehrere Phasen: Startphase (8 bis 2 Wochen vor Kursbeginn), drei Therapie-Phasen (Orientierung, Intensivierung und Stabilisierung) und eine Nachbeobachtung ein Jahr nach Kursbeginn. Inhalte der einzelnen Phasen sind: Startphase mit einer ärztlichen Eignungsuntersuchung, einer Einzelberatung Ernährungstherapie; Orientierungsphase (Woche 1 bis 8): acht Gruppensitzungen (Auftaktveranstaltung, viermal Verhalten, zweimal Ernährung, einmal Bewegung), zwei Teamsitzungen und sieben praktische Einheiten Bewegung; Intensivierungsphase (Woche 9 bis 32): elf Gruppensitzungen (fünfmal Verhalten, sechsmal Ernährung) zwei praktische Einheiten Ernährung, 24 praktische Einheiten Bewegung, eine ärztliche Zwischenuntersuchung, eine Teamsitzung; Stabilisierungsphase (Woche 33 bis 52): sechs Gruppensitzungen (dreimal Verhalten, zweimal Ernährung, Abschlussabend), neun praktische Einheiten Bewegung, eine Teamsitzung, eine ärztliche Abschlussuntersuchung, eine Einzelberatung Ernährung; Nachbeobachtung (ein Jahr nach Kursende): eine ärztliche Follow-up-Untersuchung.

Für „DocWeight 2.3“ liegt zum Zeitpunkt der Beschlussfassung noch keine publizierte Evaluationsstudie vor. Das Schulungsprogramm „DocWeight 2.3“ sowie das entsprechende Evaluationskonzept wurden durch den G-BA geprüft und als ausreichend geeignet bewertet.

Zusammenfassend stellt der G-BA fest, dass mit „Change your life“ ein publiziertes, evaluiertes und grundsätzlich geeignetes Schulungsprogramm vorliegt, das flächendeckend nicht umsetzbar sein wird. Für ein weiteres, noch nicht evaluiertes Schulungsprogramm „DocWeight 2.3“, liegt ein geeignetes Evaluationskonzept vor, dass gemäß § 4 DMP-A-RL Absatz 3 Satz 5 und 6 in die Programme integriert werden kann.

Der G-BA begrüßt es ausdrücklich, wenn weitere Schulungsprogramme gemäß § 4 Absatz 3 Satz 5 und 6 zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden und eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird.

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 G-BA 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 b) bis i) wurden unter Berücksichtigung der Ziele des strukturierten Behandlungsprogrammes und der aktuellen wissenschaftlichen Literatur im Expertenkonsens festgelegt. Die Datengrundlage zu Buchstabe a) sind die administrativen Daten der Krankenkassen. Die Datengrundlage zu den Buchstaben b) bis i) sind die DMP-Dokumentationsdaten.

Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten:

Zu Buchstabe b): Es soll eine Darstellung der Gewichtsentwicklung über alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern erfolgen. Des Weiteren soll der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern dargestellt werden, die ihr Gewicht um mindestens 5 % bzw. 10 % reduziert haben.

Zu Buchstabe c): Es soll eine Darstellung des Anteils der Teilnehmerinnen und Teilnehmer entsprechend der BMI-Klassen: < 30, 30 - 35, 35 - 40, > 40 erfolgen. Des Weiteren soll die Entwicklung des BMI dargestellt werden.

Mit dem vorliegenden Beschluss zur DMP-A-RL wurden erstmalig Evaluationsparameter für ein DMP Adipositas 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 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 24 (Adipositas – 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.

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 (Ifd. Nr. 11) 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. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 2. September 2021 begann die Arbeitsgruppe DMP Adipositas mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusentwurfes. In 29 Sitzungen wurde der Beschlusentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten (siehe untenstehende Tabelle).

[Tabelle Verfahrensablauf]

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
7. Juli 2021	UA DMP	Beschlussempfehlung über Beauftragungen des IQWiG mit einer LL-Recherche zu Adipositas bei Erwachsenen und Kinder/Jugendliche
19. August 2021	Plenum	Beschlussfassungen über Beauftragungen des IQWiG mit einer LL-Recherche zu Adipositas bei Erwachsenen und Kinder/Jugendliche
2. September 2021	AG	Orientierende Beratung zu DMP Adipositas
16. November 2021	AG	Orientierende Beratung zu DMP Adipositas
21. Januar 2022	AG	Orientierende Beratung zu DMP Adipositas
15. Februar 2022	AG	Orientierende Beratung zu DMP Adipositas
17. März 2022	AG	Orientierende Beratung zu DMP Adipositas

3. Mai 2022	AG	Orientierende Beratung zu DMP Adipositas
2. Juni 2022	AG	Orientierende Beratung zu DMP Adipositas
7. Juli 2022	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas
31. August 2022	IQWiG	Abgabe Abschlussbericht des IQWiG für Erwachsene
31. August 2022	IQWiG	Abgabe Abschlussbericht des IQWiG für Kinder
9. September 2022	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas
29. September 2022	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas
20. Oktober 2022	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)
22. November 2022	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)
13. Dezember 2022	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)
14. Dezember 2022	UA DMP	Sachstandsbericht zum Stand der Beratungen
10. Januar 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)
7. Februar 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)
3. März 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)
31. März 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)
28. April 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)

2. Mai 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)
4. Mai 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)
23. Mai 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)
21. Juni 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)
23. Juni 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)
29. Juni 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)
12. Juli 2023	UA DMP	Einleitung STNV DMP Adipositas (Erwachsene)
8. September 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene) Vorbereitung Auswertung STNV
13. September 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene) Vorbereitung Auswertung STNV
15. September 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene) Vorbereitung Auswertung STNV
19. September 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene) Vorbereitung Auswertung STNV
27. September 2023	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zu DMP Adipositas (Erwachsene)

		Vorbereitung Auswertung STNV
11. Oktober 2023	UA DMP	Auswertung STNV DMP Adipositas (Erwachsene)
16. November 2023	Plenum	Beschlussfassung Anforderungen an DMP Adipositas (Erwachsene)

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 Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 und der Anlage 24 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom 12. Juli 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren am 19. Juli 2023 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 28. August 2023.

Es wurden 21 Stellungnahmen 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 fünf Arbeitsgruppensitzungen am 8., 13., 15. und 19. September 2023, vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 11. Oktober 2023 durchgeführt (**Anlage 5**).

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 19. Juli 2023 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen (vgl. **Anlage 5**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. November 2023 beschlossen, die DMP-A-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6. Literaturverzeichnis

1. **Albus K, Kohlenbach L, Hanssen R, Edwin Thanarajah S, Cornely OA, Tittgemeyer M, et al.** Erfolgreiche Lebensstiländerung für schwer adipöse Patienten: eine kontrollierte Studie zur Evaluation eines Patientenschulungsprogramms. Diabetologie und Stoffwechsel 2020;15(02):157-164.
2. **American Diabetes Association Professional Practice Committee.** 8. Obesity and weight management for the prevention and treatment of type 2 diabetes: standards of medical care in diabetes-2022. Diabetes Care 2022;45(Suppl 1):S113-S124.

3. **American Diabetes Association Professional Practice Committee, Draznin B, Aroda VR, Bakris G, Benson G, Brown FM, et al.** 13. Older adults: standards of medical care in diabetes-2022. *Diabetes Care* 2022;45(Suppl 1):S195-S207.
4. **Aune D, Sen A, Prasad M, Norat T, Janszky I, Tonstad S, et al.** BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. *BMJ* 2016;353:i2156.
5. **Austel A, Podzuweit F, Tempelmann A, Stotz-Jonas B, Ellrott T.** Evaluation eines tailorisierten computergestützten Gewichtsmanagementprogramms mit 46.000 Teilnehmern. *Obesity Facts* 2012;5(Suppl. 2):28-29.
6. **Berg A, Frey I, Hamm M, Lagerstrøm D, Haas U, Fuchs R, et al.** Patientenschulung im Bereich Adipositas: das bewegungsorientierte M.O.B.I.L.I.S.-Konzept. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2010;26(02):58-64.
7. **Blomhoff R, Andersen R, Arnesen EK, Christensen JJ, Eneroth H, Erkkola M, et al.** Nordic nutrition recommendations 2023: integrating environmental aspects [online]. Kopenhagen (DEN): Nordic Council of Ministers; 2023. [Zugriff: 17.07.2023]. URL: <https://pub.norden.org/nord2023-003/nord2023-003.pdf>.
8. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).** Rehabilitationssport und Funktionstraining; Rahmenvereinbarung [online]. Januar 2022. Frankfurt am Main (GER): BAR; 2021. [Zugriff: 10.03.2023]. (REHA-Vereinbarung). URL: https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvereinbarung_Rehasport.pdf.
9. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie: Typ-2-Diabetes; Teilpublikation der Langfassung; 2. Auflage [online]. AWMF-Registernummer: nvl-001. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2021. [Zugriff: 29.03.2021]. URL: <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/diabetes-mellitus/diabetes-2aufl-vers1.pdf>.
10. **Bundesministerium für Gesundheit (BMG).** Ratgeber Krankenhaus: alles, was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten; 8. aktualisierte Auflage [online]. Berlin (GER): BMG; 2022. [Zugriff: 10.07.2023]. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/BMG_Ratgeber-Krankenhaus_bf.pdf.
11. **Bundesregierung.** Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG); Deutscher Bundestag Drucksache 19/26822 [online]. Berlin (GER): Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft; 2021. [Zugriff: 07.07.2023]. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/268/1926822.pdf>.
12. **Carlsson LMS, Sjöholm K, Jacobson P, Andersson-Assarsson JC, Svensson PA, Taube M, et al.** Life expectancy after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. *N Engl J Med* 2020;383(16):1535-1543.

13. **Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM.** Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985;100(2):126-131.
14. **Department of Veterans Affairs (VA), Department of Defense (DoD).** VA/DoD clinical practice guideline for the management of adult overweight and obesity, version 3.0 [online]. Washington (USA): VA; 2020. [Zugriff: 06.09.2022]. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/obesity/VADoDObesityCPGFinal5087242020.pdf>.
15. **Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV).** Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen; S3-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 088-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2018. [Zugriff: 06.09.2022]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001l_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf.
16. **Di Lorenzo N, Antoniou SA, Batterham RL, Busetto L, Godoroja D, Iossa A, et al.** Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP. *Surg Endosc* 2020;34(6):2332-2358.
17. **Eckel N, Li Y, Kuxhaus O, Stefan N, Hu FB, Schulze MB.** Transition from metabolic healthy to unhealthy phenotypes and association with cardiovascular disease risk across BMI categories in 90 257 women (the Nurses' Health Study): 30 year follow-up from a prospective cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;6(9):714-724.
18. **Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI.** Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2013;309(1):71-82.
19. **Fröhlich M, Ludwig O.** Trainingsbegriff im Sport. In: Güllich A, Krüger M (Eds). *Bewegung, Training, Leistung und Gesundheit*. Berlin: Springer Spektrum; 2023. S. 717-732.
20. **GKV-Spitzenverband, Verband der Ersatzkassen (vdek), AOK-Bundesverband, BKK Dachverband, IKK, Knappschaft, et al.** Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 08. Februar 2017 in der Fassung vom 01.02.2022 [online]. Berlin (GER): GKV-Spitzenverband; 2022. [Zugriff: 07.07.2023]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patientenschulung/2022_03_16_GE_Patientenschulung_Adipoese_Erwachsene.pdf.
21. **Glechner A, Keuchel L, Affengruber L, Titscher V, Sommer I, Matyas N, et al.** Effects of lifestyle changes on adults with prediabetes: a systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes* 2018;12(5):393-408.
22. **Global BMIMC, Di Angelantonio E, Bhupathiraju Sh N, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, et al.** Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet* 2016;388(10046):776-786.

23. **Hemmingsen B, Gimenez-Perez G, Mauricio D, Roque IFM, Metzendorf MI, Richter B.** Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in people at increased risk of developing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;12(12):CD003054.
24. **Hudgel DW, Patel SR, Ahasic AM, Bartlett SJ, Bessesen DH, Coaker MA, et al.** The role of weight management in the treatment of adult obstructive sleep apnea: an official American Thoracic Society clinical practice guideline. *Am J Respir Crit Care Med* 2018;198(6):e70-e87.
25. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Abschlussbericht; Auftrag V21-05 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 16.09.2022]. (IQWiG-Berichte; Band 1408). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf.
26. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche; Abschlussbericht; Auftrag V21-07 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 16.09.2022]. (IQWiG-Berichte; Band 1406). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_abschlussbericht_v1-0.pdf.
27. **Johns DJ, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, Aveyard P, Behavioural Weight Management Review Group.** Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *J Acad Nutr Diet* 2014;114(10):1557-1568.
28. **Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al.** Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(3):220-229.
29. **Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, Garvey WT, Joffe AM, Kim J, et al.** Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures - 2019 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology, The Obesity Society, American Society for Metabolic & Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists. *Surg Obes Relat Dis* 2020;16(2):175-247.
30. **Mokhlesi B, Masa JF, Brozek JL, Gurubhagavatula I, Murphy PB, Piper AJ, et al.** Evaluation and management of obesity hypoventilation syndrome: an official american thoracic society clinical practice guideline. *Am J Respir Crit Care Med* 2019;200(3):e6-e24.
31. **National Heart Lung and Blood Institute.** DASH eating plan: DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) is a flexible and balanced eating plan that helps create a heart-healthy eating style for life. [online]. 2021. [Zugriff: 10.07.2023]. URL: <https://www.nhlbi.nih.gov/education/dash-eating-plan>.
32. **Obesity Canada.** Assessment of people living with obesity, version 1 [online]. Edmonton (CAN): Obesity Canada; 2020. [Zugriff: 27.10.2023]. (Canadian adult

- obesity clinical practice guidelines). URL: <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/6-Obesity-Assessment-v6-with-links.pdf>.
33. **Obesity Canada.** Bariatric surgery: surgical options and outcomes, version 1 [online]. Edmonton (CAN): Obesity Canada; 2020. [Zugriff: 27.10.2023]. (Canadian adult obesity clinical practice guidelines). URL: <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/13-Bariatric-Surgery-Surgical-Options-and-Outcomes-v6-with-links.pdf>.
 34. **Obesity Canada.** Medical nutrition therapy in obesity management, version 1 [online]. Edmonton (CAN): Obesity Canada; 2020. [Zugriff: 27.10.2023]. (Canadian adult obesity clinical practice guidelines). URL: https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/08/Medical-Nutrition-Therapy-v4-with-links_FINAL-1.pdf.
 35. **Oppert JM, Bellicha A, van Baak MA, Battista F, Beaulieu K, Blundell JE, et al.** Exercise training in the management of overweight and obesity in adults: synthesis of the evidence and recommendations from the European Association for the Study of Obesity Physical Activity Working Group. *Obes Rev* 2021;22(Suppl 4):e13273.
 36. **Pasquali R, Casanueva F, Haluzik M, van Hulsteijn L, Ledoux S, Monteiro MP, et al.** European Society of Endocrinology clinical practice guideline: endocrine work-up in obesity. *Eur J Endocrinol* 2020;182(1):G1-G32.
 37. **Rombach C.** Trainings- und Stoffwechseleffekte einer 52-wöchigen, mehrfaktoriellen Gruppenintervention zur konventionellen Therapie von Adipositas: Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Zahnheilkunde der medizinischen Fakultät der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen [online]. Tübingen (GER): Eberhard-Karls-Universität; 2013. [Zugriff: 10.07.2023]. URL: https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/46056/pdf/dissertation_rombach_150313.pdf?sequence=1.
 38. **Roth L, Ordnung M, Forkmann K, Mehl N, Horstmann A.** A randomized-controlled trial to evaluate the app-based multimodal weight loss program zanadio for patients with obesity. *Obesity (Silver Spring)* 2023;31(5):1300-1310.
 39. **Rudolph A, Hellbardt M, Baldofski S, de Zwaan M, Hilbert A.** Evaluation des einjährigen multimodalen Therapieprogramms DOC WEIGHT 1.0 zur Gewichtsreduktion bei Patienten mit Adipositas Grad II und III. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016;66(8):316-323.
 40. **Scholz GH, Flehming G, Scholz M, Klepzig Y, Gutknecht D, Kellner K, et al.** Evaluation des DGE-Selbsthilfeprogramms „ICH nehme ab“: Gewichtsverlust, Ernährungsmuster und Akzeptanz nach einjähriger beratergestützter Intervention bei übergewichtigen Personen. *Ernährungs-Umschau* 2005;52(6):226-231.
 41. **Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, Del Mar C.** Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;2006(4):CD003817.
 42. **Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, et al.** Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(7):824-830.

43. **Stier C, Chiappetta S (Eds.)** Interdisziplinäre Langzeitbehandlung der Adipositas- und Metabolischen Chirurgie. Berlin: Springer 2022.
44. **Thomas JG, Raynor HA, Bond DS, Luke AK, Cardoso CC, Foster GD, et al.** Weight loss in Weight Watchers online with and without an activity tracking device compared to control: a randomized trial. *Obesity (Silver Spring)* 2017;25(6):1014-1021.
45. **Uusitupa M, Khan TA, Viguiouk E, Kahleova H, Rivellese AA, Hermansen K, et al.** Prevention of type 2 diabetes by lifestyle changes: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients* 2019;11(11).
46. **Washburn RA, Szabo AN, Lambourne K, Willis EA, Ptomey LT, Honas JJ, et al.** Does the method of weight loss effect long-term changes in weight, body composition or chronic disease risk factors in overweight or obese adults? A systematic review. *PLoS One* 2014;9(10):e109849.
47. **Weight Watchers (WW).** Wissenschaftlich bewiesene Tatsachen über das Weight Watchers Programm [online]. Düsseldorf (GER): WW; 2021. [Zugriff: 07.07.2023]. URL: <https://www.weightwatchers.com/de/science-center/wahrheiten-ueber-ww>.
48. **Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al.** Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ* 2020;192(31):E875-E891.
49. **WHO Consultation on Obesity.** Obesity: preventing and managing the global epidemic; report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 2000. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.
50. **Wildman RP, Muntner P, Reynolds K, McGinn AP, Rajpathak S, Wylie-Rosett J, et al.** The obese without cardiometabolic risk factor clustering and the normal weight with cardiometabolic risk factor clustering: prevalence and correlates of 2 phenotypes among the US population (NHANES 1999-2004). *Arch Intern Med* 2008;168(15):1617-1624.
51. **Winter EM, Fowler N.** Exercise defined and quantified according to the Systeme International d'Unites. *J Sports Sci* 2009;27(5):447-460.
52. **World Health Organization (WHO).** WHO European regional obesity report [online]. Copenhagen (DEN): WHO Regional Office for Europe; 2022. [Zugriff: 07.07.2023]. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>.
53. **Wu T, Gao X, Chen M, van Dam RM.** Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. *Obes Rev* 2009;10(3):313-323.

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 16. November 2023

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 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas - 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 der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussentwürfen 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 gemäß den Vorgaben in Anlage 24 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 eingeschriebenen Patientinnen und Patienten ist mit großen Unsicherheiten verbunden, weshalb eine Einschätzung der Fallzahl nur eine Annäherung darstellen kann. Die Anzahl der in dem DMP Adipositas eingeschriebenen Patientinnen und Patienten wird auf etwa 550.000 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.

Es wird davon ausgegangen, dass durch die neue Informationspflicht zum DMP Adipositas den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten ein einmaliger Einarbeitungsaufwand von 60 Minuten entsteht. Zudem wird die Anzahl der beteiligten Ärzte auf eine Fallzahl von etwa 28.000 Ärztinnen und Ärzten geschätzt. Aufgrund der schwer vorhersehbaren Teilnahmebereitschaft an diesem neuen DMP Adipositas stellt die Schätzung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte einen Annäherungswert dar. Insofern entstehen im Zuge der Einarbeitung einmalige Bürokratiekosten von insgesamt geschätzt 1.654.800 Euro (59,10 Euro/60 x 60 x 28.000).

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 Patient und Jahr erstellt werden. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass für die Dokumentation eines Parameters 0,5 Minuten erforderlich sind. Dabei wird für die Erstdokumentation stets 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 Praxispersonal delegiert werden können. Damit entstehen für die Dokumentation je eines Parameters im Rahmen der Erstdokumentation Bürokratiekosten in Höhe von 0,49 Euro sowie für die Dokumentation je eines Parameters im Rahmen einer Folgedokumentation in Höhe von 0,34 Euro. 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 24 DMP-A-RL (Adipositas Dokumentation) und Anlage 2 DMP-A-RL (indikationsübergreifende Dokumentation).

Tabelle 1: Anzahl der im DMP Adipositas zu dokumentierenden Parameter

Anlage	Anzahl Dokumentationsparameter bei Erstdokumentation	Anzahl Dokumentationsparameter bei Folgedokumentation	Geschätzte Bürokratiekosten je Erstdokumentation in Euro	Geschätzte Bürokratiekosten je Folgedokumentation in Euro
Anlage 24	9	9	4,41 Euro	3,06 Euro
Anlage 2 ¹	8	6	3,92 Euro	2,04 Euro
Gesamt	17	15	8,33 Euro	5,10 Euro

Im Jahr der Einschreibung ergeben sich aus einer Erstdokumentation sowie zwei Folgedokumentationen geschätzte Bürokratiekosten von 18,53 Euro je Patientin oder Patient. In den Folgejahren ergeben sich bei drei Folgedokumentationen pro Jahr Bürokratiekosten von geschätzt 15,30 Euro je Patientin oder Patient.

Bei einer geschätzten Fallzahl von geschätzt 550.000 Patientinnen und Patienten ergeben sich im Jahr der Einschreibung aus einer Erstdokumentation sowie zwei Folgedokumentationen geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 10.191.500 Euro. In den Folgejahren ergeben sich bei drei Folgedokumentationen pro Jahr geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 8.415.000 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 Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP
Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)
(Stand: 20.07.2023)**

- 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)
- BerufsVerband Oecotrophologie e. V.
- Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland 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 Personzentrierte 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.



- VDPH Verband der Diagnostica-Industrie e. V.



1 Beschlussentwurf

2 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die **xx.** Änderung
3 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
4 Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP
5 Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)
6

7 **Stand: 19.07.2023**

8 **Legende:**

9 **Gelb hinterlegt:** dissente Positionen

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

11 Unterstreichungen markieren Unterschiede zwischen dissidenten Positionen

12 **Blaue Schrift:** Ergänzungen im Vergleich zur geltenden Fassung der DMP-A-RL

13 Vom **T. Monat JJJ**

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

20 I. Die Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie 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 “

22 2. Die laufende Nummer 14 wird wie folgt gefasst:

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung

„14	Körpergewicht ⁵	kg
-----	----------------------------	----

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

33 “

34 II.

35 Der DMP-Anforderungen-Richtlinie werden folgende Anlagen 23 und 24 angefügt:

36 „Anlage 23 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen
 37 und Patienten mit Adipositas

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

42 **1.1 Definition der Adipositas**

43 Adipositas ist definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des
 44 Körperfetts ab einem Body-Mass-Index (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. Der BMI ist der Quotient aus
 45 Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m^2) und bildet die Beurteilungsgrundlage für die
 46 weitere Gewichtsklassifikation.

47

GKV-SV, KBV 1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe	DKG, PatV 1.2 Einschreibekriterien
---	---

48

49 In das DMP Adipositas können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr
 50 mit einer wie unten definierten Adipositas eingeschrieben werden, wenn sie aktiv an dem
 51 Programm mitwirken. Eine aktive Teilnahme setzt insbesondere die Fähigkeit und Motivation
 52 zur Teilnahme an einer Patientenschulung gemäß Nummer 4.2 voraus.

PatV, DKG Als krankheitsbezogene s Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gilt ein BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$.	GKV-SV Als krankheitsbezogene Einschlusskriterien für das DMP Adipositas gelten: ein BMI größer oder gleich 30 kg/m^2 und die Diagnose von mindestens einer der folgenden Komorbiditäten: – Diabetes mellitus Typ 2	KBV Als krankheitsbezogene Einschlusskriterien für das DMP Adipositas gelten: a) eine Adipositas Grad 1 (BMI größer oder gleich 30 kg/m^2 und kleiner als 35 kg/m^2) und mindestens einer der folgenden Komorbiditäten – Diabetes mellitus Typ 2
---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Arterielle Hypertonie - Obstruktive Schlafapnoe-Syndrom - stabile Koronare Herzkrankheit - stabile chronische Herzinsuffizienz 	<ul style="list-style-type: none"> - Arterielle Hypertonie - Obstruktives Schlafapnoe Syndrom - Obesitas-Hypoventilationssyndrom - Stabile Koronare Herzkrankheit - stabile chronische Herzinsuffizienz - Gon- oder Koxarthrose - Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung - Polyzystisches Ovarsyndrom - Hypogonadismus des Mannes - Depression - Angststörung - Prädiabetes Der Prädiabetes wird wie folgt definiert: HbA1c 5,7% bis kleiner 6,5%, bei Patientinnen und Patienten ohne Diabetestherapie.) - Metabolisches Syndrom (Definition nach den Kriterien der International Diabetes Federation) <p>oder</p> <p>b) eine Adipositas Grad 2 und größer (BMI größer oder gleich 35 Kg/m²).</p>
--	---	--

53
54
55
56

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Nummer 3.

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
1.3 Diagnostik	
1.3.1 Indikationsspezifische Erstanamnese	<i>[keine Aufnahme]</i>

<p>Bei allen eingeschriebenen Patientinnen und Patienten sollen als erster Schritt der diagnostischen Maßnahmen insbesondere folgende Punkte erfasst werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gewichtsverlauf und bereits erfolgte Maßnahmen zum Gewichtsmanagement (sowohl selbstinitiierte als auch ärztlich verordnete, verhaltensbezogene, diätische und medikamentöse Maßnahmen, erfolgte Operationen), höchstes und niedrigstes Gewicht, größte Gewichtsreduktion - aktuelles Essverhalten, Bewegungsumfang im Alltag (auch im Rahmen der beruflichen Tätigkeit) und sportliche Aktivität - Sozialanamnese und psychosoziale Belastungsfaktoren - Suchtverhalten [PatV (z. B. Drogen, Alkohol, Tabak)] - Psychischer Befund - Lebensqualität/ Wohlbefinden - Familienanamnese mit Schwerpunkt auf Adipositas und deren assoziierten Komorbiditäten - Bereits bekannte Komplikationen, Komorbiditäten und Vormedikation mit Identifizierung von Medikamenten, die eine Gewichtszunahme begünstigen - Funktionelle Anamnese: Selbstversorgung, Mobilität, körperliche Belastbarkeit - Vegetative Anamnese (Schlaf, Verdauung, Miktion) - Sexuelle Dysfunktion - Bei Frauen: Auffälligkeiten im Menstruationszyklus und/oder Infertilität bzw. Anamnese der Schwangerschaften und Geburten - Bei Männern: Infertilität <p>Zur systematischen Erfassung der anamnestischen Angaben kann unterstützend ein entsprechender Patientenfragebogen eingesetzt werden.</p> <p>1.3.2 Standarddiagnostik</p>	<p><i>an anderer Stelle verortet</i></p>
--	--

57
58 Zur Standarddiagnostik der Adipositas gehören die im Folgenden genannten Untersuchungen:

59 **a) Aktueller zielgerichteter körperlicher Status, insbesondere**

- 60 - Klinische Untersuchung
61 - BMI (Körpergewicht, Körpergröße)

<p>KBV, DKG, PatV , zusätzlich Bauchumfang bei einem BMI bis 35 kg/m²</p>	<p>GKV-SV [keine Aufnahme]</p>
---	---

- 62 - Blutdruckmessung an beiden Armen

63 **b) Laborchemische Diagnostik, sofern nicht in den letzten 6 Monaten erfolgt:**

64 - Blutbild (BB), Harnsäure, Gesamt-Cholesterin, Low Density Lipoprotein (LDL), High
 65 Density Lipoprotein (HDL), Triglyceride (TGZ), geschätzte glomeruläre Filtrationsrate
 66 (eGFR), Nüchternblutzucker, Gamma-Glutamyl-Transferase (GGT), Glutamat-
 67 Pyruvat-Transaminase (GPT), Thyreoidea-stimulierendes Hormon (TSH).

68 Dabei sind die Befunde einer vorangegangenen Abklärungsdiagnostik sowie die Therapie und
 69 der Verlauf insbesondere der vorangegangenen zwölf Monate einzubeziehen.

70

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, PatV Patientinnen und Patienten mit Adipositas haben ein erhöhtes Risiko für weitere chronische Erkrankungen. Diese Folge- und Begleiterkrankungen müssen bei der Therapie der Adipositas berücksichtigt werden, sodass deren frühzeitige Diagnose wesentlicher Bestandteil des DMP Adipositas ist.	KBV, GKV-SV [keine Aufnahme]

71 Eine weiterführende Diagnostik und ggf. sich anschließende Maßnahmen sind in der
 72 Zusammenschau aller Befunde bei anamnestischen, klinischen oder laborchemischen
 73 Hinweisen auf

Folgedissens zu Nummer 1.2	
DKG, PatV das Vorliegen einer oder mehrerer	GKV-SV, KBV eine oder mehrere noch nicht erfasste

74 Komorbiditäten zu initiieren. Eine altersgerechte Krebsfrüherkennung soll empfohlen werden.
 75 Besteht der hinreichende Verdacht auf eine Ursache der Adipositas, deren Behandlung nicht
 76 Gegenstand dieses DMP ist, sind diese Patientinnen und Patienten nicht Zielgruppe dieses
 77 DMP.

Folgedissens zu Nummer 1.2	
GKV-SV, KBV	DKG, PatV
1.3 Therapieziele	1.4 Therapie 1.4.1 Therapieziele

78 Die Therapie der Adipositas dient der Verminderung des Risikos für vorzeitige Sterblichkeit
 79 sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der Lebensqualität. Dabei sind in Abhängigkeit z.
 80 B. von Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten folgende Therapieziele
 81 anzustreben:

- 82 - langfristige Senkung mit Stabilisierung des Körpergewichts oder Vermeidung einer
 83 weiteren Gewichtszunahme,
- 84 - Reduktion des Adipositas-assoziierten Risikos insbesondere für metabolische, kardiale,
 85 zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- 86 - Vermeidung von Folgeschäden der

Folgedissens zu Nummer 1.2	
PatV, DKG ggf. vorhandenen	KBV, GKV-SV [keine Aufnahme]

87 Adipositas-assoziierten Krankheiten/Komorbiditäten,

DKG, PatV	KBV, GKV-SV
------------------	--------------------

- Steigerung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf beeinflussbare Faktoren	<i>[keine Aufnahme]</i>
--	-------------------------

88

89

<p>GKV-SV, KBV</p> <p>1.4 Allgemeine Grundsätze der Therapie 1.4.1 Indikationsspezifische Erstanamnese</p> <p>Bei allen eingeschriebenen Patientinnen und Patienten soll als erster Schritt der therapeutischen Maßnahmen insbesondere folgende Punkte erfasst werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gewichtsverlauf und bereits erfolgte Maßnahmen zum Gewichtsmanagement (sowohl selbstinitiierte als auch ärztlich verordnete, verhaltensbezogene, diätische und medikamentöse Maßnahmen, erfolgte Operationen), höchstes und niedrigstes Gewicht, größte Gewichtsreduktion - aktuelles Essverhalten, Bewegungsumfang im Alltag (auch im Rahmen der beruflichen Tätigkeit) und sportliche Aktivität - Sozialanamnese und psychosoziale Belastungsfaktoren, - Suchtverhalten - Psychischer Befund - Lebensqualität/ Wohlbefinden - Familienanamnese mit Schwerpunkt auf Adipositas und deren assoziierten Komorbiditäten - Bereits bekannte Komplikationen, Komorbiditäten und Vormedikation mit Identifizierung von Medikamenten, die eine Gewichtszunahme begünstigen - Funktionelle Anamnese: Selbstversorgung, Mobilität, körperliche Belastbarkeit - Vegetative Anamnese (Schlaf, Verdauung, Miktion) - Sexuelle Dysfunktion - Bei Frauen: Auffälligkeiten im Menstruationszyklus und/oder Infertilität bzw. Anamnese der Schwangerschaften und Geburten - Bei Männern: Infertilität 	<p>DKG, PatV</p> <p><i>[keine Aufnahme] an anderer Stelle verortet</i></p>
---	---

90

<p>KBV</p> <p>Zur systematischen Erfassung der anamnestischen Angaben kann unterstützend ein entsprechender Patientenfragebogen eingesetzt werden.</p>	<p>GKV-SV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p> <p>DKG, PatV</p> <p><i>[keine Aufnahme] an anderer Stelle verortet</i></p>
---	---

91

92 **1.4.2 Therapieplanung**

93 Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten führt die koordinierende Ärztin oder der
 94 koordinierende Arzt eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis der psychischen,
 95 somatischen und psychosozialen Situation der Patientin oder des Patienten durch. Dabei
 96 sollen der bisherige Krankheitsverlauf, die stattgefundenen Untersuchungen und
 97 Behandlungen sowie die Erwartungen und individuellen Möglichkeiten der Patientin oder des
 98 Patienten berücksichtigt werden. Dabei sollen eine den individuellen Voraussetzungen der
 99 Patientin oder des Patienten angemessene, zunehmende körperliche Aktivierung und weitere
 100 Lebensstilmodifikationen vereinbart werden. Bereits bei der Therapieplanung soll das
 101 Konzept eines multimodalen Vorgehens erläutert und die Bedeutsamkeit der
 102 Selbstbefähigung für das Erreichen der Therapieziele hervorgehoben werden, die für einen
 103 langfristigen Umgang mit der Erkrankung maßgeblich ist. Dabei ist auf eine vorurteils- und
 104 stigmatisierungsfreie Gesprächsführung zu achten.

105 Auf Basis der individuellen Befundkonstellation soll die Ärztin oder der Arzt in Abstimmung
 106 mit der Patientin oder mit dem Patienten beraten, von welchen Maßnahmen die Patientin
 107 oder der Patient im Hinblick auf die in [GKV-SV, KBV Nummer 1.3 DKG, PatV Nummer 1.4.1]
 108 genannten Therapieziele profitieren kann. Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende
 109 Arzt soll gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit
 110 individuellen Zielen, insbesondere zur Ernährungsumstellung und zur körperlichen Aktivität,
 111 erstellen. Es soll darauf geachtet werden, dass die individuell gesetzten Ziele für die Patientin
 112 oder den Patienten realistisch und erreichbar sind. Dies können auch solche sein, die nicht
 113 unmittelbar auf eine Gewichtsreduktion abzielen. Die individuellen Therapieziele sollen im
 114 Verlauf regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

115 **1.5 Therapeutische Maßnahmen**

116 **1.5.1 Basismaßnahmen**

117 Basismaßnahmen des Adipositasmanagements sind eine Änderung der Ernährung, eine
 118 Steigerung der körperlichen Aktivität einschließlich Verhaltensmodifikationen.

119 Diese Komponenten sollen unter Berücksichtigung der individuellen Situation kombiniert
 120 werden.

121 Der Patient oder die Patientin soll darüber aufgeklärt werden, dass mit diesen Maßnahmen
 122 über die Gewichtsabnahme hinaus auch eine dauerhafte Verbesserung des Gesundheitsstatus
 123 bzw. Verringerung der Krankheitslast angestrebt wird. Ferner soll darüber aufgeklärt werden,
 124 dass nach der Phase der Gewichtsabnahme weitere Maßnahmen zur dauerhaften
 125 Gewichtsstabilisierung erforderlich sind.

126 Im Rahmen gewichtsreduzierender Maßnahmen können orientierend folgende Ziele zur
 127 Erreichung innerhalb von 6 bis 12 Monaten empfohlen werden:

- 128 • BMI bis 34,9 kg/m²: ≥ 5 % des Ausgangsgewichts
- 129 • BMI ≥ 35 kg/m²: ≥ 10 % des Ausgangsgewichts

130

Folgedissens zu Nummer 1.2	
GKV-SV, KBV	DKG, PatV
Den Patientinnen und Patienten soll vermittelt werden, dass bereits eine Gewichtsreduktion von 10% eine	Den Patientinnen und Patienten soll vermittelt werden, dass bereits mit einer Gewichtsreduktion von 5% eine relevante

wesentliche Verbesserung bzw. eine Remission [KBV ggf. vorhandener] manifester Komorbiditäten bewirken und eine relevante Verbesserung metabolischer Faktoren bereits bei einer Gewichtsreduktion von 5% eintreten kann.	Verbesserung metabolischer Faktoren sowie eine signifikante Minimierung der Inzidenz von adipositas-assoziierten Begleiterkrankungen erreicht werden kann. Liegen bereits manifeste adipositasassoziierte Komorbiditäten vor, kann mit einer Gewichtsreduktion von 10% eine Remission dieser Erkrankungen begünstigt werden und das Risiko der Entstehung weiterer Folgeerkrankungen reduziert werden.
--	--

131
 132 Die zentrale Maßnahme des DMP Adipositas ist hierbei die multimodale Schulung (s. Nummer
 133 4.2). Ein wichtiger Fokus liegt auf dem Selbstmanagement und einer anhaltenden
 134 Selbstbefähigung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung.

135 **1.5.2 Ernährung**

136 Jede Patientin und jeder Patient soll individualisierte Empfehlungen zum Ernährungsverhalten
 137 erhalten.

DKG, KBV, PatV Dabei soll über die Bedeutung einer adäquaten Ernährungsumstellung sowohl im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion, als auch auf positive metabolische und kardiovaskuläre Effekte informiert werden.	GKV-SV <i>[keine Aufnahme]</i>
--	--

138 Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten soll die Ärztin oder der Arzt individuelle
 139 Ziele zur Ernährungsumstellung festlegen und regelmäßig überprüfen.

DKG, KBV, PatV Um das Körpergewicht zu senken, sollte ein tägliches Kaloriendefizit von etwa 500 – 600 kcal/Tag oder alternativ ein individuell ermitteltes Kaloriendefizit angestrebt werden. Bei höherem Energiedefizit ist auch ein größerer Gewichtsverlust pro Zeiteinheit zu erreichen. Allerdings sollte darauf hingewiesen werden, dass dies nur zeitlich begrenzt möglich ist, bis sich ein neues Energiegleichgewicht eingestellt hat.	GKV-SV Um das Körpergewicht zu senken, soll ein Ernährungskonzept gewählt werden, welches zu einer negativen Energiebilanz beiträgt.
---	--

140

DKG, KBV, PatV Für eine Ernährungsumstellung bieten sich verschiedene, ggf. kombinierbare Möglichkeiten an. Gemeinsam mit der	GKV-SV Für eine Ernährungsumstellung bietet sich eine Auswahl verschiedener Möglichkeiten an. Gemeinsam mit der Patientin oder dem
---	--

<p>Patientin oder dem Patienten soll die Wahl gemäß seinen Lebensverhältnissen (kultureller und sozialer Kontext), Gewohnheiten und Präferenzen, seinem Risikoprofil und angepasst an die Therapieziele erfolgen. Folgende Ernährungsstrategien werden empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduktion der Fettmenge - Reduktion der Kohlenhydratmenge - Intermittierendes Fasten oder zeitlich begrenztes Essen mit Kalorienreduktion - Orientierung an Ernährungsmustern bzw. Diäten mit nachgewiesenermaßen positiven metabolischen und kardiovaskulären Effekten, beispielsweise Mediterrane Kost, vegetarische / vegane Kost, Nordische Diät, DASH-Diät - Umstellung auf Nährstoffe mit nachgewiesenermaßen positiven kardiovaskulären und metabolischen Effekten: z.B. Verzehr von überwiegend ungesättigten Fettsäuren und pflanzlichen Fetten und Eiweißen bevorzugen, Verzehr von Kohlehydraten mit niedrigem glykämischen Index bevorzugen, ausreichend Ballaststoffe (mind. 30g/Tag) einnehmen, Vollkornprodukte bevorzugen, den vermehrten Verzehr von Obst und Gemüse, Nüssen und Hülsenfrüchten in die Ernährung einbauen, Salz einsparen, Wasser oder andere kalorienfreie Getränke bevorzugen 	<p>Patienten soll die Wahl gemäß seiner Lebenssituation, seinem Risikoprofil und angepasst an die Therapieziele erfolgen. Zu diesen Optionen zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Kalorienreduktion mit variablen Anteilen von Kohlenhydraten, Fett und Eiweiß. • Mediterrane Ernährung • Nordische Ernährung • DASH-Diät • Vegetarische/vegane Ernährung • Zeitlich befristete/intermittierende Nahrungsaufnahme bzw. Kalorienrestriktion • Bevorzugung von Nahrungsmitteln mit niedrigem glykämischen Index • (Vermehrte) Aufnahme von Gemüse/Früchten, Hülsenfrüchten, Nüssen und Vollkornprodukten in die Speisenauswahl.
--	--

141

<p>DKG, KBV, PatV</p> <p>Das Einsetzen von Formuladiäten mit einer täglichen Kalorienzufuhr von 800-1200 kcal/Tag kann in Abhängigkeit der Situation der Patientin oder des Patienten (z.B. bei Komorbiditäten oder höhergradigem BMI) zur Gewichtsreduktion erwogen werden. Wenn Formuladiäten eingesetzt werden, soll dies zeitlich begrenzt (in der Regel maximal 12 Wochen) und</p>	<p>GKV-SV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	---

medizinisch begleitet werden.	
-------------------------------	--

142

DKG, KBV, PatV

Sofern der Einsatz von Formuladiäten erwogen wird, sollen Patientinnen und Patienten darüber informiert werden, dass diese nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden können.

GKV-SV

[keine Aufnahme]

143

DKG, KBV, PatV

Extrem einseitige Ernährungsformen sind wegen hoher medizinischer Risiken und fehlenden Langzeiterfolgen zu vermeiden.

GKV-SV

[keine Aufnahme]

144

DKG, KBV, PatV

Eine individuelle Ernährungstherapie kann zur Umsetzung dieser Empfehlungen eine sinnvolle Maßnahme sein. Ernährungstherapie ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, wird aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleistung bewilligt.

GKV-SV

[keine Aufnahme]

145 1.5.3 Bewegung

146 Jede Patientin und jeder Patient soll unter Berücksichtigung der individuellen Situation zu
147 mehr körperlicher Aktivität motiviert werden.

148 Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten soll die Ärztin oder der Arzt individuelle
149 Ziele zur Bewegung festlegen und regelmäßig überprüfen.

150

DKG, KBV, PatV

Dabei soll auf die gesundheitlichen Vorteile der körperlichen Aktivität hingewiesen werden, auch unabhängig von einer Gewichtsreduktion. Zur Motivation kann erläutert werden, dass eine regelmäßige körperliche Aktivität bei der Gewichtsreduktion bzw. der Reduktion des Körperfettanteils (auch viszeral) und bei der Gewichtsstabilisierung mitwirken kann. Sie kann metabolische Parameter, psychische Faktoren wie Angst- und depressive Symptomatik sowie das Essverhalten und das Sättigungsgefühl positiv beeinflussen. Darüber hinaus kann sich sportliches Training positiv auf die kardiorespiratorische

GKV-SV

Je nach individueller gesundheitlicher Situation der Patientinnen und Patienten und der Zielsetzung des Trainings können folgende Empfehlungen bzw. Informationen gegeben werden:

- Zur Gewichtsabnahme und Reduktion des Körperfettanteils soll zu einem wöchentlichen Ausdauertraining von mindestens moderater Intensität in einem Umfang von mindestens 2,5 Stunden pro Woche (150-200 Minuten) geraten werden. An möglichst vielen Tagen der Woche soll dies in einem Umfang von jeweils 0,5-1 Stunde (30 bis 60) Minuten erfolgen.

<p>Fitness, die Mobilität, Kraft und Muskelmasse auswirken.</p> <p>Eine Steigerung der körperlichen Aktivität kann bereits mit einer Erhöhung der Alltagsaktivitäten (z. B. Gartenarbeit, Treppensteigen, Spaziergehen) beginnen und sollte durch sportliches Training, weiter gesteigert werden.</p> <p>Versicherte sollten über die Möglichkeit von Rehabilitationssport informiert werden. Die Teilnahme an einer Rehabilitationssportgruppe kann eine geeignete Möglichkeit zum Einstieg in ein regelmäßiges körperliches Training sein.</p> <p>Für eine Gewichtsabnahme sollte man sich täglich insgesamt > 30 bis 60 Minuten bewegen. Darin enthalten sein sollte ein mindestens moderates Training beispielsweise an zwei Tagen pro Woche. Ein Krafttraining kann unter Berücksichtigung von Kontraindikationen sowie der individuellen Belastbarkeit empfohlen werden.</p> <p>Nach Erreichen einer Gewichtsreduktion soll zur Stabilisierung des Gewichts die vermehrte körperliche Aktivität mindestens beibehalten werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Erhaltung der fettfreien Körpermasse (Muskeln, Knochen) in Phasen der Gewichtsabnahme wird durch Krafttraining moderater bis hoher Intensität gefördert. - Der viszerale und intrahepatische Fettanteil lässt sich durch Ausdauertraining von moderater Intensität verringern. - Eine Senkung des Blutdrucks kann durch Ausdauertraining von moderater Intensität erzielt werden. - Sowohl Ausdauer- als auch Krafttraining einzeln oder in Kombination sowie ein Hochintensives Intervalltraining (HIIT) können die Insulinsensitivität erhöhen. Letzteres soll nur nach gründlicher Prüfung des kardiovaskulären Risikos und unter Aufsicht erfolgen. - Sowohl Ausdauer- als auch Krafttraining einzeln oder in Kombination sowie ein Hochintensives Intervalltraining (HIIT) können die kardiorespiratorische Leistungsfähigkeit erhöhen. Letzteres soll nur nach gründlicher Prüfung des kardiovaskulären Risikos und unter Aufsicht erfolgen. - Zur Steigerung der Muskelkraft soll ein Trainingsprogramm bevorzugt aus Krafttraining allein oder einer Kombination mit Ausdauertraining bestehen. - Regelmäßige körperliche Aktivität kann bei Erwachsenen mit Übergewicht oder Adipositas die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das eigene Körperbild verbessern sowie Stimmungsschwankungen (Angst, Depressivität) verringern. - Die Patientinnen und Patienten sollten darüber informiert werden, dass körperliches Training zwar keinen bedeutsamen Einfluss auf die Energieaufnahme haben wird, jedoch das Essverhalten verbessern kann.
---	---

	<p>- Die Patientinnen und Patienten sollten darüber informiert werden, dass durch körperliches Training sowohl ein Hungergefühl in Fastenphasen erhöht werden, jedoch auch eine stärkere (anhaltende) Sättigung nach Nahrungsaufnahme eintreten kann.</p> <p>Versicherte sollten über die Möglichkeit von Rehabilitationssport informiert werden. Die Teilnahme an einer Rehabilitationssportgruppe kann eine geeignete Möglichkeit zum Einstieg in ein regelmäßiges körperliches Training sein.</p>
--	--

151

152 **1.5.4 Verhaltensmodifikation**

153 Empfehlungen zu Verhaltensänderungen im Rahmen eines Gewichtsmanagements dienen
 154 zum einen der systematischen Unterstützung in der Umsetzung der bereits genannten
 155 Maßnahmen. Sie sollen die Adhärenz und Motivation fördern, indem sie insbesondere die
 156 Selbstwirksamkeitserwartung der Patientinnen und Patienten stärken und ihnen dabei helfen,
 157 bestehende Hürden zu bewältigen. Zum anderen unterstützen sie auch den langfristigen
 158 Umgang mit der Erkrankung.

159 Die folgenden Interventionen zur Verhaltensmodifikation können angewendet werden:

- 160 - Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt (Körpergewicht, Essmenge,
 161 Bewegung), um die Selbstwahrnehmung zu verbessern
- 162 - Mahlzeiten planen, vermehrt selber kochen, Nahrungsmittelvielfalt nutzen
- 163 - Zu bewusstem und genussvollem Essen motivieren
- 164 - Techniken zur Stimuluskontrolle (Auslöser für ungünstiges Verhalten senken, oder zum
 165 Aufbau von günstigem Verhalten nutzen
- 166 - Verstärkerstrategien (z.B. Selbstbelohnung auch von kleinen Fortschritten)
- 167 - Einbindung des sozialen Umfelds zur Unterstützung der Verhaltensänderungen

168 **1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie**

<p>KBV, PatV</p> <p>Zur Unterstützung einer Gewichtsreduktion oder eines Gewichtserhalts kann - begleitend zur leitliniengerechten konservativen Therapie - eine medikamentöse Therapie erwogen werden. Wenn eine Empfehlung zur Pharmakotherapie erfolgt, sollen bei der Wahl des Medikaments die patientenindividuellen Therapieziele, die Komorbiditäten, die Wirkmechanismen sowie die Verträglichkeit und Sicherheit der Wirkstoffe und das individuelle Ansprechen auf die Medikation berücksichtigt werden. Patientinnen und Patienten sollen dabei darüber informiert werden, dass die medikamentöse Therapie der Adipositas gemäß § 34 Absatz 1 Satz 7 SGB V nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann.</p>	<p>GKV-SV</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 bzw. zur Regulierung des Körpergewichts dienen. Diese sind in Anlage II AM-RL zusammengestellt.</p>
---	---

169

170 **1.5.6 Chirurgische Therapie**

DKG	GKV-SV	KBV, PatV
<p>Spätestens nach Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten soll eine chirurgische Therapie bei schwerer Adipositas (BMI ≥ 40 kg/m²) bzw. bei Adipositas (BMI ≥ 35 kg/m²) mit schwerer Komorbidität erwogen werden.</p> <p>Bei Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer Adipositas, bei denen die Voraussetzungen für eine Primärindikation zu einer chirurgischen Therapie im Sinne einer adipositaschirurgischen oder metabolischen Operation bestehen, kann diese auch ohne einen vorherigen konservativen Therapieversuch erfolgen. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist die Entscheidung zur chirurgischen Therapie im Rahmen einer differenzierten Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Nutzen- und Risikoabschätzung vorzunehmen. Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.4.1 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.</p>	<p>Nach Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten kann bei einem BMI ≥ 40 kg/m² oder bei einem BMI ≥ 35 kg/m² mit erheblichen Komorbiditäten, die durch eine Gewichtsabnahme positiv beeinflusst werden können, ein chirurgischer Eingriff erwogen werden. Die Patientin oder der Patient muss über das chirurgische Vorgehen, Nutzen und Risiko des Eingriffs und über die Notwendigkeit einer lebenslangen Nachsorge informiert werden.</p>	<p>Spätestens nach Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten kann bei einem BMI ≥ 40 kg/m² oder bei einem BMI ≥ 35 kg/m² mit erheblichen Komorbiditäten, die durch eine Gewichtsabnahme positiv beeinflusst werden können, ein chirurgischer Eingriff erwogen werden. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist die Entscheidung zur chirurgischen Therapie im Rahmen einer differenzierten Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Nutzen- und Risikoabschätzung vorzunehmen.</p> <p>[PatV] Bei Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer Adipositas, bei denen die Voraussetzungen für eine Primärindikation zu einer chirurgischen Therapie im Sinne einer adipositaschirurgischen oder metabolischen Operation bestehen, kann diese auch ohne einen vorherigen konservativen Therapieversuch erfolgen, jedoch mit einer vorbereitenden ärztlichen Aufklärung zur notwendigen Ernährungsumstellung.]</p> <p>Es ist auf die Notwendigkeit einer Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie</p>

		hinzuweisen. Bestandteil der Nachsorge ist insbesondere der Ernährungszustand (Makro- und Mikronährstoffe), klinische Beschwerden / Gesundheitszustand, Lebensqualität, Gewichtsverlauf und Status/Medikation von Begleiterkrankungen.
--	--	--

171
172

<p>DKG</p> <p>1.5.6.1 Chirurgische Verfahren</p> <p>Unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz und der individuellen Situation können Patientinnen und Patienten mit Adipositas von einem der folgenden operative Verfahren profitieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Schlauchmagenbildung, - der proximal Roux-en-Y Magenbypass, - der Omega-Loop- Magenbypass und - die Biliopankreatische Diversion mit/ohne Duodenal Switch (BPD-DS). <p>Das Magenband sollte nur nach besonderer Abwägung und Wunsch der Patientin oder des Patienten mit einem BMI < 50 kg/ m² in Erwägung gezogen werden.</p> <p>Zweizeitige Konzepte (Stufenkonzepte) sind in der Lage, das perioperative Risiko zu senken, und können besonders bei Patienten mit Extremformen der Adipositas und / oder erheblicher somatischer Komorbidität erwogen werden.</p> <p>Jede Patientin oder jeder Patient, die oder der nachhaltig an Gewicht verloren hat, sollte über die Möglichkeit informiert werden, sich von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Plastische Chirurgie beraten lassen zu können.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--

173

<p>DKG</p> <p>1.5.6.2 Endoskopische Verfahren</p> <p>Der Magenballon kann Patientinnen oder Patienten mit Adipositas nach Versagen einer konservativen Therapie und bei Ablehnung einer Operation bzw. bei Kontraindikationen für eine Operation im Rahmen eines angemessenen begleitenden Programms angeboten werden.</p>	<p>GKV-SV, PatV, KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--

In Einzelfällen können auch andere endoskopische Verfahren, wie beispielsweise der Endosleeve, eine Option darstellen.	
--	--

174

<p>DKG, PatV</p> <p>1.5.6.3 Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie</p> <p>Postoperativ sollten alle Patientinnen oder Patienten hinsichtlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - des Ernährungszustandes (Makro- und Mikronährstoffe), - klinische Beschwerden / Gesundheitszustand, - Lebensqualität, - Gewichtsverlauf und - Status/Medikation von Begleiterkrankungen <p>regelmäßig lebenslang nachuntersucht werden.</p>	<p>GKV-SV, [keine Aufnahme]</p> <p>KBV [keine Aufnahme, da unter Nummer 1.7 verortet]</p>
---	---

175

176

1.6 Komorbiditäten

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>1.6.1 Herz-Kreislaufkrankungen</p> <p>Arterielle Hypertonie</p> <p>Ein erhöhter Blutdruck stellt mit einer Prävalenz von 60-85% die häufigste adipositas-assoziierte Komorbidität und den Hauptfaktor für die Entwicklung eines metabolischen Syndroms bei Adipositas dar.</p> <p>Bereits eine geringe, anhaltende Gewichtsreduktion kann zu einer Senkung des Blutdrucks führen. Unabhängig davon kann auch eine adäquate Ernährungsumstellung bzw. eine Steigerung der Bewegung den Blutdruck positiv beeinflussen.</p> <p>Liegt eine komorbide arterielle Hypertonie vor, sollen, unter Berücksichtigung von Begleitfaktoren, Blutdruckwerte von unter 140/90mmHg angestrebt werden.</p> <p>In Phasen der Gewichtsabnahme sollte eine regelmäßige Überprüfung des Bedarfs an blutdrucksenkenden Medikamenten erfolgen.</p> <p>1.6.2 Endokrines System</p>	<p>GKV-SV</p> <p>1.6.1 Diabetes mellitus Typ 2</p> <p>Eine Adipositas erhöht das Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 um mehr als das 3-fache. Ein Adipositas-Management kann die Progression vom Prädiabetes zum Diabetes mellitus Typ 2 verzögern und hat positive Auswirkungen bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2.</p> <p>1.6.2 Arterielle Hypertonie</p> <p>Das Risiko für eine arterielle Hypertonie ist bei Adipositas um das 2-3fache erhöht. Bereits eine geringe, anhaltende Gewichtsreduktion kann zu einer Senkung des Blutdrucks führen.</p> <p>Liegt eine komorbide arterielle Hypertonie vor, sollen, unter Berücksichtigung von Begleitfaktoren, Blutdruckwerte von unter 140/90mmHg angestrebt werden.</p> <p>In Phasen der Gewichtsabnahme sollte eine regelmäßige Überprüfung des Bedarfs an blutdrucksenkenden Medikamenten erfolgen.</p>
--	---

1.6.2.1 Prädiabetes und Diabetes mellitus Typ 2

Eine Adipositas erhöht das Risiko für Prädiabetes und Diabetes mellitus Typ 2 jeweils um mehr als das 3-fache. Bei einer Adipositas Grad III liegt die Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 bei 25,6%. Eine Therapie der Adipositas hat einen positiven Einfluss sowohl auf die Inzidenz als auch auf einen bestehenden Prädiabetes bzw. manifesten Diabetes mellitus Typ 2. Bei einem bereits bestehenden Prädiabetes kann das Risiko eines manifesten Diabetes mellitus Typ 2 durch Änderung des Ernährungsverhaltens und Steigerung der Bewegung deutlich und langfristig reduziert werden.

Bei bestehendem Diabetes mellitus Typ 2 sollte bei der medikamentösen Therapie die Wirkung der Wirkstoffe auf das Gewicht berücksichtigt werden (Begünstigung einer Gewichtszunahme durch Insulin, Begünstigung einer Gewichtsabnahme beispielsweise durch Metformin oder GLP-1-Agonisten).

1.6.2.2 Hypothyreoidismus

Ein manifester Hypothyreoidismus ist eine häufige Begleiterkrankung bei Adipositas und kann eine Gewichtszunahme begünstigen, bzw. eine Gewichtsabnahme erschweren. Daher soll die Schilddrüsenfunktion bei allen Patientinnen und Patienten, wenn nicht bereits bekannt, eingangs bestimmt werden und entsprechend den aktuellen Empfehlungen ggf. weiterführend untersucht und behandelt werden.

1.6.2.3 Hypogonadismus des Mannes und Polyzytisches Ovarialsyndrom (PCOS)

Bei adipositas-assoziiertem Hypogonadismus bzw. adipositas-assoziiierter Infertilität des Mannes sowie bei adipositas-assoziiertem Polyzystischen Ovarialsyndrom (PCOS) sind Maßnahmen zur Gewichtsreduktion essentieller

Bestandteil der Behandlung. Eine entsprechende Diagnostik wird bei typischer Symptomatik empfohlen.

1.6.3 Atemsystem

Sowohl bei adipositas-assoziiertem obstruktivem Schlafapnoesyndrom (OSAS) als auch bei Adipositas-Hypoventilationssyndrom (OHS) sind gewichtsreduzierende Maßnahmen Bestandteil des Managements. Da insbesondere das OHS vor allem mit einer schweren Adipositas assoziiert ist können relevante Verbesserungen möglicherweise erst nach einem Gewichtsverlust von 20-30% auftreten. Eine entsprechende Diagnostik wird bei typischer Symptomatik empfohlen.

PatV,	DKG	KBV
Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit schwerer obstruktiver Schlafapnoe, die sich einem bariatrischen Eingriff unterziehen, wird eine perioperative CPAP-Behandlung empfohlen.		[keine Aufnahme]

1.6.3 Obstruktive Schlafapnoe

Adipositas erhöht das Risiko für ein Schlaf-Apnoe-Syndrom um mehr als das 3-fache. Adipösen Patientinnen und Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe sollte die Teilnahme an einem Lebensstil-Interventionsprogramm, das u.a. mit einer Diät verbunden ist, empfohlen werden. Bei Patientinnen und Patienten mit schwerer obstruktiver Schlafapnoe, die sich einem bariatrischen Eingriff unterziehen wird eine perioperative CPAP-Behandlung empfohlen.

1.6.4 Psychische Störungen

1.6.4.1 Depression und Angststörung

Depression und Adipositas stehen in einem reziproken Verhältnis. Eine Adipositas kann das Auftreten einer Depression begünstigen. Umgekehrt geht auch eine Depression mit einem erhöhten Risiko für Adipositas einher. Adipositas ist auch mit

<p>einem erhöhten Risiko für eine Angststörung assoziiert.</p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer stabilen Depression oder Angststörung können von adipositas-spezifischen Maßnahmen profitieren. Bei akut-krisenhaften Erkrankungsphasen hingegen steht eine adipositas-spezifische Therapie nicht im Vordergrund.</p> <p>Bei der medikamentösen Therapie einer psychischen Störung adipöser Patientinnen und Patienten sollten wenn möglich keine Präparate eingesetzt werden, die eine Gewichtszunahme begünstigen.</p> <p>1.6.4.2 Essstörungen</p> <p>Essstörungen (insbesondere Binge-Eating-Störung, Night-Eating-Syndrom) können die Ursache für eine Adipositas sein und erfordern eine entsprechende psychotherapeutische Behandlung. Bei adipositas-assoziierten Essstörungen sind sowohl psychotherapeutische als auch adipositas-spezifische Maßnahmen indiziert.</p> <p>1.6.5 Verdauungssystem</p> <p>Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung</p> <p>Adipositas-spezifische Maßnahmen und insbesondere eine Gewichtsreduktion sind wichtigster Bestandteil der Therapie einer Nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung.</p>	
---	--

177

178 **1.7 Verlaufsuntersuchungen**

179 Die Erreichung der individuellen Ziele zu jeweils Ernährungsumstellung und Bewegung sowie
 180 ggf. erforderliche Anpassungen sind in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.

181 Abhängig von den individuellen Erfordernissen sind zudem regelmäßige
 182 Verlaufsuntersuchungen des physischen und psychischen Gesundheitszustandes auch unter
 183 Berücksichtigung von Komorbiditäten durchzuführen.

184 Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Verlaufsuntersuchung sind:

- 185 - Erhebung des BMI

Folgedissens zu Nummer 1.3.2 Buchstabe a	
KBV, DKG, PatV	GKV-SV
- Bei einem BMI bis 35 kg/m ² : Messung des Bauchumfangs einmal jährlich	[keine Aufnahme]

- 186 -
 187 - Einschätzung von Motivation zu Verhaltensänderungen hinsichtlich Ernährung und
 188 Bewegung
 189 - Berücksichtigung psychischer Aspekte
 190 - Messung des Blutdrucks
 191 - Verlaufskontrollen bei vorhandenen adipositas-assoziierten Komorbiditäten
 192 - Überprüfung der Medikation auf Substanzen, die eine Gewichtszunahme begünstigen
 193 und ggf Anpassung

194 Zum Zwecke des Monitorings des Gesundheitsstatus sollten insbesondere folgenden
 195 Laborparameter erhoben werden:

- 196 - Nüchternblutzucker in mindestens jährlichen Intervallen,
 197 - Lipide (HDL, LDL, TGZ, Gesamt-Cholesterin), Leberwerte (GPT, GGT) und TSH je nach
 198 vorhandenen Komorbiditäten, Gewichtsverlauf und Ausgangswerten in den
 199 entsprechenden Intervallen, die für diese Konstellation empfohlen werden
 200 (beispielsweise jährlich oder seltener)

201 1.8 Kooperation der Versorgungssektoren

202 Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas erfordert die Zusammenarbeit
 203 aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss
 204 über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

205 1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

206 Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im
 207 Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die
 208 Hausärztin oder den Hausarzt

KBV, PatV gemäß § 73 SGB V oder durch die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärztin bzw. den Facharzt für Innere Medizin, mit oder ohne Schwerpunkt, entsprechend	GKV-SV, DKG im Rahmen
--	---------------------------------

209 der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.

210 In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas eine zugelassene oder
 211 ermächtigte qualifizierte Fachärztin

GKV-SV für Innere Medizin	DKG, KBV, PatV [keine Aufnahme]
-------------------------------------	---

212 , einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt

GKV-SV für Innere Medizin	DKG, KBV, PatV [keine Aufnahme]
-------------------------------------	---

213 oder eine

GKV-SV entsprechend	DKG [keine Aufnahme]
-------------------------------	--------------------------------

214 qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist
 215 oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch
 216 zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im
 217 strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte
 218 Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt.

219

<p>KBV, PatV Eine entsprechend qualifizierte Fachärztin oder ein entsprechend qualifizierter Facharzt ist insbesondere beim Vorliegen der Zusatz-Weiterbildung „Ernährungsmedizin“ gegeben.</p>	<p>GKV-SV, DKG [keine Aufnahme]</p>
--	--

220

<p>DKG, GKV-SV Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.</p>	<p>KBV, PatV [keine Aufnahme]</p>
---	--

221 Die Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.8.2 sind von der gewählten Ärztin oder dem
 222 gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere
 223 Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten
 224 Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

225

226 **1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur**
 227 **jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils**
 228 **qualifizierten Einrichtung bzw. zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum**
 229 **qualifizierten Psychotherapeuten**

230 **[KBV, DKG, PatV]** Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei den folgenden
 231 Indikationen oder Anlässen eine Überweisung zur Mitbehandlung von Patientinnen und
 232 Patienten mit Adipositas zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten
 233 Facharzt oder zu einer ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin, zu einem
 234 ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten oder zu einer jeweils qualifizierten
 235 Einrichtung erfolgen soll:

- 236 - zur Abklärung oder Kontrolle von Organmanifestationen, von endokrinen Störungen oder
- 237 von Komplikationen am Bewegungsapparat,
- 238 - bei Hinweisen

<p>KBV, PatV, DKG: auf krankheitsunterhaltende Belastungen oder</p>	<p>GKV-SV: [keine Aufnahme]</p>
--	--

- 239 auf psychische Komorbidität,
- 240 - bei Umstellung einer Vormedikation auf möglichst gewichtsneutrale Wirkstoffe bzw. zur
- 241 Auswahl möglichst gewichtsneutraler Wirkstoffe bei neuer medikamentöser Therapie
- 242 einer Komorbidität oder einer anderen Vor-oder neu aufgetretenen Begleiterkrankung,
- 243 wenn der Bedarf einer fachärztlichen Mitbetreuung besteht.]
- 244 - zur Indikationsstellung für einen adipositaschirurgischen oder metabolischen Eingriff
- 245 - zur präoperativen Betreuung vor adipositaschirurgischem oder metabolischem Eingriff

<p>DKG, KBV, PatV - zur postoperativen Nachsorge nach adipositaschirurgischem oder metabolischem Eingriff</p>	<p>GKV-SV [keine Aufnahme]</p>
--	---

246

247

248 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
249 Überweisung.

250 **1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus**

251 Indikationen zur stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und
252 Patienten unter folgenden Bedingungen:

- 253 - Notfallindikation,
- 254 - zur chirurgischen Therapie, im Sinne einer adipositaschirurgischen oder metabolischen
- 255 Operation

DKG, PatV, KBV	GKV-SV
- immobile extrem adipöse Patientinnen bzw. Patienten (BMI > 50 kg/m ²), die eine konservative Therapie benötigen, die ambulant nicht durchführbar ist.	[keine Aufnahme]

256
257 Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung insbesondere bei deutlicher Verschlechterung
258 oder Neuauftreten von Komplikationen (z. B. postoperativ oder interventionell) und der
259 Dekompensation von Begleit- bzw. Folgeerkrankungen (z. B. schwere
260 Blutzuckerentgleisungen, dekompensiertes metabolisches Syndrom,
261 Hypoventilationssyndrom, Herz-Kreislaufinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz) zu
262 erwägen.

263 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
264 Einweisung.

265 **1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme**

266 Die Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist individuell und
267 frühzeitig zu beurteilen. Der BMI allein ist für die Beurteilung einer
268 Rehabilitationsbedürftigkeit nicht ausreichend. Wesentlich sind die Berücksichtigung
269 adipositasassoziierter Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosoziale Belastungen.

270 Die ambulante oder stationäre Rehabilitation ist eine interdisziplinäre und multimodale
271 Maßnahme. Patientinnen und Patienten sollen darin unterstützt werden, ihre individuell
272 bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen oder aufrechtzuerhalten, eine
273 Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder zu vermindern oder
274 die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Damit soll die selbstbestimmte und
275 gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefördert werden. Eine Leistung zur
276 medizinischen Rehabilitation verfolgt das Ziel, die durch eine Adipositas resultierenden
277 Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sowie adipositasassoziierter Risikofaktoren
278 oder Komorbiditäten zu vermeiden, zu vermindern oder ihnen entgegenzuwirken.

279

PatV	KBV	DKG	GKV-SV
1.9 Geeignete digitale medizinische Anwendungen	1.9 Geeignete digitale medizinische Anwendungen	1.9 Geeignete digitale medizinische Anwendungen	[keine Aufnahme]

<p>Es kann auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden.</p>	<p>Es kann auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden, insbesondere wenn die Teilnahme an einer Patientenschulung gemäß Nummer 4.2 nicht möglich ist. Eine gleichzeitige Inanspruchnahme der Patientenschulung und einer digitalen medizinischen Anwendung wird aufgrund potentiell unterschiedlicher inhaltlicher Konzepte nicht empfohlen.</p>	<p>Es kann auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden, insbesondere wenn die Teilnahme an einer Patientenschulung gemäß Nummer 4.2 nicht möglich ist. Bei gleichzeitiger Inanspruchnahme einer Patientenschulung und einer digitalen medizinischen Anwendung sollte die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt gemeinsam mit der Patientin, dem Patienten besprechen, inwieweit die inhaltlichen Konzepte der entsprechenden DIMA die vereinbarten Therapieziele unterstützen können.</p>	
--	--	---	--

280

281

282 **2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)**

283 Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser
 284 Richtlinie geregelt.

285 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

Lfd. Nr.	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Gewichtsreduktion von mindestens 5 % bei Adipositas Grad I (adäquater Anteil)	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren BMI bei Einschreibung kleiner 35 kg/m ² ist: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Gewichtsreduktion von größer gleich 5 % bezogen auf das Körpergewicht bei Einschreibung
2	Gewichtsreduktion von mindestens 10 % bei Adipositas Grad II und höher (adäquater Anteil)	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren BMI bei Einschreibung größer gleich 35 kg/m ² ist: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Gewichtsreduktion von größer gleich 10 % bezogen auf das Körpergewicht bei Einschreibung
3	Vermeidung einer Gewichtszunahme (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Gewichtsabnahme oder Gewichtsstabilisierung, bezogen auf das Körpergewicht bei Einschreibung
4	Gewichtsstabilisierung zur letzten Dokumentation (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Gewichtsabnahme oder Gewichtsstabilisierung bezogen auf das Körpergewicht der letzten verfügbaren Dokumentation
5	Individuelle Ziele zu regelmäßiger Bewegung (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen individuelle Ziele zur regelmäßigen Bewegung vereinbart oder überprüft wurden, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
6	Regelmäßige Bewegung (entsprechend der individuell festgelegten Ziele) (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich regelmäßig bewegen, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer

7	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
8	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
9	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 teilgenommen haben
10	RR unter 140/90 mmHg bei bekannter Hypertonie (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit RR systolisch kleiner gleich 139 mmHg und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie
Folgedissens zu Nummer 1.2		
KBV, DKG 11	Vermeidung eines manifesten Diabetes mellitus Typ 2 bei bestehendem Prädiabetes bei Einschreibung (adäquater Anteil)	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem Prädiabetes bei Einschreibung: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Auftreten eines manifesten Diabetes mellitus Typ 2 seit der letzten Dokumentation
GKV-SV [keine Aufnahme]		

286

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

289 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose gemäß
290 Nummer 1.2 gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in **GKV-SV,**

291 **KBV Nummer 1.3 DKG, PatV Nummer 1.4.1** genannten Therapieziele von der Einschreibung
 292 profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

293 **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

294 Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser
 295 Richtlinie geregelt.

296 **3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

297 Versicherte mit Adipositas können ab dem 18. Lebensjahr in das strukturierte
 298 Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn sie die in Nummer 1.2 genannten
 299 Kriterien erfüllen.

300 Die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt prüft regelmäßig gemeinsam mit der
 301 Patientin oder dem Patienten, ob die Patientin oder der Patient weiterhin von einer Teilnahme
 302 an diesem DMP profitiert.

303

KBV, GKV-SV		PatV, DKG
GKV-SV	KBV	<i>[keine Aufnahme]</i>
Dies gilt insbesondere auch für Patientinnen und Patienten nach chirurgischer Therapie der Adipositas.	<i>[Keine Aufnahme]</i>	
<p>Kommen die Ärztin oder der Arzt und die Patientin oder der Patient zu dem Ergebnis, dass dies nicht mehr der Fall ist, so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die Krankenkasse.</p> <p>Befinden sich Patientinnen, die die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, aktuell in einer Schwangerschaft oder in der Stillzeit, sollten sie erst nach dieser Phase in das DMP Adipositas eingeschrieben werden.</p>		

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

306 Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der
 307 strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten
 308 Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten
 309 Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die
 310 Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

311 **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

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

314 **4.2 Schulungen der Versicherten**

315 Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas soll Zugang zu einem strukturierten,
 316 evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten.

<p>KBV, DKG</p> <p>Dieses soll mindestens ein Modul zu Bewegung und ein Modul zu Ernährung enthalten und auf Verhaltensänderungen fokussieren.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Strukturierte Schulungsprogramme für adipöse Patientinnen und Patienten sind multimodale Angebote, die auf eine Veränderung des Ernährungs- und Bewegungsverhalten ausgerichtet sind, mit dem Ziel eine Gewichtsreduktion und anschließende Gewichtsstabilisierung zu erreichen. Diese Programme stellen eine wesentliche Grundlage des Gewichtsmanagements dar.</p>
---	--

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

<p>PatV, DKG</p> <p>Eine Schulung kann bei Bedarf wiederholt werden.</p>	<p>GKV-SV, KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	--

320

321 **5 Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)**
 322 **(§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)**

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

325

326 a) Tod

327 b) Gewichtsreduktion

328 c) BMI

329 d) Schulungen

330 e) Ernährungsumstellung

331 f) Blutdruckwerte

332

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>g) Körperliche Alltagsaktivität h) sportliches Training</p>	<p>GKV-SV</p> <p>g) regelmäßige Bewegung</p>
--	---

333

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>i) Auftreten eines manifesten Diabetes mellitus Typ 2 bei bestehendem Prädiabetes im Verlauf</p>	<p>GKV-SV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	---

334

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

339 Abweichend von § 6 Absatz 3 Nummer 2 DMP-A-RL endet der Evaluationszeitraum für den
340 erstmalig zu erstellenden Bericht nach 48 Monaten, beginnend mit dem 1. Tag des der
341 frühesten Zulassung eines DMP Adipositas folgenden Quartals.

342 Anlage 24 Adipositas – Dokumentation

Adipositas - Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Therapeutische Maßnahmen		
1a	KBV, DKG, Patv Ziele zur regelmäßigen körperlichen Alltagsaktivität und sportlichem Training ¹ GKV-SV Ziele zur regelmäßigen Bewegung ¹	Ziele vereinbart / Keine Ziele vereinbart
1b	KBV, DKG, Patv Ziele zur regelmäßigen körperlichen Alltagsaktivität und sportlichem Training seit der letzten Dokumentation ² GKV-SV Ziele zur regelmäßigen Bewegung seit der letzten Dokumentation ²	Ziele vereinbart oder überprüft / Keine Ziele vereinbart oder überprüft
2	KBV, DKG, Patv Regelmäßige körperliche Alltagsaktivität GKV-SV Regelmäßige Bewegung	Ja / Nein
3	KBV, DKG, Patv Regelmäßiges sportliches Training GKV-SV <i>[keine Aufnahme]</i>	KBV, DKG, Patv Ja / Nein GKV-SV <i>[keine Aufnahme]</i>
4a	Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung ¹	Ziele vereinbart / Keine Ziele vereinbart
4b	Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung seit der letzten Dokumentation ²	Ziele vereinbart oder überprüft / Keine Ziele vereinbart oder überprüft

5	Adäquat geändertes Ernährungsverhalten	Ja / Nein
6	KBV, DKG, Patv Prädiabetes ^{1,3} GKV-SV [keine Aufnahme]	KBV, DKG, Patv Ja / Nein GKV-SV [keine Aufnahme]
Schulung		
7	Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer Adipositas-Schulung teilgenommen ¹	Ja / Nein
8	Adipositas-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
9	Adipositas-Schulung wahrgenommen ²	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen ²
Relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation		
10	KBV, DKG, PatV Manifester Diabetes mellitus Typ 2 ⁴ GKV-SV [keine Aufnahme]	KBV, DKG, PatV Ja / Nein GKV-SV [keine Aufnahme]
11	GKV-SV, KBV Beendigung der DMP-Teilnahme vereinbart GKV-SV ³ KBV ⁵ DKG, PatV [keine Aufnahme]	GKV-SV, KBV Ja / Nein DKG, PatV [keine Aufnahme]

343 ¹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angabe ist nur bei der Erstdokumentation auszufüllen.

344 ² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Diese Angabe ist erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen
345 (Folgedokumentation) zu machen.

346 ³ **KBV, DKG, PatV** Hinweis für die Ausfüllanleitung: Der Prädiabetes wird wie folgt definiert: HbA1c 5,7% bis
347 kleiner 6,5%, bei Patientinnen und Patienten ohne Diabetestherapie. **GKV-SV** [keine Aufnahme]

348 ⁴ **KBV, DKG, PatV** Hinweis für die Ausfüllanleitung: Diese Angabe ist erst bei der zweiten Dokumentation und
349 allen folgenden Dokumentationen (Folgedokumentation) zu machen und nur wenn in Feld 6 (Prädiabetes) bei
350 der Erstdokumentation die Angabe „Ja“ gemacht wurde. **GKV-SV** [keine Aufnahme]

351 ⁵ **KBV** ³ **GKV-SV** Hinweis für die Ausfüllanleitung: Sofern hier „Ja“ angegeben wird, erfolgt eine Beendigung der
352 DMP-Teilnahme durch die Krankenkasse **DKG, PatV** [keine Aufnahme]

353 “

354 II. Der Beschluss tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger
355 folgenden Quartals eines Jahres in Kraft, nicht jedoch am ersten Tag des ersten Quartals
356 eines Jahres. Folgt auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger der erste Tag des ersten
357 Quartals eines Jahres, tritt der Beschluss am ersten Tag des zweiten Quartals in Kraft.

358

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

361 Berlin, den T. Monat JJJJ

362 Gemeinsamer Bundesausschuss
363 gemäß § 91 SGB V
364 Der Vorsitzende

365 Prof. Hecken



1 Tragende Gründe

2 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
3 über die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie
4 (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23
5 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas
6 Dokumentation)

7 Vom xx. Monat 20XX

8 **Stand: 19.07.2023**

9 Legende:

10 **Gelb hinterlegte** Passagen: dissente Positionen

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

12 Inhalt

13	1. Rechtsgrundlage.....	2
14	2. Eckpunkte der Entscheidung.....	2
15	3. Bürokratiekostenermittlung	66
16	4. Verfahrensablauf.....	67
17	5. Fazit	67
18	6. Literaturverzeichnis	67
19	7. Zusammenfassende Dokumentation.....	67

20

21 **1. Rechtsgrundlage**

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

32 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

33 **Allgemeines**

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

40 Wissenschaftliche Grundlage für die Erstfassung der Anforderungen an DMP Adipositas sind
 41 insbesondere die „Leitliniensynopsen für das DMP Adipositas“ für Kinder/Jugendliche und
 42 Erwachsene des IQWiG vom 18. August 2022 [22,23]. Die folgenden Ausführungen erläutern
 43 die Anforderungen an die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas.

44

KBV, PatV	GKV-SV
<p>Das DMP Adipositas soll die Versorgung von Betroffenen durch die Strukturierung einer bedarfsorientierten, leitliniengerechten Behandlung verbessern. Die Ausgestaltung des DMP wird, wie im Folgenden erläutert, durch zum Zeitpunkt der Beschlussfassung geltende und vom §137f SGB V unberührte Regelungen beeinflusst.</p> <p>a) Ernährungs- und Verhaltenstherapie als Teil der Basismaßnahmen</p> <p>Grundlage des Adipositas-Managements ist eine individuell gestaltete Umstellung der Ernährung und Steigerung der Bewegung. Leitlinien-Empfehlungen zur Umsetzung dieser Maßnahmen beinhalten unter anderem starke Empfehlungen zur individuellen Ernährungstherapie und Verhaltenstherapie (IQWiG-Bericht Kapitel Basistherapie-Ernährung und Kapitel Basistherapie-Verhaltenstherapie). Beide Verfahren sind nicht Bestandteil des DMP, da sie anderen Regelungen unterliegen, die vom § 137f SGB V unberührt bleiben:</p>	<p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> - Ernährungstherapie bei Adipositas ist keine Regelleistung der GKV, wird aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleistung bewilligt. - Adipositas ist keine rechtfertigende Indikation für eine Verhaltenstherapie nach Psychotherapie-Richtlinie. <p>b) Medikamentöse Therapie der Adipositas</p> <p>Weitere, moderate Empfehlungen zielen auf eine medikamentöse Therapie der Adipositas ab. Medikamente zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits bzw. zur Regulierung des Körpergewichts sind jedoch gemäß §34 des SGB V von der Versorgung ausgeschlossen.</p> <p>c) Nachsorge/ Langzeitbetreuung nach Chirurgie</p> <p>Im IQWiG-Bericht (Kapitel Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie) werden umfangreiche Empfehlungen zur Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie der Adipositas benannt.</p> <p>Hochfrequente Laboruntersuchungen auf Mikronährstoffe bei Adipositas zur Nachsorge nach Adipositas-Chirurgie sind im Regelleistungskatalog nicht abgebildet. Auch die notwendige Supplementation ist nicht umfassend als GKV-Leistung vorgesehen. Grundsätzlich sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen. Die Verordnungsfähigkeit in bestimmten Fällen wird in § 12 der Arzneimittel-Richtlinie in Verbindung mit der Anlage 1 geregelt.</p> <p>d) Formuladiäten</p> <p>Formuladiäten sind keine Arzneimittel, sondern diätetische Lebensmittel. Diätetische Lebensmittel sind von der Versorgung ausgeschlossen (vgl. § 6 der Arzneimittel-Richtlinie).</p>	
--	--

45

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 Nr.
 54 5 VerfO.

55 Gemäß 6. Kapitel § 4 Abs. 2 Nr. 5 S. 3 VerfO erfolgt, zusätzlich zur Ermittlung von Inhalten und
 56 relevanten Themenbereichen nach 6. Kapitel § 4 Abs. 2 Nr. 4 VerfO, die Aufforderung an die
 57 nach § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten
 58 Organisationen, digitale medizinische Anwendungen für die jeweilige Indikation
 59 vorzuschlagen. Dieses Verfahren soll dazu dienen, dem G-BA frühzeitig geeignete digitale

60 medizinische Anwendungen zur Kenntnis zu geben, um diese im Rahmen des Prüfauftrages
61 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 Abs. 8 Satz 2 und Abs. 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen
65 erstmals aufgefordert, mit einer Frist von vier Wochen (bis zum 7. Januar 2022 bzw.
66 25. Februar 2022), geeignete digitale medizinische Anwendungen für das DMP Adipositas
67 vorzuschlagen. Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden gebeten, Angaben zu
68 den im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 unter Nr. 5 VerfO genannten Kriterien vorzulegen, die der G-BA
69 dann für seine Prüfung der Eignung von digitalen medizinischen Anwendungen für ein DMP
70 heranzieht.

71 Insgesamt gingen 11 Vorschläge zu digitalen medizinischen Anwendungen von 11
72 stellungnahmeberechtigten Organisationen ein. Der G-BA hat die eingegangenen Unterlagen
73 umfassend geprüft und beraten. Um die medizinisch-inhaltliche Eignung der Vorschläge zur
74 Aufnahme in das DMP Adipositas umfassend beurteilen zu können, hat der G-BA für neun
75 vorgeschlagene digitale medizinische Anwendungen eine Nachforderung von Unterlagen,
76 insbesondere von vollständig publizierten Evaluationsstudien in einer am PICO-Schema
77 orientierten Fassung, als erforderlich angesehen. Mit Schreiben vom 11. Januar 2023 hat der
78 G-BA mit einer Frist von zwei Wochen (25. Januar 2023) den Herstellern die Möglichkeit
79 gegeben, entsprechende Unterlagen einzureichen, zu deren digitalen medizinischen
80 Anwendungen beim G-BA Vorschläge eingegangen sind.

81 Es erfolgte eine Eignungsprüfung von 11 digitalen medizinischen Anwendungen, zu denen
82 Unterlagen eingereicht worden waren. Die Prüfung erfolgte auf der Basis dieser Unterlagen
83 sowie weiterer öffentlich zugänglicher Informationen.

<p>PatV</p> <p>Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung können folgende digitale medizinische Anwendungen als geeignet im Rahmen des DMP Adipositas empfohlen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zanadio - Oviva Direkt <p>Sofern zu einem späteren Zeitpunkt weitere digitale medizinische Anwendungen bekannt werden und die normierten Eigenschaften in vergleichbarer Weise erfüllen, können diese in strukturierte Behandlungsprogramme zu Adipositas aufgenommen werden. Der G-BA wird spätestens bei Aktualisierungen der Anforderungen aktuelle verfügbare digitale medizinische Anwendungen entsprechend medizinisch-inhaltlich prüfen und berücksichtigen.</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	---

84

85 **Oviva Direkt für Adipositas**

<p>GKV-SV</p> <p>Oviva Direkt</p> <p>Für die digitale medizinische Anwendung „Oviva Direkt“</p>	<p>KBV, DKG</p> <p>„Oviva Direkt“ ist eine digitale medizinische</p>	<p>PatV</p> <p>Die primäre Zielgruppe der digitalen medizinischen Anwendung „OVIVA Direkt</p>
---	---	--

<p>liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.</p> <p>Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Oviva Direkt“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.</p> <p>Weitere Erläuterungen:</p> <p>„Oviva Direkt“ ist eine digitale medizinische Anwendung für Patientinnen und Patienten mit einer diagnostizierten ernährungsbedingten Erkrankung (u.a.</p>	<p>Anwendung für Patientinnen und Patienten mit einer diagnostizierten Adipositas zur Unterstützung der Lebensstiländerung durch Erlernen von gesundheitsfördernden Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten. Die App umfasst die drei Komponenten „Selbst-Monitoring“ (Dokumentation z.B. von Essen und Gewicht), „Selbst-Management“ und „Eduktion“ mit dazugehörigen Funktionen.</p> <p>Die vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis gemäß §139e Absatz 1 SGB V des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) erfolgte am 03.10.2021 auf der Grundlage einer Auswertung von Real-World-Daten im Rahmen des „Diabetes Prevention Program“ (DPP) des National Health Services (NHS) in Großbritannien. Der Erprobungszeitraum erstreckte sich bis zum 02.07.2023. Nach Aufnahme zur Erprobung sollte mit einer randomisiert kontrollierten Erprobungsstudie (DRKS00025291) nachgewiesen, dass „Oviva Direkt“ die angegebenen positiven Versorgungseffekte erbringt.</p>	<p>für Adipositas“ sind Menschen mit Adipositas. Die vorläufige Aufnahme in das DIGAV nach § 33a Absatz 2 und 139e SGB V erfolgte am 03.10.2021. Der Erprobungszeitraum erstreckte sich bis zum 02.07.2023.</p> <p>Das BfArM begründet die dauerhafte Listung wie folgt:</p> <p>„Nach Aufnahme zur Erprobung wurden die Studienergebnisse der Erprobungsstudie zum Ende des Erprobungszeitraums eingereicht. Darüber hinaus wurden Real-World-Daten (RWD) aus dem Versorgungsalltag eingereicht.</p> <p>Es wurde eine zweiarmige randomisiert kontrollierte Studie (RCT) mit dem Titel „Weight Management with a Digital Lifestyle Intervention in Persons With Obesity“ vorgelegt, die unter der Nummer DRKS00025291 im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) registriert wurde.</p> <p>Die primäre Beobachtungsdauer betrug 12 Wochen. Die Interventionsgruppe (IG) erhielt Zugang zur Standardversorgung und zur DiGA. Die Kontrollgruppe (KG) erhielt Zugang zur Standardversorgung. Der</p>
--	---	---

<p>Überernährung) zur Unterstützung der Lebensstiländerung durch Erlernen von gesundheitsfördernden Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten. Die App umfasst die drei Komponenten „Selbst-Monitoring“ (Dokumentation z.B. von Essen und Gewicht), „Selbst-Management“ und „Eduktion“ mit dazugehörigen Funktionen.</p> <p>Dem G-BA ist bekannt, dass „Oviva Direkt“ dauerhaft in das Verzeichnis gemäß §139e Absatz 1 SGB V des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen wurde. Nach Aufnahme zur Erprobung sollte mit einer randomisiert kontrollierten Erprobungsstudie (DRKS00025291) nachgewiesen, dass „Oviva Direkt“ die angegebenen positiven Versorgungseffekte erbringt.</p> <p>Dem G-BA liegt zum Zeitpunkt der Beschlussfassung allerdings noch keine Publikation der genannten Studie vor, sodass derzeit keine Eignung gemäß §137f Abs. 8 SGB V festgestellt werden kann.</p>	<p>„Oviva Direkt“ ist nun dauerhaft in das o.g. Verzeichnis aufgenommen worden.</p> <p>Dem G-BA liegt zum Zeitpunkt der Beschlussfassung allerdings noch keine vollständige Publikation der genannten Studie vor.</p> <p>Sofern zu einem späteren Zeitpunkt eine vollständig publizierte Evaluationsstudie vorliegt, wird der G-BA spätestens bei Aktualisierungen der Anforderungen die Geeignetheit dieser digitalen medizinischen Anwendung medizinisch-inhaltlich prüfen.</p>	<p>primäre Endpunkt war die relative Gewichtsveränderung nach 12 Wochen gemessen anhand einer Bioimpedanz-Analyse. Die sekundären Endpunkte waren die relative Gewichtsveränderung nach 24 Wochen (nur IG), der European Quality of Life 5 Dimensions 5 Level Version (EQ-5D-5L), die EQ Visual Analogue Scale (EQ-VAS) und die Body composition bzw. Fettmasse (anhand einer Bioimpedanz-Analyse). Nach 24 Wochen erfolgte ein Follow-up, wobei die Teilnehmenden der IG zwischen 12 Wochen und 24 Wochen die DiGA nicht weiter angewendet haben.</p> <p>In die RCT wurden insgesamt 168 Patientinnen und Patienten eingeschlossen und randomisiert (IG: 84; KG: 84). Nach 12-wöchiger Studiendauer ergab sich zur Abschlussuntersuchung eine Drop-out-Rate von 17,3 % (IG: 25,0 %; KG: 9,5 %). Die RWD umfassten 842 Patientinnen und Patienten, die mindestens zu Beginn und nach 90 Tagen ihr Gewicht angegeben haben (Completer).</p> <p>Im Rahmen der Analyse gemäß Intention-To-Treat-Prinzip (ITT-Prinzip) der RCT ergab sich ein statistisch signifikanter und relevanter</p>
---	---	--

		<p>Vorteil der IG gegenüber der KG in Bezug auf die Verbesserung des Gesundheitszustands gemessen anhand der relativen Gewichtsveränderung [adjustierte Differenz in der Veränderung von Baseline: -2,9; 95%-Konfidenzintervall (KI): -3,7 – -2,1; p-Wert: < 0,001; Cohens d: 0,50]. Die IG reduzierte das Gewicht dabei um -3,2 %. Die Differenz zwischen IG und KG war auch unter konservativen Annahmen statistisch signifikant (-2,2; 95%-KI: -3,0 – -1,3; p-Wert: < 0,001; Cohens d: 0,37). Im Gegensatz zur KG (10,8 %) reduzierte der Großteil der IG das Gewicht um über 3 % (58,3 %, p < 0,001). Die Subgruppenanalysen nach Alter, Geschlecht und Body-Mass-Index-Kategorie (BMI-Kategorie) zeigten weitestgehend konsistente Ergebnisse. Neben der relativen Gewichtsveränderung zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Vorteil der IG gegenüber der KG in der Abnahme der Fettmasse. Des Weiteren wurden Tendenzen hinsichtlich einer Verbesserung der Lebensqualität mittels EQ-VAS gezeigt. Auf Basis der Follow-up-Daten nach 24 Wochen konnte für die IG gezeigt werden, dass der Großteil der Patientinnen</p>
--	--	---

		<p>und Patienten die Gewichtsreduzierung erhalten (37,3 %) oder erweitern konnte (25,4 %). Die RWD konnten die Ergebnisse der RCT zum Großteil für Completer bestätigen. Es zeigten sich vergleichbare Ergebnisse für die Subgruppen nach Alter, Geschlecht und BMI-Kategorie.</p> <p>Entsprechend bewertet das BfArM die in § 139e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie in der DiGAV festgelegten Voraussetzungen zur endgültigen Aufnahme in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 SGB V für die Indikationen E66.00: Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter und E66.01: Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad II (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter in Bezug auf den positiven Versorgungseffekt „Verbesserung des Gesundheitszustands“ als erfüllt.“</p> <p>Die vorliegende Datenbasis, die zum derzeitigen Zeitpunkt bereits zu einer dauerhaften Leistung im DiGAV nach §§ 33a Absatz 2 und 139e SGB V berechtigt haben, erfüllen nach Prüfung durch den G-BA die Anforderungen der VerFO</p>
--	--	---

		<p>und sie entsprechen den Anforderungen nach § 2 DiGAV. Die Zielgruppe ist eindeutig auf Menschen mit Adipositas definiert, welche dem des DMP Adipositas entspricht. Die Förderung des Krankheitsmanagements durch die Anwendung mit „Oviva Direkt Adipositas“ durch die Patientin oder den Patienten spiegelt sich im Gewichtsverlust der Patientinnen und Patienten wider. Die Verfügbarkeit von „Oviva Direkt Adipositas“ in deutscher Sprache ist gegeben. Die eingereichten Erkenntnisse zu der digitalen medizinischen Anwendung „Oviva Direkt Adipositas“ genügen, um die Geeignetheit dieser digitalen medizinischen Anwendung festzustellen.</p>
--	--	---

86

87 **Zanadio**

<p>GKV-SV</p> <p>„Zanadio“ ist eine digitale medizinische Anwendung für Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit Adipositas Grad I und II durch übermäßige Kalorienzufuhr. Durch verhaltenswissenschaftliche Methoden wird der Patient oder die Patientin dazu angeleitet, durch eine individuelle Lebensstilumstellung eine Gewichtsreduktion zu erreichen. „Zanadio“ ermöglicht einen Zugang zu edukativen Inhalten („Akademie“), welche mittels Texten oder Videos unter anderem zu Aspekten der Ernährung und Bewegung informieren. Die digitale medizinische Anwendung verfügt zudem über eine</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>Die primäre Zielgruppe dieser, in deutscher Sprache verfügbaren, digitalen medizinischen Anwendung „Zanadio“ sind Menschen mit Adipositas Grad 1 und 2. Die hauptsächliche Zweckbestimmung ist eine Gewichtsreduktion, die aus einer Verhaltensänderung der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die eigene Ernährung, Bewegung und weitere gesundheitsrelevante Gewohnheiten folgt. Ziel der Verhaltensänderung ist eine Reduktion der täglichen Kalorienzufuhr durch die Ernährung auf der einen Seite, sowie gleichzeitiger Erhöhung des Kalorienbedarfs durch Stärkung des</p>
---	---

<p>„Tagebuch“-Funktion zur Führung von Ernährungs-, Aktivitäts- und Gewichtsprotokollen sowie über eine Chat-Funktion zur Kommunikation mit Expertinnen und Experten.</p> <p>Der G-BA weist darauf hin, dass „Zanadio“ dauerhaft in das Verzeichnis gemäß §139e Absatz 1 SGB V des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen wurde und entsprechend verordnet werden kann.</p> <p>Im Rahmen der medizinisch-inhaltlichen Prüfung auf Eignung der digitalen medizinischen Anwendung „Zanadio“ zur Aufnahme in das DMP Adipositas gemäß §137f Abs. 8 SGB V hat sich der G-BA mit der randomisiert kontrollierten Studie (RCT) <i>„Die wissenschaftliche Evaluierung von zanadio - einem ganzheitlichen, digitalen Behandlungsprogramm für Menschen mit Adipositas“</i> (DRKS00024415) auseinandergesetzt. Es handelt sich um eine gegenüber den Studienteilnehmenden unverblindete Studie mit einer Dauer von 12 Monaten, die die Effekte von „Zanadio“ im Vergleich zu keiner Nutzung untersucht. In die Studie eingeschlossen wurden 149 Personen, darunter hauptsächlich Frauen mit einem BMI zwischen 30 und 40 kg/m². Auf in die in der Studie untersuchten Endpunkte zeigten sich verschiedene, zum Teil signifikante Effekte, unter anderem im primären Endpunkt Gewichtsreduktion. Nach Einschätzung des G-BA mithilfe des Cochrane Risk of Bias Tools 2 weist die Studie ein hohes Verzerrungspotential für alle untersuchten Endpunkte auf. Dies ist unter anderem auf das nicht-verblindete Studiendesign zurückzuführen und darauf, dass alle Informationen zu den Endpunkten durch die Studienteilnehmenden selbst gemessen und berichtet wurden. Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass mit einer Studiendauer von 12 Monaten keine</p>	<p>Bewegungsverhaltens, welche im Ergebnis zu einer anhaltenden negativen Kalorienbilanz und somit letztlich einem Verlust von Körperfett und einer Gewichtsreduktion führen. Die Verhaltensänderung wird dabei durch die Anwendung verschiedener verhaltenswissenschaftlicher Methoden erzielt.</p> <p>Zu „Zanadio“ liegt dem G-BA eine 12-monatige klinische Studie im RCT-Design vor, die den medizinischen Nutzen dieser medizinischen Anwendung evaluiert hat [35].</p> <p>Es wurden 149 Teilnehmende mit Adipositas Grad 1 und 2 (18-65 Jahre, BMI 30-40 kg/m², EOSS Klasse 0-2) durch eine sequentielle und nach Adipositas Grad 1 und 2 sowie nach Alter stratifizierte Randomisierung in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe eingeteilt. Teilnehmende der Interventionsgruppe erhielten dabei vollen Zugang zur medizinischen Anwendung „Zanadio“. Teilnehmende der Kontrollgruppe erhielten keinen Zugang zur App und keine weiteren Informationen oder Instruktionen hinsichtlich Interventionen zur Gewichtsveränderung. Den Teilnehmenden der Kontrollgruppe wurde kommuniziert, ihr Leben wie gewohnt fortzusetzen.</p> <p>Die Studie dauerte 12 Monate und umfasste 5 Messzeitpunkte: zu Beginn der Studie, nach 3 Monaten, nach 6 Monaten, nach 9 Monaten und nach 12 Monaten. Der primäre Endpunkt Gewichtsverlust wurde durch die prozentuale Veränderung des Gewichts abgebildet. Um Effekte über den reinen Verlust von Körpergewicht hinaus einordnen zu können, wurden als zusätzliche Endpunkte die Lebensqualität, das Wohlbefinden (Wohlbefinden: WHO-5 Wellbeing Index; Lebensqualität: WHOQoL-BREF) und die Waist-to-hip ratio (WHR; Taille-Hüft-Verhältnis) bestimmt.</p>
---	--

<p>Aussage zum langfristigen Effekt von „Zanadio“ getroffen werden kann.</p> <p>Im Rahmen der weiteren medizinisch-inhaltlichen Prüfung hat sich der G-BA mit dem möglichen Stellenwert der digitalen medizinischen Anwendung „Zanadio“ im Rahmen des DMP Adipositas befasst. Vor diesem Hintergrund wurde insbesondere geprüft, inwieweit die digitale medizinische Anwendung „Zanadio“ als Schulung nach §4 DMP-A-RL zur Anwendung kommen kann (vgl. 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nr. 5 Satz 8 VerfO). Hierbei wurde festgestellt, dass „Zanadio“ wichtige Kernmerkmale eines DMP-Schulungsprogramms nicht aufweist, sondern als Selbsthilfe-Tool zur Eigenanwendung durch den Nutzer oder die Nutzerin vorgesehen ist. Beispielsweise fehlt ein <i>Curriculum</i> und die <i>Interaktion</i> zwischen Schulungsteilnehmenden und damit einhergehende <i>Gruppendynamik ist nicht gegeben</i>. In der Anwendung sind darüber hinaus keine individuellen Beratungen zu Ernährung und Bewegung vorgesehen, diese können nur als Zusatzangebote kostenpflichtig vom Nutzer dazu gebucht werden. Entsprechend kann „Zanadio“ nicht als digitale Schulung ersetzend für die empfohlenen Schulungsprogramme in das DMP Adipositas implementiert werden, welche als maßgebliche Intervention im Rahmen des DMP Adipositas angesehen werden. Es liegen zudem keine Erkenntnisse und Studien vor, die einen ergänzenden Einsatz von „Zanadio“ vor, während oder nach der Teilnahme an einem Schulungsprogramm begründen könnten. Insbesondere kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Inhalte von „Zanadio“ mit den Inhalten der empfohlenen Schulungsprogramme konkurrieren und/oder im Widerspruch dazu stehen.</p> <p>Im Ergebnis wird festgestellt, dass sich kein klarer Stellenwert der digitalen medizinischen Anwendung „Zanadio“ im</p>	<p>Die Interventionsgruppe zeigte in der ITT-Analyse einen Gewichtsverlust von durchschnittlich -7.75% (95% Konfidenzintervall (KI): -9,66; 5,84%) innerhalb von 12 Monaten. Dieser Gewichtsverlust ist signifikant größer als der Gewichtsverlust der Kontrollgruppe, bei der das Gewicht stabil blieb (0,000% (95% KI: -1,98; 1,99%)). Die Gewichtsreduktion in der Interventionsgruppe betrug wie angenommen mehr als 5%. Die sekundären Endpunkte Wohlbefinden und Taille-Hüfte-Verhältnis verbesserten sich signifikant innerhalb der Interventionsgruppe und im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p> <p>Die vorliegende Datenbasis – auch in Verbindung mit der endgültigen Listung im DIGAV nach §§ 33a Absatz und 139e SGBV – erfüllen nach Prüfung durch den G-BA die Anforderungen der VerfO und sie entsprechen den Anforderungen nach § 2 DiGAV. Die Zielgruppe ist eindeutig auf Menschen mit Adipositas definiert, welche dem des DMP Adipositas entspricht. Die Anwendung von „Zanadio“ durch die Patientin oder den Patienten konnte innerhalb der Nutzungsdauer von 12 Monaten zu einer signifikanten Gewichtsreduktion und einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität und Wohlbefinden führen. Diese Effekte sind förderlich für ein günstiges Krankheitsmanagement. Der G-BA bewertet daher die eingereichten Erkenntnisse zu der digitalen medizinischen Anwendung „Zanadio“ als ausreichend, um die Geeignetheit dieser digitalen medizinischen Anwendung festzustellen.</p>
---	---

DMP Adipositas eruieren lässt, sodass keine Geeignetheit der digitalen medizinischen Anwendung „Zanadio“ für die Aufnahme in die Anforderungen an das DMP Adipositas festgestellt werden kann.	
--	--

88 **Vitadio**

89 Für die digitale medizinische Anwendung „Vitadio“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum
90 Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im
91 Vergleichsgruppendesign vor.

92 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Vitadio“
93 kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung
94 profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 Verfo sollen für die Beseitigung von
95 Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
96 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
97 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig
98 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
99 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

100 **VIDEAmellitus**

101 Für die digitale medizinische Anwendung „VIDEAmellitus“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum
102 Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im
103 Vergleichsgruppendesign vor.

104 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung
105 „VIDEAmellitus“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der
106 Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 Verfo sollen für die Beseitigung
107 von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
108 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
109 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig
110 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
111 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

112 **Weight Watchers**

113 Bei „Weight Watchers“ (kurz: „WW“) handelt es sich um ein US-amerikanisches
114 Unternehmen, welches seit mehreren Jahrzehnten ein Programm zur Gewichtsreduktion
115 anbietet. Das „Weight-Watchers“-Konzept basiert auf einem Schema, bei dem jedem
116 Lebensmittel eine Punktzahl zugeordnet wird und die Teilnehmenden sich ihre Mahlzeiten
117 anhand einer tagesbezogenen Punktesumme zusammenstellen. Darüber hinaus umfasst das
118 Programm ein Spektrum unter anderem von Beratungsleistungen und Rezeptsammlungen.
119 Ebenfalls steht im Sinne einer digitalen medizinischen Anwendung eine „Weight Watchers
120 App“ zur Verfügung, mit der sich der G-BA im Rahmen der Überprüfung auf Eignung gemäß
121 §137f Abs. 8 SGB auseinandergesetzt hat. Die digitale medizinische Anwendung „Weight
122 Watchers App“ umfasst unter anderem ernährungs- und bewegungsbezogene Inhalte,
123 „Audio-Coachings“ und eine Online-Austauschplattform mit anderen (vermutlich
124 Teilnehmenden, ohne Moderation). Die Teilnahme am Programm, auch der alleinigen App-
125 Nutzung, setzt eine „Weight Watchers“-Mitgliedschaft voraus.

126 Gemäß Angaben auf der Internetseite des Herstellers [46] liegen umfassende Erkenntnisse
 127 zum „Weight Watchers“-Programm vor, darunter eine randomisierte, kontrollierte Studie zum
 128 „Weight Watchers Online-Programm“ [43]. Auf Grundlage der vorliegenden Informationen
 129 aus der Studie kann nicht eindeutig durch den G-BA geklärt werden, ob und inwieweit das in
 130 der Studie geprüfte „Weight Watchers Online-Programm“ und dessen Inhalte bzw.
 131 Funktionen mit denen der „Weight Watchers App“ vergleichbar sind.

132 Die vorliegenden Erkenntnisse zur digitalen medizinischen Anwendung „Weight Watchers
 133 App“ genügen nicht, um eine Eignung zur Aufnahme in die Anforderungen an das DMP
 134 Adipositas festzustellen.

135 **Abnehmen mit Genuss**

136 Für die digitale medizinische Anwendung „Abnehmen mit Genuss“ liegt nach Kenntnis des G-
 137 BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im
 138 Vergleichsgruppendesign vor.

139 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Abnehmen
 140 mit Genuss“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der
 141 Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung
 142 von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
 143 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
 144 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig
 145 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
 146 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

147 Weitere Erläuterungen:

148 „Abnehmen mit Genuss“ ist ein individuell abgestimmtes Abnehmprogramm, um
 149 Übergewicht abzubauen und das neue Gewicht zu halten. Es basiert auf einer Reihe von Tools
 150 zur Unterstützung und zum Monitoring der Inhalte „Ernährung/Bewegung/Verhalten“ und
 151 einem Zugang zum Austausch mit anderen Teilnehmenden in einer Online-Community. Es
 152 erfolgt eine intensive Betreuung durch Coaches aus den Bereichen Ernährung, Medizin, Sport
 153 und Psychologie und individuelle Trainingspläne werden bereitgestellt. Eine Anmeldung und
 154 Nutzung ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres möglich. Von einer Teilnahme abgeraten
 155 wird unter anderem bei starker Adipositas und Essstörungen.

156 Die digitale medizinische Anwendung „Abnehmen mit Genuss“ stellt eine Weiterentwicklung
 157 des briefbasierten Programms „Abnehmen mit Genuss Classic“ dar, zu dem eine Auswertung
 158 von 45.869 Teilnehmenden existiert. Es handelt sich dabei um eine Evaluationsstudie des
 159 Gewichtsmanagementprogramms, die jedoch nicht im Vergleichsgruppendesign durchgeführt
 160 wurde. Die vorliegenden Erkenntnisse zu „Abnehmen mit Genuss“ genügen deshalb nicht, um
 161 die Geeignetheit der digitalen medizinischen für eine Aufnahme in das DMP Adipositas
 162 festzustellen.

163 Die Vollpublikation der Studie wurde dem G-BA auch auf Nachfrage beim Hersteller nicht
 164 vorgelegt, die Informationen basieren auf dem öffentlich verfügbaren Abstract [5].

165 **Vita Versorgungsprogramm**

166 Für die genannte digitale medizinische Anwendung „VITA“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum
 167 Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im
 168 Vergleichsgruppendesign vor.

169 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die genannte digitale medizinische Anwendung
 170 „VITA“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung
 171 profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 Verfo sollen für die Beseitigung von
 172 Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
 173 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
 174 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig
 175 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
 176 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

177 **Livongo**

178 Für die digitale medizinische Anwendung „Livongo“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum
 179 Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im
 180 Vergleichsgruppendesign vor.

181 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Livongo“
 182 kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung
 183 profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 Verfo sollen für die Beseitigung von
 184 Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
 185 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
 186 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig
 187 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
 188 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

189 Weitere Erläuterungen:

190 Die Zielgruppe der „Livongo Mobile App Adipositas“ umfasst laut Herstellerangaben
 191 Menschen mit Adipositas (BMI größer 30). Die Zielsetzung ist gemäß Hersteller, ein
 192 Gewichtsmanagementprogramm über 12 Wochen zu begleiten und dabei zur Senkung oder
 193 Beibehaltung des Gewichts beizutragen. In einem initialen Gespräch mit einer
 194 Ernährungsberaterin oder einem Ernährungsberater (Coach) sollen die Änderungsmotivation
 195 sowie die persönlichen Gesundheitsziele der Patientinnen und Patienten erfasst werden. Die
 196 „Livongo Mobile App Adipositas“ soll die Selbstüberwachung von Körpergewicht,
 197 Nahrungsaufnahme und körperlicher Aktivität unterstützen, damit neue
 198 gesundheitsförderliche Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten etabliert und in den Alltag
 199 integriert werden können. Die App enthält laut Hersteller Funktionen zur Speicherung von
 200 gesundheitsrelevanten Messwerten (z.B. Schrittzahl, Blutdruck, Laborwerte) und zeigt in
 201 Abhängigkeit der Ergebnisse gesundheitsfördernde Inhalte an. Einige dieser Inhalte werden
 202 laut Hersteller über Health Nudges bereitgestellt, andere Inhalte über die Funktion
 203 „Aktionsplan“, mit dem sich der Nutzer Ziele zur Verbesserung seines Lebensstils setzen und
 204 an Aktivitäten zur Erreichung dieser Ziele teilnehmen kann.

205 Die Firma Teladoc Health legte vier Publikationen einarmiger retrospektiver Studien vor. In
 206 diesen Studien wurden retrospektive Analysen bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit
 207 einem Start-Body-Mass-Index (BMI) von >25 kg/m² durchgeführt, wovon die Teilnehmer und
 208 Teilnehmerinnen in drei Studien an einem Retrofit-Gewichtsverlustprogramm und in einer
 209 Studie an einem digitalen Livongo-Diabetes-Präventionsprogramms (DPP) teilgenommen
 210 hatten. Die Studien hatten jeweils zum Ziel, Prädiktoren für den effektivsten Gewichtsverlust
 211 im Zuge der Teilnahme am jeweiligen Programm zu ermitteln.

212 Die Erkenntnisse aus den eingereichten Unterlagen zu der digitalen medizinischen
 213 Anwendung „Livongo Mobile App Adipositas“ genügen nicht, um die Geeignetheit der
 214 digitalen medizinischen Anwendung „Livongo Mobile App Adipositas“ für eine Aufnahme in
 215 das DMP Adipositas festzustellen. Für die Prüfung der Eignung der digitalen Anwendung

216 „Livongo Mobile App“ bedarf es einer vollständig publizierten Evaluationsstudie im
 217 Vergleichsgruppendesign mit Daten für die Population von Patientinnen und Patienten mit
 218 Adipositas, um positive und negative Effekte der Intervention „Livongo Mobile App
 219 Adipositas“ abschätzen zu können.

220 **Freestyle-System (Kontinuierliche Glukosemessung)**

<p>PatV</p> <p>Beim „Freestyle Libre Messsystem“ handelt sich um ein zugelassenes Hilfsmittel zur intensivierten Insulintherapie des Diabetes mellitus und nicht zur Therapie der Adipositas. Es liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>Die digitale Medizinische Anwendung "Freestyle Libre Messsystem" ist Bestandteil einer Behandlungsmethode für Patientinnen und Patienten mit intensivierter Insulintherapie bei Diabetes mellitus. Es liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie zu adipositaspezifischen Endpunkten im Vergleichsgruppendesign vor.</p>
---	---

221

222 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Freestyle
 223 Libre Messsystem“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der
 224 Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung
 225 von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
 226 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
 227 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig
 228 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
 229 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

230 **Rehasonanz**

231 „Rehasonanz.de“ ist ein 12- monatiges Online- Reha- Nachsorge- Programm der REHASAN-
 232 Gruppe, das gemäß Herstellerinformation zum Ziel hat, die Behandlungsansätze der
 233 stationären rehabilitativen Behandlung aufzunehmen, fortzuführen und zu ergänzen, sowie
 234 die positiven Effekte einer Reha- Maßnahme bei Patientinnen und Patienten mit (Prä-)
 235 Adipositas nachhaltig zu festigen, damit sich die Patientinnen und Patienten einen dauerhaft
 236 gesunden Lebensstil aneignen.

237 Initial wird im Laufe einer dreiwöchigen Reha-Maßnahme in einer Klinik der REHASAN- Gruppe
 238 zwischen Patientinnen und Patienten und behandelnden Ärztinnen und Ärzten eine
 239 individuelle Zielvereinbarung zur Gewichtsreduktion getroffen. Es werden Informationen zur
 240 allgemeinen Gesundheitsbildung bereitgestellt und der Umgang mit dem Nachsorgeportal
 241 geübt. Im Anschluss an die Reha-Maßnahme können die Patientinnen und Patienten das
 242 online-Portal für insgesamt 1 Jahr nutzen. Es sollen kontinuierlich Handlungskompetenzen
 243 zum erfolgreichen Selbstmanagement vermittelt werden (Elemente aus Stressmanagement,
 244 Alltagsmanagement, Familienmanagement), Kenntnisse und praktische Fertigkeiten in Bezug
 245 auf eine vollwertige Ernährung nach DGE vermittelt werden und zu individuell geeignetem
 246 Bewegungsverhalten motiviert werden.

247 Rehasonanz.de besteht aus einem Patientenportal zur Nutzung für Patientinnen und
 248 Patienten und aus einem Auswerte- und Rückmeldetool (Ärztikonsole) für die ärztliche
 249 Begleitung der Patientinnen und Patienten.

250 Eine wissenschaftliche Evaluation in Form einer randomisierten kontrollierten Studie an 265
 251 Patienten zeigte, dass die einjährige Intervention (Nutzung des rehasonanz-online-Portals)
 252 eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von 5,4% (n=129) im Vergleich zur
 253 durchschnittlichen Gewichtsreduktion von 4,0% in der Kontrollgruppe (n=136) erbrachte. Des
 254 Weiteren wurden dem G-BA die Auswertung von Daten aus 1354 abgeschlossenen
 255 Behandlungsfällen (2010-2021) vorgelegt, deren Ausgangs- BMI 35,22 kg/ m² betrug. Die
 256 Adhärenzquote der Teilnehmer lag nach 1 Jahr zwischen 20 – 25 %, wobei die
 257 Gewichtsreduktion der adhärennten Teilnehmer nach 1 Jahr zwischen 6,7 und 9,8% lag, was
 258 einer BMI- Reduktion der adhärennten Teilnehmer nach 1 Jahr von 1,95 – 3,51 BMI Punkten
 259 entspricht.

260 Für die digitale medizinische Anwendung „Rehasonanz“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum
 261 Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im
 262 Vergleichsgruppendesign vor.

263 Ohne *die vollständige Publikation* einer solchen Studie für die digitale medizinische
 264 Anwendung „Rehasonanz“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von
 265 der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 Verfo sollen für die
 266 Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen
 267 gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit
 268 verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels
 269 vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die
 270 Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-
 271 Richtlinie.

272 **Guardian Connect CGM (Kontinuierliche Glukosemessung)**

<p>GKV, KBV, DKG</p> <p>Die digitale Medizinische Anwendung "Guardian Connect CGM-Einsteiger- und Transmitterpakete CareLink Software, Guardian Connect App" ist Bestandteil einer Behandlungsmethode für Patientinnen und Patienten mit intensivierter Insulintherapie bei Diabetes mellitus. Es liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie zu adipositasspezifischen Endpunkten im Vergleichsgruppendesign vor.</p>	<p>PatV</p> <p>Für die digitale medizinische Anwendung „Guardian Connect CGM-Einsteiger- und Transmitterpakete CareLink Software, Guardian Connect App“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.</p>
---	--

273

274 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendungen
 275 „Guardian Connect CGM-Einsteiger- und Transmitterpakete CareLink Software, Guardian
 276 Connect App“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der
 277 Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 Verfo sollen für die Beseitigung
 278 von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
 279 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
 280 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig
 281 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
 282 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

283 **Zu den Änderungen im Einzelnen:**284 **Zu Anlage 2**

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

288 **Zu Anlage 23**289 **Zu Nummer 1.1 Definition der Adipositas**

290 Die Definition der Adipositas entspricht der vom IQWiG in internationalen und nationalen
291 Leitlinien identifizierten Begriffsbestimmung (IQWiG Bericht) und basiert auf der Klassifikation
292 der WHO. Demnach ist Adipositas definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende
293 Vermehrung des Körperfetts ab einem Body-Mass-Index (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. Übergewicht ist
294 definiert als ein BMI über 25 kg/m^2 .

295

KBV, GKV-SV	DKG, PatV
Der Body-Mass-Index (BMI) gilt als etablierte Berechnungsgrundlage zur Klassifikation der Adipositas und wird daher in dieser Anlage als Maß zur Definition von Übergewicht und Adipositas gewählt. Durch die relativ einfache Berechnungsweise, - Quotienten aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m^2), lässt er sich ohne großen Aufwand erfassen.	<i>[keine Aufnahme hier, da unter Nummer 1.2 verortet]</i>

296

297 Die Adipositas wird in Abhängigkeit vom BMI in 3 Schweregrade eingeteilt.

298

Klassifikation [48]	BMI (kg/m^2)
Übergewicht (Präadipositas) 25,00–29,99	25,00–29,99
Adipositas Grad I	30,00–34,99
Adipositas Grad II	35,00–39,99
Adipositas Grad III	$\geq 40,0$
BMI: Body-Mass-Index	

299

300 Bei der Definition der Adipositas über den BMI-Wert muss beachtet werden, dass es sich um
301 einen Surrogatparameter handelt und dieser unter Umständen das Ausmaß der Adipositas
302 nicht korrekt abbildet [17]. Hintergrund ist, dass der BMI-Wert nicht allein vom
303 Körperfettanteil abhängt, sondern von dem Anteil an Muskelmasse und dem Gewicht des
304 Skeletts beeinflusst wird.

305

GKV-SV	KBV	DKG, PatV
<p>Zu Nummer 1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hat der Gesetzgeber dem G-BA explizit auferlegt, ein DMP für Adipositas zu erarbeiten. DMP sind gemäß § 137f SGB V Behandlungsprogramme für chronische Krankheiten. Es besteht kein einheitliches Meinungsbild darüber, inwieweit Adipositas als eigenständiges, chronisches Krankheitsbild angesehen werden kann. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) [48] hat die Adipositas im Jahr 2000 erstmalig als Krankheit anerkannt. Auch die deutsche S3-Leitlinie „Adipositas - Prävention und Therapie“ ordnet Adipositas aus medizinischer Sicht als Krankheit ein. Die Leitlinie weist jedoch auch darauf hin (Sonderkommentar DeGAM), dass die Bedeutung der Adipositas als pathologischer Zustand oder Risikofaktor nur im Kontext der Begleiterkrankungen, des Alters und anderer Faktoren zu beurteilen ist und ihr somit auch keine automatische Zuordnung als Krankheit zukommt. Es wird darauf hingewiesen, dass die genannte Leitlinie sich derzeit in Überarbeitung befindet.</p>	<p>Zu Nummer 1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021 hat der Gesetzgeber den G-BA mit der Entwicklung eines neuen DMP Adipositas beauftragt. Diesem Auftrag wird mit dem vorliegenden Beschlussentwurf Rechnung getragen. Als krankheitsbegleitendes Programm soll das DMP Adipositas die Versorgungsqualität von Betroffenen verbessern. Die Verbesserung der Versorgungsqualität soll nach dem Entwurf des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes durch eine „leitliniengerechte und bedarfsorientierte Versorgung“ sichergestellt werden (siehe hierzu Bundestags-Drucksache 19/26822, S. 98). Aktuelle Leitlinien verlangen über die Gewichtsreduktion hinaus die individuelle Verbesserung des Gesundheitsstatus im Sinne einer zunehmend patientenzentrierten Versorgung [47]. Da eine Adipositas und die entsprechenden Einschränkungen des Gesundheitsstatus</p>	<p>Zu Nummer 1.2 Einschreibekriterien</p> <p>Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hat der Gesetzgeber dem G-BA explizit auferlegt, ein DMP für Adipositas zu erarbeiten. DMP sind gemäß § 137f SGB V Behandlungsprogramme für chronische Krankheiten.</p> <p>Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) [48] hat die Adipositas im Jahr 2000 erstmalig als Krankheit anerkannt, das Bundessozialgericht sprach in einem Urteil vom 19.2.2003 vom „Vorliegen einer Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne“ (BSGE 59, 119 (121)), und auch in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) ist die Adipositas entsprechend ihrer Ausprägung in drei Schweregraden (Grad I bis III) hinterlegt. Ein krankhaftes Übergewicht bzw. eine Adipositas besteht dann, wenn das Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße (Body-Mass-Index) ein bestimmtes Maß überschreitet. Der Body-Mass-Index (BMI) gilt als etablierte Berechnungsgrundlage zur Klassifikation der Adipositas und wird daher in dieser</p>

<p>Ebenfalls kann diskutiert werden inwieweit der BMI, auf welchem die Klassifikation von Übergewicht und Adipositas der WHO basiert, als alleiniges Kriterium für eine Behandlungsindikation der Adipositas ausreicht. Gemäß zweier in der IQWiG-Leitliniensynopse berücksichtigten Leitlinien [12,47] ist dies nicht der Fall. Aufgrund seiner limitieren Aussagekraft (s. Nummer 1.1) sollte der BMI-Wert immer in Gesamtschau der Risikofaktoren und insbesondere Komorbiditäten der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten betrachtet werden.</p> <p>In der IQWiG-Leitliniensynopse wird darauf hingewiesen, dass ein starker Zusammenhang zwischen einem erhöhten BMI ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) und der Entwicklung adipositasbedingter Komplikationen bzw. chronischer Begleiterkrankungen (z.B. Diabetes Mellitus, Koronare Herzkrankheit) besteht. Adipositas kann jedoch, zumindest temporär, auch im Sinne einer „metabolisch gesunden Adipositas“ auch mit einem normalen Stoffwechselprofil und ohne körperliche Symptome oder funktionelle Einschränkungen vorliegen</p>	<p>individuell sehr unterschiedlich verlaufen können, müssen zur Ermittlung des individuellen Versorgungsbedarfs mehrere Parameter berücksichtigt werden, neben dem Body-Mass-Index (BMI) insbesondere die Abschätzung der individuellen Krankheitslast. Der Body-Mass-Index (BMI) beruht auf anthropometrischen Messungen und ist ein weltweit etablierter Surrogatparameter für den Körperfettanteil. Er wird für die Diagnose sowie für die Klassifikation einer Adipositas in Grad 1 bis 3 genutzt (s. Kapitel Definition).</p> <p>In internationaler Fachliteratur und Leitlinien wird diskutiert, inwieweit der BMI als alleiniges Kriterium für eine Behandlungsindikation der Adipositas ausreicht. Gemäß zweier in der IQWiG-Leitliniensynopse berücksichtigten Leitlinien sollte der BMI-Wert in der Gesamtschau der Risikofaktoren und insbesondere Komorbiditäten der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten betrachtet werden [12,47]. Obwohl eine Zunahme des BMI in der Gesamtbetrachtung mit einem Anstieg der Morbidität und Mortalität</p>	<p>Anlage als Maß zur Definition von Adipositas gewählt. Durch die relativ einfache Berechnungsweise, vom Quotienten aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m^2), lässt er sich aufwandsarm erfassen. Gemäß dem Klassifikationsschema der WHO wird ein Erwachsener mit einem BMI ab 30 kg/m^2 als adipös definiert und erfüllt damit das Einschreibekriterium für das DMP Adipositas. Adipositas, die ihrerseits Risikofaktor für die Entstehung weiterer, vielfältiger (nicht allein Adipositas-assoziiertes) Krankheiten ist, bedarf einer frühzeitig einsetzenden, bedarfsgerechten Therapie, die darauf abzielt, insbesondere der Entwicklung von Folgeerkrankungen vorzubeugen. Eine Beschränkung der Zielpopulation im DMP Adipositas auf Patientinnen und Patienten mit einem BMI ab 30 kg/m^2 und bereits bestehenden, manifesten Begleiterkrankungen würde diesem Ziel nicht mehr gerecht werden können und widerspricht darüber hinaus dem Willen des Gesetzgebers. Dieser hat in der Gesetzesbegründung zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) die präventive Intention einer strukturieren</p>
--	--	--

<p>[15,49]. Es existieren zudem Metaanalysen, die auf einen nicht-linearen Zusammenhang zwischen BMI und Mortalität hinweisen [4] und darauf, dass die Mortalität bei Adipositas Grad I im Vergleich zu Normalgewichtigen nicht erhöht ist [16].</p> <p>Vor diesem Hintergrund werden Komorbiditäten zum Einschluss in das DMP Adipositas als Voraussetzung für die Teilnahme am DMP festgelegt. In das DMP Adipositas können alle Patientinnen und Patienten eingeschrieben werden, welche die krankheitsbezogenen Einschlusskriterien gemäß 1.2 erfüllen.</p> <p>Die in den Einschlusskriterien festgelegten Komorbiditäten orientieren sich an den „Gemeinsamen Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 08. Februar 2017“ (Fassung vom 01.02.2022) [17] und den darin festgelegten Einschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm. Auf dieser Grundlage beschränkt</p>	<p>assoziiert ist [19,50], können bei einem BMI größer gleich 30 kg/m² sowohl der tatsächliche Fettanteil und die Fettverteilung als auch die Morbidität und Mortalität individuell variieren. Für eine zielführende, bedarfsorientierte und an der Krankheitslast ausgerichtete Therapieplanung ist daher, zusätzlich zum BMI, der Einbezug weitere Parameter relevant.</p> <p>Im Jahr 2009 [38] wurde mit den Edmonton Obesity Staging System-Kriterien (EOSS) eine Einteilung der Adipositas vorgeschlagen, welche unabhängig vom Adipositas-Grad das individuelle Ausmaß der Erkrankung anhand von fünf Stadien (EOSS-Stadium 0 bis 4) abbildet. Zur Einteilung in die verschiedenen Stadien wird das Vorhandensein bzw. die Schwere von adipositas-assoziierten Folgeerscheinungen berücksichtigt. Das betrifft sowohl kardiovaskuläre Risikofaktoren, funktionelle und psychische Beeinträchtigungen sowie manifeste Komorbiditäten und deren Schweregrad. Ein EOSS-Stadium 0 besteht, wenn keine kardiovaskuläre Risikofaktoren, körperlichen Symptome, Psychopathologie, funktionelle Einschränkungen oder</p>	<p>und bedarfsorientierten Versorgung betont, die im DMP Adipositas umgesetzt werden soll.</p> <p>So heißt es in Bundestags-Drucksache 19/26822, S. 98: „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.“</p> <p>Demzufolge ist die Einschreibung in das DMP Adipositas nicht an die Voraussetzung des Vorhandenseins von Komorbiditäten geknüpft.</p>
--	---	---

<p>der G-BA die Einschlusskriterien auf Patientinnen und Patienten mit einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ und mindestens einer der folgenden Begleiterkrankungen: Diabetes mellitus Typ 2, Arterielle Hypertonie, Obstruktive Schlafapnoe-Syndrom, stabile Koronare Herzkrankheit oder stabile chronische Herzinsuffizienz. Hinweise und Empfehlungen zu besonders relevanten Komorbiditäten sind in Nummer 1.6 verortet.</p>	<p>Einschränkung des Wohlbefindens vorhanden sind; bei einem EOSS-Stadium 1 bestehen Risikofaktoren (wie beispielsweise erhöhter Blutdruck, Störung des Glukosestoffwechsels), milde körperliche Symptome, eine milde Psychopathologie, milde funktionelle Einschränkungen oder milde Einschränkung des Wohlbefindens; im EOSS-Stadium 2 ist mindestens eine manifeste chronische adipositas-assoziierte Komorbiditäten vorhanden, eine moderate Beeinträchtigung der Alltagsaktivität oder des Wohlbefindens; im EOSS-Stadium 3 besteht mindestens eine Komorbidität mit Endorganschäden (beispielsweise Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall), eine signifikante Psychopathologie, signifikante funktionelle Einschränkungen oder Beeinträchtigung des Wohlbefindens; EOSS-Stadium 4 zeichnet sich schließlich durch schwere Einschränkungen aufgrund von fortgeschrittenen chronischen adipositas-assoziierten Komorbiditäten (auch Endstadium), eine schwer beeinträchtigende Psychopathologie, schwere</p>	
--	---	--

	<p>funktionelle Einschränkungen oder schwere Beeinträchtigung des Wohlbefindens aus.</p> <p>Anhand der EOSS-Kriterien ist bei Adipositas auch unabhängig vom BMI eine bessere Prädiktion von Mortalität möglich als durch anthropometrische Parameter alleine:</p> <p>In einer großen Kohortenstudie von 2011 [32], basierend auf Daten der National Health and Human Nutrition Examination Surveys (USA), werden fast 8000 Menschen mit Übergewicht oder Adipositas gemäß der EOSS-Kriterien anhand von Risikofaktoren, funktionellem Status und Komorbiditäten in die Stadien 0-3 eingeteilt. Kaplan-Meier Analysen zeigen, dass höhere EOSS-Stadien (1-3) unabhängig vom BMI eine erhöhte Mortalität vorhersagen können.</p> <p>Subgruppenanalysen für die einzelnen Adipositas-Grade zeigen, dass dieser Zusammenhang auch innerhalb der Adipositas-Grade besteht. Deutlich unterscheiden sich die Überlebenskurven zwischen allen untersuchten EOSS-Stadien (0-3) innerhalb der Gruppe der Patienten mit einer Adipositas Grad 1. Daher ist es sinnvoll, bei einer Adipositas Grad 1 zusätzliche Faktoren zu berücksichtigen.</p>	
--	--	--

	<p>Breite, internationale populationsbasierte Analysen zum Zusammenhang von Adipositas-Graden und Mortalität zeigen, dass die Mortalität bei Betroffenen mit einer Adipositas Grad 2 im Vergleich zu normalgewichtigen Personen (BMI 18,5-<25 kg/m²) um den Faktor 1,5 erhöht ist [19]. Werden nur Patientinnen und Patienten betrachtet, die keine chronische Erkrankung haben und nicht rauchen, zeigt sich eine Verdoppelung der Mortalität (bei Adipositas Grad 2) bzw. eine Erhöhung um den Faktor 2,7 (bei Adipositas Grad 3). Auch gemäß der im IQWiG-Bericht enthaltenen Leitlinie OC 2020 [47] (Kapitel Assessment) haben Betroffene mit Adipositas-Graden größer als 1 ein generell erhöhtes Risiko für kardiometabolische Komplikationen. Daher ist es sinnvoll, ab einer Adipositas Grad 2 adipositas-spezifische Maßnahmen anzubieten, auch wenn keine zusätzlichen adipositas-assoziierten Faktoren bestehen.</p> <p>Vor diesem Hintergrund werden die Einschlusskriterien für das DMP definiert. Diese geben vor, dass für eine Einschreibung in das DMP Adipositas bei einer Adipositas Grad 1 zusätzlich</p>	
--	---	--

	<p>mindestens eine der in der Richtlinie unter 1.2 genannten adipositas-assoziierten Begleiterscheinungen (Risikofaktoren und Komorbiditäten) vorhanden sein muss. Ab einer Adipositas Grad 2 ist ein Einschluss in das DMP ohne zusätzliche adipositas-assoziierte Begleiterscheinung möglich. Die Auswahl der unter 1.2 genannten Faktoren wurde in Anlehnung an die verschiedenen Stadien der oben beschriebenen EOSS-Kriterien sowie der Leitlinien OC2020 [47], DGAV2018 [13], AACE2020 [28], ESE2020 [33], ATS2019 [29] und ATS2018 [21] getroffen. Es werden die relevanten und häufigsten kardiovaskulären adipositas-assoziierten Risikofaktoren (EOSS-Stadium 1) und manifeste Komorbiditäten (ab EOSS-Stadium 2) berücksichtigt.</p> <p>Das metabolische Syndrom wird hier anhand der Kriterien der International Diabetes Federation (IDF) definiert [24]. Ein metabolisches Syndrom besteht bei Vorhandensein einer zentralen Adipositas und einem der folgenden Faktoren: Erhöhte Triglyzeride (≥ 150 mg/dL (1.7 mmol/L)) oder entsprechende lipidsenkende Medikation; erniedrigtes high density</p>	
--	--	--

	<p>lipoprotein (HDL)-Cholesterin (<40 mg/dL (1.03 mmol/L) bei Männern < 50 mg/dL (1.29 mmol/L) bei Frauen) oder entsprechende lipidsenkende Medikation; erhöhter Blutdruck (größer gleich 130 mmHg systolisch oder 85 mmHg diastolisch) oder blutdrucksenkende Medikation; erhöhter Nüchternblutzucker \geq 100 mg/dL (5.6 mmol/L) oder bekannter behandelter Typ-2-Diabetes. Eine zentrale Adipositas wird über den Bauchumfang definiert. Ein erhöhter Bauchumfang besteht bei Frauen ab 80cm, bei Männern ab 94 cm. Idealerweise sollten hierbei ethnisch-spezifische Cut-offs beachtet werden, die insbesondere bei Männern abweichen können.</p> <p>Der Prädiabetes wird in Anlehnung an die NVL Typ-2-Diabetes [9] wie folgt definiert: HbA1c 5,7 bis < 6,5% bzw. 39 bis < 48 mmol/mol.</p> <p>Schwer zu objektivierende Faktoren der EOSS-Kriterien wie funktionelle Einschränkungen oder Beeinträchtigung des Wohlbefindens wurden nicht mit einbezogen.</p> <p>Allgemeine Voraussetzung für die Teilnahme am DMP Adipositas ist eine ausreichende Motivation sowie insbesondere auch die Fähigkeit an einer Schulung teilzunehmen. Eine eingeschränkte Fähigkeit zur</p>	
--	--	--

	<p>Teilnahme an dem DMP kann beispielsweise bei weit fortgeschrittener Komorbidität oder Begleiterkrankung bestehen. Patientinnen und Patienten, bei denen der hinreichende Verdacht besteht, dass sie nicht von einer Einschreibung in das DMP profitieren, sind nicht Zielgruppe dieses DMP. Das gilt insbesondere für Erkrankungen, die zu einer Adipositas führen, deren Behandlung aber nicht Gegenstand dieses DMP sind, beispielsweise bei Hyperkortisolismus [33]. Zu berücksichtigen sind auch beispielsweise konsumierende Erkrankungen.</p>	
--	--	--

306

<p>DKG, PatV</p> <p>Zu Nummer 1.3 Diagnostik</p> <p>Zu Nummer 1.3.1 Indikationsspezifische Erstanamnese</p> <p>Da Adipositas eine heterogene, komplexe Erkrankung mit multipler Ätiologie ist, bedarf es einer umfassenden und eingehenden Befragung der Patientin, des Patienten, insbesondere um eine individuelle Therapieplanung vornehmen zu können. Im Rahmen der indikationsspezifischen Erstanamnese sollen insbesondere folgende Aspekte erfragt und eingeschätzt werden: Bisheriger Verlauf der Erkrankung, mögliche Ursachen der Adipositas und aufrechterhaltende Faktoren (beispielsweise Medikamente, die eine Gewichtszunahme begünstigen, s.u.), ggf. Adipositas-spezifische Folgeerscheinungen (somatisch, psychisch, funktionell) und mögliche Hürden für ein zielführendes Management (beispielsweise sozio-ökonomisch, ggf. vorhandenes Suchtverhalten). Insbesondere soll auch die aktuelle Energiezufuhr (durch Nahrungsaufnahme) und der aktuelle Energieabbau (insbesondere durch Bewegung) abgeschätzt werden, um daraus Ansatzpunkte für Maßnahmen in den Bereichen Ernährung und Bewegung ableiten zu können. Ferner ergibt sich aus der Zusammenschau mit der unter 1.2 genannten Diagnostik die Möglichkeit einer differenzierteren Bestimmung der Krankheitslast bei Einschreibung und deren zielgerichtete Kontrolle im weiteren Verlauf.</p>	<p>GKV-SV, KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	--

<p>Medikamente bzw. Wirkstoffklassen, die eine Gewichtszunahme begünstigen können, sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blutzuckersenkende Therapien: Insuline, Glitazone, Sulfonylharnstoffe, Glinide - Antidepressiva: trizyklische Antidepressiva, atypische Antidepressiva, MAO-Inhibitoren, SSRI, Lithium - Antikonvulsiva - Typische und atypische Antipsychotika, vor allem der 2. Generation - Systemische Kortikosteroide - Hormonersatztherapie: Östrogen - Betablocker - Clonidin <p>Die allgemeinen Hinweise und entsprechende Konkretisierungen zur indikationsbezogenen Erstanamnese wurden in Anlehnung an die Leitlinie OC2020 [47] (Empfehlungen sowie Hintergrundtext im Kapitel <i>Assessment</i>) und ESE2020 [33] sowie im Konsens mit den beratenden Experten formuliert.</p> <p>Zur Unterstützung bei der Umsetzung kann ein strukturierter Fragebogen hilfreich sein, beispielsweise der Fragebogen des Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V.: „Erfassungsbogen Adipositas“.</p>	
--	--

307

<p>DKG, PatV Zu Nummer 1.3.2 Standarddiagnostik</p>	<p>KBV, GKV-SV Zu Standarddiagnostik</p>
--	---

308

309 Die in der Richtlinie beschriebene Standarddiagnostik bei Adipositas beruht auf Empfehlungen
 310 der Leitlinien OC2020 [47] und ESE2020 [33] sowie der Experteneinschätzung. Ziel ist es, den
 311 Adipositas-spezifischen Gesundheitsstatus einzuschätzen,

KBV, GKV-SV möglicherweise noch nicht erfasste Komplikationen (insbesondere die o.g. Risikofaktoren und Komorbiditäten) aufzudecken	DKG, PatV [keine Aufnahme]
---	--------------------------------------

312 und eine Grundlage für die Therapieplanung und die Verlaufsuntersuchungen zu schaffen.

DKG, PatV Da Patientinnen und Patienten mit Adipositas ein erhöhtes Risiko für weitere chronische Erkrankungen haben, müssen diese Folge- und Begleiterkrankungen bei der Therapie der Adipositas berücksichtigt werden, sodass deren frühzeitige Diagnose wesentlicher Bestandteil des DMP Adipositas ist. Bei anamnestischen, klinischen oder laborchemischen Hinweisen auf das Vorliegen einer oder mehrerer Komorbiditäten sind daher weiterführende Diagnostik und ggf. sich anschließende Maßnahmen zu initiieren.	KBV, GKV-SV [keine Aufnahme]
--	--

313
 314 Bereits erfolgte laborchemische Diagnostik innerhalb der letzten 6 Monate kann hierfür
 315 berücksichtigt werden. Die klinische Untersuchung sowie die Messung des BMI

KBV, DKG, PatV , des Bauchumfangs	GKV-SV [keine Aufnahme]
---	-----------------------------------

316 und des Blutdrucks sollten jedoch aktuell sein. Eine weiterführende Diagnostik erfolgt
 317 entsprechend der Befunde.

KBV, DKG, PatV Wie oben näher erläutert, besteht ein erhöhter Bauchumfang bei Frauen ab 80 cm, bei Männern ab 94 cm. Relevant ist dies vor allem bei einem BMI bis 35 kg/m ² (vom IQWiG-Bericht als additiver Inhalt eingestufte Empfehlung der OC2020). Ein erhöhter Bauchumfang weist auf ein erhöhtes metabolisches bzw. kardiovaskuläres Risiko hin (OC2020, Kapitel Assessment). Dies ist bei der individuellen Therapieplanung insofern hilfreich, als dass hier auf entsprechende Maßnahmen mit positiven Effekten auf metabolische und kardiovaskuläre Faktoren sowie auf den viszeralen Fettanteil hingewiesen werden kann (s. Kapitel 1.5.2 und 1.5.3 zu Ernährung und Bewegung).	GKV-SV [keine Aufnahme]
--	-----------------------------------

318 Da ein in der Praxis häufig beobachtetes Versorgungsdefizit bei Adipositas darin besteht
 319 (Fremd- und Selbststigmatisierung), wird explizit auf die Bedeutung einer altersgerechten
 320 Krebsfrüherkennung nach der Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen
 321 (KFE-RL) und der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (KFE-RL)
 322 hingewiesen.

323

324 **Zu Nummer GKV-SV, KBV 1.3 Therapieziele DKG, PatV 1.4.1 Therapieziele**

325 Vom IQWiG bewertete Leitlinien geben Empfehlungen zu Therapiezielen und benennen das
 326 Gewichtsmanagement insbesondere die Gewichtsreduktion als wesentliche Maßnahmen (ESE
 327 2020) [33] mit hohem Empfehlungsgrad.

328 Als wichtigste längerfristige Therapieziele sind die Verminderung des Risikos für vorzeitige
 329 Sterblichkeit, die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie die
 330 Verringerung der Morbidität anzusehen. Dies beinhaltet die Verbesserung beeinträchtigter
 331 Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne einer selbstbestimmten Lebensführung.
 332 Kardiovaskuläre Risikofaktoren und adipositas-assoziierte Komorbiditäten werden
 333 nachweislich durch eine langfristige Gewichtsabnahme positiv beeinflusst [2,3,13,14,28]
 334 [21,33,47].

335

<p>GKV-SV, KBV</p> <p>Zu Nummer 1.4.1 Indikationsspezifische Erstanamnese</p> <p>Bei der indikationsspezifischen Erstanamnese handelt es sich um ein Gespräch, das</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>KBV</p> <p>über den regulären Beratungsaufwand hinausgeht und einen besonderen Beratungsaufwand darstellt, der</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>GKV-SV</p> <p>[keine Aufnahme]</p> </td> </tr> </table> <p>eine differenzierte Therapieplanung ermöglichen und die Therapietreue sicherstellen soll. Im Rahmen dieser Erstanamnese sollen insbesondere folgende Aspekte erfragt und eingeschätzt werden: bisheriger Verlauf der Erkrankung, mögliche Ursachen der Adipositas und aufrechterhaltende Faktoren (beispielsweise Medikamente, die eine Gewichtszunahme begünstigen, s.u.), adipositas-spezifische Folgeerscheinungen in verschiedenen Bereichen (somatisch, psychisch, funktionell) und mögliche Hürden für ein zielführendes Management (beispielsweise sozio-ökonomisch, ggf. vorhandenes Suchtverhalten). Insbesondere soll auch die aktuelle Energiezufuhr (durch Nahrungsaufnahme) und der aktuelle Energieabbau (insbesondere durch Bewegung) abgeschätzt werden, um daraus Ansatzpunkte für Maßnahmen in den Bereichen Ernährung und Bewegung ableiten zu können. Ferner ergibt sich aus der Zusammenschau mit der unter 1.2 genannten Diagnostik die Möglichkeit einer differenzierteren Bestimmung der Krankheitslast bei Einschreibung und deren zielgerichtete Kontrolle im weiteren Verlauf.</p> <p>Medikamente bzw. Wirkstoffklassen, die eine Gewichtszunahme begünstigen können, sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blutzuckersenkende Therapien: Insuline, Glitazone, Sulfonylharnstoffe, Glinide - Antidepressiva: trizyklische Antidepressiva, atypische Antidepressiva, MAO-Inhibitoren, SSRI, Lithium - Antikonvulsiva 		<p>KBV</p> <p>über den regulären Beratungsaufwand hinausgeht und einen besonderen Beratungsaufwand darstellt, der</p>	<p>GKV-SV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>	<p>DKG, PatV</p> <p>[keine Aufnahme – an anderer Stelle verortet]</p>
<p>KBV</p> <p>über den regulären Beratungsaufwand hinausgeht und einen besonderen Beratungsaufwand darstellt, der</p>	<p>GKV-SV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>			

<ul style="list-style-type: none"> - Typische und atypische Antipsychotika, vor allem der 2. Generation - Systemische Kortikosteroide - Hormonersatztherapie: Östrogen - Betablocker - Clonidin <p>Die allgemeinen Hinweise und entsprechende Konkretisierungen zum vertiefenden Gespräch wurden in Anlehnung an die Leitlinie OC2020 [47] (Empfehlungen sowie Hintergrundtext im Kapitel <i>Assessment</i>) und ESE2020 [33] sowie im Konsens mit den beratenden Experten formuliert.</p>	
<p>KBV</p> <p>Zur Unterstützung bei der Umsetzung kann ein strukturierter Fragebogen hilfreich sein, beispielsweise der Fragebogen des Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V.: „Erfassungsbogen Adipositas“.</p>	<p>GKV-SV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

336

337 **Zu Nummer 1.4.1 Therapieplanung**

338 Die Adipositas ist eine chronische Erkrankung, mit sehr heterogener Ausprägung bezogen auf
339 die Ursachen, Krankheitslast und vorhandener individueller Ressourcen. Daher bedarf es einer
340 individuellen Therapieplanung auf der Grundlage eines ausführlichen und zielführenden
341 Gespräches (s. Kap. Diagnostik). In Anlehnung an den IQWiG-Bericht werden hier für die
342 Therapieplanung insbesondere Empfehlungen der OC2020 [47] aufgegriffen. Mit der
343 Einschreibung in das DMP Adipositas sind erste Schritte für das Management der Erkrankung
344 bereits erfolgt (gemeinsame Identifizierung der Adipositas und des Krankheitswertes und
345 Erfassung der Motivation der Patientin oder des Patienten für weitere Maßnahmen). Die
346 daran anknüpfende Therapieplanung orientiert sich an der individuellen Situation
347 (Krankheitslast, Vorgeschichte, Lebensstil und -situation) und an den individuellen
348 Möglichkeiten (Ressourcen) der Patientin oder des Patienten. Wichtig ist die Differenzierung
349 zwischen Faktoren, die eine Gewichtszunahme begünstigen und Faktoren, die
350 Therapiehindernisse darstellen können.

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>Die Gesundheitskompetenz der Patientin oder des Patienten im Hinblick auf beeinflussbare Faktoren und auf Therapiemöglichkeiten ist dabei ein wichtiger Bestandteil des Gewichtsmanagements. Für eine motivierende und kollaborative Gesprächsführung im Hinblick auf eine zielführende Handlungsstrategie ist gleichwohl auf die Vermeidung von wertenden Bildern und Praktiken im Umgang mit adipösen Patientinnen und Patienten zu achten, sowie auf den möglichen Einfluss verinnerlichter Vorurteile aller Beteiligten. Für eine bestmögliche Adhärenz sind die psychosozialen Faktoren zu beachten. Insbesondere die psychischen Komorbiditäten sollen berücksichtigt werden hinsichtlich eines Bedarfs an entsprechender Versorgung.</p>	<p>GKV-SV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	---

351 **Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen**

352 Die Empfehlung zu einer individuell angepassten Kombination konservativer Maßnahmen in
 353 den Bereichen Ernährung, Bewegung und unterstützende Verhaltensmodifikationen sowie zu
 354 Therapiezielen stützen sich auf die Leitlinien OC2020 [47], VADoD2020 [12], AACE2020 [28]
 355 sowie dem WHO Obesity Report 2022 [50] und zielen auf ein nachhaltiges, bedarfsorientiertes
 356 Management der Adipositas ab.

357 Dabei zu berücksichtigen sind neben den unter 1.2 und im vertiefenden Gespräch genannten
 358 Aspekten beispielsweise auch persönliche Ziele, Gewohnheiten und Präferenzen sowie der
 359 soziokulturelle und sozioökonomische Hintergrund. Es wird ferner die Förderung von Wissen
 360 und Gesundheitskompetenz empfohlen.

361 Die vorgeschlagene Zielsetzung von mindestens 5 bzw. 10 % Gewichtsreduktion in
 362 Abhängigkeit des Adipositas-Grades bei Einschreibung beruhen, neben den o.g. Quellen, auf
 363 Evaluationsergebnissen zu Adipositas-Schulungen im deutschen Versorgungskontext
 364 [6,34,36,37]. In den Studien erreichten 34 bis 72 % (durchschnittlich 48 %) der Teilnehmer eine
 365 Gewichtsreduktion von mindestens 5 % und 10 bis 32 % (durchschnittlich 22 %) eine
 366 Gewichtsreduktion von mindestens 10 %. Diese Ergebnisse stellen unter anderem die
 367 Grundlage für die Qualitätszielen 1 und 2 (s. Nummer 2) sowie in der Festlegung der jeweils
 368 angestrebten Zielwerterreichung dar.

369 Nach der Leitlinie OC2020 [47] (Kapitel The Science of Obesity –Benefits of modest weight
 370 loss) sowie dem WHO Obesity Report 2022 [50] kann sich jede Gewichtsreduktion positiv auf
 371 den Gesundheitsstatus auswirken. Besonders gut belegt ist die positive Wirkung einer
 372 moderaten Gewichtsreduktion bei Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko für einen
 373 Typ-2-Diabetes. Dies stellt unter anderem die Grundlage für das Qualitätsziel 11 (s. Nummer
 374 2) dar.

375 **Zu Nummer 1.5.2 Ernährung**

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
<p>Empfehlungen und Hinweise zur Ernährungsumstellung sowie zu den möglichen Strategien beruhen auf folgende Leitlinien: OC2020 [47], VADoD2020 [12]. Die genannten Referenzwerte stützen sich auf Angaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.</p> <p>Die sogenannte DASH-Diät [30] (Dietary approaches to stop hypertension) beruht auf einer Steigerung der Obst-und Gemüsezufuhr, einer Bevorzugung von fettarmen Milchprodukten, Vollkorngetreide, Nüsse und Hülsenfrüchten sowie eine Reduzierung der Zufuhr von Salz, rotem Fleisch, verarbeiteten Fleischgerichten und Süßigkeiten. Bei der mediterranen Kost liegt der Schwerpunkt auf eine pflanzliche Ernährung, mit Umstellung auf pflanzliche Fette (Olivenöl),</p>	<p>Die Leitliniensynopse des IQWiG zitiert eine Vielzahl ernährungsbezogener Empfehlungen, allerdings handelt es sich in den allermeisten Fällen um solche mit niedrigem Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad oder nicht-DMP-relevante Inhalte. Alle Zitate entstammen ausschließlich zwei Leitlinien aus Kanada [47] bzw. den USA [12].</p> <p>Die Empfehlung zum Anstreben einer negativen Energiebilanz ist mit einem hohen Empfehlungsgrad versehen. Welchen Umfang diese negative Energiebilanz (auch: „Energiedefizit“) haben soll, wird in der entsprechenden Leitlinie allerdings nicht konkretisiert. Es findet sich lediglich die Aussage, dass eine Ernährung mit einer Gesamtmenge von ≤ 800 kcal pro Tag mit unerwünschten Effekten einhergehen könne. Als „additive Inhalte“ stuft der</p>

<p>einer hohen Zufuhr an Nüssen, Obst und Gemüse sowie an Vollkorngetreide und Hülsenfrüchten; es wird eine moderate Aufnahme von Fisch und Milchprodukten empfohlen sowie eine geringe Aufnahme von Fleisch. Eine vegetarische Kost zeichnet sich durch den Verzicht auf Fleischprodukte, eine vegane Kost zeichnet sich durch den Verzicht auf jede Art von tierischen Produkten aus. Hierbei muss unter anderem auf eine ausreichende Proteinzufuhr sowie auf eine ausreichende Zufuhr bzw. Substitution von bestimmten Mikronährstoffen (beispielsweise Vitamin B12, Jod, Omega-3-Fettsäuren, Eisen, Calcium) geachtet werden. Ein nordisches Ernährungsmuster [7] basiert auf Elementente der traditionellen regionalen Küche der nordischen Länder und favorisiert beispielsweise Rapsöl, lokale Gemüsesorten wie Wurzelgemüse, Kohl und Hülsenfrüchte, an Obst insbesondere Beeren, Äpfel, Birnen, bei Getreide Vollkornroggen, -hafer, und -gerste, Nüsse, Fisch, sowie fettarme Milchprodukte, Fleisch in Maßen.</p> <p>Zu Formuladiäten: Diätetische Lebensmittel sind von der Versorgung nach § 27 SGB V ausgeschlossen und die Kosten somit grundsätzlich von der Patientin oder dem Patienten zu tragen.</p>	<p>IQWiG-Bericht ergänzende Hinweise ein, die zwar einen nicht hohen oder unklaren Empfehlungsgrad aufweisen, jedoch auf Leitlinien mit hoher methodischer Qualität basieren. Dies trifft auf die Aussage zu, dass es eine breite Auswahl an Ernährungsstrategien gibt, die patientenbezogen eingesetzt werden und auf individuelle Werte, Präferenzen und Behandlungsziele angepasst werden sollen, um bestmöglichen Unterstützung der langfristigen Adhärenz zu erreichen. Die im Richtlinien text benannten Strategien entstammen einer Aufzählung möglicher Ernährungsmuster der zitierten kanadischen Leitlinie.</p> <p>Zur Erläuterung:</p> <p>Mediterrane Ernährung: hier liegt der Schwerpunkt auf pflanzlichen Nahrungsmitteln und hochwertigen Fetten (Olivenöl), einer hohen Zufuhr von Nüssen, Obst und Gemüse sowie an Vollkorngetreide und Hülsenfrüchten; einer moderaten Aufnahme von Fisch und Milchprodukten und einem niedrigen Fleischanteil.</p> <p>Nordische Ernährung: Ernährungsmuster analog der mediterranen Ernährung, angepasst an Elemente der traditionellen regionalen Küche der nordischen Länder (z. B. Rapsöl statt Olivenöl).</p> <p>DASH steht für „Dietary approaches to stop hypertension“ und beruht auf einer Steigerung der Obst- und Gemüsezufuhr, einer Bevorzugung von fettarmen Milchprodukten, Vollkorngetreide, Nüsse und Hülsenfrüchten sowie einer Reduzierung der Zufuhr von Salz, rotem Fleisch, verarbeiteten Fleischgerichten und Süßigkeiten.</p> <p>Beide im IQWiG-Bericht zitierten Leitlinien benennen außerdem Mahlzeitenersatz-Strategien als eine weitere Option. Die kanadische Leitlinie konstatiert hier einen hohen Evidenzgrad, allerdings liegt auch hierfür, ebenso wie für die einzelnen aufgezählten Beispiele kein hoher</p>
---	--

	Empfehlungsgrad vor. Es bleibt jedoch unklar, welche Arten von Produkten bzw. welche Strategie hiermit beschrieben wird, welchen Regularien diese unterliegen und ob diese Empfehlung auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar ist.
--	---

376

377 **Zu Nummer 1.5.3 Bewegung**

378

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>Menschen mit Adipositas sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten und unter Berücksichtigung von Kontraindikationen zu einer Steigerung des Bewegungsumfangs motiviert werden. Konkrete Empfehlungen und Hinweise zur Bewegung im Rahmen des Adipositas-Management beruhen auf folgenden, im IQWiG-Bericht berücksichtigten Leitlinien: OC2020 [47], EASO2021 [31], VADoD2020 [12].</p> <p>Weitere Ergänzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Kontext einer Gewichtsreduktion ist insbesondere bei Risiko einer sarkopenen Adipositas auch das Krafttraining von besonderer Bedeutung, um der möglicherweise auftretenden Reduktion der Knochendichte entgegenzuwirken [25]. - Der viszerale und intrahepatische Fettanteil lässt sich durch Ausdauertraining von moderater Intensität verringern. - Eine Senkung des Blutdrucks kann durch Ausdauertraining von moderater Intensität erzielt werden. - Sowohl Ausdauer- als auch Krafttraining einzeln oder in Kombination sowie ein Hochintensives Intervalltraining (HIIT) können die Insulinsensitivität erhöhen. Letzteres soll nur nach gründlicher Prüfung des 	<p>GKV-SV</p> <p>Die aus dem IQWiG-Abschlussbericht extrahierten Empfehlungen entstammen zwei Leitlinien, nämlich aus Kanada [47], sowie Europa [31].</p> <p>Bis auf wenige Ausnahmen sind alle Empfehlungen im Richtlinientext als DMP-relevante Inhalte mit hohem Evidenz- und Empfehlungsgrad gekennzeichnet, lediglich die Aussagen zum Einfluss der körperlichen Aktivität auf Stimmungsschwankungen, Essverhalten und Sättigungsgefühl sind als „additive Inhalte“ aus Leitlinien mit hoher methodischer Qualität zu werten. Beide Leitlinien weisen eine systematische Darstellung der Evidenz zu den Effekten verschiedener Arten, Intensitäten und Umfängen körperlicher Aktivität auf Einzelparameter (z. B. Gewicht, Körperzusammensetzung, Blutdruck, Muskelkraft) auf. Die sich daraus ableitenden Empfehlungen müssen folglich individuell auf die jeweiligen Betroffenen angewendet bzw. kombiniert werden. Die benannten Trainingsformen sind auf Basis der zitierten Leitlinien wie folgt zu verstehen:</p> <p>Ausdauertraining (orig. „aerobic training“) beschreibt Trainingsformen, die intensiv und anhaltend genug betrieben werden, um die kardiorespiratorische Fitness zu erhöhen.</p> <p>Moderate Intensität von Ausdauertraining wird üblicherweise mit dem Erreichen einer</p>
--	---

<p>kardiovaskulären Risikos und unter Aufsicht erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sowohl Ausdauer- als auch Krafttraining einzeln oder in Kombination sowie ein Hochintensives Intervalltraining (HIIT) können die kardiorespiratorische Leistungsfähigkeit erhöhen. Letzteres soll nur nach gründlicher Prüfung des kardiovaskulären Risikos und unter Aufsicht erfolgen. - Zur Steigerung der Muskelkraft soll ein Trainingsprogramm bevorzugt aus Krafttraining allein oder einer Kombination mit Ausdauertraining bestehen. - Regelmäßige körperliche Aktivität kann bei Erwachsenen mit Übergewicht oder Adipositas die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das eigene Körperbild verbessern sowie Stimmungsschwankungen (Angst, Depressivität) verringern. 	<p>Herzfrequenz von 50-70% der Maximalfrequenz beschrieben.</p> <p>Krafttraining (orig.: „resistance training“) umfasst Aktivitäten, die die Größe, Kraft und Ausdauer von Skelettmuskeln verbessern und große Muskelgruppen (Rücken, Beine, Bauch, Brust, Schulter und Arme) einbeziehen.</p> <p>Moderate Intensität von Krafttraining wird üblicherweise mit dem Bewegen von mindestens 60% des Gewichtes, welches als Ein-Wiederholungs-Maximalgewicht bewegt werden kann.</p> <p>Hochintensives Intervalltraining (HIIT) besteht aus kurzen Phasen hoch-intensiver, anaerober Aktivität (bis hin zur maximalen Herzfrequenz) in Abwechslung mit kurzen Phasen verringerter Aktivität.</p> <p>Die einbezogenen Leitlinien nennen in den Empfehlungen keine spezifischen Sport- oder Bewegungsarten. Es ist davon auszugehen, dass die patientenindividuellen Voraussetzungen dazu führen, dass die empfohlenen Bewegungsdauern und –intensitäten ein breites Spektrum eröffnen, in welches je nach Leistungsfähigkeit und Trainingszustand sowohl „Sportarten“ im engeren Sinne als auch solche Aktivitäten fallen, die als „Alltagsaktivitäten“ (zügiges Gehen, Treppensteigen, Radfahren) verstanden werden können. Hier erscheinen die Übergänge fließend. Ebenso wie die oben benannten Leitlinien nimmt auch die Richtlinie weder eine Konkretisierung noch eine Differenzierung vor.</p> <p>Die Patientinnen und Patienten sollen darüber informiert werden, dass durch körperliches Training (allein) ein Gewichtsverlust von 2-3 kg erwartet werden kann</p>
--	---

379

380 Gemäß Rahmenvereinbarung für Rehabilitationssport [8] und Funktionstraining der
381 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, zuletzt aktualisiert und in Kraft getreten
382 am 01.01.2022) kommt Rehabilitationssport für Menschen mit Behinderungen bzw. von

383 Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, um unter Beachtung der spezifischen Aufgaben
 384 des jeweiligen Rehabilitationsträgers ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der
 385 Gesellschaft zu fördern und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Ziel
 386 des Rehabilitationssports ist es, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität
 387 zu verbessern und das Selbstbewusstsein insbesondere auch von behinderten oder von
 388 Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen zu stärken. Rehabilitationssport fördert
 389 umfassend die funktionale Gesundheit und zielt dabei auch auf Gesundheits-, Verhaltens- und
 390 Verhältniseffekte ab. Es fördert die Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und
 391 gesellschaftliche Teilhabe, insbesondere die soziale und berufliche Teilhabe und die Hilfe zur
 392 Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotenziale zu aktivieren, die eigene
 393 Verantwortlichkeit des Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten
 394 Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu
 395 versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining
 396 durchzuführen. (BAR, S.2). Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist eine wichtige
 397 Voraussetzung, um gruppenspezifische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch
 398 zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfepotenziale der Leistung zu
 399 stärken (BAR, S.3). Als Rehabilitationssportarten kommen Gymnastik (auch im Wasser),
 400 Ausdauer- und Kraftausdauerübungen, Schwimmen und

401 Bewegungsspiele zur Anwendung. Gerade für Menschen mit Adipositas ist es oft schwierig,
 402 geeignete Sportangebote zu finden. Im Rahmen einer festen Gruppe für Rehabilitationssport
 403 kann mit einem zunächst moderaten Bewegungsprogramm begonnen werden, damit die
 404 Betroffenen ihren eigenen Körper kennen lernen sowie ihre Belastungsmöglichkeiten- und
 405 grenzen und trotz Übergewicht wieder Freude an Sport und Bewegung erfahren. Dabei ist der
 406 Austausch und die gegenseitige Motivation mit Gleichgesinnten ohne die Befürchtung einer
 407 Ausgrenzung von besonderer Bedeutung und fördert den Einstieg zu mehr Bewegung im
 408 Alltag.

409

410 **Zu Nummer 1.5.4 Verhaltensmodifikation**

411 Eine langfristige Umsetzung der genannten Maßnahmen zu Ernährung und Bewegung setzen
 412 langfristige Änderungen des Verhaltens voraus. Bestimmte Verhaltensstrategien können dies
 413 unterstützen. Die Auswahl beruht auf den umfassenden Empfehlungen und
 414 Hintergrundtexten (insbesondere Kapitel *Nutrition*) der im IQWiG berücksichtigten Leitlinie
 415 OC2020 [47]. Techniken der Stimuluskontrolle können sich entweder darauf beziehen,
 416 Auslöser für ungünstiges Verhalten senken. Beispiele hierfür sind einen überfüllten
 417 Kühlschrank zu vermeiden oder nicht mit Hunger einkaufen zu gehen. Die Technik der
 418 Stimuluskontrolle kann aber auch zum Aufbau von günstigem Verhalten genutzt werden. Ein
 419 Beispiel hierfür wäre, Sportbekleidung bereits am Abend vorbereiten, um die sportliche
 420 Aktivität am Morgen zu erleichtern.

421

422 **Zu Nummer 1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie**

KBV, PatV	GKV-SV
Die Empfehlungen zur Pharmakotherapie beruhen auf folgenden Leitlinien: OC2020 [47] und VADoD2020 [12]. Der Hinweis zur Verordnungsfähigkeit basiert auf § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V, § 14 der Arzneimittel-Richtlinie sowie auf der entsprechenden	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

Konkretisierung in Anlage II zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie.	dienen. Diese sind in Anlage II AM-RL zusammengestellt.
---	---

423

424 **Zu Nummer 1.5.6 Chirurgische Therapie**

DKG	GKV-SV	KBV, PatV
<p>Im Vergleich zu einer Ernährungs-, Bewegungs-, Verhaltens- und Pharmakotherapie allein oder in Kombination ist eine chirurgische Therapie wesentlich effektiver und erreicht im Regelfall das angestrebte individuelle Therapieziel im Sinne einer nachhaltigen Gewichtsreduktion, einer Besserung der Lebensqualität, einer Besserung von Komorbiditäten und einer Verbesserung des Langzeitüberlebens. [11,13,42,47]</p> <p>Bei der chirurgischen Therapie adipöser Patientinnen und Patienten unterscheidet man je nach Indikation die adipositaschirurgischen und metabolischen Operationen, wobei bei ersterer die Gewichtsreduktion und bei der zweiten die Verbesserung der diabetischen Stoffwechsellage im Vordergrund steht. [13]</p> <p>Die Indikation für einen adipositaschirurgischen</p>	<p>5 vom IQWiG eingeschlossene Leitlinien geben Empfehlungen zur Indikationsstellung einer chirurgischen Therapie [12,13,14,28,47]. In allen Leitlinien wird empfohlen die Indikationsstellung auf Basis von Angaben zum Gewicht (BMI) und vorhandener Komorbiditäten zu prüfen. Die Empfehlung der Indikationsprüfung ab einem BMI von $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ erhält in 3 LL einen hohen Empfehlungsgrad (GoR). Die AACE 2020 [28] differenziert bei der Indikationsprüfung ab einem BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$. Der original GoR wird hier mit C (schwache Empfehlung) angegeben, der original LoE mit 3 (schwache Evidenz). Auch in der deutschen S3-LL DGAV 2018 [13] ist die Empfehlung zur Indikationsstellung ab einem BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ abgeschwächt („sollte“). In der Gesamtschau / Zusammenfassend interpretiert das IQWiG [22] die Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien</p>	<p>Empfehlungen zur Adipositas-Chirurgie beruhen auf folgenden Leitlinien: [12,14,28,47].</p> <p>Es wird empfohlen, die Indikationsstellung für eine Adipositas-Chirurgie auf Basis von Angaben zum Gewicht (BMI) und vorhandener Komorbiditäten zu prüfen. Die Empfehlung der Indikationsprüfung ab einem BMI von $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ oder einem BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ mit Komorbiditäten erhält in 2 Leitlinien einen hohen Empfehlungsgrad (GoR) [14,47]. Die AACE 2020 [28] differenziert hingegen bei der Indikationsprüfung ab einem BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$. Der original GoR wird hier mit C (schwache Empfehlung) angegeben, der original LoE mit 3 (schwache Evidenz). Zusammenfassend interpretiert das IQWiG [22] die Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien mit „indiziert“ bei BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ und „optional“ bei einem BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ mit</p>

<p>Eingriff ist bei Patientinnen oder Patienten mit einem BMI ≥ 40 kg/m² ohne Begleiterkrankungen und ohne Kontraindikationen spätestens nach Ausschöpfung der konservativen Therapie gegeben. [12,13,14,47]</p> <p>Patientinnen oder Patienten mit einem BMI ≥ 35 kg/m² und mit einer oder mehreren Adipositas-assoziierten Begleiterkrankungen soll spätestens eine adipositaschirurgische Operation angeboten werden, wenn die konservative Therapie ausgeschöpft ist.[13,14,47]</p> <p>Die konservativen Maßnahmen gelten dann als ausgeschöpft, wenn nach mindestens 6 Monaten umfassender Lebensstilintervention in den letzten zwei Jahren eine Reduktion des Ausgangsgewichts</p> <ul style="list-style-type: none"> - von >15 % bei einem BMI von 35-39,9 kg/m² und - von >20% bei einem BMI über 40 kg/m² nicht erreicht wurde.[13] <p>Eine Indikation für einen adipositaschirurgischen Eingriff ist auch dann gegeben, wenn obengenannte</p>	<p>mit „indiziert“ bei BMI ≥ 40 kg/m² und „optional“ bei einem BMI ≥ 35 kg/m² mit erheblichen Komorbiditäten. In den LL wird weiterhin empfohlen, dass die Indikationsstellung in einem interdisziplinären Team geprüft werden soll. Dabei muss ein Ausschluss der Kontraindikationen und erfolgen und ein Ausschluss einer Adipositas verursachenden Erkrankung, die anders zu behandeln ist. Die Abwägung, welches operative Verfahren geeignet ist und gewählt wird, wird gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten im Krankenhaus entschieden.</p>	<p>einer oder mehreren Adipositas-assoziierten Komorbiditäten.</p> <p>Empfehlungen zur Nachsorge beruhen auf den Leitlinien AACE2020 [28], OC2020 [47] und EAES2020 [14] und einem Expertenkonsens.</p> <p>Es ist zu beachten, dass hochfrequente Laboruntersuchungen auf Mikronährstoffe bei Adipositas zur Nachsorge nach Adipositas-Chirurgie nicht im Regelleitungskatalog abgebildet sind. Auch die notwendige Supplementation ist nicht umfassend als GKV-Leistung vorgesehen.</p> <p>[PatV] Unter bestimmten Umständen kann eine Primärindikation zu einem adipositaschirurgischen Eingriff gestellt werden, ohne dass vorher ein konservativer Therapieversuch erfolgte. Die Primärindikation kann gestellt werden, wenn eine der folgenden Bedingungen gegeben ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Patientinnen oder Patienten mit einem BMI ≥ 50 kg/m²
--	---	---

<p>Gewichtsreduktion zwar durch konservative Maßnahmen erreicht werden konnte, aber fortbestehende adipositasassoziierte Erkrankungen durch adipositaschirurgische oder metabolische Operationen weiter verbessert werden können.[13]</p> <p>Erfolgt nach einer erfolgreichen Gewichtsreduktion wieder eine Gewichtszunahme von >10%, gilt die konservative Therapie nach einem Jahr ebenfalls als erschöpft.[13]</p> <p>Unter bestimmten Umständen kann eine Primärindikation zu einem adipositaschirurgischen Eingriff gestellt werden, ohne dass vorher ein konservativer Therapieversuch erfolgte. Die Primärindikation kann gestellt werden, wenn eine der folgenden Bedingungen gegeben ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Patientinnen oder Patienten mit einem BMI \geq 50 kg/m² - bei Patientinnen oder Patienten, bei denen ein konservativer Therapieversuch 		<ul style="list-style-type: none"> - bei Patientinnen oder Patienten, bei denen ein konservativer Therapieversuch durch das multidisziplinäre Team als nicht erfolgsversprechend bzw. aussichtslos eingestuft wurde - bei Patientinnen oder Patienten mit besonderer Schwere von Begleit- und Folgeerkrankungen, die keinen Aufschub eines operativen Eingriffs erlauben [13,22] <p>Zur Vorbereitung auf die Operation hat eine umfassende vorbereitende ärztliche Aufklärung zur notwendigen Ernährungsumstellung zu erfolgen.]</p>
---	--	---

<p>durch das multidisziplinäre Team als nicht erfolgsversprechend bzw. aussichtslos eingestuft wurde</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Patientinnen oder Patienten mit besonderer Schwere von Begleit- und Folgeerkrankungen, die keinen Aufschub eines operativen Eingriffs erlauben. [13,22] <p>Eine Primärindikation im Sinne der metabolischen Chirurgie kann zudem bei Patientinnen und Patienten mit einem BMI ≥ 40 kg/m² und koexistierendem Diabetes mellitus Typ 2 gestellt werden, wenn als Behandlungsziel die Besserung der glykämischen Stoffwechsellage im Vordergrund steht. [13]</p> <p>Ab einem BMI ≥ 40 kg/m² und koexistierendem Typ 2 Diabetes soll dem Betroffenen eine metabolische Operation als mögliche Therapieoption empfohlen werden, unabhängig von der glykämischen Kontrolle oder der Komplexität der antidiabetischen Medikation. Neben dem antidiabetischen Effekt hat</p>		
---	--	--

<p>der Patient zusätzlich die positiven Effekte, die durch die nachhaltige Gewichtsreduktion erzielt werden. [13]</p> <p>Betroffenen mit einem BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ und $< 40 \text{ kg/m}^2$ und koexistierendem Typ 2 Diabetes soll eine metabolische Operation als mögliche Therapieoption empfohlen werden, wenn es nicht gelingt, die diabetesspezifischen individuellen Zielwerte gemäß der Nationalen Versorgungsleitlinie zur Therapie des Typ-2-Diabetes zu erreichen. [13]</p> <p>Metabolische Chirurgie sollte als mögliche Therapieoption in Erwägung gezogen werden für Erwachsene mit einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ und $< 35 \text{ kg/m}^2$ und koexistierendem Typ 2 Diabetes, wenn es nicht gelingt, die diabetesspezifischen individuellen Zielwerte gemäß der Nationalen Versorgungsleitlinie zur Therapie des Typ-2-Diabetes zu erreichen. [13]</p> <p>Die Therapie der Adipositas dient der Verminderung des Risikos für vorzeitige Sterblichkeit sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der</p>		
--	--	--

<p>Lebensqualität. Dabei sind in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten auf der Basis einer individuellen Nutzen- und Risikoabschätzung eine differenzierte Therapieplanung vorzunehmen.</p> <p>Für die Kontraindikationen einer chirurgischen Therapie liegt aktuell keine Evidenz vor, weswegen eine individuelle, interdisziplinäre ärztliche Risiko-Nutzen-Abwägung die Grundlage der Entscheidung sein sollte.</p> <p>Bei folgenden Erkrankungen oder Lebensumständen sollte diese Risiko- Nutzen-Abwägung besonders kritisch erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instabile psychopathologische Zustände, - eine unbehandelte Bulimia nervosa, - aktive Substanzabhängigkeit - Konsumierende Grunderkrankungen, maligne Neoplasien, - unbehandelte endokrine Ursachen, - chronische Erkrankungen, die sich durch einen postoperativen 		
--	--	--

<p>katabolen Stoffwechsel verschlechtern</p> <p>- Vorliegende oder unmittelbar geplante Schwangerschaft. [13]</p> <p>Bei Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter (≥ 65 Jahre) sollte das Ziel der Operation neben der Verbesserung der Lebensqualität und der Therapie der Komorbiditäten besonders auch die Verhinderung der Immobilität und Pflegebedürftigkeit sein. Höheres Lebensalter per se stellt keine Kontraindikation gegen einen chirurgischen Eingriff dar. [13,22]</p> <p>Patientinnen und Patienten sollen adäquat über das chirurgische Vorgehen, den Nutzen und die Risiken informiert werden. [13] Des Weiteren sollten sie über mögliche Behandlungsalternativen, über Therapieeffekte, Komplikationen einschließlich Sterblichkeit, Notwendigkeit zur Nachsorge inkl. möglicher lebenslanger Supplementation und plastische Folgeoperationen aufgeklärt werden. [13]</p>		
--	--	--

425

<p>DKG</p> <p>Zu Nummer 1.5.6.1 Chirurgische Verfahren</p> <p>Als effektive operative Verfahren zur Therapie der Adipositas sollen die Schlauchmagenbildung, der proximal Roux-en-Y Magenbypass, der Omega-Loop- Magenbypass und die Biliopankreatische Diversion mit/ohne Duodenal Switch (BPD-DS) angeboten werden. [13,22,47]</p> <p>Das Magenband ist zwar in der erzielten Gewichtsreduktion anderen adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Eingriffen unterlegen, weist aber in diesem Vergleich die geringste perioperative Mortalität auf. [13]</p> <p>Durch die relativ hohe Spätkomplikationsrate bei geringerer Gewichtsreduktion wird die Magenbandimplantation heute zunehmend weniger durchgeführt [12,13] und ist im deutschen Versorgungskontext kein Standardverfahren. [22]</p> <p>Die Verfahrenswahl soll unter besonderer Berücksichtigung von BMI, Alter, Geschlecht, Komorbiditäten, Adhärenz und Beruf erfolgen. Da kein für alle Patientinnen und Patienten pauschal zu empfehlendes Operationsverfahren existiert, sollte die Verfahrenswahl individuell den medizinischen, psychosozialen und allgemeinen Lebensumständen der Patientin oder des Patienten angepasst werden , wobei bei Fehlen von Kontraindikationen die Präferenz der aufgeklärten Patientin oder des aufgeklärten Patienten bei der Verfahrenswahl berücksichtigt werden sollte. [13]</p> <p>Zweizeitige Konzepte (Stufenkonzepte) sind in der Lage, das perioperative Risiko zu senken, und können besonders bei Patienten mit Extremformen der Adipositas (BMI > 60 kg/m²) und/ oder erheblicher somatischer Komorbidität erwogen werden. [13,22] Die Rationale hinter diesem Stufenkonzept ist, dass durch eine begrenzte Operation in einem Kompartiment des Bauchraumes (z. B. Schlauchmagenbildung im Oberbauch) eine bessere Übersicht und Orientierung bei kürzerer Operationszeit bewirkt werden kann. [13]</p> <p>Alle adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Eingriffe einschließlich Umwandlungsoperationen und ReDo's sollten laparoskopisch vorgenommen werden. [13,47]</p> <p>Adipositaschirurgische bzw. metabolische Eingriffe sollten bei entsprechender Selektion der Patienten und Erfahrung des operierenden Zentrums nach dem Fast Track-Konzept (Enhanced Recovery After Surgery) erfolgen. [13,28]</p>	<p>GKV-SV, PatV,</p> <p>KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	--

<p>Jede Patientin oder jeder Patient nach adipositaschirurgischer oder metabolischer Operation, der nachhaltig an Gewicht verloren hat, soll die Möglichkeit bekommen, sich bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Plastische Chirurgie mit der entsprechend vorhandener Expertise auf dem Gebiet der Rekonstruktion der Körperform nach Gewichtsreduktion vorzustellen. [13] Bei Patientenwunsch und entsprechender medizinischer Indikation soll eine Straffungsoperation angeboten und durchgeführt werden, die mehrzeitig operiert werden sollte, wenn mehrere Körperregionen betroffen sind. [13,22]</p>	
---	--

426

<p>DKG Zu Nummer 1.5.6.2 Endoskopische Verfahren Der Magenballon (intragastic balloon, IGB) kann Patientinnen oder Patienten mit Adipositas nach Versagen einer konservativen Therapie und bei Ablehnung einer Operation bzw. bei Kontraindikationen für eine Operation im Rahmen eines angemessenen begleitenden Programms angeboten werden. [12,13] Die kanadische Leitlinie weist auf ein weiteres endoskopisches Verfahren, dem Endosleeve, hin, bei dem durch endoluminale Platzierung einer vollflächigen Naht eine Verkleinerung des Magenvolumens erzielt wird.[47] Große randomisierte Studien zeigten hierfür einen akzeptablen kurzfristigen Gewichtsverlust bei geringen perioperativen Komplikationen. Sul</p>	<p>GKV-SV, PatV, KBV <i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--

427

<p>DKG, PatV Zu Nummer 1.5.6.3 Langzeitbetreuung chirurgischer Therapie nach Postoperativ sollen alle Patientinnen oder Patienten hinsichtlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - des Ernährungszustandes (Makro- und Mikronährstoffe), - klinische Beschwerden / Gesundheitszustand, - Lebensqualität, - Gewichtsverlauf und 	<p>GKV-SV Die zentrale Maßnahme des DMP Adipositas ist die multimodale Schulung mit dem Fokus auf dem Selbstmanagement und einer anhaltenden Selbstbefähigung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung. Die spezifischen Erfordernisse im Sinne einer postoperativen Langzeitbetreuung werden daher nicht adressiert.</p>	<p>KBV <i>[keine Aufnahme – an anderer Stelle verortet]</i></p>
---	--	---

<p>- Status/Medikation von Begleiterkrankungen regelmäßig lebenslang nachuntersucht werden, wobei die Häufigkeit und Art der Untersuchungen sowie die Dosis der Supplementierung vom operativen Verfahren und dem Verlauf abhängt. [13,47]</p> <p>Die strukturierte multidisziplinäre Nachsorge sollte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrolle der Gewichtsentwicklung - Anpassung der Medikation bei Begleiterkrankungen - Beurteilung des Essverhaltens und entsprechende Beratung - Ermunterung zur sportlichen Aktivität - Kontrolle der Durchführung einer Supplementation zur Prophylaxe von Mangelerscheinungen infolge Fehlernährung oder bei Malabsorption - Laborkontrollen - Screening psychischer Erkrankungen - Erkennen von Komplikationen und Einleitung entsprechender Interventionen oder Indikationsstellung für nötige / empfohlene weitere Operationen - Ermunterung zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen - ggf. Aufklärung zur Vermeidung einer 		
--	--	--

<p>Schwangerschaft bei prämenopausalen Frauen in den ersten zwei Jahren nach Operation. [13]</p> <p>[PatV] Es ist zu beachten, dass hochfrequente Laboruntersuchungen auf Mikronährstoffe bei Adipositas zur Nachsorge nach Adipositas-Chirurgie nicht im Regelleitungskatalog abgebildet sind. Auch die notwendige Supplementation ist nicht umfassend als GKV-Leistung vorgesehen.]</p>		
--	--	--

428

429 **Zu Nummer 1.6 Komorbiditäten**

430 Grundlage zur Bewertung des Stellenwertes dieser Komorbiditäten im Rahmen der Betreuung
 431 adipöser Patientinnen und Patienten ist der IQWiG-Bericht (Kapitel Komorbiditäten). Es stellt keine
 432 abschließende Aufzählung dar und berücksichtigt keine individuellen Verläufe.

433

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>Zu Nummer 1.6.1 Herz-Kreislaufkrankungen</p> <p>Arterielle Hypertonie</p> <p>Angaben zur Prävalenz [50] der Hypertonie als häufigste Komorbidität der Adipositas und ihrer Bedeutung für das Auftreten eines metabolischen Syndroms stützen sich auf den WHO Obesity Report 2022 [50]. Relevant ist die Hypertonie insbesondere vor dem Hintergrund, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache bei Adipositas darstellen, namentlich KHK, Schlaganfall und hypertensive Herzerkrankung.</p> <p>Die genannten Empfehlungen beruhen auf der im IQWiG-Bericht berücksichtigten Leitlinie OC2020 [47].</p> <p>[DKG, PatV] Gemäß der IQWiG-Leitliniensynopse wird eine regelmäßige Überprüfung des Bedarfs an</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Zu Nummer 1.6.1 Diabetes mellitus Typ 2</p> <p>Die leitlinienbasierte ärztliche Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 wird durch eine Teilnahme am gleichnamigen Disease Management Programm sichergestellt. Dies gilt auch für adipöse Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, sodass im Rahmen des DMP Adipositas für diese Patientengruppe keine über das DMP Diabetes mellitus Typ 2 hinausgehende spezifische Empfehlungen ausgesprochen werden.</p> <p>Es gibt starke Evidenz dafür, dass Adipositas-Management die Progression vom Prädiabetes zum Diabetes mellitus Typ 2 verzögern kann und positive Auswirkungen bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 hat [2].</p> <p>Zu Nummer 1.6.2 Arterielle Hypertonie</p>
---	--

<p>blutdrucksenkenden Medikamenten in Phasen der Gewichtsabnahme empfohlen.]</p> <p>Zu Nummer 1.6.2.1 Prädiabetes und Diabetes mellitus Typ 2</p> <p>Angaben zur Prävalenz und zur ungünstigen Wirkung von Insulin auf das Gewicht stützen sich u.a. auf die im IQWiG-Bericht berücksichtigte Leitlinie OC2020 [47], Kapitel <i>Assessment</i>. Die Empfehlungen stützen sich auf folgende im IQWiG-Bericht berücksichtigten Leitlinien: ADA Obesity 2022 [2], OC2020 [47], sowie auf den WHO Report 2022 [50].</p> <p>[KBV, DKG In drei systematischen Übersichtsarbeiten [18,20,44] konnte das Risiko der Manifestation eines Diabetes mellitus Typ 2 bei Patientinnen und Patienten mit Prädiabetes oder erhöhtem Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 durch Lebensstilinterventionen bzgl. Ernährung und Bewegung im Vergleich zur Standardbehandlung oder keiner Behandlung um 36% bis 54% gesenkt werden. Die Risikoreduktion blieb auch mehrere Jahre (bis zu 20 Jahre) nach der aktiven Intervention erhalten.]</p> <p>Zu Nummer 1.6.2.2 Hypothyreose</p> <p>Die Prävalenz der Hypothyreose bei Adipositas ist höher als in der Normalbevölkerung und liegt bei ungefähr 14%. Angaben zur Prävalenz und Empfehlungen stützen sich auf die im IQWiG-Bericht berücksichtigte Leitlinie ESE2020 [33].</p> <p>Zu Nummer 1.6.2.3 Hypogonadismus des Mannes und Polyzytisches Ovarialsyndrom (PCOS)</p> <p>Die Prävalenz des Hypogonadismus des Mannes bei Adipositas liegt bei über 30%, die Prävalenz des PCOS bei Patientinnen mit Adipositas beträgt 24-36%.</p>	<p>Gemäß der IQWiG-Leitliniensynopse wird eine regelmäßige Überprüfung des Bedarfs an blutdrucksenkenden Medikamenten in Phasen der Gewichtsabnahme empfohlen [22].</p> <p><u>Obstruktive Schlafapnoe</u></p> <p>Die Empfehlungen beruhen auf zwei in der IQWiG-Leitliniensynopse eingeschlossenen Leitlinien [14] [21].</p>
--	--

Insbesondere bei bestehender zentraler Adipositas ist die häufige Assoziation des PCOS mit einer Insulinresistenz zu beachten.

Diese Angaben sowie die Empfehlungen zu diesen Erkrankungen beziehen sich auf die im IQWiG-Bericht berücksichtigte Leitlinie ESE2020 [33].

Zu Nummer 1.6.3. Atemsystem

Das obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS) ist eine häufige Komorbidität bei Adipositas (relatives Risiko >3). Eine Gewichtszunahme ist sowohl mit der Verschlechterung eines bestehenden OSAS als auch ggf. der gemeinsamen metabolischen und kardiovaskulären Komorbiditäten assoziiert.

Das Obesitas Hypoventilationssyndrom (OHS) ist die schwerste Form der adipositas-assoziierten Atemstörungen. Eine schwere Adipositas ist der Hauptrisikofaktor für das Auftreten eines OHS. 8-10% der Patientinnen und Patienten mit adipositas-assoziierten atembezogenen Schlafstörungen haben ein OHS. Es zeichnet sich durch eine adipositas-assoziierte Hyperkapnie am Tag auf, der keine andere Ursache zugrunde liegt. In den meisten Fällen tritt das OHS in Kombination mit einem OSAS auf. Die spezifische Therapie der beiden Atemstörungen bzw. deren Kombination kann je nach Ausprägung variieren.

Angaben zur Prävalenz und Relevanz der beiden Erkrankungen stützen sich auf die im IQWiG-Bericht berücksichtigten Leitlinien OC2020 [47], ATS 2019 [29]. Die Empfehlungen beruhen auf den Leitlinien ATS 2019 [29] und ATS 2018 [21].

[DKG, PatV] Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit schwerer obstruktiver Schlafapnoe, die sich einem bariatrischen Eingriff unterziehen wird eine perioperative CPAP-Behandlung empfohlen.[14,47]

Zu Nummer 1.6.4.1. Depression und Angststörung

Angaben zum Verhältnis von Adipositas und den genannten psychischen Störungen beruhen auf Quellen des *Weißbuch der Adipositas*, [27,40] entsprechende Empfehlungen auf der im IQWiG-Bericht berücksichtigten Leitlinie OC2020 [47].

Zu Nummer 1.6.4.2. Essstörungen

Die Empfehlungen zu komorbiden Essstörungen leiten sich aus dem IQWiG-Bericht ab [22].

Zu Nummer 1.6.5 Verdauungssystem**Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung**

Angaben zur Prävalenz einer Nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung bei Adipositas liegen bei 70% (OC2020 [47] Kap. bar. Chir. Seite 7). Insbesondere kann eine abdominelle Fettverteilung auf das Vorhandensein dieser Erkrankung hindeuten. Eine Fettleber korreliert mit dem Auftreten einer Insulinresistenz und ist ein unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen. Entsprechend ist auch die Nicht-alkoholische Fettleberhepatitis bei adipösen Patientinnen und Patienten deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung (18,5 bis zu 37% in Abhängigkeit des BMI), sowie auch deren Komplikationen.

434

435 Zu Nummer 1.7 Verlaufsuntersuchungen

436 Die Inhalte der regelmäßigen Verlaufsuntersuchungen ergeben sich aus den Kapiteln zur
437 Standarddiagnostik (**GKV-SV, KBV** Nummer 1.2 bzw. **DKG, PatV** Nummer 1.3) und zu den
438 Therapeutische Maßnahmen (Nummer 1.5)

KBV, DKG, PatV

Aus weiteren Erhebungen des Bauchumfangs bei einem BMI bis 35 kg/m² ergeben sich wie unter 1.2 beschrieben zusätzliche Informationen zum Verlauf des metabolischen bzw. kardiovaskulären Risikos. Insbesondere bei fehlender Gewichtsabnahme ist die Abnahme eines erhöhten Bauchumfangs bereits als positiver Effekt adipositas-spezifischer Maßnahmen zu werten (OC2020 [47], Kapitel Assessment).

GKV-SV

[keine Aufnahme]

439

440 Zu Nummer 1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

441

KBV, PatV	GKV-SV	DKG
<p>Für die Rolle der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes von Patientinnen und Patienten im DMP Adipositas sind Hausärztinnen bzw. Hausärzte sowie Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin gleichermaßen geeignet. Dies schließt sowohl hausärztlich als auch internistisch tätige Fachärztinnen und Fachärzte mit ein. Bei den Hausärztinnen bzw. -ärzten sowie den Fachärztinnen bzw. -ärzten für Innere Medizin sind die Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung „Diabetologie“ oder Schwerpunkt „Diabetologie/Endokrinologie“ explizit eingeschlossen.</p> <p>In Ausnahmefällen kann auch eine zugelassene oder ermächtigte Fachärztin bzw. Facharzt einer anderen Fachrichtung oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, die Koordination in diesem strukturierten Behandlungsprogramm übernehmen, wenn eine</p>	<p>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 nichtärztliche Hilfen und flankierende Dienste mit ein, führt die Befunde zusammen und bewertet sie auch mit der Patientin oder dem Patienten zusammen und dokumentiert diese. Entsprechend § 73 SGB V werden diese Aufgaben der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben, an der unter anderem Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte</p>	<p>Bereits im Jahr 2019/20 wiesen laut Erhebungen des Robert Koch-Instituts fast ein Fünftel der Erwachsenen (19%) in Deutschland eine Adipositas auf. Da es sich bei Adipositas um ein komplexes Krankheitsbild handelt, steht bei der Behandlung der Adipositas ein integrativer aber auch niedrigschwelliger Versorgungsansatz im Vordergrund. Eine gute Kenntnis der somatischen, psychischen und sozialen Situation der Patientin oder des Patienten sowie ihrer bzw. seiner Komorbiditäten ist in diesem Zusammenhang wesentlich. Die Abstimmung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, auch gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten, gehören zu den Kernaufgaben der hausärztlichen Versorgung, wie sie entsprechend in § 73 SGB V beschrieben sind. Aus den vorstehend genannten Gründen ist die Hausärztin oder der Hausarzt besonders gut für die Rolle der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes im DMP Adipositas geeignet. In Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits länger wegen Adipositas von einer Ärztin</p>

<p>entsprechende Qualifikation vorliegt. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine Zusatz-Weiterbildung „Ernährungsmedizin“ vorliegt.</p>	<p>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. Entsprechend Satz 2 dieses Absatzes nehmen die übrigen Fachärztinnen und Fachärzte an der fachärztlichen Versorgung teil.</p> <p>Ähnlich wie in den Anforderungen mehrerer anderer DMP-Programme auch, wird der Kreis der möglichen Leistungserbringer, welche die Funktion der „koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes“ übernehmen können, noch etwas erweitert. Eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas kann in Ausnahmefällen auch eine zugelassene oder ermächtigte Fachärztin/einen Facharzt für Innere Medizin insbesondere wenn eine Zusatz-Weiterbildung „Diabetologie“ oder Schwerpunkt „Diabetologie/Endokrinologie“ oder „Gastroenterologie“ vorliegt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten</p>	<p>oder einem Arzt aus einem anderen Fachgebiet betreut worden ist, kann die Koordination auch durch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin oder einen ebensolchen Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, erfolgen.</p>
--	--	---

	<p>Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt. Für diese genannten Bezeichnungen setzt die Musterweiterbildungsordnung ausdrücklich Erfahrungen und Fertigkeiten in der Behandlung von Adipositas voraus. 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/einen Facharzt für Innere Medizin als zielführend für die Patientin oder den Patienten erscheinen lässt.</p>	
--	---	--

	<p>Das Thema Ernährung spielt in verschiedenen Fachdisziplinen eine zunehmend wichtige Rolle. Mit der Etablierung der Zusatzweiterbildung Ernährungsmedizin soll diese dem aktuellen Kenntnisstand entsprechend in den medizinischen Strukturen verankert werden. Vor diesem Hintergrund können alle Ärztinnen und Ärzte, die über eine Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung verfügen, die Zusatzweiterbildung „Ernährungsmedizin“ erlangen. Dies können somit auch Facharztgruppen sein, die nicht mit der unmittelbaren Behandlung der Adipositas betraut sind. Insofern kann die Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Ernährungsmedizin“ auch nicht im Ausnahmefall zur alleinigen Voraussetzung gemacht werden, um koordinierend im DMP tätig zu sein, da die Behandlung der Adipositas ein internistisches Krankheitsverständnis und eine entsprechende Weiterbildung voraussetzt. Aufgrund der bisher geringen Anzahl von Ärztinnen und Ärzten soll die Zusatzbezeichnung auch derzeit nicht zwingend zu</p>	
--	---	--

	einer ergänzenden Voraussetzung für die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt gemacht werden.	
--	---	--

442

443 **Zu Nummer 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden**
 444 **Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils**
 445 **qualifizierten Einrichtung bzw. zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum**
 446 **qualifizierten Psychotherapeuten**

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

449 Insbesondere bei schweren somatischen Komorbiditäten, bei Progression einer Komorbidität
 450 oder bei komplexen Konstellationen von Komorbiditäten kann die Zusammenarbeit mit
 451 jeweils qualifizierten Fachärztinnen, jeweils qualifizierten Fachärzten oder jeweils
 452 qualifizierten Einrichtungen angezeigt sein.

453 Dies kann auch bei Verbesserung einer Komorbidität, welche eine Anpassung der jeweiligen
 454 therapeutischen Maßnahmen erfordert, zutreffen.

455 Eine routinemäßige Überweisung zur fachärztlich-endokrinologischen Abklärung bei
 456 Adipositas wird hingegen nicht empfohlen [33].

457 Bei Verdacht oder Auftreten einer psychischen Komorbidität ist zu berücksichtigen, dass
 458 weiterführende diagnostische und therapeutische Maßnahmen insbesondere mit einer
 459 jeweils qualifizierten Fachärztin, ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin bzw.
 460 jeweils qualifiziertem Facharzt, ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten
 461 notwendig sein können.

462 Bei bestehenden oder neu auftretenden Komorbiditäten bzw. Begleiterkrankungen kann für
 463 eine optimale Wirkstoffauswahl hinsichtlich des Einflusses auf das Gewicht die
 464 Zusammenarbeit mit einer jeweils qualifizierten Fachärztin oder einem jeweils qualifizierten
 465 Facharzt angezeigt sein (s. Medikamente, die eine Gewichtszunahme begünstigen, **KBV**
 466 **Nummer 1.4.1 DKG 1.3.1).**]

DKG	Die Indikationsstellung für einen adipositaschirurgischen oder metabolischen Eingriff sollte interdisziplinär erfolgen, und die präoperative Betreuung und die postoperative Nachsorge sollte von in der Adipositastherapie erfahrenen Ärztinnen oder Ärzten begleitet werden.[13]	GKV-SV
		[keine Aufnahme]

467

468 **Zu Nummer 1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus**

469 Da die strukturierten Behandlungsprogramme sektorenübergreifend angelegt sind (*DMP-A-*
 470 *RL §2 Abs. 1*), werden auch in dieser Anlage beispielhaft Indikationen zur stationären
 471 Behandlung aufgeführt.

472

<p>DKG, KBV, PatV</p> <p>Indikationen zur stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und Patienten unter folgenden Bedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notfallindikation [10], - zur chirurgischen Therapie, im Sinne einer adipositaschirurgischen oder metabolischen Operation [13] 		<p>GKV-SV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
<p>KBV, PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> - immobile extrem adipöse Patientinnen bzw. Patienten (BMI > 50 kg/m²), die eine konservative Therapie benötigen, die ambulant nicht durchführbar ist. 	<p>DKG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei Patientinnen und Patienten, deren BMI während der Teilnahme am DMP über 50 kg/m² ansteigt, und denen es aufgrund zunehmender Immobilität nicht mehr möglich ist, eine notwendige konservative Behandlung ambulant durchführen zu lassen, kann die Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Durchführung der erforderlichen Behandlung erwogen werden. [10]. 	

473 Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung insbesondere bei auffälliger Verschlechterung
 474 oder Neuauftreten von Komplikationen (z. B. postoperativ oder interventionell) und der
 475 Dekompensation von Begleit- bzw. Folgeerkrankungen (z. B. schwere
 476 Blutzuckerentgleisungen, dekompensiertes metabolisches Syndrom,
 477 Hypoventilationssyndrom, Herz-Kreislaufinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz) zu
 478 erwägen. [41]

479 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
 480 Einweisung.

481 **Zu Nummer 1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme**

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

487 Zur vollständigen Abbildung der Zielsetzung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 488 wird auf die Zielsetzung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 11 Abs. 2 SGB V)
 489 sowie im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 9 SGB VI) verwiesen.

490

<p>PatV</p> <p>Zu Nummer 1.9 Digitale medizinische Anwendungen</p>	<p>KBV, DKG</p> <p>Zu Nummer 1.9 Digitale medizinische Anwendungen</p>	<p>GKV-SV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--	---

<p>Es kann auf zwei geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden.</p> <p>Als geeignete digitale medizinische Anwendungen hat der G-BA gemäß „2. Eckpunkte der Entscheidung Zu geeignete medizinische Anwendungen“ zum Zeitpunkt der Beschlussfassung „Zanadio und Oviva Direkt für Adipositas“ bewertet.</p>	<p>Es kann auf eine geeignete digitale medizinische Anwendung als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden, insbesondere wenn die Teilnahme an einer Patientenschulung gemäß 4.2 nicht möglich ist. Als geeignete digitale medizinische Anwendungen hat der G-BA gemäß „2 Eckpunkte Zu geeignete medizinische Anwendungen“ zum Zeitpunkt der Beschlussfassung „Zanadio“ bewertet.</p> <table border="1" data-bbox="719 734 1203 1662"> <tr> <td data-bbox="719 734 1031 1662"> <p>DKG</p> <p>Die gleichzeitige Inanspruchnahme einer Patientenschulung und einer digitalen medizinischen Anwendung sollte zum Ziel haben, dass die inhaltlichen Konzepte der DIMA das Erreichen der individuell vereinbarten Therapieziele unterstützen. Die behandelnde Ärztin der behandelnde Arzt sollte dies gemeinsam mit der Patientin, dem Patienten besprechen.</p> </td> <td data-bbox="1031 734 1203 1662"> <p>KBV</p> <p>[keine Aufnahme]</p> </td> </tr> </table>	<p>DKG</p> <p>Die gleichzeitige Inanspruchnahme einer Patientenschulung und einer digitalen medizinischen Anwendung sollte zum Ziel haben, dass die inhaltlichen Konzepte der DIMA das Erreichen der individuell vereinbarten Therapieziele unterstützen. Die behandelnde Ärztin der behandelnde Arzt sollte dies gemeinsam mit der Patientin, dem Patienten besprechen.</p>	<p>KBV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>	
<p>DKG</p> <p>Die gleichzeitige Inanspruchnahme einer Patientenschulung und einer digitalen medizinischen Anwendung sollte zum Ziel haben, dass die inhaltlichen Konzepte der DIMA das Erreichen der individuell vereinbarten Therapieziele unterstützen. Die behandelnde Ärztin der behandelnde Arzt sollte dies gemeinsam mit der Patientin, dem Patienten besprechen.</p>	<p>KBV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>			

491 **Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen**

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

494 Folgende Qualitätsziele und -indikatoren wurden auf Basis der Empfehlungen dieser Anlage
 495 festgelegt. Die entsprechenden Zielwerte zu den jeweiligen Qualitätsindikatoren wurden
 496 unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Literatur im Expertenkonsens
 497 festgelegt.

498 Die langfristige Senkung mit Stabilisierung des Körpergewichts oder die Vermeidung einer
 499 weiteren Gewichtszunahme ist ein unter Nummer 1.3 definiertes Therapieziel. Die

500 Qualitätsziele 1 bis 4 leiten sich aus den starken Empfehlungen zur Gewichtsreduktion und -
501 stabilisierung ab und dienen einer standardisierten Darstellung der Erreichung dieser
502 Therapieziele.

503 In den Qualitätszielen 1 und 2 wird die aktuelle Gewichtsreduktion der Teilnehmerinnen und
504 Teilnehmer dargestellt. Aufgrund unterschiedlicher Empfehlungen zur Gewichtsreduktion in
505 Abhängigkeit des Adipositas Grades der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (gemäß Nummer
506 1.5.2) wird die Erreichung einer Gewichtsreduktion nach diesem differenziert in zwei
507 Qualitätszielen erfasst. Bei Adipositas Grad I soll eine Gewichtsreduktion von mindestens 5 %
508 erreicht werden (Qualitätsziel 1), bei Adipositas Grad II und höher eine Reduktion von
509 mindestens 10 % (Qualitätsziel 2).

510 Für die Berechnung des 1. Qualitätsziels werden demnach nur diejenigen Teilnehmerinnen
511 und Teilnehmer einbezogen, deren BMI bei Einschreibung kleiner 35 kg/m^2 war (Adipositas
512 Grad I). Bei diesen Teilnehmerinnen und Teilnehmern gilt eine Gewichtsreduktion von größer
513 gleich 5 %, bezogen auf das Körpergewicht bei Einschreibung, als eine ausreichend relevante
514 Verbesserung. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das
515 Qualitätsziel 1 erreichen, sollte bei 50 Prozent liegen.

516 Für die Berechnung des 2. Qualitätsziels werden entsprechend nur diejenigen
517 Teilnehmerinnen und Teilnehmer einbezogen, deren BMI bei Einschreibung größer gleich 35
518 kg/m^2 war (Adipositas Grad II und höher). Bei diesen Teilnehmerinnen und Teilnehmern gilt
519 eine Gewichtsreduktion von größer gleich 10 %, bezogen auf das Körpergewicht bei
520 Einschreibung, als eine ausreichend relevante Verbesserung. Der angestrebte Anteil an
521 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 2 erreichen, sollte bei 20 Prozent
522 liegen.

523 Die Qualitätsziele 1 und 2 sollen erst nach einer Teilnahmedauer von 12 Monaten ausgewertet
524 und rückgemeldet werden, da erst nach diesem Zeitraum von entsprechenden Effekten auf
525 das Gewicht auszugehen ist.

526 Die Qualitätsziele 3 und 4 stellen die Erreichung bzw. Aufrechterhaltung einer
527 Gewichtsstabilisierung dar, die sowohl eine Stabilisierung als auch eine Gewichtsreduktion
528 umfasst. Beide Qualitätsziele beziehen sich auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und
529 Teilnehmer.

530 Für die Berechnung des 3. Qualitätsziels zur Gewichtsstabilisierung im Vergleich zur
531 Einschreibung wird bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Gewichtsreduktion von
532 jedwedem Ausmaß oder ein gleichbleibendes Körpergewicht als gute Qualität
533 operationalisiert. Eine Gewichtszunahme von jedwedem Ausmaß wird als schlechte Qualität
534 operationalisiert. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das
535 Qualitätsziel 3 erreichen, sollte bei 70 Prozent liegen.

536 Für die Berechnung des 4. Qualitätsziels zur Gewichtsstabilisierung im Vergleich zum
537 Körpergewicht der letzten verfügbaren Dokumentation wird bei Teilnehmerinnen und
538 Teilnehmern eine Gewichtsreduktion von jedwedem Ausmaß oder ein gleichbleibendes
539 Körpergewicht als gute Qualität operationalisiert. Eine Gewichtszunahme von jedwedem
540 Ausmaß wird als schlechte operationalisiert. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und
541 Teilnehmern, die das Qualitätsziel 4 erreichen, sollte bei 70 Prozent liegen.

542 Die Qualitätsziele 5 bis 8 dienen der Umsetzung der Empfehlungen zu den Basismaßnahmen
543 (1.5.2), zu Ernährung (1.5.3) sowie zu Bewegung (1.5.4) und werden jeweils auf alle

544 Teilnehmerinnen und Teilnehmer angewendet. Wesentlicher Bestandteil der
 545 Basismaßnahmen des Adipositasmanagements sind Änderungen der Ernährung und
 546 Steigerung der

KBV körperlichen Aktivität bzw. des sportlichen Trainings.	GKV-SV regelmäßigen körperlichen Bewegung
--	---

547 Durch die Festlegung individueller Ziele und die regelmäßige Überprüfung dieser Ziele zur
 548 Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung sowie zur
 549 regelmäßigen körperlichen Bewegung werden Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei der
 550 Änderung zu einem adäquaten Ernährungsverhalten sowie bei der Umsetzung regelmäßiger
 551 Bewegung unterstützt.

552 Die Qualitätsziele 5 „Individuelle Ziele zu regelmäßiger Bewegung“ sowie 7 „Individuelle Ziele
 553 zum Ernährungsverhalten“ sind als Prozessparameter zu verstehen, in denen gute Qualität
 554 über die Vereinbarung und Überprüfung von Zielen definiert wird. Der angestrebte Anteil an
 555 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die die Qualitätsziele 5 und 7 erreichen, sollte jeweils bei
 556 90 Prozent liegen.

557 Die Qualitätsziele 6 „Regelmäßige Bewegung (entsprechend der individuell festgelegten
 558 Ziele)“ sowie 8 „Adäquates Ernährungsverhalten (entsprechend der individuell festgelegten
 559 Ziele)“ sind als patientenseitige Ergebnisparameter zu verstehen.

560 Im Qualitätsziel 6 wird als gute Qualität definiert, wenn im Dokumentationsfeld „Regelmäßige

KBV körperliche Alltagsaktivität“ oder im Dokumentationsfeld „Regelmäßiges sportliches Training“ oder in beiden Feldern	GKV-SV Bewegung
---	---------------------------

561

562 die Angabe „Ja“ gemacht wurde. Wurde [**KBV** in beiden Feldern **GKV-SV** [keine Aufnahme]]
 563 die Angabe „Nein“ gemacht, wird dies als schlechte Qualität definiert. Der angestrebte Anteil
 564 an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 6 erreichen, sollte bei 70 Prozent
 565 liegen.

566 Im Qualitätsziel 8 wird als gute Qualität definiert, wenn im Dokumentationsfeld „Adäquat
 567 geändertes Ernährungsverhalten“ die Angabe „Ja“ gemacht wurde. Wurde die Angabe „Nein“
 568 gemacht, gilt dies als schlechte Qualität. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und
 569 Teilnehmern, die das Qualitätsziel 8 erreichen, sollte bei 70 Prozent liegen.

570 Das Qualitätsziel 9 zur Teilnahme einer Schulung dient der Umsetzung der in Nummer 4.2
 571 formulierten Empfehlungen zur Teilnahme an einer Patientenschulung. Patientenschulungen
 572 stellen im DMP Adipositas eine zentrale Maßnahme dar und sollen allen teilnehmenden
 573 Teilnehmerinnen und Teilnehmern angeboten werden. Bei der Berechnung des
 574 Qualitätsindikators werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Schulung
 575 wahrgenommen haben, als gute Qualität gewertet, unabhängig von einer dokumentierten
 576 Empfehlung. Diejenigen, die trotz einer dokumentierten Empfehlung keine Schulung

577 wahrgenommen haben, werden als schlechte Qualität gewertet. War eine Schulung aktuell
 578 nicht möglich oder wurde diese bereits vor Einschreibung in das DMP wahrgenommen,
 579 werden diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer in dem Indikator nicht berücksichtigt. Der
 580 angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 9 erreichen,
 581 sollte bei 80 Prozent liegen.

582 Für die Berechnung des 10. Qualitätsziels „RR unter 140/90 mmHg bei bekannter Hypertonie“
 583 werden ausschließlich Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Begleiterkrankung
 584 arterielle Hypertonie einbezogen. Mit diesem Qualitätsziel wird die Empfehlung gemäß
 585 Nummer 1.6.1 umgesetzt, dass bei bekannter Hypertonie eine Senkung des Blutdruckes auf
 586 Werte systolisch bis 139 mmHg und diastolisch bis 89 mmHg angestrebt werden soll. Der
 587 angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 10 erreichen,
 588 sollte bei 60 Prozent liegen. Der Zielwert orientiert sich an den Zielwertfestlegungen dieses
 589 Qualitätsindikators in den anderen DMP Indikationen.

<p>KBV, DKG</p> <p>Das 11. Qualitätsziel leitet sich aus den Empfehlungen unter Nummer 1.6.2.1 zur Vermeidung eines Diabetes mellitus Typ 2 bei bekanntem Prädiabetes durch entsprechende Lebensstiländerungen ab. Für die Berechnung des Qualitätsziels werden dementsprechend nur diejenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer einbezogen, bei denen bei Einschreibung ein Prädiabetes dokumentiert wurde. In diesem Qualitätsziel wird ein hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern angestrebt, bei denen in der Folge kein manifester Diabetes mellitus Typ 2 dokumentiert wurde. Als gute Qualität gelten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationsparameter 10 „Manifester Diabetes mellitus Typ 2“ die Angabe „Nein“ gemacht wurde. Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationsfeld 10 „Manifester Diabetes mellitus Typ 2“ die Angabe „Ja“ gemacht wurde, werden als schlechte Qualität definiert. Der angestrebte Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die das Qualitätsziel 11 erreichen, sollte bei 45 Prozent liegen.</p>	<p>GKV-SV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	---

590 **Zu Nummer 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

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

593 **Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

594 Die speziellen Teilnahmevoraussetzungen sind durch

595

<p>GKV-SV, KBV</p> <p>die diagnostischen Kriterien und Vorgaben unter Nummer 1.2</p>	<p>DKG, PatV</p> <p>das unter Nummer 1.2 genannte Einschreibekriterium</p>
---	---

596 geregelt.

597 Aufgrund klinischer Faktoren sowie der vorliegenden Evidenz und entsprechender
 598 Leitlinienempfehlungen ist das DMP Adipositas auf die unter Nummer 1.2 beschriebene
 599 Zielgruppe zu beschränken.

600

<p>KBV, GKV-SV</p> <p>Kommen koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt und die Patientin oder der Patient zu dem Ergebnis, dass diese oder dieser von einer Teilnahme an dem Programm nicht länger profitiert,</p>		<p>DKG, PatV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
<p>GKV-SV</p> <p>z.B. nach bariatrischer Operation (siehe auch Nr. 1.5.7),</p>	<p>KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>	
<p>so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die Krankenkasse.</p> <p>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. Patientenschulungen stellen die zentrale Maßnahme in diesem DMP dar. Auch Patientenschulungen sehen eine Teilnahme von Patientinnen während der Schwangerschaft oder Stillzeit aufgrund der divergierenden Empfehlungen in der Regel nicht vor. Daher wird eine Einschreibung erst nach der Phase der Schwangerschaft bzw. Stillzeit empfohlen.</p>		

601 **Zu Nummer 4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

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

604 **Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten**

605 Gemäß § 137f SGB V sind Schulungen ein zentraler Bestandteil von DMP.

606 **[KBV, DKG, GKV-SV** Internationale Leitlinien empfehlen mit hohem Empfehlungsgrad
607 insbesondere Maßnahmen zur Bewegung, zur Ernährungsumstellung und zur
608 Verhaltensänderung (vgl. 1.5 Therapeutische Maßnahmen).

609 Mehrere Übersichtsarbeiten zeigen, dass Programme, die eine Kombination dieser
610 Maßnahme enthalten, den einzelnen Komponenten überlegen sind [26,39,45,51]. Demnach
611 wird als Mindestanforderung für Patientenschulungen im DMP Adipositas ein Modul zu
612 Bewegung und ein Modul zu Ernährung sowie die Fokussierung auf Verhaltensänderungen
613 festgelegt, welche integriert und aufeinander abgestimmt sind und interdisziplinär durch
614 mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen angeleitet werden.]

615

<p>KBV, DKG</p> <p>„Change your Life“ ist ein strukturiertes, interdisziplinär durchgeführtes Gruppenschulungsprogramm, welches sich aus den Bestandteilen Ernährung, Bewegung, Verhaltenstherapie und medizinischer Betreuung zusammensetzt. Das Programm läuft in folgenden Phasen ab: In der ersten Phase (4 Monate) liegt der Fokus auf den Strategien zur</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Angepasst an die individuelle Lebenssituation kommen Programme in Frage, die über unterschiedlich lange Zeiträume angelegt sind (mehrere Monate bis zu einem Jahr). Im Übrigen gelten die in § 4 genannten Anforderungen.</p>
---	---

Gewichtsreduktion, beginnend mit einer Ernährungsumstellung und einem langsamen Aufbau von gesteigerter Bewegung (Alltagsbewegung und Ausdauersport). In der zweiten Phase (2 Monate) liegt der Fokus auf Maßnahmen und Strategien zur Gewichtsstabilisierung und die Ergänzung der Bewegungselemente durch Krafttraining. In der dritten Phase (6 Monate) geht es um das Erlernen von Strategien der langfristigen Gewichtsregulation (z. B. feste Integration der Bewegung in den Alltag, Änderung des Körperschemas, Rückfallprophylaxe). Die Evaluation der Schulung „Change your Life“ wurde in einer kontrollierten, prospektiven Beobachtungsstudie mit 24 adipösen Patientinnen und Patienten (medianer BMI: 42 kg/m²) durchgeführt [1]. In der Interventionsgruppe wurde die 12-monatige Schulung durchgeführt, die Kontrollgruppe nahm an einer regulären Adipositas-Sprechstunde teil. Am Ende der Schulung reduzierten die Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe ihr Körpergewicht im Median um 13,9 %, in der Kontrollgruppe um 1,7 % (signifikanter Gruppenunterschied). Des Weiteren führte „Change your Life“ zu signifikanten Verbesserungen des HbA1c-Wertes, des Blutdrucks, der körperlichen Fitness und der Lebensqualität.

„DocWeight 2.3“ ist ein strukturiertes, multimodales und interdisziplinär angeleitetes Gruppenschulungsprogramm, das die Module Bewegung, Ernährung und Verhaltensänderung beinhaltet. Die Schulung gliedert sich in mehrere Phasen: Startphase (8 bis 2 Wochen vor Kursbeginn), drei Therapie-Phasen (Orientierung, Intensivierung und Stabilisierung) und eine Nachbeobachtung ein Jahr nach Kursbeginn. Inhalte der einzelnen Phasen sind: Startphase mit einer ärztlichen Eignungsuntersuchung, einer Einzelberatung Ernährungstherapie;

Orientierungsphase (Woche 1-8): acht Gruppensitzungen (Auftaktveranstaltung, 4 x Verhalten, 2 x Ernährung, 1 x Bewegung), zwei Teamsitzungen und sieben praktische Einheiten Bewegung; Intensivierungsphase (Woche 9-32): elf Gruppensitzungen (5 x Verhalten, 6 x Ernährung) zwei praktische Einheiten Ernährung, 24 praktische Einheiten Bewegung, eine ärztliche Zwischenuntersuchung, eine Teamsitzung; Stabilisierungsphase (Woche 33-52): sechs Gruppensitzungen (3 x Verhalten, 2 x Ernährung, Abschlussabend), neun praktische Einheiten Bewegung, eine Teamsitzung, eine ärztliche Abschlussuntersuchung, eine Einzelberatung Ernährung; Nachbeobachtung (1 Jahr nach Kursende): eine ärztliche Follow-Up-Untersuchung.

Für „DocWeight 2.3“ liegt zum Zeitpunkt der Beschlussfassung noch keine publizierte Evaluationsstudie vor. Gemäß § 4 dieser Richtlinie können auch nicht evaluierte Schulungsprogramme zum Gegenstand von DMP-Verträgen gemacht werden, wenn spätestens mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird. Für die Schulung „DocWeight 2.3“ lag dem G-BA ein Evaluationskonzept vor: Die Wirksamkeit und Sicherheit von „DocWeight 2.3“ soll in einer cluster-randomisierten, kontrollierten dreiarmligen Interventionsstudie evaluiert werden. Patientinnen und Patienten mit einem BMI von 30 bis 50 kg/m² nehmen dabei entweder an der DocWeight-Schulung alleine (1. Studienarm) teil, an der DocWeight-Schulung mit einer 8-wöchigen Formuladiät (2. Studienarm) teil oder erhalten die Standardtherapie mit sieben Beratungsterminen (zwei ärztliche und fünf ernährungstherapeutische Beratungen; 3. Studienarm: Kontrollgruppe). Nach der 12-monatigen Interventionsphase folgt nach weiteren 12 Monaten eine Follow-up-Erhebung. Primärer Endpunkt ist die Gewichtsreduktion. Sekundäre Endpunkte

sind Taillenumfang, kardiometabolischer Risikofaktoren, Lebensqualität, Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität, Leistungsfähigkeit, Einnahme von Medikamenten, Begleiterkrankungen, Körperzusammensetzung, Fehltage bei der Arbeit und Schlafqualität.

„ZEPmax“ ist ein strukturiertes, interdisziplinäres und multimodales einjähriges Schulungsprogramm mit den Elementen Bewegung, Ernährung, Verhalten und Medizin. Ein Bestandteil des Programms ist eine bilanzierte Formula-Diät, die nach den aktuell gültigen gesetzlichen Regelungen der EU zusammengesetzt ist. Das ZEPmax-Programm ist Industrie-unabhängig und produktneutral. Es läuft in den folgenden Phasen ab: In der Startphase (ersten zwei Wochen) führen die Patientinnen und Patienten ein Ernährungs- und Bewegungstagebuch. Es findet eine organisatorische und psychologische Einführung in das Programm, sowie ein Kennenlernen der Gruppe und der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten statt. Anschließend folgt eine 12-wöchige Formuladiät-Phase mit ca. 850 kcal täglich. Nach der Formuladiät-Phase erfolgt ein gemeinsames Fastenbrechen und eine langsame Umstellung auf eine kalorienreduzierte Mischkost (Aufbauphase). Die darauffolgende Phase des Gewichtsmanagements (35 Wochen) ist die wichtigste und umfassendste im Programm, mit dem Fokus auf die langfristige Stabilisierung des Gewichtsverlustes durch einen aktiveren Lebensstil und eine vollwertige Ernährung. In einer Nachsorgephase erfolgt über insgesamt 3 Jahre nach Programmabschluss ein regelmäßiges Check-up mit Erhebung der relevanten Gesundheitsparameter und des Körpergewichts.

In der Evaluationsstudie im Prä-Post-Design (interne Vergleichsgruppe) wurden n = 136 Patientinnen und Patienten mit einem durchschnittlichen BMI von 43,0 kg/m² vor

und nach der Teilnahme an dem Schulungsprogramm untersucht. Insgesamt 87,5 % der Teilnehmenden erreichten das primäre Therapieziel einer Gewichtsreduktion von > 10 % des Ausgangsgewichts. Der durchschnittliche Gewichtsverlust lag bei 24,7 kg (19 % des Ausgangsgewichts). 72 % (13 von 18) der Diabeteskohorte (n = 18) erreichten eine vollständige Remission, d. h. einen normwertigen HbA1c ohne spezifische Diabetesmedikation. Bei den Patientinnen und Patienten mit arterieller Hypertonie (n = 53) sank der systolischer Blutdruck im Mittel um 22 mmHg. Das Gesamtcholesterin der Hyperlipidämiekohorte (n = 66) wurde um 23 mg/dl und LDL-Cholesterin um 17 mg/dl gesenkt.

Grundsätzlich erfüllen die drei benannten Schulungsprogramme bestimmte Kriterien, die der G-BA für die Patientenschulungen im DMP Adipositas festgelegt hat. Die Prüfung, welche Schulungsprogramme in das strukturierte Behandlungsprogramm aufgenommen werden können, wird erst nach dem Stellungnahmeverfahren vorgenommen, um Hinweise aus den Stellungnahmen zu ggf. weiteren Schulungen einbeziehen zu können.

In den Schulungsprogrammen vorgesehene Inhalte oder Empfehlungen zur individuellen Diagnostik und zu individuellen medizinischen Untersuchungen, zur ärztlichen Betreuung sowie zur langfristigen Nachsorge werden durch die Anforderungen im DMP mit den regelmäßigen Verlaufsuntersuchungen abgedeckt. Schulungsprogramme müssen im Rahmen der DMP für die Versicherten kostenneutral sein.

Sofern zu einem späteren Zeitpunkt weitere Schulungen bekannt werden, welche die normierten Eigenschaften in vergleichbarer Weise erfüllen, und auch bezüglich der Qualität der Evaluation ein vergleichbares oder ggf. sogar ein höheres Niveau erreicht

wird, können auch diese in die Verträge aufgenommen werden. Der G-BA wird spätestens bei Aktualisierungen der Anforderungen verfügbare Schulungsangebote entsprechend medizinisch-inhaltlich prüfen und berücksichtigen.	
--	--

616

617 **[PatV, DKG]** Eine Wiederholung, d.h. vollständige Wiederholung aller Unterrichtseinheiten der
 618 Patientenschulungen ist bei Bedarf (z.B. zur Auffrischung des Erlernten bzw. zur Förderung der
 619 Adhärenz) grundsätzlich möglich.]

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

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

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

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

646 Die medizinischen Evaluationsparameter b) bis g) wurden unter Berücksichtigung der Ziele des
 647 strukturierten Behandlungsprogrammes und der aktuellen wissenschaftlichen Literatur im
 648 Expertenkonsens festgelegt. Die Datengrundlage zu Buchstabe a) sind die administrativen
 649 Daten der Krankenkassen. Die Datengrundlage zu den Buchstaben b) bis g) sind die DMP-
 650 Dokumentationsdaten.

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

652 Zu Buchstabe b): Es soll eine Darstellung der Gewichtsentwicklung über alle Teilnehmerinnen
 653 und Teilnehmern erfolgen. Des Weiteren soll der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern
 654 dargestellt werden, die ihr Gewicht um mindestens 5 % bzw. 10 % reduziert haben.

655 Zu Buchstabe c): Es soll eine Darstellung des Anteils der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
 656 entsprechend der BMI-Klassen: < 30, 30 - 35, 35 - 40, > 40 erfolgen. Des Weiteren soll die
 657 Entwicklung des BMI dargestellt werden.

658 Mit dem vorliegenden Beschluss zur DMP-A-RL wurden erstmalig Evaluationsparameter für
 659 ein DMP Adipositas festgelegt. Die für die Auswertungen erforderlichen
 660 Dokumentationsparameter können jedoch erst mit Umsetzung der DMP-Verträge erhoben
 661 werden. Um einen ausreichend langen Auswertungszeitraum sicherzustellen, innerhalb
 662 dessen aussagefähige Ergebnisse generiert werden können, sieht der G-BA die Notwendigkeit,
 663 von den bestehenden Regelungen des § 6 Absatz 3 Nr. 2 DMP-A-RL abzuweichen. Die
 664 Möglichkeit von abweichenden Regelungen zum Evaluations- und Bewertungszeitraum bei
 665 chronischen Erkrankungen, für die der G-BA erstmalig Richtlinien zu den Anforderungen an
 666 die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme erlässt, wurde bereits in den
 667 Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vom 19. Juni 2014 dargestellt.

668 Daher legt der G-BA für den erstmalig zu erstellenden Bericht einen Evaluationszeitraum von
 669 48 Monaten fest. Dieser beginnt mit dem 1. Tag des Quartals, welches auf die früheste
 670 Zulassung eines DMP Adipositas folgt. Für anschließend zu erstellende Folgeberichte gelten
 671 die Bestimmungen des § 6 Absatz 3 Nr. 2 DMP-A-RL.

672 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2, das heißt der Vergleich der
 673 Versicherten, die an einem DMP teilnehmen, mit Versicherten, die nicht an einem DMP
 674 teilnehmen, kann derzeit aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage zur Verwendung der Daten
 675 der nicht am DMP teilnehmenden Versicherten nicht durchgeführt werden. Folglich wurden
 676 keine Parameter für die vergleichende Evaluation definiert.

677

678 **Zu Anlage 24 (Adipositas – Dokumentation)**

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

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

685

<p>GKV-SV, KBV 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 (Ifd. Nr. XX 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.</p>	<p>DKG [keine Aufnahme]</p>
---	---

686 **3. Bürokratiekostenermittlung**

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

691 **4. Verfahrensablauf**

692 Am T. Monat JJJJ begann die Arbeitsgruppe XY *[Kurzform des AG-Namens]* mit der Beratung
 693 zur Erstellung des Beschlusentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlusentwurf erarbeitet
 694 und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende Tabelle).

695 *[Tabelle ist optional]*

696

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand

697

698 **Stellungnahmeverfahren**

699 *[wird durch G-BA-GS ergänzt]*

700

701 **5. Fazit**

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

704 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit/nicht mit.

705

706 **6. Literaturverzeichnis**

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

711

712 **7. Zusammenfassende Dokumentation**

713 Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

714 Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

715 Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlusentwurf
 716 zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe

717 Anlage 4: Stellungnahmen

718 Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes
 719 Wortprotokoll der Anhörung

720

721 Berlin, den xx. Monat 20XX

- 763 10. **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**. Ratgeber Krankenhaus: alles, was Sie
764 zum Thema Krankenhaus wissen sollten; 8. aktualisierte Auflage [online]. Berlin
765 (GER): BMG; 2022. [Zugriff: 10.07.2023]. URL:
766 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/BMG_Ratgeber-Krankenhaus_bf.pdf.
767
- 768 11. **Carlsson LMS, Sjöholm K, Jacobson P, Andersson-Assarsson JC, Svensson PA, Taube**
769 **M, et al.** Life expectancy after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study.
770 N Engl J Med 2020;383(16):1535-1543.
- 771 12. **Department of Veterans Affairs (VA), Department of Defense (DoD)**. VA/DoD clinical
772 practice guideline for the management of adult overweight and obesity, version 3.0
773 [online]. Washington (USA): VA; 2020. [Zugriff: 06.09.2022]. URL:
774 [https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/obesity/VADoDObesityCPGFinal508](https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/obesity/VADoDObesityCPGFinal5087242020.pdf)
775 [7242020.pdf](https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/obesity/VADoDObesityCPGFinal5087242020.pdf).
- 776 13. **Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)**. Chirurgie der
777 Adipositas und metabolischer Erkrankungen; S3-Leitlinie, Langfassung [online].
778 AWMF-Registernummer 088-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der
779 Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2018. [Zugriff:
780 06.09.2022]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001l_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf)
781 [001l_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001l_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf).
- 782 14. **Di Lorenzo N, Antoniou SA, Batterham RL, Busetto L, Godoroja D, Iossa A, et al.**
783 Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES)
784 on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP. Surg
785 Endosc 2020;34(6):2332-2358.
- 786 15. **Eckel N, Li Y, Kuxhaus O, Stefan N, Hu FB, Schulze MB**. Transition from metabolic
787 healthy to unhealthy phenotypes and association with cardiovascular disease risk
788 across BMI categories in 90 257 women (the Nurses' Health Study): 30 year follow-up
789 from a prospective cohort study. Lancet Diabetes Endocrinol 2018;6(9):714-724.
- 790 16. **Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI**. Association of all-cause mortality with
791 overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic
792 review and meta-analysis. JAMA 2013;309(1):71-82.
- 793 17. **GKV-Spitzenverband, Verband der Ersatzkassen (vdek), AOK-Bundesverband, BKK**
794 **Dachverband, IKK, Knappschaft, et al.** Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung
795 und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse
796 Erwachsene auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 08. Februar 2017 in
797 der Fassung vom 01.02.2022 [online]. Berlin (GER): GKV-Spitzenverband; 2022.
798 [Zugriff: 07.07.2023]. URL: [https://www.gkv-](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patientenschulung/2022_03_16_GE_Patientenschulung_Adipoese_Erwachsene.pdf)
799 [spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patient](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patientenschulung/2022_03_16_GE_Patientenschulung_Adipoese_Erwachsene.pdf)
800 [enschulung/2022_03_16_GE_Patientenschulung_Adipoese_Erwachsene.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patientenschulung/2022_03_16_GE_Patientenschulung_Adipoese_Erwachsene.pdf).
- 801 18. **Glechner A, Keuchel L, Affengruber L, Titscher V, Sommer I, Matyas N, et al.** Effects
802 of lifestyle changes on adults with prediabetes: a systematic review and meta-
803 analysis. Prim Care Diabetes 2018;12(5):393-408.
- 804 19. **Global BMIMC, Di Angelantonio E, Bhupathiraju Sh N, Wormser D, Gao P, Kaptoge**
805 **S, et al.** Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-

- 806 analysis of 239 prospective studies in four continents. Lancet 2016;388(10046):776-
807 786.
- 808 20. **Hemmingsen B, Gimenez-Perez G, Mauricio D, Roque IFM, Metzendorf MI, Richter**
809 **B.** Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus
810 and its associated complications in people at increased risk of developing type 2
811 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2017;12(12):CD003054.
- 812 21. **Hudgel DW, Patel SR, Ahasic AM, Bartlett SJ, Bessesen DH, Coaker MA, et al.** The
813 role of weight management in the treatment of adult obstructive sleep apnea: an
814 official American Thoracic Society clinical practice guideline. Am J Respir Crit Care
815 Med 2018;198(6):e70-e87.
- 816 22. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).**
817 Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Abschlussbericht; Auftrag V21-05
818 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 16.09.2022]. (IQWiG-Berichte; Band
819 1408). URL: [https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-
820 erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf).
- 821 23. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).**
822 Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche; Abschlussbericht; Auftrag
823 V21-07 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 16.09.2022]. (IQWiG-Berichte;
824 Band 1406). URL: [https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-
825 adipositas-kinder-und-jugendliche_abschlussbericht_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_abschlussbericht_v1-0.pdf).
- 826 24. **International Diabetets Federation (IDF).** The metabolic syndrome: the IDF
827 consensus worldwide definition of the metabolic syndrom [online]. Brüssel (BEL): IDF;
828 2006. [Zugriff: 11.07.2023]. URL:
829 [https://web.archive.org/web/20221001200355/https://idf.org/component/attachm
830 ents/attachments.html?id=705&task=download](https://web.archive.org/web/20221001200355/https://idf.org/component/attachments/attachments.html?id=705&task=download).
- 831 25. **Jiang BC, Villareal DT.** Weight loss-induced reduction of bone mineral density in
832 older adults with obesity. J Nutr Gerontol Geriatr 2019;38(1):100-114.
- 833 26. **Johns DJ, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, Aveyard P, Behavioural Weight Management**
834 **Review Group.** Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight
835 management programs: a systematic review and meta-analysis of direct
836 comparisons. J Acad Nutr Diet 2014;114(10):1557-1568.
- 837 27. **Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al.**
838 Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of
839 longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry 2010;67(3):220-229.
- 840 28. **Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, Garvey WT, Joffe AM, Kim J, et al.** Clinical
841 practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical
842 support of patients undergoing bariatric procedures - 2019 update: cosponsored by
843 American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology,
844 The Obesity Society, American Society for Metabolic & Bariatric Surgery, Obesity
845 Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists. Surg Obes Relat Dis
846 2020;16(2):175-247.

- 847 29. **Mokhlesi B, Masa JF, Brozek JL, Gurubhagavatula I, Murphy PB, Piper AJ, et al.**
848 Evaluation and management of obesity hypoventilation syndrome: an official
849 american thoracic society clinical practice guideline. Am J Respir Crit Care Med
850 2019;200(3):e6-e24.
- 851 30. **National Heart Lung and Blood Institute.** DASH eating plan: DASH (Dietary
852 Approaches to Stop Hypertension) is a flexible and balanced eating plan that helps
853 create a heart-healthy eating style for life. [online]. 2021. [Zugriff: 10.07.2023]. URL:
854 <https://www.nhlbi.nih.gov/education/dash-eating-plan>.
- 855 31. **Oppert JM, Bellicha A, van Baak MA, Battista F, Beaulieu K, Blundell JE, et al.**
856 Exercise training in the management of overweight and obesity in adults: synthesis of
857 the evidence and recommendations from the European Association for the Study of
858 Obesity Physical Activity Working Group. Obes Rev 2021;22(Suppl 4):e13273.
- 859 32. **Padwal RS, Pajewski NM, Allison DB, Sharma AM.** Using the Edmonton obesity
860 staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people
861 with overweight and obesity. CMAJ 2011;183(14):E1059-1066.
- 862 33. **Pasquali R, Casanueva F, Haluzik M, van Hulsteijn L, Ledoux S, Monteiro MP, et al.**
863 European Society of Endocrinology clinical practice guideline: endocrine work-up in
864 obesity. Eur J Endocrinol 2020;182(1):G1-G32.
- 865 34. **Rombach C.** Trainings- und Stoffwechseleffekte einer 52-wöchigen, mehrfaktoriellen
866 Gruppenintervention zur konventionellen Therapie von Adipositas: Inaugural-
867 Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Zahnheilkunde der medizinischen
868 Fakultät der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen [online]. Tübingen (GER):
869 Eberhard-Karls-Universität; 2013. [Zugriff: 10.07.2023]. URL:
870 [https://publikationen.uni-](https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/46056/pdf/dissertation_rombach_150313.pdf?sequence=1)
871 [tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/46056/pdf/dissertation_rombach_150](https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/46056/pdf/dissertation_rombach_150313.pdf?sequence=1)
872 [313.pdf?sequence=1](https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/46056/pdf/dissertation_rombach_150313.pdf?sequence=1).
- 873 35. **Roth L, Ordnung M, Forkmann K, Mehl N, Horstmann A.** A randomized-controlled
874 trial to evaluate the app-based multimodal weight loss program zanadio for patients
875 with obesity. Obesity (Silver Spring) 2023;31(5):1300-1310.
- 876 36. **Rudolph A, Hellbardt M, Baldofski S, de Zwaan M, Hilbert A.** Evaluation des
877 einjährigen multimodalen Therapieprogramms DOC WEIGHT 1.0 zur
878 Gewichtsreduktion bei Patienten mit Adipositas Grad II und III. Psychother
879 Psychosom Med Psychol 2016;66(8):316-323.
- 880 37. **Scholz GH, Flehming G, Scholz M, Klepzig Y, Gutknecht D, Kellner K, et al.** Evaluation
881 des DGE-Selbsthilfeprogramms „ICH nehme ab“: Gewichtsverlust, Ernährungsmuster
882 und Akzeptanz nach einjähriger beratergestützter Intervention bei übergewichtigen
883 Personen. Ernährungs-Umschau 2005;52(6):226-231.
- 884 38. **Sharma AM, Kushner RF.** A proposed clinical staging system for obesity. Int J Obes
885 (Lond) 2009;33(3):289-295.
- 886 39. **Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, Del Mar C.** Exercise for overweight or obesity.
887 Cochrane Database Syst Rev 2006;2006(4):CD003817.

- 888 40. **Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, et al.**
889 Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population.
890 Arch Gen Psychiatry 2006;63(7):824-830.
- 891 41. **Stier C, Chiappetta S (Eds.)** Interdisziplinäre Langzeitbehandlung der Adipositas- und
892 Metabolischen Chirurgie. Berlin: Springer 2022.
- 893 42. **Syn NL, Cummings DE, Wang LZ, Lin DJ, Zhao JJ, Loh M, et al.** Association of
894 metabolic-bariatric surgery with long-term survival in adults with and without
895 diabetes: a one-stage meta-analysis of matched cohort and prospective controlled
896 studies with 174 772 participants. Lancet 2021;397(10287):1830-1841.
- 897 43. **Thomas JG, Raynor HA, Bond DS, Luke AK, Cardoso CC, Foster GD, et al.** Weight loss
898 in Weight Watchers online with and without an activity tracking device compared to
899 control: a randomized trial. Obesity (Silver Spring) 2017;25(6):1014-1021.
- 900 44. **Uusitupa M, Khan TA, Viguiliouk E, Kahleova H, Rivelles AA, Hermansen K, et al.**
901 Prevention of type 2 diabetes by lifestyle changes: a systematic review and meta-
902 analysis. Nutrients 2019;11(11).
- 903 45. **Washburn RA, Szabo AN, Lambourne K, Willis EA, Ptomey LT, Honas JJ, et al.** Does
904 the method of weight loss effect long-term changes in weight, body composition or
905 chronic disease risk factors in overweight or obese adults? A systematic review. PLoS
906 One 2014;9(10):e109849.
- 907 46. **Weight Watchers (WW).** Wissenschaftlich bewiesene Tatsachen über das Weight
908 Watchers Programm [online]. Düsseldorf (GER): WW; 2021. [Zugriff: 07.07.2023].
909 URL: <https://www.weightwatchers.com/de/science-center/wahrheiten-ueber-ww>.
- 910 47. **Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al.**
911 Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ 2020;192(31):E875-E891.
- 912 48. **WHO Consultation on Obesity.** Obesity: preventing and managing the global
913 epidemic; report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 2000.
914 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.
- 915 49. **Wildman RP, Muntner P, Reynolds K, McGinn AP, Rajpathak S, Wylie-Rosett J, et al.**
916 The obese without cardiometabolic risk factor clustering and the normal weight with
917 cardiometabolic risk factor clustering: prevalence and correlates of 2 phenotypes
918 among the US population (NHANES 1999-2004). Arch Intern Med 2008;168(15):1617-
919 1624.
- 920 50. **World Health Organization (WHO).** WHO European regional obesity report [online].
921 Copenhagen (DEN): WHO Regional Office for Europe; 2022. [Zugriff: 07.07.2023].
922 URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf)
923 [eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf).
- 924 51. **Wu T, Gao X, Chen M, van Dam RM.** Long-term effectiveness of diet-plus-exercise
925 interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. Obes Rev
926 2009;10(3):313-323.
- 927

Von: [APH Bundesverband](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas
Datum: Donnerstag, 20. Juli 2023 09:27:05
Anlagen: [image001.gif](#)

**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,

hiermit bestätige ich Ihnen den Erhalt Ihrer Email nebst Anlagen.

Gleichzeitig teile ich Ihnen mit, dass der APH Bundesverband e.V. mangels Betroffenheit auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichten wird.

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.: 0511 - 875 98-0
Fax: 0511 - 875 98-13
E-Mail: traue@aph-bundesverband.de
www.aph-bundesverband.de



Von: @g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Mittwoch, 19. Juli 2023 14:08
An: @g-ba.de>
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas

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

Abteilungsleiterin

i. A.

Referent

i. A.

Sachbearbeitung

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstr. 13

10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-547

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: dmp@g-ba.de

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 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)**

Datum	24.07.2023
Stellungnahme von	BDIZ EDI Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. European Association of Dental Implantologists Lipowskystr. 12 81373 München

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Aus Sicht unseres Berufsverbandes haben wir keine Anmerkung abzugeben

(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, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
	Stellungnahme mit Begründung: Änderungsvorschlag:
	Stellungnahme mit Begründung: Änderungsvorschlag:

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

Literaturverzeichnis



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen 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)

Datum	27. Juli 2023
Stellungnahme von	eVAA e.V.

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail. Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Die med-wiss. Fachgesellschaft eVAA e. V. wurde im Januar 2023 aufgefordert, dem UA DMP des G-BA Informationen zum med. Versorgungsprogramm VITA im Kontext seiner Eignung als DiGA zur Verfügung zu stellen (Hr. Dr. Wörz). Das geschah fristgemäß.

Das VITA-Versorgungsprogramm erscheint nunmehr im aktuellen Beschlussentwurf des UA DMP über eine Änderung der DMP-A-RL/ Tragende Gründe (Indikation Adipositas) als eines der 11 geprüften und beratenen DiGAs Adipositas mit folgendem Hinweis:

Für die genannte digitale medizinische Anwendung „VITA“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor. ... Das ist eine Grundvoraussetzung für eine Empfehlung des G-BA zur Anwendung in der DMP-A-RL.

Anmerkung unserer FG dazu:

Das Krankheitsbild abdominale Adipositas hat eine Sonderstellung in Medizin + Versorgung. Es ist nicht nur epidemiologisch relevant. Es steht zugleich **exemplarisch für die medizinische Risikosituation einer Chronifizierung und für die Entwicklung intrinsischen Co- bzw. Multimorbidität bei lebensstil- und alter(n)sassozierten Gesundheitsproblemen, den non-CDs.**

Mindestens sechs Projekte „Neue Versorgungsformen“ des Innovationsausschusses des G-BA bearbeiteten und bearbeiten deshalb mittel- bzw. unmittelbar die Indikation Adipositas mit unterschiedlichen Lösungsansätzen und mit – das gilt es hervorzuheben – krankheitsbezogener Zielstellung (**Nutzenkriterien** z.B. Reduktion von KG bzw. des Surrogatmarkers BMI oder Reduktion des Bauchumfangs). Sie fokussieren dabei ausnahmslos auf „klassische“, sprich disziplinäre, bestenfalls multimodale Ansätze der etablierten klinischen Medizin und des Versorgungsmanagement: Bewegungs-, Ernährungs-, Verhaltenstherapie; sie adressieren außerdem zusätzliche Monitoring-, Koordinations- sowie Dokumentationsaufgaben in der Versorgung.

Dagegen steht das neue Versorgungsprogramm VITA mit seinem interprofessionellen und intrinsisch ressourcenmobilisierenden generischen Ansatz (Anlage 1: Vitalitätslebenskurve).

Ein erster Versorgungspilot VITA 1.0 in einer ländlichen Modellregion erzielte trotz CoViD-19 vielversprechende Ergebnisse im Hinblick auf Struktur, Prozess- sowie Ergebnisqualität mit patientenzentrierten (krankheits- UND gesundheitsbezogenen!) Therapiezielen.

Gesundheitsbezogene Therapieziele von Versicherten sind hier als **Zusatznutzen** in Form der messbaren Verbesserung von Funktionaler Gesundheit (ICF-Konzept der WHO), Vitalität, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität bzw. des biofunktionalen Status/ biofunktionalen Alters *in Jahresäquivalenten* und *Vitalisierungsraten* gefasst und dokumentiert. Auch die VITA **Kommunikationsformen** zur Verbesserung des Selbstmanagement der Betroffenen sind vor diesem Hintergrund zu sehen: Vermeiden uni-direktionale Information und Aufklärung, Appelle, Aufforderung, Beschulung, Verbot, Warnung, vielmehr Verstehen von Zusammenhängen im menschlichen Biosystem selbst, wie auch der lebendigen, praxisrelevanten Zusammenhänge zwischen biopsychosozialen Gesundheits- und Funktionsressourcen, Krankheitsentstehung, Co- und Multimorbidität sowie gesundes und vitales Älterwerden im zivilisatorischen Alltag überhaupt (www.evaaa.de).

Konzeption, Diagnostik, Therapie- und Bildungsinhalte von VITA sind konsequent (intrinsisch) ressourcenorientiert und ganzheitlich angelegt, generisch verknüpft. Sie basieren auf modernsten und gesicherten Erkenntnissen der Bewegungs-, Leistungs- und Neurophysiologie, Gesundheitspsychologie, Ernährungswissenschaften und Endokrinologie, Altersforschung und Gerontologie¹. Für medizinische Steuerung und Erfolgskontrolle von VITA werden rund 40 bio-psycho-soziale Gesundheitsressourcen und Funktionsparameter wie z.B. körperliche Ausdauer-voraussetzungen, Kraft oder psychische Stress-Resilienz gemessen. Durchgängig werden den Teilnehmenden nicht-medikamentöse Handlungsoptionen aufgezeigt und erläutert, die ihnen dabei helfen können, sowohl „Bedienungsfehler“ am Organismus abzustellen als auch die Selbstheilungskräfte des Organismus zu stärken. PatientIn kann ad hoc und zeitnah im Alltag diese Regeln und generischen Therapiealternativen auf Praxistauglichkeit überprüfen.

Im VITA-Therapieprogramm werden Allgemeinplätze, Belehrungen, Maximalforderungen, Ratschläge oder Defizitsprache konsequent vermieden. Das Programm selbst ermutigt und ist lebenslang anwendbar. Warum treibt kein Tier Sport? Es gibt – außer bei Nutz- und Haustieren des Menschen – kein „Übergewicht“ im Tierreich. Warum ist Optimierung versus Maximierung eine goldene Selbsttherapieregel? Wie lassen sich die eingangs diagnostizierten, personenbezogenen bio-psycho-sozialen Funktions- und Gesundheitsressourcen am effektivsten zur Lösung meiner Gesundheitsprobleme nutzen? Wie hilft *mir mein* Alltag, *mein* Therapieziel zu erreichen? ... Die entscheidende Voraussetzung für nachhaltige Selbsttherapieerfolge ist zu *verstehen*: Was geschieht in meinem Organismus „hinter den Kulissen“? Das macht medizinische Generik bei Adipositas aus: Stress ist nicht gleich Stress, Bewegung nicht gleich Bewegung, Sport nicht gleich Sport. Und Speicherfett ist nicht gleich Speicherfett. Begriffe wie Kummerspeck, Couch-Potato, Futterverwerter und Frustessen lassen tief blicken ...

Hier braucht es *neues* Denken, Handeln und Kommunizieren, auch und gerade in der Medizin!

Krankenversicherte wünschen sich zu Recht für eine wirksame und nachhaltige Selbstbefähigung **unbürokratisch und sicher strukturierte Zuwendungsräume**. In diesen „Schutzräumen“ möchten sie – zugeschnitten auf ihren sehr differenzierten Bedarf und ihre tatsächlichen Möglichkeiten unter äußerst komplexen Alltagsbedingungen – praktisch verwertbares Wissen und den Erfahrungsschatz von Ärzten und nicht-ärztlichen Gesundheitsprofessionen wie z.B. Physiotherapeuten, Sportwissenschaftler, Psychologen für ihr persönliches Selbstmanagement systematisch, verständlich, verlässlich und leicht zugänglich „abgreifen“ können. **Diese Erwartung korrespondiert explizit mit §7 der DMP-A-RL (patientenzentriertes Vorgehen)**.

Das neue Versorgungskonzept des VITA-Piloten wurde gemeinsam mit der AOK-PLUS Die Gesundheitskasse Sachsen/ Thüringen als „ambulante Versorgungsschleife“ in der haus- und fachärztlichen Versorgung nach 140a umgesetzt. **Risiken, Nutzen und Zusatznutzen** von VITA wurden anhand der der Verlaufsdaten der ersten 70 PatientInnen aus der Modellregion als **VITA-Faktenboxen** für das Arzt-Patient-Gespräch der Zukunft (PEF, SDM) durch die Fachgesellschaft entwickelt, infografisch aufbereitet und wird offen für alle Leistungsträger bereitgestellt (**Anlage 2 zur Stellungnahme**: Infografik bzw. VITA-Faktenboxen Adipositas).

Eine **Publikationsserie für die ZEFQ**, vorerst auf Basis einer Datenanalyse lediglich des VITA Piloten, zum Innovations- bzw. Schnittstellenthema **Generische Medizin/ Personalisierte Gesundheit** (mit Fokus auf Konzept und Operationalisierung durch Diagnostik, auf generische Basistherapie bzw. medizinisches Coaching, auf ergebnis- bzw. therapiezielbewertete Kommunikationsformen zur Selbstbefähigung der Krankenversicherten, auf Datenmanagement

¹ Notabene: Gerontologie als Brückenwissenschaft ist nicht Geriatrie!

bzw. generische Hybridplattform GM/PG inklusive **Digitalisierungspotenzial und DiGA**) ist durch ein hochkarätiges Autorenteam in prep..

Um speziell den Erfordernissen des G-BA für DMP-A-RL zu entsprechen und um im Anschluss an den VITA-Piloten lege artis eine **hoch belastbare Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign** vollständig publizieren zu können, haben die Entwicklungspartner der neuen Versorgungsform VITA fristgemäß im Mai 2023 einen einschlägigen Antrag beim Innovationsausschuss des G-BA unter der Registrier-Nr. **NVF1-2023-036** gestellt (Vergleichsgruppendesign s. dort).

Wir regen deshalb im gesellschaftlichen und versorgungspolitischen Interesse hier explizit eine ressortübergreifende Zusammenarbeit der Ausschüsse des G-BA an und **bitten den Unterausschuss DMP, den genannten Antrag beim Innovationsausschuss im Kontext mit den aktuellen Gegebenheiten und Erfordernissen in Versorgung und Forschung chronischer Krankheiten, insbesondere bei Adipositas, speziell unter diesem Aspekt zu befürworten.**

PD Dr. med. habil. Dagmar Pöthig,
Vorstandsvorsitzende eVAA e. V.

Prof. Dr. Dr. med. Andreas Simm
Stellvertretender Vorstand eVAA e.V.

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

Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)

Literaturquelle medizinische Generik: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-017-0908-1>



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf über eine Änderung der DMP-Anforde-
rungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

**Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Än-
derung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas)
und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)**

Datum	14.08.2023
Stellungnahme von	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

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 vom Referat als kritisch bewertet 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 <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
Nr. 1.1; Rn 52 Einschreibekriterien	Stellungnahme mit Begründung: Wir begrüßen, wenn zum BMI ≥ 30 weitere Einschreibekriterien hinzutreten. Zu komplex sollten die Einschreibevoraussetzungen indes nicht sein. Je komplexer desto größer die Wahrscheinlichkeit einer fehlerhaften Einschreibung. Änderungsvorschlag: GKV-SV folgen
Nr. 1.1; Rn 51/52 i. V. m. Rn 255 Schulungsteilnahme als Zeichen der aktiven Teilnahme	Stellungnahme mit Begründung: Die Berücksichtigung der Möglichkeit der aktiven Teilnahme des Versicherten als ausdrückliches Einschreibekriterium ist aus anderen Indikationen bekannt. Auffällig ist in Nummer 1.1. der Adipositas-Anlage die Betonung der Schulungsteilnahme als Indikator der aktiven Teilnahme des Versicherten. Das steht unseres Erachtens in einem Spannungsverhältnis zur Teilnahme von immobilen extrem adipösen Patientinnen und Patienten, die eine konservative Therapie benötigen, die ambulant nicht durchführbar ist. Änderungsvorschlag - Alternativen <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahmeausschluss bei Immobilität ODER • Sollen diese Patientinnen und Patienten am DMP Adipositas teilnehmen können, so ist eine Schulung im digitalen Format verpflichtend im Programm einzubinden ODER • Relativierung der Formulierung in Rn. 55
Nr. 1.52 Rn 141 und 142 Ernährung, Formel- diäten	Wir empfehlen, von der Versorgung nach § 27 SGB V ausgeschlossener diätetischer Lebensmittel im DMP abzusehen. Änderungsvorschlag: keine Aufnahme
Nr. 1.5.5 Rn 168 Adjuvante medikamentöse Therapie	Ebenso empfehlen wir, von der Versorgung mit Arzneimitteln, die zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits bzw. zur Regulierung des Körpergewichts dienen, im DMP abzusehen. Über die DMP-Richtlinien zu strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V kann eine Verordnungsfähigkeit von nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und 8 SGB V ausgeschlossenen Arzneimitteln nicht herbeigeführt werden. Der vorgenannte Verordnungs Ausschluss in Verbindung mit § 14 Arzneimittel-Richtlinie bleibt bestehen.

	<p>Weder im Beschlussentwurf noch in den TG werden konkrete Arzneimittel genannt. Auszuschließen sind jedenfalls die in Anlage II der Arzneimittelrichtlinie aufgeführten zentral oder peripher wirkenden Abmagerungsmittel.</p> <p>Änderungsvorschlag: keine Aufnahme</p>
<p>Nr. 1.8.4 Rn 279 und TG, Rn 83 ff i. V. m. Rn 490 digitale medizinische Anwendung im DMP</p>	<p>Dem BAS liegen die Studien zu den geprüften digitalen Anwendungen nicht vor. Die Einschätzung erfolgt allein aus den reduzierten Informationen aus dem Beschlussentwurf und den Tragenden Gründen hierzu.</p> <p>Hinsichtlich der DiGa Zanadio ist noch zu klären, ob es als Schulungsprogramm nach § 4 DMP-A-RL oder als ergänzendes Instrument im DMP zur Anwendung kommen kann. Für Schulungen hat die Evaluation die Anforderungen gemäß § 4 Abs. 3 Satz 3 der Richtlinie zu erfüllen.</p> <p>Sollte Zanadio nicht als Schulung, sondern ergänzend im DMP zur Anwendung kommen ist weiterhin sicherzustellen, dass die Inhalte der digitalen Anwendung mit den Inhalten des DMP Adipositas in Einklang stehen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Oviva direkt: keine Aufnahme Zanadio: offen, abhängig von konkreten Beschlüssen hierzu</p>
<p>Nr. 3.2; Rn 303 Einschreibung Versicherte</p>	<p>Wir begrüßen, dass bei bestehender Schwangerschaft gesondert geprüft wird, ob die Patientin von der Teilnahme profitiert. Es sollte erwogen werden, ob eine Schwangerschaft während der Teilnahme Grund für einen (vorübergehenden) Teilnahmeausschluss sein kann.</p> <p>Änderungsvorschlag: Ggf. Schwangerschaft als potentiellen Grund für einen (vorübergehenden) Teilnahmeausschluss erwähnen</p>
<p>Nr. 4.2 Rn 316 und TG Rn 615 Patientenschulungen</p>	<p>Diskutiert werden drei Schulungsprogramme. Zu den Programmen „Change your Life“ und „ZEPmax“ liegen Evaluationsergebnisse vor. Kritisch ist anzumerken, dass im Programm „ZEPmax“ eine Formulardiät eingebunden ist. Wir empfehlen, von der Versorgung mit nach § 27 SGB V ausgeschlossenen diätetischen Lebensmittel im DMP abzusehen (siehe auch unsere StN Rn 141 und 142) und insofern natürlich auch von Schulungsprogrammen, die diese Diäten einschließen.</p> <p>Sofern eine oder beide vorgenannten Schulungsprogramme und deren Evaluation vom G-BA als für das DMP geeignet gewertet werden, ist nach § 4 Abs. 3 Satz 5 DMP-A-RL entgegen der Auffassung von KBV und DKG kein Raum zur parallelen Evaluation der Schulung „DocWeight 2.3“.</p>

	<p>Letztlich eingefügt wurde in § 4 Abs. 3 DMP-A-RL die Möglichkeit, Schulungsprogramme in DMP-Verträge einzubinden, die noch nicht evaluiert sind, mit dem Beschluss des G-BA zur 24. Änderung der DMP-A-RL vom 20. November 2020. Unter Nr. 3a wurden neue Sätze 3 bis 7 eingefügt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der neue Satz 3 legt die Anforderung eine Evaluation eines Schulungsprogrammes im DMP fest. • Der neue Satz 4 regelt, dass fortan der G-BA die Eignung der Schulung und deren Evaluation für das DMP prüft. • Der neue Satz 5 bestimmt, in welchen Fällen eine noch nicht evaluierte Schulung im DMP-Vertrag eingebunden werden darf und wie in diesem Fall die Evaluation zu erfolgen hat. Die TG hierzu erklären auf Seite 4: <p><i>„Der G-BA musste feststellen, dass nicht in jedem Fall bei Beginn eines neuen strukturierten Behandlungsprogrammes qualitativ hochwertige und ausreichend evaluierte Schulungen zur Verfügung stehen. Um dadurch den Programmstart nicht zu gefährden, wird festgelegt, dass, sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht ausreichend evaluiert sind, diese dennoch zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden dürfen, wenn ...“</i></p> <p>Damit steht fest, dass nach § 4 Abs. 3 Satz 5 DMP-A.-RL nur dann ein noch nicht evaluiertes Schulungsprogramm im Vertrag mit parallel laufender Evaluation eingebunden werden kann, wenn für dieses DMP noch kein den Anforderungen von § 4 Abs. 3 Satz 3 DMP-A-RL entsprechend evaluiertes Programm zur Verfügung steht.</p> <p>Sobald daher eines der beiden anderen Schulungsprogramme sowie deren Evaluation vom G-BA als den Anforderungen der Richtlinie entsprechend gewertet wird, ist die Einbindung der Schulung „DocWeight 2.3“ so lange nicht möglich, bis die positiven Ergebnisse der richtlinienkonformen Evaluation vorliegen und publiziert sind.</p> <p>Die Evaluation von „DocWeight 2.3“ kann mit DMP-Teilnehmern durchgeführt werden, wenn die Inhalte der Schulung mit denen des DMP im Einklang stehen, die Schulung darf aber in die DMP-Verträge nicht eingebunden werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Keine Aufnahme in die DMP-Verträge der Programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • „DocWeight 2.3“ • „ZEPmax“
<p>Nr. 5 Rn 332</p>	<p>Die objektive Nachprüfbarkeit wird voraussichtlich Probleme bereiten, weshalb wir dem Vorschlag des GKV-SV folgen und eine Differenzierung der vereinbarten Bewegung kritisch bewerten.</p> <p>Änderungsvorschlag: GKV-SV folgen</p>

Beschlussentwurf zu Anlage 24	
Rn. 342 Teilnahme-Ende des Versicherten Lfd. Nr. 1a und 1b	Die objektive Nachprüfbarkeit wird voraussichtlich Probleme bereiten, weshalb wir dem Vorschlag des GKV-SV folgen und eine Differenzierung der vereinbarten Bewegung kritisch bewerten. Änderungsvorschlag: GKV-SV folgen
Rn. 342 Teilnahme-Ende des Versicherten Lfd. Nr. 11	Lfd. Nr. 11 Wir plädieren mit dem GKV-SV und der KBV für eine Aufnahme des Parameters und unterstreichen die Relevanz der Festlegung des eindeutigen Teilnahme-Ende-Datums mit dem Datum der Dokumentation (TG Rn 685). Änderungsvorschlag: GKV-SV und KBV folgen

Literaturverzeichnis



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforde-
rungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

**Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Än-
derung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas)
und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)**

Datum	17.08.2023
Stellungnahme von	Bundespsychotherapeutenkammer

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-
Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich
per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und be-
halten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
Anlage 23 1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe	<p>Stellungnahme:</p> <p>Die BPtK stimmt dem Vorschlag der KBV zu den Einschlusskriterien in das DMP Adipositas zu.</p> <p>Begründung:</p> <p>Während die vorgeschlagenen Kriterien von PatV und DKG zur Eingrenzung der Zielgruppe zu weit und die vorgeschlagenen Kriterien des GKV-SV aus Sicht der BPtK zu eng gegriffen sind, stellen die Einschlusskriterien der KBV einen guten Kompromiss dar.</p> <p>Insbesondere begrüßt die BPtK, dass auch häufige psychische Komorbiditäten bei Adipositas in dem Vorschlag der KBV als Einschlusskriterium aufgenommen wurden. In der modernen Adipositasforschung geht man davon aus, dass seelische Belastungen als Folge der Adipositas entstehen und nicht umgekehrt. So zeigen katamnestische Untersuchungen, dass eine Gewichtsreduktion in der Regel mit einer Reduzierung psychischer Symptome, insbesondere Angst und Depressivität, verbunden ist (Herpertz und Pape, 2022). Dementsprechend würden insbesondere auch Menschen mit Adipositas und komorbiden psychischen Störungen von einem Einschluss in das DMP profitieren.</p>
1.4 Allgemeine Grundsätze der Therapie 1.4.1 Indikationsspezifische Erstanamnese	<p>Stellungnahme:</p> <p>Die BPtK stimmt dem Vorschlag des GKV-SV und der KBV zu, die indikationsspezifische Erstanamnese als Teil der Therapie und nicht wie im Vorschlag von PatV und DKG als Teil der Diagnostik zu verorten.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die in der Erstanamnese aufgeführten Inhalte können nur im Rahmen eines ausführlichen Gesprächs erhoben werden. Sensible Inhalte wie bspw. Fragen zum Essverhalten, Suchtverhalten oder zu sexuellen Dysfunktionen benötigen einen vertrauensvollen Rahmen, damit Patient*innen hierüber sprechen. Die indikationsspezifische Erstanamnese dient damit zugleich dem Aufbau einer guten Ärzt*in-Patient*in-Beziehung, die wiederum eine wichtige Voraussetzung für ein gutes therapeutisches Bündnis und die Mitarbeit und Kooperation der Patient*in und damit den Behandlungserfolg sind. Damit ist die indikationsspezifische Erstanamnese bereits Teil der Behandlung und an dieser Stelle richtig verortet.</p>

<p>1.6 Komorbiditäten</p>	<p>Stellungnahme:</p> <p>Die BPtK stimmt dem Vorschlag von KBV, DKG und PatV zu, der ausdrücklich auch die relevanten psychischen Komorbiditäten benennt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die ausdrückliche Benennung der psychischen Komorbiditäten trägt der Tatsache Rechnung, dass eine ausgeprägte Adipositas, unabhängig von ihrer Ätiologie, mit psychischen Belastungen verbunden ist. Neben depressiven Störungen stellen Angst-, somatoforme Störungen und die Binge-Eating-Störung (BES) die häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen der Adipositas dar (Herpertz, 2022). Die Benennung der relevanten psychischen Komorbiditäten sorgt dafür, dass diese bei der Behandlung nicht übersehen werden.</p>
<p>1.6.4.1 Depression und Angststörung</p>	<p>Stellungnahme:</p> <p>Die BPtK schlägt vor, hier nicht nur auf medikamentöse Behandlungsoptionen der Depression zu verweisen, sondern ausdrücklich auch auf Psychotherapie als Behandlungsmittel der ersten Wahl, das sowohl in der NVL „Unipolare Depression“ (Bundesärztekammer et al., 2022) als auch der S3-Leitlinie „Angststörungen“ (Bandelow et al., 2021) mit hohen Empfehlungsgraden empfohlen wird.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„... Bei akut krisenhaften Erkrankungsphasen hingegen steht eine adipositas-spezifische Therapie nicht im Vordergrund. Stattdessen sollte zunächst eine leitliniengerechte psychotherapeutische Behandlung der psychischen Erkrankung erfolgen.“</p>
<p>1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung bzw. zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten</p>	<p>Stellungnahme:</p> <p>Die BPtK stimmt dem Vorschlag von KBV, PatV und DKG zu „krankheitsunterhaltende Belastungen“ ebenfalls als Hinweis, bei dem eine Überweisung zu einer qualifizierten Psychotherapeut*in erfolgen sollte, aufzunehmen.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Feststellung bzw. Diagnostik, ob es sich um krankheitsunterhaltende Belastungen oder eine psychische Erkrankung handelt, kann nur durch eine hierfür qualifizierte Fachärzt*in oder Psychotherapeut*in erfolgen, weshalb bereits beim Vorliegen ausgeprägter psychischer Belastungen für eine qualifizierte Diagnostik eine entsprechende Überweisung erfolgen sollte.</p>

4.2 Schulungen der Versicherten	<p>Stellungnahme: Die BPtK stimmt dem Vorschlag von KBV und DKG zu.</p> <p>Begründung: Im Vorschlag von KBV und DKG wird ausdrücklich benannt, dass die Schulungsprogramme auch auf Verhaltensänderungen fokussieren sollen. Da 10 bis 40 Prozent der Varianz des Körpergewichts in der Bevölkerung auf verhaltensbezogene Faktoren in Bezug auf Essverhalten und Bewegung zurückzuführen sind, kommt der Adressierung von Verhaltensänderungen in den Schulungen eine zentrale Bedeutung zu. Bei der Auswahl der Schulungen sollte deshalb der Fokus auf Verhaltensänderungen eine wichtige Rolle spielen.</p>
--	---

Literaturverzeichnis

- Bandelow, B., Aden, I., Alpers, G. W. et al. 2021. S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen, Version 2.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2. 2022.
- Herpertz, S., Pape, M. Adipositas und psychische Komorbidität, in: Handbuch Essstörungen und Adipositas, S. Herpertz, M. de Zwaan und S. Zipfel (Hrsg.), Springer Verlag 2022.



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

dmp@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1318

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herrn Lenz

INTERNET www.bfdi.bund.de

DATUM Bonn, 21.08.2023

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1330

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

BETREFF **§ 91 Abs. 5 a SGB V - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Abs. 5a SGB V.

Zum im Betreff genannten Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL gebe ich
aus datenschutzrechtlicher Sicht keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Lenz

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



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen 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)**

Datum	17.08.2023
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Die Versorgung von Menschen mit Adipositas kann zukünftig optimiert werden, indem komorbide psychische Störungen sowohl in Diagnostik und Therapie stärker berücksichtigt werden.

Auch wenn genetische Befunde auf eine stärkere „genetisch-biologische Kontrolle“ des Essverhaltens und des Körpergewichts hinweisen (Bouchard et al. 1988) sind etwa zehn bis vierzig Prozent der Varianz des Körpergewichts auf Bevölkerungsebene auf Umweltfaktoren wie Ernährung und körperliche Bewegung zurückzuführen. Verhaltensbezogene Faktoren sind sowohl im Kontext soziokultureller Rahmenbedingungen als auch auf dem Hintergrund der individuellen Sozialisation (individuelle Lerngeschichte) zu verstehen.

Essen erfüllt neben der Hungersättigung wichtige andere Funktionen, die sich zum Beispiel unter dem Begriff der Affektregulation zusammenfassen lassen. Bei diesen Menschen findet sich nicht selten eine Koppelung negativer emotionaler Zustände und Nahrungsaufnahme. Im Hinblick auf die Adipositas sind vornehmlich habitualisierte Handlungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme von Interesse, die letztendlich zum Zweck der Spannungsabfuhr und des zumindest temporären Aufschubs dysphorischer Gefühle sowohl qualitativ als auch quantitativ das Essverhalten beeinflussen und das Gleichgewicht von Energieaufnahme und -abgabe verändern. So ist Innerhalb des Gesamtkollektivs adipöser Menschen insbesondere in der klinischen Praxis eine Subgruppe von adipösen Menschen auszumachen, bei der psychische Probleme und Störungen zu einer Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens führen, deren Folge eine anhaltende positive Energiebilanz mit Übergewicht bzw. Adipositas ist. So zeigen adipöse Menschen eine höhere Prävalenz komorbider psychischer Störungen gegenüber normalgewichtigen Menschen (Becker et al. 2001, Baumeister und Härter 2007), wobei insbesondere depressive, Angst- und somatoforme Störungen die häufigsten Diagnosen darstellen.

Am Beispiel der Depression und der Binge Eating Störung läßt sich exemplarisch die Affektregulationsstörung als ein wichtiges pathogenetisches Prinzip der Adipositas und komorbider psychischer Störungen beschreiben.

Adipositas und Depression

Adipositas und insbesondere die atypische Depression weisen wichtige Gemeinsamkeiten auf wie Antriebsschwäche, Bewegungsarmut, pathologisches hyperkalorisches Essverhalten, Übergewicht und schließlich eine erhöhte Morbidität und Mortalität im Rahmen von kardiovaskulären Erkrankungen und Typ 2-Diabetes mellitus (McElroy et al. 2004). Prospektive Untersuchungen weisen die Depression im Kindesalter und Adoleszenz als Risikofaktor für die Entwicklung einer Adipositas im Erwachsenenalter aus (Hasler et al. 2005a, 2005b). Nicht zu unterschätzen bei der Komorbidität von Adipositas und Depression ist die gewichtssteigernde Wirkung vieler Psychopharmaka, unter anderem auch Antidepressiva.

Binge Eating Störung

Als eine Extremvariante gestörten Essverhaltens wurde in den letzten Jahren die Binge Eating Störung (BES) beschrieben, die 2013 Eingang in das amerikanische psychiatrische Klassifikationssystem (DSM-V) fand und auch im ICD-11 als eigenständige Essstörung zu finden ist.

Während die BES in der Allgemeinbevölkerung mit einer Prävalenz von ein bis drei Prozent ähnlich häufig auftritt wie die Bulimie, ist sie in Stichproben von adipösen Menschen, die unter ihrem Übergewicht leiden und ärztliche oder psychologische Hilfe zwecks Gewichtsreduktion aufsuchen, mit etwa 15–30% relativ häufig (AWMF 2020). Im Gegensatz zur Magersucht und Bulimie, an der vornehmlich Frauen erkranken, ist das Geschlechterverhältnis Frau/Mann ca. 60%/40%. Es besteht ein direktes Verhältnis von Psychopathologie und dem Grad der Essstörung, weniger erscheint der psychopathologische Befund mit dem Ausmaß der Adipositas assoziiert zu sein (Hay u. Fairburn 1998).

Neben der BES gibt es zahlreiche Varianten pathologischen Essverhaltens. Zu erwähnen ist das so genannte „Grasen“ („Grazing“), bei dem die Patienten vornehmlich süße Nahrungsmittel über einen langen Zeitraum und nicht innerhalb einer kurzen Zeit zu sich nehmen.

Erwähnenswert ist aber auch das Night Eating Syndrome, welches schon 1955 zum ersten Mal beschrieben wurde und sich durch eine eher hypokalorische Ernährung während des Tages, Hyperphagie in den Nachtstunden und Schlafstörungen auszeichnet. So berichten die Patienten über ein nächtliches Erwachen mit anschließendem Drang zur Nahrungsaufnahme. Erst postprandial ist es ihnen möglich, wieder einzuschlafen (Colles u. Dixon 2006).

Unterschiedliche intra- wie interpersonelle Probleme führen nicht selten zu Störungen der Befindlichkeit, wobei eine hyperkalorische Ernährung, insbesondere von Süßigkeiten, Fastfood und ähnlichem nicht selten dem Versuch dient, dysphorische Stimmungen wenigstens passager zu neutralisieren. Affektregulationsstörungen können auch Ausdruck einer generellen Störung der Impulsivität im Sinne einer Impulskontrollstörung darstellen, wie sie vornehmlich bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen wie der affektiv instabilen (Borderline-) Persönlichkeitsstörung beschrieben wird. Tatsächlich findet man in der psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung komorbide Patientinnen, bei denen die Impulskontrollstörung zum Beispiel im Rahmen einer Binge Eating Störung eine maßgebliche Rolle in der Genese der Adipositas spielt. Gleichzeitig hat bei vielen dieser Patientinnen die Adipositas einen protektiven Charakter gegenüber der Sexualität.

Änderungsvorschlag:

Die Adipositas hat eine multifaktorielle Genese. Von daher sollen psychische Störungen, die das Essverhalten beeinflussen (z.B. Binge Eating Störung, Night-Eating-Syndrom) oder auch Störungen, die mit einer gesteigerten Impulsivität einhergehen (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, ADHS) ausgeschlossen werden. Dies kann von Seiten des Hausarztes z.B. mittels Fragebögen oder klinischer Interviews erfolgen. Die Vermittlung entsprechender Kenntnisse kann z.B. im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erfolgen.

Bei Verdacht oder Vorliegen einer entsprechenden Störung ist eine fachärztliche oder psychologische Diagnostik notwendig, um den Pat. einer adäquaten Behandlung zuführen zu können.

Ärztliche bzw. psychologische Stellungnahmen im Rahmen des Antragsverfahrens zur Kostenübernahme einer adipositaschirurgischen Behandlung

Im Gegensatz zur WHO und zur Privaten Krankenversicherung (PKV) stuft die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Adipositas nicht als Krankheit ein, was zur Folge hat, dass eine konservative oder chirurgische Behandlung der Adipositas in Deutschland nicht unter den Regelleistungs-Katalog der GKV fällt, eine sogenannte Einzelfallentscheidung beinhaltet, von daher die Kostenübernahme der Behandlung individuell beantragt werden muss. In der Regel werden die Kostenübernahmeanträge dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur Begutachtung vorgelegt. Neben dem Antrag des Versicherten und Berichten der behandelnden Ärzte wird ein Gutachten oder zumindest eine Stellungnahme von Seiten eines Arztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, bzw. Psychiatrie und Psychotherapie oder eines psychologischen Psychotherapeuten gefordert. Ein wesentliches Ziel der präoperativen Evaluation ist neben einer ausführlichen Anamnese die Abklärung der Motivation, des Wissens über den geplanten Eingriff, sowie der Erwartungen an den Eingriff. Gleichzeitig sollte die Evaluation die zu erwartende soziale Unterstützung ansprechen und einen Grundstein für die postoperative Compliance legen (de Zwaan et al. 2007). Die Legitimation einer solchen Begutachtung bzw. Stellungnahme basiert zum einen auf den häufigen komorbiden psychischen Störungen adipositas-chirurgischer Patienten (Dawes et al., 2016, Herpertz et al. 2006, Mitchell et al., 2014), zum anderen auf einer nicht unerheblichen Anzahl von Patienten, die postoperativ nicht nur im Hinblick auf das Gewicht, sondern auch bezüglich somatischer, psychischer und psychosozialer Parameter (z.B. Adhärenz gegenüber Nachsorgeuntersuchungen u.a. zur Detektion von Vitamin- und Mineralstoffmangelzuständen) bis hin zur Lebensqualität einen allenfalls suboptimalen Verlauf zeigen (Mechanick et al., 2013, Sjostrom et al. 2007).

Änderungsvorschlag:

Während der präoperativen Diagnostik sollen auch psychische Störungen berücksichtigt werden. Von daher sollen Pat. mit der Indikation einer Adipositas-Chirurgie einem Arzt/Ärztin für Psychiatrie bzw. Psychosomatische Medizin oder einem psychologischen Psychotherapeuten, -therapeutin zwecks einer entsprechenden diagnostischen Stellungnahme vorgestellt werden und bei Indikation einer psychischen Störung einer psychopharmakologischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung zugeführt werden.

Literaturverzeichnis

AWMF S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen, 2020

Baumeister H, Härter M. (2007) Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *Int J Obesity* 31:1-10.

Becker ES, Margraf J, Türke V, Soeder U, Neumer S. (2001) Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *Int J Obes* 25: 5-9.

Bouchard C., Pérusse L, Leblanc C, Tremblay A, Thériault G. (1988): Inheritance of the amount and distribution of human body fat. *Int J Obes* 12: 205-215.

Colles SL, Dixon JB. (2006) Night eating syndrome: impact on bariatric surgery. *Obes Surg.* 16: 811–820.

Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Mlake-Lye I, Beroes JM, Shekelle PG. (2016). Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *JAMA* 315: 150–163.

De Zwaan M, Wolf A, Herpertz S. (2007) Psychosomatische Aspekte der Adipositaschirurgie. *Deutsches Ärzteblatt* 104: 2577-2583

Hasler G, Lissek S, Ajdacic V, Milos G, Gamma A, Eich D, Rossler W, Angst J. (2005a): Major depression predicts an increase in long-term body weight variability in young adults. *Obes Res* 13 (11): 1991-1998

Hasler G, Pine DS, Kleinbaum DG, Gamma A, Luckenbaugh D, Ajdacic V, Eich D, Rossler W, Angst J. (2005b) Depressive symptoms during childhood and adult obesity: the Zurich Cohort Study. *Mol Psychiatry* 10: 842-50.

Hay P, Fairburn C. (1998) The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *Int J Ea. Disord* 7: 115-119.

Herpertz S, Burgmer R, Stang A, de Zwaan M, Wolf AM, Chen-Stute A, Hulisz, Jockel KH, Senf W. (2006) Prevalence of mental disorders in normal-weight and obese individuals with and without weight loss treatment in a German urban population. *J Psychosom Res* 1: 95–103.

McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S, Nelson EB, Keck PE, Nemeroff, C.B. (2004) Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *J Clin Psychiatry* 65: 634-51.

Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, Heinberg LJ, Kushner R, Adams TD, Shikora S, Dixon JB, Brethauer S. (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update. *Obesity* 21: 1-27.

Mitchell JE, King WC, Chen J-Y, Devlin MJ, Flum D, Garcia L, Inabet W, Pender JR, Kalarchian MA, Khandelwal S, Marcus MD, Schroppe B, Strain G, Wolfe B, Yanovski S. (2014) Course of depressive symptoms and treatment in the longitudinal assessment of bariatric surgery (LABS-2) study. *Obesity* 22: 1799–1806.

Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, Lystig T, Sullivan M, Bouchard C, Carlsson B, Bengtsson C, Dahlgren S, Gummesson A, Jacobson P, Karlsson J, Lindroos AK, Lonroth, Naslund I, Olbers T, Stenlof K, Torgerson J, Agren G, Carlsson LMS (2007) Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 357: 741–752.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf 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)**

Datum	09.08.2023
Stellungnahme von	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Die Versorgung von Menschen mit Adipositas kann zukünftig optimiert werden, indem komorbide psychische Störungen sowohl in Diagnostik und Therapie stärker berücksichtigt werden.

Auch wenn genetische Befunde auf eine stärkere „genetisch-biologische Kontrolle“ des Essverhaltens und des Körpergewichts hinweisen (Bouchard et al. 1988) sind etwa zehn bis vierzig Prozent der Varianz des Körpergewichts auf Bevölkerungsebene auf Umweltfaktoren wie Ernährung und körperliche Bewegung zurückzuführen. Verhaltensbezogene Faktoren sind sowohl im Kontext soziokultureller Rahmenbedingungen als auch auf dem Hintergrund der individuellen Sozialisation (individuelle Lerngeschichte) zu verstehen.

Essen erfüllt neben der Hungersättigung wichtige andere Funktionen, die sich zum Beispiel unter dem Begriff der Affektregulation zusammenfassen lassen. Bei diesen Menschen findet sich nicht selten eine Koppelung negativer emotionaler Zustände und Nahrungsaufnahme. Im Hinblick auf die Adipositas sind vornehmlich habitualisierte Handlungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme von Interesse, die letztendlich zum Zweck der Spannungsabfuhr und des zumindest temporären Aufschubs dysphorischer Gefühle sowohl qualitativ als auch quantitativ das Essverhalten beeinflussen und das Gleichgewicht von Energieaufnahme und -abgabe verändern. So ist Innerhalb des Gesamtkollektivs adipöser Menschen insbesondere in der klinischen Praxis eine Subgruppe von adipösen Menschen auszumachen, bei der psychische Probleme und Störungen zu einer Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens führen, deren Folge eine anhaltende positive Energiebilanz mit Übergewicht bzw. Adipositas ist. So zeigen adipöse Menschen eine höhere Prävalenz komorbider psychischer Störungen gegenüber normalgewichtigen Menschen (Becker et al. 2001, Baumeister und Härter 2007), wobei insbesondere depressive, Angst- und somatoforme Störungen die häufigsten Diagnosen darstellen.

Am Beispiel der Depression und der Binge Eating Störung läßt sich exemplarisch die Affektregulationsstörung als ein wichtiges pathogenetisches Prinzip der Adipositas und komorbider psychischer Störungen beschreiben.

Adipositas und Depression

Adipositas und insbesondere die atypische Depression weisen wichtige Gemeinsamkeiten auf wie Antriebsschwäche, Bewegungsarmut, pathologisches hyperkalorisches Essverhalten, Übergewicht und schließlich eine erhöhte Morbidität und Mortalität im Rahmen von kardiovaskulären Erkrankungen und Typ 2-Diabetes mellitus (McElroy et al. 2004). Prospektive Untersuchungen weisen die Depression im Kindesalter und Adoleszenz als Risikofaktor für die Entwicklung einer Adipositas im Erwachsenenalter aus (Hasler et al. 2005a, 2005b). Nicht zu unterschätzen bei der Komorbidität von Adipositas und Depression ist die gewichtssteigernde Wirkung vieler Psychopharmaka, unter anderem auch Antidepressiva.

Binge Eating Störung

Als eine Extremvariante gestörten Essverhaltens wurde in den letzten Jahren die Binge Eating Störung (BES) beschrieben, die 2013 Eingang in das amerikanische psychiatrische Klassifikationssystem (DSM-V) fand und auch im ICD-11 als eigenständige Essstörung zu finden ist.

Während die BES in der Allgemeinbevölkerung mit einer Prävalenz von ein bis drei Prozent ähnlich häufig auftritt wie die Bulimie, ist sie in Stichproben von adipösen Menschen, die unter ihrem Übergewicht leiden und ärztliche oder psychologische Hilfe zwecks Gewichtsreduktion aufsuchen, mit etwa 15–30% relativ häufig (AWMF 2020). Im Gegensatz zur Magersucht und Bulimie, an der vornehmlich Frauen erkranken, ist das Geschlechterverhältnis Frau/Mann ca. 60%/40%. Es besteht ein direktes Verhältnis von Psychopathologie und dem Grad der Essstörung, weniger erscheint der psychopathologische Befund mit dem Ausmaß der Adipositas assoziiert zu sein (Hay u. Fairburn 1998).

Neben der BES gibt es zahlreiche Varianten pathologischen Essverhaltens. Zu erwähnen ist das so genannte „Grasen“ („Grazing“), bei dem die Patienten vornehmlich süße Nahrungsmittel über einen langen Zeitraum und nicht innerhalb einer kurzen Zeit zu sich nehmen.

Erwähnenswert ist aber auch das Night Eating Syndrome, welches schon 1955 zum ersten Mal beschrieben wurde und sich durch eine eher hypokalorische Ernährung während des Tages, Hyperphagie in den Nachtstunden und Schlafstörungen auszeichnet. So berichten die Patienten über ein nächtliches Erwachen mit anschließendem Drang zur Nahrungsaufnahme. Erst postprandial ist es ihnen möglich, wieder einzuschlafen (Colles u. Dixon 2006).

Unterschiedliche intra- wie interpersonelle Probleme führen nicht selten zu Störungen der Befindlichkeit, wobei eine hyperkalorische Ernährung, insbesondere von Süßigkeiten, Fastfood und ähnlichem nicht selten dem Versuch dient, dysphorische Stimmungen wenigstens passager zu neutralisieren. Affektregulationsstörungen können auch Ausdruck einer generellen Störung der Impulsivität im Sinne einer Impulskontrollstörung darstellen, wie sie vornehmlich bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen wie der affektiv instabilen (Borderline-) Persönlichkeitsstörung beschrieben wird. Tatsächlich findet man in der psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung komorbide Patientinnen, bei denen die Impulskontrollstörung zum Beispiel im Rahmen einer Binge Eating Störung eine maßgebliche Rolle in der Genese der Adipositas spielt. Gleichzeitig hat bei vielen dieser Patientinnen die Adipositas einen protektiven Charakter gegenüber der Sexualität.

Änderungsvorschlag:

Die Adipositas hat eine multifaktorielle Genese. Von daher sollen psychische Störungen, die das Essverhalten beeinflussen (z.B. Binge Eating Störung, Night-Eating-Syndrom) oder auch Störungen, die mit einer gesteigerten Impulsivität einhergehen (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, ADHS) ausgeschlossen werden. Dies kann von Seiten des Hausarztes z.B. mittels Fragebögen oder klinischer Interviews erfolgen. Die Vermittlung entsprechender Kenntnisse kann z.B. im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erfolgen.

Bei Verdacht oder Vorliegen einer entsprechenden Störung ist eine fachärztliche oder psychologische Diagnostik notwendig, um den Pat. einer adäquaten Behandlung zuführen zu können.

Ärztliche bzw. psychologische Stellungnahmen im Rahmen des Antragsverfahrens zur Kostenübernahme einer adipositaschirurgischen Behandlung

Im Gegensatz zur WHO und zur Privaten Krankenversicherung (PKV) stuft die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Adipositas nicht als Krankheit ein, was zur Folge hat, dass eine konservative oder chirurgische Behandlung der Adipositas in Deutschland nicht unter den Regelleistungs-Katalog der GKV fällt, eine sogenannte Einzelfallentscheidung beinhaltet, von daher die Kostenübernahme der Behandlung individuell beantragt werden muss. In der Regel werden die Kostenübernahmeanträge dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur Begutachtung vorgelegt. Neben dem Antrag des Versicherten und Berichten der behandelnden Ärzte wird ein Gutachten oder zumindest eine Stellungnahme von Seiten eines Arztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, bzw. Psychiatrie und Psychotherapie oder eines psychologischen Psychotherapeuten gefordert. Ein wesentliches Ziel der präoperativen Evaluation ist neben einer ausführlichen Anamnese die Abklärung der Motivation, des Wissens über den geplanten Eingriff, sowie der Erwartungen an den Eingriff. Gleichzeitig sollte die Evaluation die zu erwartende soziale Unterstützung ansprechen und einen Grundstein für die postoperative Compliance legen (de Zwaan et al. 2007). Die Legitimation einer solchen Begutachtung bzw. Stellungnahme basiert zum einen auf den häufigen komorbiden psychischen Störungen adipositas-chirurgischer Patienten (Dawes et al., 2016, Herpertz et al. 2006, Mitchell et al., 2014), zum anderen auf einer nicht unerheblichen Anzahl von Patienten, die postoperativ nicht nur im Hinblick auf das Gewicht, sondern auch bezüglich somatischer, psychischer und psychosozialer Parameter (z.B. Adhärenz gegenüber Nachsorgeuntersuchungen u.a. zur Detektion von Vitamin- und Mineralstoffmangelzuständen) bis hin zur Lebensqualität einen allenfalls suboptimalen Verlauf zeigen (Mechanick et al., 2013, Sjostrom et al. 2007).

Änderungsvorschlag:

Während der präoperativen Diagnostik sollen auch psychische Störungen berücksichtigt werden. Von daher sollen Pat. mit der Indikation einer Adipositas-Chirurgie einem Arzt/Ärztin für Psychiatrie bzw. Psychosomatische Medizin oder einem psychologischen Psychotherapeuten, -therapeutin zwecks einer entsprechenden diagnostischen Stellungnahme vorgestellt werden und bei Indikation einer psychischen Störung einer psychopharmakologischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung zugeführt werden.

Literaturverzeichnis

AWMF S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen, 2020

Baumeister H, Härter M. (2007) Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *Int J Obesity* 31:1-10.

Becker ES, Margraf J, Türke V, Soeder U, Neumer S. (2001) Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *Int J Obes* 25: 5-9.

Bouchard C., Pérusse L, Leblanc C, Tremblay A, Thériault G. (1988): Inheritance of the amount and distribution of human body fat. *Int J Obes* 12: 205-215.

Colles SL, Dixon JB. (2006) Night eating syndrome: impact on bariatric surgery. *Obes Surg.* 16: 811–820.

Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, Shekelle PG. (2016). Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *JAMA* 315: 150–163.

De Zwaan M, Wolf A, Herpertz S. (2007) Psychosomatische Aspekte der Adipositaschirurgie. *Deutsches Ärzteblatt* 104: 2577-2583

Hasler G, Lissek S, Ajdacic V, Milos G, Gamma A, Eich D, Rossler W, Angst J. (2005a): Major depression predicts an increase in long-term body weight variability in young adults. *Obes Res* 13 (11): 1991-1998

Hasler G, Pine DS, Kleinbaum DG, Gamma A, Luckenbaugh D, Ajdacic V, Eich D, Rossler W, Angst J. (2005b) Depressive symptoms during childhood and adult obesity: the Zurich Cohort Study. *Mol Psychiatry* 10: 842-50.

Hay P, Fairburn C. (1998) The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *Int J Ea. Disord* 7: 115-119.

Herpertz S, Burgmer R, Stang A, de Zwaan M, Wolf AM, Chen-Stute A, Hulisz, Jockel KH, Senf W. (2006) Prevalence of mental disorders in normal-weight and obese individuals with and without weight loss treatment in a German urban population. *J Psychosom Res* 1: 95–103.

McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S, Nelson EB, Keck PE, Nemeroff, C.B. (2004) Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *J Clin Psychiatry* 65: 634-51.

Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, Heinberg LJ, Kushner R, Adams TD, Shikora S, Dixon JB, Brethauer S. (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update. *Obesity* 21: 1-27.

Mitchell JE, King WC, Chen J-Y, Devlin MJ, Flum D, Garcia L, Inabet W, Pender JR, Kalarchian MA, Khandelwal S, Marcus MD, Schroppe B, Strain G, Wolfe B, Yanovski S. (2014) Course of depressive symptoms and treatment in the longitudinal assessment of bariatric surgery (LABS-2) study. *Obesity* 22: 1799–1806.

Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, Lystig T, Sullivan M, Bouchard C, Carlsson B, Bengtsson C, Dahlgren S, Gummesson A, Jacobson P, Karlsson J, Lindroos AK, Lonroth, Naslund I, Olbers T, Stenlof K, Torgerson J, Agren G, Carlsson LMS (2007) Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 357: 741–752.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen 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)

Datum	21.08.2023
Stellungnahme von	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD)

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>Der VDBD begrüßt die Entwicklung eines strukturierten Behandlungsprogramms für Adipositas, damit Betroffene qualitätsgesichert, leitliniengerecht, multimodal und multiprofessionell versorgt werden.</p> <p>Insbesondere begrüßen wir, dass die multimodale Schulung als zentrale Maßnahme der Therapie im DMP Adipositas verankert wird. Zeitgemäße Patientenschulung geht über die Wissensvermittlung hinaus und fokussiert auf ein Empowerment der Patientinnen und Patienten mit dem Ziel die Lebensqualität durch ein nachhaltiges Selbstmanagement der chronischen Erkrankung zu steigern und die Krankheitslast zu mindern.</p> <p>Daher halten wir es für notwendig, die Qualifikation der schulenden Leistungserbringer zusätzlich zu §4 der DMP A-RL zu konkretisieren.</p> <p>Ebenfalls vorausschicken möchten wir als grundsätzliche Anmerkung, dass die psychosozialen Aspekte der Adipositas im DMP eine stärkere Berücksichtigung finden sollten. Dies gilt in besonderem Maße für die Vorbereitung und Nachsorge bei einer bariatrischen Operation, da „Essen“ als maladaptive Coping-Strategie nicht chirurgisch entfernt werden kann.</p>

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung:	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
1.2 Zeilen 52-53	Zustimmung zur Position KBV Begründung: Der BMI berücksichtigt weder Alter und Geschlecht noch sportliche Aktivitäten und das Fett-Muskelverhältnis. Aufgrund dieser Einschränkungen sollte der BMI im Kontext der individuellen Risikofaktoren und Komorbiditäten betrachtet werden [1].
1.3.2 Standarddiagnostik Zeile 61	Zustimmung zur Position KBV, DKG, PatV: Begründung: Unabhängig vom BMI ist ein Bauchumfang über 102 cm bei Männern und über 88 cm bei Frauen mit einer Zunahme des Mortalitätsrisikos um ungefähr 30% bei den beiden Geschlechtern verbunden. Bei Frauen ist der Bauchumfang beispielsweise ein besserer Prädiktor für Diabetes als der BMI [2].
1.3 Therapieziele Zeile 87	Zustimmung zur Position DKG, PatV Begründung: Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Voraussetzung für das Selbstmanagement einer chronischen Erkrankung bzw. das Gewichtsmanagement sowie für eine partizipative Entscheidungsfindung.
1.5.1 Basismaßnahmen Zeilen 130-131	Zustimmung zur Position DGK, PatV Begründung: Logik der Argumentation
1.5.2 Ernährung Zeilen 135-144	Durchgängig Zustimmung zu den Positionen KBV, DGK, PatV Begründung: Die Ausführungen zur Ernährungsumstellung sind aus Sicht der Ernährungsberatung alle relevant und sollten gelistet werden. Dies gilt auch für die Aussage zur individuellen Ernährungstherapie.
1.5.3 Bewegung Zeilen 145-151	Zustimmung zur Position GKV-SV Begründung: Für die Gewichtsabnahme ist eine Kombination aus Kraft- und Ausdauertraining wichtig. Dies sollte auch in der Einleitung zu diesem Punkt explizit hervorgehoben werden.

<p>1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie Zeile 168</p>	<p>Zustimmung zur Position KBV, PatV</p> <p>Begründung: Der Einsatz von Arzneimitteln zur Gewichtsreduktion als adjuvante Therapie zusätzlich zu Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltensinterventionen wird in den zukünftigen Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft auf der Basis der publizierten Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien und Meta-Analysen klar beschrieben werden [3]. Weitere Veränderungen bei den zugelassenen Gewichtsreduktionsarzneimitteln sind zu erwarten. Da zudem Arzneimitteln zur Gewichtsreduktion in den (sozialen) Medien aktuell große Aufmerksamkeit erhalten, sollten Patientinnen und Patienten in jedem Fall von medizinischem Fachpersonal über diese Therapieoption informiert werden.</p> <p>Ggf. sind die relevanten Substanzklassen aufzuführen.</p>
<p>1.5.6.1 1.5.6.2 Chirurgische Therapie Zeilen 170-173</p>	<p>Durchgängige Zustimmung zur Position KBV, PatV</p> <p>Begründung: Die Ausführungen berücksichtigen über die medizinischen Aspekte hinausgehend den Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung, die bei wichtigen Behandlungsentscheidungen besonders relevant ist [4]. Änderungsvorschlag: Darüber hinaus sollten auch über die Möglichkeiten der plastischen Chirurgie angesprochen werden zwecks Korrektur nach erheblichem Gewichtsverlust.</p>
<p>1.5.6.3 Chirurgische Therapie Zeile 174</p>	<p>Zustimmung zur Position DKG, PatV und Änderungsvorschlag: „Postoperativ sollten alle Patientinnen und Patienten hinsichtlich - des psychischen Gesundheitszustands - (...) regelmäßig lebenslang nachuntersucht werden.</p> <p>s. auch Änderungsvorschlag unter 4.2 Schulungen der Versicherten</p> <p>Begründung: Die randomisierte kontrollierte Bariatric Surgery and Education (BaSE) Study konnte zeigen, dass die psychoedukative Nachsorge nach der Operation wirksam die depressive Symptomatik reduziert und Selbstwirksamkeit der Patienten verbessert. Psychotherapeutische Interventionen nach Adipositaschirurgie sollten an den Bedarf der Patienten angepasst werden und auch das Essverhalten im Fokus behalten [5].</p>

<p>1.6 Komorbiditäten Zeilen 176-177</p>	<p>Zustimmung Position KBV Begründung: ergibt sich folgerichtig aus 1.2</p>
<p>1.7 Verlaufsunter- suchungen Zeile 185</p>	<p>Zustimmung zur Position KBV, DKG, PatV Begründung: ergibt sich folgerichtig aus 1.3.2</p>
<p>1.8 Koordinierende Ärztin/Arzt Zeilen 208-212</p>	<p>Durchgängige Zustimmung zur Position KBV Begründung: Die Einbeziehung von an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärztinnen bzw. Fachärzten kann angesichts des Fachkräftemangels insbesondere in den ländlichen Regionen einer verbesserten Versorgung dienen.</p>
<p>1.9 Geeignete digitale medizinische Anwendungen Zeilen 279-280</p>	<p>Zustimmung zur Position DKG Begründung: DIMAs können eine strukturierte Patientenschulung nicht ersetzen, können aber ggf. ein sinnvolles Add-on sein [6].</p>
<p>2. Qualitätssichernde Maßnahmen Lfd. Nr. 9 Qualitätsindikator zum Qualitätsziel Schulungen</p>	<p>Änderungsvorschlag: Streichung des Satzes „Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP-Schulung ungeschult sind“, sodass der Qualitätsindikator lautet: „Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Adipositas-Schulung teilgenommen haben.“ Begründung: Es ist nicht nachvollziehbar, was mit der pauschalen Ausschlussklausel gemeint ist und um welche Schulungen es sich im Vorfeld der Einschreibung in das DMP Adipositas handelt. Sind strukturierte Programme wie Doc Weight oder strukturierte Diabeteschulungen oder Präventionskurse gemeint? Zudem: Würde diese Ausschlussklausel nicht den Ansatz des DMP Adipositas konterkarieren, der die multimodale Schulung als zentrale Maßnahme der Therapie definiert?</p>
<p>4.1 Schulungen der Leistungserbringer Zeilen 312-313</p>	<p>Änderungsvorschlag: Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in §4 dieser Richtlinie geregelt. Darüber hinaus sollen schulende Leistungserbringer Schulungskompetenz bezüglich der Ernährung, Bewegung und psychosozialer Aspekte eine entsprechende Qualifikation nachweisen.</p>

	<p>Begründung: Die multimodale Schulung wird als zentrale Maßnahme der Therapie im DMP Adipositas verankert und erfordert entsprechende Qualifikationen.</p>
<p>4.2 Schulungen der Versicherten Zeile 316</p>	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Strukturierte multimodale Schulungsprogramme für adipöse Patientinnen und Patienten sind Angebote, die mindestens auf zwölf Monate angelegt sind und auf Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie psycho-soziale Aspekte (z.B. soziale Rahmenbedingungen, Motivation und Coping-Strategien) ausgerichtet sind. Ziel ist eine Gewichtsreduktion und anschließende Gewichtsstabilisierung sowie adaptierte Bewältigungsstrategien und damit eine Verbesserung der Lebensqualität. Multimodale Schulungsprogramme sind eine wesentliche Grundlage für das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten.</p> <p>Darüber hinaus sollte im Vorfeld einer chirurgischen Therapie eine strukturierte Schulung spezifisch zur bariatrischen Operation und deren Konsequenzen erfolgen. Hierfür könnte das „Bariatrische Multimodale Informationsprogramm“ (BDEM/VDD) als Vorbild dienen, das sicherlich einer Aktualisierung bedarf. Ebenso wünschenswert ist ein strukturiertes und evidenzbasiertes Nachsorgekonzept.</p> <p>Begründung: Die Adipositas-Erkrankung bedarf einer lebenslangen Begleitung und einer mindestens zwölfmonatigen Schulung, um die Lebensstiländerungen adäquat zu begleiten.</p> <p>Der operative Eingriff selbst behebt nicht maladaptive Bewältigungsstrategien.</p> <p>Und wie bereits ausgeführt: Die randomisierte kontrollierte Bariatric Surgery and Education (BaSE) Study konnte zeigen, dass die psychoedukative Nachsorge nach der Operation wirksam die depressive Symptomatik reduziert und Selbstwirksamkeit der Patienten verbessert. Psychotherapeutische Interventionen nach Adipositaschirurgie sollten an den Bedarf der Patienten angepasst werden und auch das Essverhalten im Fokus behalten [5].</p>
<p>4.2 Schulungen der Versicherten Zeile 319</p>	<p>Zustimmung zur Position DKG, PatV</p> <p>Begründung: Die Adipositas-Erkrankung bedarf einer lebenslangen Begleitung und daher sollte zumindest eine Zweitschulung ermöglicht werden.</p>
<p>Anlage 24 Dokumentation Adipositas Lfd. Nr. 10</p>	<p>Zustimmung zur Position KBV, DKG, PatV</p> <p>Begründung. Das Monitoring, ob bei bestehender Vorstufe zu Diabetes mellitus Typ 2 sich ein Diabetes Typ 2 manifestiert, würde ein wichtiger Indikator für den Erfolg des DMP Adipositas und seiner Maßnahmen sein.</p>

Literaturverzeichnis

- [1] Sharma, A., Kushner, R. A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes* 33, 289–295 (2009). <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.2>
- [2] Kautzky-Willer, A., Leutner M., Abrahamian, H., Frühwald, L., Hoppichler, F., Lechleitner, M., Harreiter, J. (2023). Geschlechtsspezifische Aspekte bei Prädiabetes und Diabetes mellitus – klinische Empfehlungen (Update 2023). *Wien Klin Wochenschr* (2023) 135 (Suppl 1): 275–285. <https://doi.org/10.1007/s00508-023-02185-5>
- [3] Engeli, S (2023). Arzneimittel zur Gewichtsreduktion – aktueller Stand in Deutschland. *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 2023; 17(02): 63-64. <https://doi.org/10.1055/a-2059-9079>
- [4] Lange, K. (2019). Bewältigung und Umgang mit chronischen Krankheiten. In: Haring, R. (eds) *Gesundheitswissenschaften. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit* . Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_30
- [5] Wild, B., Hünne Meyer, K., Sauer, H. et al. (20217). Psychotherapeutische Interventionen nach Adipositaschirurgie. *Psychotherapeut* 62, 222–229 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0192-x>
- [6] DDG, BVND, VDBD, DGKED (2023). Schriftliche Stellungnahme vom 05.06.2023 zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL): Änderung von §4, Videoschulung.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen 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)**

Datum	24.08.2023
Stellungnahme von	BVMed Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung	
<p>Der BVMed sieht den vorliegenden Entwurf des DMP Adipositas als nicht geeignet an, die vom Bundestag in der Nationalen Diabetesstrategie (2020) adressierten Versorgungslücken in der Therapie der Adipositas zu schließen. Vielmehr bleibt zu konstatieren, dass die vom IQWiG ermittelten Leitlinienempfehlungen, die dies ermöglicht hätten, im vorliegenden Beschlussentwurf überwiegend unberücksichtigt bleiben. Dies erstaunt umso mehr, da im Beschlussentwurf für die Adipositaschirurgie ein gestufter Therapieansatz vorausgesetzt wird (Proklamation der Ultima ratio), die dafür notwendigen Leistungen aber aufgrund des fehlenden Status als Regelleistung kein Bestandteil des DMP darstellen. Damit wird offenbar, dass die Anerkennung von Adipositas als Erkrankung im krankenversicherungsrechtlichen Sinne (BSG 2003, 2022) noch immer nicht in dem Maße etabliert ist, dass dem auch eine Konsequenz in der Behandlung der Erkrankung und dem Zugang zu Leistungen entsprechend dem Sachleistungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung folgt.</p> <p>Der BVMed sieht den G-BA in der Verantwortung, hier eine Konsistenz zwischen Leistungsvoraussetzungen und Leistungszugang herzustellen. Hierbei gilt die Grundsatzannahme, dass evidenzbasierte Leistungen als Regelleistungen anerkannt werden müssen und Leistungen ohne ausreichende Evidenz nicht als Voraussetzung für die Inanspruchnahme weiterer Leistungen definiert werden dürfen. Die Verantwortung des G-BA ergibt sich aus seiner Beobachtungspflicht gem. 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerfO und der kontinuierlichen Rechtsauslegung des Bundessozialgerichtes (BSG, 6.5.2009 - B 6 A 1/08 R, BSGE 103, 106, Rn. 62; BSG, 26. 09.2006, Az. B 1 KR 3/06 R, Rn. 26). Insbesondere betrifft dies die konservativen Therapiemodule, die Patient:innen mit potentieller Indikation einer bariatrischen Operation (BMI ≥ 35 kg/m²+ Komorbidität bzw. BMI ≥ 40 kg/m²) präoperativ als Therapieversuch durchlaufen sollen und als Voraussetzung des operativen Eingriffs gelten. Aber auch die postoperativen Leistungen zur Sicherung des Therapieerfolgs und Vermeidung von Patientenschaden durch Nährstoffdefizite aufgrund der starken Gewichtsreduktion sind sicherzustellen. Damit würden auch die widersprüchlichen Forderungen des MD Bund im Begutachtungseleitfaden „Adipositas-Chirurgie (Bariatrische und Metabolische Chirurgie) bei Erwachsenen – Prüfung der sozialmedizinischen Voraussetzungen“¹³ behoben werden. Hier werden präoperative Voraussetzungen sowie Anforderungen an eine lebenslange, post-operative Langzeittherapie definiert, die keine Regelleistung der GKV bzw. nicht evidenzbasiert sind.³ Der BVMed fordert den G-BA zur Prüfung auf.</p>	
<p>Des Weiteren bezieht der BVMed Stellung zur unzureichenden Berücksichtigung von digitalen Angeboten im Beschlussentwurf des DMP Adipositas. Gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V prüft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei der Erstfassung einer Richtlinie die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen. Allerdings gehen die Ansprüche des G-BA, die sich im vorliegenden Beschlussentwurf in der Position des GKV-SV widerspiegeln, weit über die Zulassung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGa) durch das für die Zulassung zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hinaus. Sowohl Oviva wie auch Zanadio sind dauerhaft gelistete DiGa, die bei Adipositas verordnet werden können. Der BVMed fordert eine verbindliche Anerkennung des vom BfArM verliehenen Status für DiGa durch den G-BA und seine Trägerorganisationen, verbunden mit der konsequenten Berücksichtigung der vorhandenen DiGa in strukturierten Behandlungsprogrammen.</p>	

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe	Stellungnahme mit Begründung:

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Einschlusskriterien der dissidenten Positionen des Beschlussentwurfes orientieren sich allein am BMI bzw. am BMI in Verbindung mit Komorbiditäten ▪ Zudem stellt der GKV-SV in den Tragenden Gründen in Frage, ob Adipositas ein eigenständiges, chronisches Krankheitsbild oder lediglich ein Risikofaktor ist und ob daher die Voraussetzung eines DMP im Sinne von § 137f SGB V erfüllt sind. Das BSG stellte bereits 2003 (BSG, 19.02.2003 - B 1 KR 37/01 R) fest: <i>„Ob dabei das krankhaft erhöhte Körpergewicht ein Risikofaktor für das Erleiden anderer schwer wiegender Erkrankungen oder "lediglich" ein Promotor oder Risikofaktor für die Entstehung weiterer Risikofaktoren ist (so Martin, DÄ 1997, A-601), ist für die rechtliche Bewertung ohne Belang. Eine Therapieindikation besteht erst recht, wenn im konkreten Fall bereits Folgeerkrankungen aufgetreten sind, wie dies die behandelnden Ärzte bei der Klägerin festgestellt haben. Erfordert die Adipositas eine ärztliche Behandlung, so belegt das zugleich die Regelwidrigkeit des bestehenden Zustandes und damit das Vorliegen einer Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne.“</i>⁴¹ Diese Perspektive nahm derselbe Senat in seinem Urteil aus dem Jahr 2022 ein (BSG, 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R). Daher sieht der BVMed die Voraussetzungen des § 137f SGB V als erfüllt an. Um aber einer vorschnellen Pathologisierung schwerer Menschen vorzubeugen, befürwortet der BVMed die Position der KBV bei der Verknüpfung mit einer relevanten Komorbidität bei einem BMI < 35 kg/m². ▪ In Hinblick auf die Therapie der Adipositas führt ein erfolgreicher adipositaschirurgischer Eingriff zu einer Senkung des BMI sowie der Remission einschussbedingter Komorbiditäten und damit ggf. zur Unterschreitung der im Beschlussentwurf definierten Einschlusskriterien. ▪ Die Notwendigkeit einer lebenslangen Nachsorge nach chirurgischer Therapie wird in Abschnitt 1.5.6.3 des Beschlussentwurfs jedoch beschrieben, ebenso wie die diesbezüglich lückenhafte Regelversorgung. Außerhalb des DMP ist die postoperative Langzeittherapie nicht regelhaft sichergestellt. <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 1.2 (ZE53):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Als krankheitsbezogenes Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gelten [...]“ „Abweichend von den krankheitsbezogenen Einschlusskriterien können Patient:innen nach einem erfolgten adipositaschirurgischen Eingriff nach Nummer 1.5.6. zur Langzeitbetreuung in das DMP Adipositas eingeschrieben werden.“
<p>1.5.2 Ernährung</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Digitale Tools bieten bei einer Ernährungsumstellung die Möglichkeit der personalisierten Begleitung und geben durch die permanente Verfügbarkeit von Information Hilfestellungen und bieten eine Grundlage zur strukturierten Verhaltenserfassung. ▪ Änderungsvorschlag (Rd. Nr. 140): „Für eine Ernährungsumstellung bieten sich verschiedene, ggf. kombinierbare Möglichkeiten an. [...] Zur Erfassung der Energie- und

	<p>Nährstoffzufuhr oder zur Begleitung einer Ernährungsumstellung und zur Förderung von Bewegung soll auf die Hilfestellung durch anerkannte digitale Anwendungen hingewiesen werden.“</p>
<p>1.5.6 Chirurgische Therapie: Indikationsstellung zur bariatrisch-metabolischen OP</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In den dissenten Positionen des Beschlussentwurfes wird von GKV-SV und KBV lediglich beschrieben, unter welchen Bedingungen eine chirurgische Therapie nach Ausschöpfen der konservativen Behandlungsmöglichkeiten erwogen werden kann. ▪ Entsprechend des Urteils des Bundessozialgerichtes (BSG) aus dem Jahr 2022 (BSG, 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R) erkennt dieses jedoch an, dass die chirurgische Therapie im Einklang zum allgemeinen Qualitätsgebot steht und zuvor nicht sämtliche andere Therapieoptionen ausgeschöpft worden sein müssen. ▪ Ausreichend zur Indikationsstellung sei, <i>"wenn unter Berücksichtigung des gesicherten Standes der medizinischen Erkenntnisse und unter Abwägung von Nutzen und Risiken ausgehend von den Behandlungszielen im konkreten Behandlungsfall von einem chirurgischen Eingriff ein deutlich größerer Nutzen für den gesundheitlichen Zustand des Patienten insgesamt zu erwarten ist"</i>.² ▪ Zudem führt Huster (2022) aus, dass Leistungen der bariatrischen Chirurgie zu den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zählen und dass es lediglich auf die Einhaltung der Leistungsvoraussetzungen im Einzelfall ankommt.³ Diese sind dem dynamischen Maßstab aus § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V entsprechend, aus den medizinischen Leitlinien abzuleiten. Die S3-Leitlinie zur Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen weist einen starken Expertenkonsens für eine Primärindikation bei einem BMI $\geq 50 \text{ kg/m}^2$.^{4,5} In Übereinstimmung mit der einschlägigen Rechtsprechung schließt sich der BVMed bezüglich Punkt 1.5.6 der Position der (Deutschen Krankenhausgesellschaft) DKG an. <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 1.5.6:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Beschlussentwurf sollte die Primärindikation für eine chirurgische Therapie ohne einen vorherigen konservativen Therapieversuch verankert werden. Als Richtwert kann ein BMI $\geq 50 \text{ kg/m}^2$, wie er in der Leitliniensynopse des IQWiG aufgeführt ist, herangezogen werden. ▪ „ Bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen für einen adipositaschirurgischen Eingriff kann bei Patientinnen oder Patienten mit einem BMI $\geq 50 \text{ kg/m}^2$ oder mit besonderer Schwere bestehender Komorbiditäten, die keine zeitliche Verzögerung erlauben, die Primärindikation gestellt werden.“
<p>1.5.6 Chirurgische Therapie: Individuelle Kosten-Nutzen- und Risikoabwägung als Grundlage der Therapieentscheidung</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Beschlussentwurf wird allein von der DKG vorausgesetzt, dass die Therapieentscheidung zur chirurgischen Therapie gemeinsam mit der/dem Patient:in/en im Rahmen einer differenzierten Therapieplanung auf Basis einer individuellen Kosten-Nutzen- und Risikoabwägung stattfinden muss.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dabei ergibt sich eine allgemeine Klarstellung aus dem BSG-Urteil (BSG, 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R): Entsprechend des BSG ist es ausreichend, wenn anstatt einer Ausschöpfung konservativer Therapiemethoden <i>„unter Berücksichtigung des gesicherten Standes der medizinischen Erkenntnisse und unter Abwägung von Nutzen und Risiken ausgehend von den Behandlungszielen im konkreten Behandlungsfall von einem chirurgischen Eingriff ein deutlich größerer Nutzen für den gesundheitlichen Zustand des Patienten insgesamt zu erwarten ist. Es kommt hierbei insbesondere auf die Erfolgsaussichten der nicht-invasiven Therapieoptionen, die voraussichtliche Dauer bis zu einem spürbaren Erfolg, das Ausmaß der bereits bestehenden Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas und die dadurch bedingte Dringlichkeit der Gewichtsreduktion an.“</i>² ▪ Der Abwägungsprozess des BSG-Urteils sollte im geeinten Beschlussentwurf entsprechend Berücksichtigung finden. ▪ Zudem sollten Patient:innen in Übereinstimmung mit den Leitlinien-Empfehlungen in Vorbereitung des Eingriffes nicht nur eine ärztliche Aufklärung zur Ernährungsumstellung, sondern eine von einer qualifizierten Ernährungsfachkraft durchgeführte präoperative Ernährungsberatung erhalten, um den Erfolg der Maßnahme zu sichern.^{5,6,7} <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 1.5.6:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahme eines verbindlichen Abwägungsprozesses zur Therapieentscheidung gemeinsam mit den Patient:innen in den geeinten Beschlussentwurf: <i>„Dabei ist in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten auf der Basis einer individuellen Nutzen - und Risikoabschätzung eine differenzierte Therapieplanung vorzunehmen.“</i> ▪ Schärfung der Festlegungen zur Ernährungsumstellung im Vorfeld des Eingriffes: <i>„Zur Vorbereitung auf die Operation hat eine auf den Eingriff ausgerichtete Ernährungstherapie zur notwendigen Ernährungsumstellung durch eine/n für die Behandlung und Therapie der Erkrankung qualifizierte Therapeut:innen oder qualifizierten Therapeuten, die/der neben den im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Qualifikationen, eine Therapieerfahrung in der Behandlung von Adipositas nachweist, zu erfolgen.“</i>
<p>1.5.6 Chirurgische Therapie: "ausgeschöpfte Therapie" RdNr. 170</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Terminus „Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten“ wird im Beschlussentwurf nicht definiert. Somit besteht die Gefahr, dass bariatrisch-metabolische Eingriffe weiterhin als "Ultima Ratio" angesehen werden, was im Widerspruch zur aktuellen Rechtsprechung des BSG (BSG, 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R) und zur Evidenz in Hinblick auf die bariatrisch-metabolische Therapie steht. ▪ Das BSG (2022) stellt in seiner Begründung klar, wie der Begriff der Ultima ratio als rechtlicher Aspekt der Erforderlichkeit i.S. von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu verstehen ist (RdNr. 21). Demnach müssen vor einem adipositaschirurgischen Eingriff nicht alle anderen

	<p>Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein. Stattdessen definiert das BSG die folgenden vier Kriterien für die Indikationsstellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Erfolgsaussichten der nicht-invasiven Therapieoptionen ○ die voraussichtliche Dauer bis zu einem spürbaren Erfolg ○ das Ausmaß der bereits bestehenden Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas ○ die dadurch bedingte Dringlichkeit der Gewichtsreduktion² <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 1.5.6:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klare Definition Festlegungen zum Terminus "Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten adäquat zum BSG-Urteil (2022): „Nach Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten bzw. nach Abwägen von <ul style="list-style-type: none"> ○ der Erfolgsaussichten der nicht-invasiven Therapieoptionen und ○ der voraussichtlichen Dauer bis zu einem spürbaren Erfolg und ○ dem Ausmaß der bereits bestehenden Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas und ○ der dadurch bedingten Dringlichkeit der Gewichtsreduktion ▪ Mit entsprechender Konsequenz in Hinblick auf das Ergebnis des vom BSG definierten und im Vorabschnitt dargelegten Abwägungsprozesses: „[...] soll eine chirurgische Therapie [...] erwogen werden.“
<p>1.5.6.3 Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie:</p> <p>Postoperative Langzeittherapie</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hochfrequente Laboruntersuchungen auf Mikronährstoffe bei Adipositas zur Nachsorge nach Adipositas-Chirurgie (LoR 1; GoR A) sind zwar im Regelleistungskatalog EBM, aber nicht in den Regelleistungsbudgets abgebildet. Dieses spiegelt sich auch im Innovationsfondsprojekt ACHT wider, dass u.a. ein postbariatrisches, leitliniengerechtes Laborschema abbildet und finanziert.^{8,9} Auch die notwendige Supplementation ist nicht umfassend als GKV-Leistung vorgesehen. Aufgrund dessen werden diese im dissenten Beschlussentwurf unter Punkt 1.5.6.3 von GKV-SV und KBV trotz bestehender Leitlinien-Empfehlung nicht benannt.^{4,5} ▪ Damit wird nicht nur das erreichte Therapieergebnis gefährdet, sondern die Patient:innen laufen darüber hinaus auch Gefahr, schwerwiegende gesundheitliche Komplikationen und damit einen Schaden zu erleiden, da Mangelzustände nicht rechtzeitig erkannt und Defizite nicht ausgeglichen werden können. Daraus resultieren Komplikationen u.a. in Hinblick auf den Knochenstoffwechsel oder neurologische Komplikationen.¹⁰ <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 1.5.6.3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der G-BA hat durch die gesetzliche Grundlage § 137f SGB V weit reichende Freiheiten bei der Gestaltung der DMP. Dieser Handlungsspielraum ermöglicht es dem G-BA, die Leistungen nach seinem Ermessen in einem DMP zu verankern. Daher sollten im geeinten Beschlussentwurf unter 1.5.6.3 sowohl die Laboruntersuchungen als auch die Versorgung mit Supplementen aufgenommen werden. Bei den

	<p>erforderlichen Laboruntersuchungen reicht eine Freistellung aus dem Laborbudget bei Zustand nach adipositaschirurgischen Eingriff aus.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Postoperativ sollten alle Patientinnen oder Patienten hinsichtlich <ul style="list-style-type: none"> ○ des Ernährungszustandes (Makro- und Mikronährstoffe) ○ [..] regelmäßig lebenslang nachuntersucht werden und entsprechend mit Supplementen (Makro- und Mikronährstoffe) versorgt werden.
<p>1.9 Geeignete digitale medizinische Anwendungen</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Digitale medizinischen Anwendungen haben den Vorteil, dass sie permanent als Informationsquelle und ggf. Anlaufstelle zur Verfügung stehen. Sie können vor allem beim lebenslangen Management der Erkrankung helfen und sollten daher ohne weitere Einschränkung bezüglich vorhandener Komorbiditäten vorgeschlagen werden. Der BVMed unterstützt im dissenten Beschlussentwurf daher die Position der Patientenvertretung. <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Es kann auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden.“</p>
<p>3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen:</p> <p>Einschluss von Patient:innen nach Bariatrischem Eingriff</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im dissenten Beschlussentwurf soll entsprechend der Position des GKV-SV insbesondere für Patient:innen nach chirurgischer Therapie der Adipositas geprüft werden, inwiefern sie weiterhin von einer Teilnahme am DMP profitieren. ▪ Die Notwendigkeit einer langfristigen postoperativen Therapie nach chirurgischer Therapie wurde bereits in Abschnitt 1.5.6.3 des Beschlussentwurfs beschrieben, ebenso wie die diesbezüglich lückenhafte Regelversorgung. Der Position des GKV-SV folgend, die die Eignung für den Einschluss als Abwägungsfall betrachtet, wäre eine postoperative Langzeittherapie nicht regelhaft sichergestellt. <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 3.2:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der geeinte Beschlussentwurf sollte die chirurgische Therapie der Adipositas mit der Notwendigkeit einer postoperativen Langzeittherapie als expliziten Einschlussgrund ausweisen.
<p>3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen:</p> <p>Gleichzeitige Einschreibung in das DMP Diabetes</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adipositas ist entsprechend der Einschlusskriterien unter Punkt 1.2 mit einer Reihe von Komorbiditäten assoziiert, u.a mit Diabetes Typ 2.¹¹ Bisher ist die Einschreibung in ein DMP nur für eine Erkrankung vorgesehen. Da das DMP Diabetes Typ 2 mit 4,4 Millionen eingeschriebenen Patient:innen das größte DMP darstellt¹², resultiert hieraus das Risiko eines Ausschlusses eines Teiles dieser Population aus dem DMP Adipositas – mit den Folgen einer weiterhin unstrukturierten Behandlung und der Progression der Erkrankung selbst sowie den vorhandenen Komorbiditäten. <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 3.2:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rd.Nr. 299: „Eine gleichzeitige Einschreibung in das DMP Diabetes ist möglich.“
4.2 Patientenschulungen	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Um jeder/m Patien:in/en Zugang zu einer Patientenschulung zu ermöglichen, bedarf es eines niedrighwelligen und flächendeckenden Angebotes. Möglich wird dies durch das Angebot von digitalen Patientenschulungen, die bei Bedarf auch – wie im dissenten Beschlussentwurf (Rd.Nr. 319) von Patientenvertretung und DKG gefordert – eine wiederholte Schulung ermöglichen und durch welche Informationen dauerhaft digital zum Nachschlagen bereitgestellt werden können. <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 4.2 (Rd.Nr. 319):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Schulungen sollten der/dem Patien:in/en in Abhängigkeit von Lebenssituation und Präferenzen in analoger und digitaler Form angeboten werden. Es sollte die Möglichkeit bestehen, diese bei Bedarf zu wiederholen.“

Literaturverzeichnis

- ¹ Bundessozialgericht, Urteil vom 19.02.2003 - B 1 KR 37/01 R.
<https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/3170?modul=esgb&id=3170>. Abgerufen am 14.08.2023.
- ² Bundessozialgericht, Urteil vom 22.06.2022, B 1 KR 19/21 R.
https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2022/2022_06_22_B_01_KR_19_21_R.html.
Abgerufen am 25.07.2023.
- ³ Huster S, Sharma A M, Otto M. Anspruch auf Leistungen der bariatrischen Chirurgie – Rechtsfragen und ethische Aspekte – Teil 2, KrV 2022, S. 177 – 186.
- ⁴ Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen, Version 2.0, 31.12.2022 (in Überarbeitung), verfügbar unter:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/088-001>. Abgerufen am 25.07.2023.
- ⁵ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Hrsg. im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, Leitlinien-Synopse Adipositas Erwachsene, Version 1.0, Stand 18.08.2022, verfügbar unter:
<https://www.iqwig.de/projekte/v21-05.html>. Abgerufen am 25.07.2023.
- ⁶ O’Kane M, Parretti HM, Pinkney J et al. British Obesity and Metabolic Surgery Society Guidelines on perioperative and postoperative biochemical monitoring and micronutrient replacement for patients undergoing bariatric surgery-2020 update. *Obes Rev.* 2020 Nov;21(11):e13087. doi: 10.1111/obr.13087. Epub 2020 Aug 2. PMID: 32743907; PMCID: PMC7583474.
- ⁷ Di Lorenzo N, Antoniou SA, Batterham RL et al. Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP. *Surg Endosc.* 2020 Jun;34(6):2332-2358. doi: 10.1007/s00464-020-07555-y. Epub 2020 Apr 23. PMID: 32328827; PMCID: PMC7214495.
- ⁸ ACHT – Adipositas Care & Health Therapy zur strukturierten, sektorenübergreifenden Versorgung nach bariatrisch-metabolischer Operation, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/acht-adipositas-care-health-therapy-zur-strukturierten-sektoreneuebergreifenden-versorgung-nach-bariatrisch-metabolischer-operation.275>. Abgerufen am 18.8.2023
- ⁹ ACHT Adipositas Care & Health Therapy, <https://acht-nachsorge.de/>. Abgerufen am 18.08.2023.
- ¹⁰ Klein S, Krupka S, Behrendt S et al. Weißbuch Adipositas. Versorgungssituation in Deutschland. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2016.
- ¹¹ Schmidt C, Reitzle L, Paprott R et al. Diabetes mellitus und Begleiterkrankungen – Querschnittstudie mit Kontrollgruppe anhand vertragsärztlicher Abrechnungsdaten
Journal of Health Monitoring · 2021 6(2) DOI 10.25646/8326 Robert Koch-Institut, Berlin.
- ¹² Bundesamt für Soziale Sicherung. Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung. Stand Januar 2023.
[https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/#:~:text=Die%20absolute%20Zahl%20an%20Zulassungen,4%2C4%20Millionen%20Versicherte%20teilnehmen](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/#:~:text=Die%20absolute%20Zahl%20an%20Zulassungen,4%2C4%20Millionen%20Versicherte%20teilnehmen.). Abgerufen am 14.08.2023.
- ¹³ Medizinischer Dienst Bund. Begutachtungsleitfaden „Adipositas-Chirurgie (Bariatrische und Metabolische Chirurgie) bei Erwachsenen – Prüfung der sozialmedizinischen Voraussetzungen“, Essen 2017. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGL_Adipositas_Chirurgie_Stand_2017-10-06_fv.pdf Abgerufen am 21.0.8.2023.



**Schriftliche 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)**

Datum	25.08.2023
Stellungnahme von	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Adipositas ist eine chronisch fortschreitende Erkrankung, die etwa jeden vierten Erwachsenen und damit circa 15 Millionen Menschen in Deutschland betrifft. Sie ist aufgrund der zahlreichen Folge- und Begleiterkrankungen die wichtigste Ursache für Lebensjahre mit Gesundheitseinschränkungen und eine reduzierte Lebenserwartung.

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) die Erarbeitung eines DMP Adipositas beauftragt und eine interdisziplinäre, leitliniengerechte Versorgung eingefordert. Hierzu zitieren wir einleitend aus der Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung¹ vom 19.02.2021:

„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. (...)“

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. (...) 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.“

An diesem gesetzlichen Auftrag muss sich das DMP Adipositas messen lassen.

Die Ernährungstherapie, die Bewegungstherapie, die Verhaltensmodifikation, die begleitende Arzneimitteltherapie, chirurgische und endoskopische Verfahren, sowie die Nachsorge nach einer chirurgischen Therapie sind leitliniengerechte Bestandteile einer multiprofessionellen Adipositasbehandlung.²

Im Gegensatz zu vielen anderen Krankheiten, bei denen die erforderlichen Therapiebestandteile bereits leistungsrechtlich abgedeckt werden, so dass ein DMP lediglich den entsprechenden Rahmen setzen und den Pfad der Patienten durch das Gesundheitswesen definieren muss, sind diese Voraussetzungen im Fall von Adipositas nicht gegeben.

In der Konsequenz muss der Patientenpfad lückenhaft bleiben oder mit einer Reihe von Stationen versehen, an denen der Betroffene die gemäß Leitlinien erforderlichen Leistungen selbst einkaufen muss.

Insofern muss das DMP Adipositas unter den aktuellen Gegebenheiten hinter dem vom Gesetzgeber formulierten Anspruch zurückbleiben und sich auf Definition von Patientenschulungen beschränken, sowie allenfalls die Schnittstellen zu den – bereits erstattungsfähigen – DIGA und der Adipositaschirurgie definieren.

Aus Sicht der Patienten fehlen damit im eigentlich zunehmend gut gefüllten Werkzeugkasten der Adipositas-Optionen eine ganze Reihe relevanter Werkzeuge.

Entsprechend fordern wir als deutschlandweit tätige Patientenorganisation und in Vertretung der Millionen von Menschen, die in Deutschland mit der Krankheit Adipositas leben, das DMP Adipositas zum Anlass zu nehmen, seitens des Gesetzgebers und des G-BA den Zugang und die Erstattung der leitliniengerechten und evidenzbasierten Behandlungsmethoden der Adipositas grundlegend neu zu regeln. In der Folge ist dann das DMP Adipositas zu überarbeiten, um dem ursprünglichen Anliegen des Gesetzgebers gerecht zu werden.

Die erforderlichen Neuregelungen betreffen insbesondere:

- Ernährungstherapie (Vorschlag: Aufnahme der Indikation Adipositas in den Heilmittelkatalog)
- Leitliniengerechte Mahlzeitenersatzprodukte zur Gewichtsreduktion (Total diet replacement for weight control mit Zusammensetzung nach EU Verordnung - max. 3 Monate)
- Bewegungstherapie (Vorschlag: Aufnahme der Indikation Adipositas in den Heilmittelkatalog)
- Begleitende Arzneimitteltherapie (Vorschlag: Anpassung des §34 Abs. 1 Satz 7 SGB V, um den von Adipositas Betroffenen, zumindest aber jenen, die im DMP Adipositas eingeschrieben sind, die Kostenerstattung zu ermöglichen)
- Erstattung sämtlicher erforderlicher Voruntersuchungen zum Ausschluss von Kontraindikationen und seltener genetisch bedingter Adipositasformen vor Adipositas- und metabolisch-chirurgischen Eingriffen
- Gesicherte Nachsorge nach Adipositas- und metabolisch-chirurgischen Eingriffen einschließlich des Labor-Monitorings möglicher Mangelzustände an Vitaminen und Spurenelementen (Vorschlag: Schaffung einer Laborausnahmeziffer analog zu Diabetes mellitus)
- Leitliniengerechte Erstattungsfähigkeit von Vitaminen und Mineralstoffen nach Adipositas- und metabolisch-chirurgischen Eingriffen

Erst mit der Sicherstellung von Zugang und Erstattung der vorgenannten leitliniengerechten Therapieoptionen der Adipositas kann ein DMP Adipositas die beabsichtigte Wirkung entfalten.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (<i>Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.</i>)
Zu 1.2. Einschreibekriterien Nummer 47-53	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der Gesetzgeber hat im Rahmen des GVWG den G-BA mit der Schaffung eines DMP Adipositas beauftragt und nicht etwa mit einem DMP Begleiterkrankungen der Adipositas.</p> <p>In der Gesetzesbegründung wird als Zielsetzung die Verbesserung der Versorgung von „Versicherten mit krankhaftem Übergewicht“, „Versicherten mit Adipositas“ beziehungsweise „Patientinnen und Patienten mit Adipositas“ angeführt.</p> <p>Insbesondere wird explizit darauf hingewiesen, dass „Ein krankhaftes Übergewicht bzw. eine Adipositas besteht, wenn das Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße ein bestimmtes Maß überschreitet“ und im Weiteren ohne Einschränkung des Schweregrads auf die ICD-Klassifikation verwiesen, gemäß derer Adipositas mit einem BMI von 30 kg/m² beginnt.</p> <p>Engere Einschreibekriterien Aufgrund von Begleiterkrankungen werden in der Gesetzesbegründung sogar ausdrücklich ausgeschlossen:</p> <p><i>„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.“³</i></p> <p>Das Bundesamt für Soziale Sicherung schreibt:</p> <p><i>„Vorrangiges Ziel der DMP ist die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Versicherter. Insbesondere sollen durch die chronische Krankheit bedingte Folgeschäden und Komplikationen bei den betroffenen Versicherten vermieden werden.“⁴</i></p> <p>Wenn im Widerspruch dazu bereits Folgeschäden und Komplikationen vorliegen müssten, würde die originäre Zielsetzung von DMPs verfehlt.</p> <p>Aus unserer Jahrzehntelangen Erfahrung in der Arbeit mit Menschen, die von Adipositas betroffen sind, können wir sagen, dass sich die Begegnungen der Patienten mit dem Gesundheitssystem mit „Too little too late“ überschreiben lassen. Die Adipositas wird in aller Regel zu spät diagnostiziert und die Betroffenen werden oftmals mit Ratschlägen nach Hause geschickt. Die Chance, frühzeitig gegenzusteuern, würde mit einer Einschränkung der Einschreibekriterien vertan – im Gegenteil: es würde ein fatales Signal an die Betroffenen gesendet: „ohne Begleiterkrankung kein Behandlungsbedarf“!</p> <p>Warum soll hier der Entscheidungsspielraum von Arzt und Patient, die die konkrete Einzelsituation gut kennen, durch eine willkürliche Liste von Begleiterkrankungen künstlich eingeengt werden?</p>

	<p>Die etwaige Befürchtung, dass auf einmal Millionen Betroffener sich in das DMP Adipositas einschreiben lassen, nur um in den Genuss einer Patientenschulung zu gelangen, teilen wir auf jeden Fall nicht.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von PatV, DKG empfohlen): Als krankheitsbezogenes Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gilt ein BMI ≥ 30 kg/m².</p>
<p>Zu 1.3.</p> <p>Therapieziele</p> <p>Nummern 78ff</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Auch wenn bei Patienten häufig das Gewicht im Fokus steht, ist es am Ende doch die Verbesserung der Lebensqualität, welcher die wesentliche Bedeutung zukommt. Entsprechend wird diese im Text (Nummer 79) zu Recht als eine wichtige Zielsetzung der Adipositastherapie beschrieben, fehlt aber bei den nachfolgenden, spezifischen Therapiezielen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Aufnahme des Therapieziels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhalt oder Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL)
<p>Zu 1.5.5.</p> <p>Adjuvante medikamentöse Therapie</p> <p>Nummer 168</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Zu einer leitliniengerechten Adipositastherapie gehören ebenso „ergänzende pharmakologische Therapien“, die auch in der Gesetzesbegründung zum GVWG mit angeführt werden.</p> <p>Aus Sicht der Patienten haben sich über die Jahre sowohl die Sicherheit als auch die Wirksamkeit der medikamentösen Therapie der Adipositas durch die Einführung neuer Wirkstoffe verbessert.</p> <p>Insofern sollten die Patienten definitiv auf die Option der medikamentösen Behandlung hingewiesen werden.</p> <p>Dass eine Erstattung aufgrund der Gesetzeslage derzeit nicht erfolgen kann, stellt aus unserer Sicht dafür keinen Hinderungsgrund für eine Empfehlung dar. Aus Transparenzgründen sollten die Patienten aber auf diesen Umstand hingewiesen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie KBV/PatV mit einer Ergänzung in fett):</p> <p>Zur Unterstützung einer Gewichtsreduktion oder eines Gewichtserhalts kann - begleitend zur leitliniengerechten konservativen Therapie - eine medikamentöse Therapie erwogen werden. Wenn eine Empfehlung zur Pharmakotherapie erfolgt, sollen bei der Wahl des Medikaments die patientenindividuellen Therapieziele, die Komorbiditäten, die Wirkmechanismen sowie die Verträglichkeit und Sicherheit der Wirkstoffe und das individuelle Ansprechen auf die Medikation berücksichtigt werden.</p> <p>Patientinnen und Patienten sollen dabei darüber informiert werden, dass die medikamentöse Therapie der Adipositas gemäß § 34 Absatz 1 Satz 7 SGB V derzeit nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann.</p>

<p>Zu 1.5.5.</p> <p>Chirurgische Therapie</p> <p>Nummern 170-173</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Entsprechend der S3-Leitlinie der CAADIP⁵ soll nach Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten eine chirurgische Therapie bei schwerer Adipositas (BMI \geq 40 kg/ m²) bzw. bei Adipositas Grad II mit schwerer Komorbidität erwogen werden. Der Textvorschlag der DKG bildet dies korrekt ab.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übernahme des Textvorschlags der DKG mit Ergänzung „In Einzelfällen können auch endoskopische Verfahren eine Option darstellen“ zu Nummer 170 - Keine Übernahme der einzelnen Verfahren (wie PatV) zu Nummern 172/173
<p>Zu 1.5.6.3.</p> <p>Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie.</p> <p>Nummer 174</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Gemäß Gesetzesbegründung zum GVWG gehört auch die „bariatrische Chirurgie mit postoperativer Langzeittherapie und ggf. Supplementationstherapie bei starker Gewichtsreduktion“ zur leitlinienkonformen Adipositasstherapie.</p> <p>Während in der Vergangenheit die chirurgischen Adipositaszentren eine Langzeitbetreuung oft freiwillig (im Interesse einer guten Patientenversorgung oder auch im Rahmen von Studien) geleistet haben, geht dies immer mehr zurück. Im ambulanten Sektor wird die entstehende Lücke aktuell aber nicht gut aufgefangen, so werden zum Beispiel notwendige Laboruntersuchung mit Blick aufs Budget verweigert oder dem Patienten berechnet. Im Ergebnis führt das dazu, dass die Patienten sich allein gelassen fühlen, Untersuchungen ausbleiben und damit auch Folgeschäden durch unzureichende Supplementation in Kauf genommen werden. Weiter werden eine Wiederrzunahme oder andere Komplikationen oft zu spät erkannt.</p> <p>Die Abbildung der Langzeitbetreuung im DMP Adipositas kann dazu beitragen, den Zugang der Patienten zu einer leitliniengerechten Versorgung nach bariatrischer Chirurgie zu verbessern.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übernahme des Textvorschlags von DKG/PatV
<p>Zu 1.8.2.</p> <p>Überweisung zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt / Einrichtung</p> <p>Nummer 245</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Analog der Ausführungen zu 1.5.6.3/Nummer 174 ist die Aufnahme der postoperativen Nachsorge nach chirurgischer Therapie unabdingbar.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von DKG, KBV, PatV empfohlen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zur postoperativen Nachsorge nach adipositaschirurgischem oder metabolischem Eingriff

<p>Zu 1.9.</p> <p>Geeignete digitale medizinische Anwendungen</p> <p>Nummer 279</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Für die Indikation Adipositas liegen zwei dauerhaft vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistete DiGA vor.</p> <p>Das BfArM hat die vorliegende Evidenz als ausreichend bewertet, um eine Behandlung der Adipositas zu Lasten der GKV zu ermöglichen. Entsprechend sollte auf die gelisteten DiGA auch hingewiesen werden.</p> <p>DiGA können insbesondere vor dem Hintergrund der aktuell bei weitem nicht flächendeckenden Versorgung mit multimodalen Basisprogrammen eine sinnvolle Ergänzung darstellen.</p> <p>Wir sind nicht der Auffassung, dass sich die Nutzung einer DiGA und eine Patientenschulung generell gegenseitig ausschließen. Ob der zeitgleiche Einsatz im konkreten Fall sinnvoll ist kann sicher im Gespräch zwischen Arzt und Patient ermittelt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fassung von DKG übernehmen
<p>Zu 4.2.</p> <p>Schulungen der Versicherten</p> <p>Nummer 319</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Bei einer Schulung geht es nicht nur um eine Vermittlung von Wissen, die mit einmaliger Teilnahme in allen Fällen abgeschlossen ist.</p> <p>Unsere langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Patienten zeigt, dass eine Wiederholung im Bedarfsfall sinnvoll ist, insbesondere wenn es um Einübung und Festigung von Verhaltensweisen geht.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von PatV, DKG):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Schulung kann bei Bedarf wiederholt werden.
<p>Nummern 56-77, 86-90, 130-151, 176, 186, 205-256, 303, 332-334 Tragende Gründe</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Bei allen verbleibenden und nebenstehend aufgelisteten Nummern des Beschlussentwurfs sowie den tragenden Gründen in Gänze schließen wir uns den Vorschlägen und Argumenten der PatV an.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übernahme des Vorschlags der PatV

Literaturverzeichnis

¹ Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Drucksache 19/26822. Stand: 19.02.2021. Vom Deutschen Bundestag beschlossen am 11.06.2021. (Seite 97 unten/98 oben) Zum Vorgang: <https://dip.bundestag.de/vorgang/.../272225>

² Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG (2022). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene Abschlussbericht. Auftrag V21-05. IQWiG-Berichte – Nr. 1408 (Seite 20ff.), Stand: 18.08.2022.

³ Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Drucksache 19/26822. Stand: 19.02.2021. Vom Deutschen Bundestag beschlossen am 11.06.2021. (Seite 98 unten) Zum Vorgang: <https://dip.bundestag.de/vorgang/.../272225>

⁴ Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). DMP – Grundlegende Informationen. Stand: Januar 2023. Abgerufen am 25.08.2023: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>

⁵ AWMF – DGAV/CAADIP: S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. Stand: V2.3 (Februar 2018)



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf 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)**

Datum	28.08.2023
Stellungnahme von	Adipositas Verband Deutschland e.V.

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>Adipositas ist eine chronische, fortschreitende Krankheit. Die Versorgungsrealität wird den besonderen Bedürfnissen von Versicherten mit dieser Krankheit oftmals nicht gerecht. Nur einige wenige Betroffene erhalten im Moment eine bedarfsgerechte Versorgung gemäß medizinisch evidenzbasierter Leitlinien.</p> <p>Einige wenige Betroffene erhalten eine individuelle und interdisziplinären Behandlung, zu der auch bei Bedarf medikamentöse oder chirurgische Interventionen gehören, wie auch verhaltensmodifizierende Maßnahmen oder Schulungsprogramme.</p> <p>Leitliniengerechte Behandlung sieht Ernährungstherapie, Verhaltens- sowie Bewegungstherapie vor. Auch eine medikamentöse Therapie, Nachsorge nach einer chirurgischen Therapie sind Bestandteile der Leitlinien. Dies alles ist nicht geregelt und für den Betroffenen oftmals nicht erreichbar.</p> <p>Die Entwicklung des DMP ist damit für jeden Betroffenen mit der chronischen Krankheit immens wichtig, damit diese dauerhaft, qualitätsgesichert, multimodal und leitliniengerecht versorgt werden können.</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, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
Zu 1.2. Krankheitsbezogene Einschlusskriterien Nummer 52	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Ziel sollte die Versorgung von versicherten “Patienten und Patientinnen mit Adipositas” sein, oder mit “krankhaftem Übergewicht”. Nicht die Versorgung von “Versicherten mit Adipositas und assoziierten Begleiterkrankungen” sein.</p> <p>Die Diagnose Adipositas wird durch vorliegen des BMI erstellt. Und diese beginnt bei einem BMI 30 oder größer, ohne dass weitere Komorbiditäten vorliegen müssen.</p> <p>Eine Eingrenzung des DMP für Betroffene mit manifesten Begleiterkrankungen sollte nicht statt finden.</p> <p>Ziel des DMP sollte eine Verbesserung und Versorgung chronisch Kranker Menschen mit Adipositas BMI 30 sein, unabhängig von Begleiterkrankungen.</p> <p>Nur so werden auf Dauer auch bedingte Folgeschäden verhindert.</p> <p>Die Zielsetzung auf dauerhafte Gewichtsreduktion wird nur dann erreicht, wenn eine frühzeitige und niederschwellige Intervention erfolgt und somit auch der Versicherte Betroffene auf seine Bedürfnisse abgestimmte Behandlung erhält.</p> <p>Änderungsvorschlag: Als krankheitsbezogenes Einschlußkriterium für das DMP Adipositas gilt ein BMI ≥ 30 kg/m²</p>
	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

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

Literaturverzeichnis



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 28.08.2023

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

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430
Fax +49 30 400 456-455
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Gr
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 Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Ihr Schreiben vom 19.07.2023

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 19.07.2023, in welchem der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zum Thema „Adipositas“ (Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlagen 23 und 24 der DMP-A-RL) gegeben wird.

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



**Abgabe einer schriftlichen 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)**

Datum	28.08.2023
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 sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Ergebnisse des Reviews von Haracz, Ryan et al. (2013) ergaben, dass die Ergotherapie eine umfangreiche Rolle bei der Erkrankung Adipositas einnehmen kann. Diese kann sich in der Prävention sowie im Umgang mit der gegenwärtigen Situation für Klient*innen mit Adipositas als auch im darauffolgenden Behandlungsverlauf widerspiegeln (2).

Im Bereich der Prävention können Ergotherapeut*innen einen wertvollen Beitrag durch Edukation und frühzeitige Einführung von gesunden Routinen gemeinsam mit Klient*innen z. B. nach Erkrankung/ Unfall erarbeiten, um Adipositas vorzubeugen.

In der gegenwärtigen Situation gilt es Klient*innen mit Adipositas zunächst dort abzuholen, wo sie stehen und gemeinsam mit ihnen den Alltag zu reflektieren. Beispielsweise können mithilfe von Tagesprotokollen Alltagssituationen identifiziert werden, in denen Probleme auftreten und ggf. mit Hilfsmitteln gelöst werden (z.B. Gurtverlängerung beim Autofahren). Gleichzeitig können jedoch auch Alltagssituationen herausgenommen werden, um Gewohnheiten zu verändern und mehr Bewegung in den schon bestehenden Alltag zu integrieren. Es ist wichtig, Erwachsenen mit Adipositas Teilhabe zu ermöglichen. Adipositas geht häufig einher mit einer eingeschränkten Teilhabe an Lebensgeschehnissen, die bedeutend für die physische, psychische und berufliche Entwicklung sind. Forahn et al. (2011) sprechen von einem Ungleichgewicht in der Betätigungsbalance insbesondere bei Erwachsenen mit Adipositas eines höheren Grades. Die Ergotherapie kann dabei unterstützen, die vorhandene Energie gezielt auf die Selbstversorgung und Teilhabe an Arbeit und Freizeit zu lenken (1).

Eine ambulante ergotherapeutische Intervention legt den Schwerpunkt auf die Erzielung von Betätigungsergebnissen, um so die Motivation für nachhaltige Veränderungen im Gesundheitsverhalten zu erhöhen. Die Klient*innen werden so befähigt, selbstbestimmt die richtigen Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen (3).

Eine zufriedenstellende Teilhabe trägt immens zu einer höheren Lebensqualität bei und kann das Risiko von Folgeerkrankungen (z. B. Depression) verringern.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, bei dem Ergotherapie Klient*innen unterstützen kann, ist der Umgang mit der Stigmatisierung durch Adipositas. Gemeinsam erarbeitete Strategien für Situationen, die Betroffenen bereits unangenehm waren, können helfen z. B. sozialem Rückzug und Isolation entgegenzuwirken. Jedoch nicht nur Klient*innen leiden aufgrund der Stigmatisierung. Auch deren Angehörige können davon betroffen sein. Whitney und Eisler (2005) fanden heraus, dass Angehörige oftmals aus Sorge vor Vorverurteilung und Schuldzuweisungen nicht in der Öffentlichkeit darüber sprechen. Das bedeutet, dass auch sie in einer ergotherapeutischen Intervention dahingehend bedacht werden (4).

Eine Besonderheit der Ergotherapie im Vergleich mit anderen Interventionen ist die Umfeldberatung. Hier arbeiten die Ergotherapeut*innen nicht nur mit einzelnen Klient*innen, sondern mit Familien und/oder Gemeinschaften zusammen, um die Risiken für die Entwicklung einer Adipositas zu identifizieren und zu überwinden. Betätigungsgewohnheiten und -routinen

können so positiv beeinflusst werden.

Gerade aufgrund der Tatsache, dass die Ergotherapie trotz dieser Erkenntnisse bislang noch keinen Eingang in die Leitlinie gefunden hat, plädieren wir dafür, die ergotherapeutischen Interventionen bei den Therapieansätzen im Rahmen des DMP zu berücksichtigen.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
1.2 Einschreibekriterien	<p>Stellungnahme mit Begründung: Der Vorschlag des GKV-SV und der KBV legt den Schwerpunkt in der Formulierung auf das Eingrenzen, während der Vorschlag der DKG und der PatV auf die Möglichkeit der Einschreibung abstellt. Wir tendieren zu der positiveren Formulierung.</p> <p>Änderungsvorschlag: Vorschlag DKG, PatV: Einschreibekriterien</p>
1.4 Therapieziele	<p>Stellungnahme mit Begründung: In den tragenden Gründen wird zurecht auf die Bedeutung der Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne einer selbstbestimmten Lebensführung hingewiesen. Aus unserer Sicht wird dieser Aspekt in der täglichen Praxis häufig vernachlässigt. Gerade im Kontext der Adipositas wird Betätigung eher im sportlichen Umfeld verortet. Deshalb schlagen wir vor, dieses Therapieziel explizit zu benennen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung aus den tragenden Gründen: Einfügen bei Nr. 88: Als wichtigste längerfristige Therapieziele sind die Verminderung des Risikos für vorzeitige Sterblichkeit, die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie die Verringerung der Morbidität anzusehen. Dies beinhaltet die Verbesserung beeinträchtigter Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne einer selbstbestimmten Lebensführung.</p>

Literaturverzeichnis

1. Forhan M et al (2011) Participation profile of adults with class III obesity. *Occupation, Participation and Health* 2011; 31(3): 135-42;
2. Haravz K, Ryan S et al. (2013) Occupational therapy and obesity: An integrative literature review, *Australian Occupational Therapy Journal* 2013; 60(5): 356-65
3. WFOT (2019)
<https://wfot.org/checkout/20818/22520#:~:text=Der%20WFOT%20ist%20davon%20C3%BCberzeugt,verhindern%2C%20behandeln%20und%20minimieren%20k%3%B6nnen> (Stand 11.08.2023)
4. Whitney J, Eisler D I (2005) Theoretical and empirical models around caring of someone with an eating disorder: The reorganization of family life and inter-personal maintenance factors. *Journal of Mental Health*; 14(6), 575-585



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen 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)**

Datum	28.08.2023
Stellungnahme von	CAADIP der DGAV Prof. Dr. Arne Dietrich, Universitätsklinikum Leipzig, Vorsitzender der CAADIP, für den Vorstand der CAADIP

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkungen
Unsere Fachgesellschaft kann einer Veröffentlichung des vorliegenden DMP in dieser Form nicht zustimmen.
Das DMP sollte eine Präambel enthalten, in der ausformuliert wird, dass Adipositas eine chronische Erkrankung ist, Maßnahmen der Prävention bis dato gescheitert sind und die Inzidenz zunimmt. Betroffene leiden unabhängig von assoziierten Begleiterkrankungen an einer reduzierten Lebensqualität, reduzierter Teilhabe, einer reduzierten Lebenserwartung (z.B. BMI 50kg/m ² 10 bis 12Jahre) etc., was auch erheblich sozioökonomische Kosten verursacht (erhöhte Arbeitslosigkeit, Krankenstand, Frühberentung, Behandlungskosten etc.). Die soll die Notwendigkeit des Handlungs- bzw. Behandlungsbedarfs unterstreichen.
Vor dem Hintergrund, dass die Adipositaschirurgie die Therapieoption mit der höchsten Effektstärke und vermutlich die einzig nachhaltige ist; die metabolische Chirurgie die einzige Option ist, einen (auch fortgeschrittenen) Typ 2 Diabetes in einem hohen Prozentsatz in Remission zu bringen, ist es verwunderlich, mit welcher Ausschließlichkeit die konservative (und dabei nicht einmal die medikamentöse) Therapie betrachtet wird. Unsere Fachgesellschaft ist jederzeit bereit, sich konstruktiv insbesondere bezüglich adipositaschirurgischer Eingriffe (von der Indikationsstellung bis zur Nachsorge) wissenschaftlich fundiert einzubringen.
Das DMP erscheint unwissenschaftlich in der Überbewertung bzw. Fokussierung auf die konservative Therapie, für die es bezüglich in Effektstärke und Nachhaltigkeit keinerlei Daten aus wissenschaftlichen Studien gibt, die diese befürworten.
Die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ Leitlinie“, die auch so in die neue DAG-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ übernommen werden, sollten inhaltlich weder in der Formulierung noch im Empfehlungsgrad geändert werden. Es handelt sich hierbei um eine interdisziplinäre S3-Leitlinie der AWMF, die auch zukünftig die Grundlage ärztlichen Handelns sein wird und es gibt auch keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse, die diese Empfehlungen in Frage stellen. Wenn es neue wissenschaftliche Daten bezüglich der Indikationsstellung für adipositaschirurgische oder metabolische Operationen gibt, dann sollten diese an die Leitlinienkommission herangetragen werden und dann nach Diskussion in Form eines Leitlinienamendements in diese implementiert werden Bezüglich der BMI-Grenzen und der Notwendigkeit einer vorgeschalteten konservativen Therapie sehen die neuen Empfehlungen der American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) und der International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) z.B. die Adipositas oder Metabolische Chirurgie indiziert ab einem BMI $\geq 35\text{kg/m}^2$, ohne dass im Vorfeld eine konservative Therapie erfolgen muss, da es für letztere keinerlei Evidenz gibt.
Literatur: Eisenberg D et al., 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO):

Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. Surg Obes Relat Dis. 2022 Dec;18(12):1345-1356. doi: 10.1016/j.soard.2022.08.013.

Die Pharmakotherapie, die adjuvant oder im niedrigen BMI-Bereich durchaus eine Berechtigung zu haben scheint und sich etabliert, wird gänzlich vernachlässigt.

Eine regelmäßige Nachsorge und damit fortwährende konservative Betreuung nach Adipositas-chirurgischen Eingriffen ist ein wichtigstes Element in der komplexen Behandlung der Adipositas-Erkrankung. Es ist davon auszugehen, dass nach einer erfolgreichen bariatrischen Therapie die Erkrankung Adipositas bestehen bleibt. Somit ist die Betreuung nicht nur wichtig, sondern vor allem notwendig. Nur somit ist der langfristige Erfolg zu gewährleisten.

Entscheidende Aspekte der Nachbetreuung sind zunächst die Erkennung von möglichen Früh- bzw. Spätkomplikationen. Entscheidender ist aber den gewünschten Gewichtsverlust zu optimieren und zu stabilisieren. Darüber hinaus sollten Fehl- und Mangelernährung vermieden werden.

Neben der Begleitung der Gewichtsreduktion muss die Therapie der Adipositas bedingten Begleiterkrankungen der Verbesserung des Allgemeinzustandes der Patienten angepasst werden. Dies gilt nicht nur für den Bluthochdruck und den Diabetes, sondern für alle anderen Verbesserungen, die sich nach einer bariatrischen Therapie einstellen.

Die Durchführung regelmäßiger Laboruntersuchungen, sowie die Erkennung und Supplementation bei Mangelerscheinungen aufgrund einer Malabsorption muss gewährleistet werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt welcher vollständig unberücksichtigt bleibt ist die Wiederherstellung und Rekonstruktion der Körperform nach starker Gewichtsreduktion welche oft trotz erfolgreicher Gewichtsreduktion zusätzlich medizinisch indiziert ist, um die massiven funktionellen Einschränkungen durch das überschüssige Gewebe am Körper operativ nachhaltig zu verbessern. In der Praxis ist insbesondere die Kostenübernahme durch die Kassen oft strittig und teilweise von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Es ist wissenschaftlich belegt, dass konturwiederherstellende Operationen nach massiver Gewichtsreduktion zur funktionellen Besserung, psychischen Besserung und Steigerung der Lebensqualität / Teilhabe / Reintegration etc. beitragen. Diesbezüglich wird eine eigene Stellungnahme der Fachgesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie (DGPRÄC) folgen.

(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, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
1.4.2 Therapieplanung	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Nach Einschluss des Patienten in ein DMP Adipositas ist selbstverständlich eine Therapieplan notwendig. Diese kann aber nicht nur Ernährungsberatung, Bewegungstherapie und Verhaltensmodifikation beinhalten. In Abhängigkeit von Begleiterkrankung und der Ausprägung des Übergewichtes, ist eine frühzeitige chirurgische und/oder medikamentöse Einbeziehung notwendig. Letztlich sind nur diese beiden Therapien Evidenz basiert in der Lage dauerhaft die Erkrankung behandeln zu können. Die Look-AHEAD-Studie ist die größte prospektive, randomisiert kontrollierte Studie zu verhaltensorientierten Gewichtsreduktionsmaßnahmen (bei mehr als 5.000 Patienten mit mäßiger Adipositas und durchschnittlichem BMI 36 kg/m² und Diabetes mellitus Typ 2). In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass trotz erheblicher Anstrengungen, einschließlich intensiver Einzel- und Gruppenbetreuung, kostenloser Ersatzmahlzeiten, Motivationswettbewerben zur Gewichtsreduktion und mehr als 200 Minuten Sport pro Woche, nach acht Jahren ein durchschnittlicher Unterschied in der Gewichtsabnahme von weniger als 3 % zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Die Kontrollgruppe erhielt lediglich regulär vorgesehene Betreuung im Rahmen ihrer Diabeteserkrankung. Konsequenterweise führte dieser geringe Gewichtsunterschied zwischen den beiden Studiengruppen dazu, dass die Studie wegen fehlenden zu erwartenden Effektes in Bezug auf ihre Fähigkeit, Unterschiede in der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität zwischen den beiden Gruppen nachzuweisen, nach 11,5 Jahren abgebrochen wurde (1). Die bisher besten Daten zur konservativen Adipositas therapie zeigen folglich eine begrenzte Wirksamkeit dieses Ansatzes bei Menschen mit moderater Adipositas.</p> <p>Maßnahmen die auf eine negative Kalorienbilanz abzielen, stützen sich auf Willenskraft und kognitive Kontrolle. Dieser Ansatz berücksichtigt nicht das zugrundeliegende homöostatische System, welches das Körpergewicht schützt (1/2). Kalorienrestriktion führt zu einer gegenteiligen Regulation und wird immer dazu führen das der Körper mit einer biologischen Antwort dem Gewichtsanstieg entgegensteuert. Je größer der Gewichtsverlust ist, desto stärker ist die gegenläufige Reaktion. Aus diesem Grund sind Studien die die konservative Therapie untersuchten negativ ausgefallen. Gerade ausgeprägte Begleiterkrankungen sollten selbst bei einem relativ niedrigen Body Maß Index frühzeitig die therapeutischen chirurgischen Alternativen aufgezeigt bekommen. So konnte Schauer zeigen, dass selbst bei BMI 27 Patienten mit Diabetes mellitus dauerhaft von der chirurgischen Therapie profitieren. Patienten, die eine bariatrischen Operation erhielten, haben weniger</p>

<p>1.5.1 Basismaßnahmen</p>	<p>Risiko ein Leberzellkarzinom zu entwickeln. Diese Beispiele sollen nur exemplarisch für viele stehen die die positiven Effekte der operierten Patienten aufzeigen. Behandlungsalternativen müssen frühzeitig dem Patienten aufgezeigt werden, sind sie doch den konservativen Therapien deutlich überlegen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Patienten mit einem BMI über 35 kg/m² und Begleiterkrankungen oder einem BMI über 40 kg/m² sollten zusätzlich frühzeitig chirurgisch durch ein DGAV zertifiziertes Adipositaszentrum mitbehandelt werden.</p> <p>Basismaßnahmen sollten immer Teil einer Übergewichtsbehandlung sein. Wichtig ist sich klarzumachen, dass die Effektstärke welche von diesen Maßnahmen ausgeht als extrem gering eingeschätzt werden muss. Das bedeutet, dass der Aufwand den wir einsetzen um jeden Patienten mit einem BMI von 30kg/m² oder größer eine Ernährungsberatung, Bewegungstherapie und Verhaltensmodifikation zukommen zu lassen immens ist, der Gewinn an Lebensqualität und Lebensjahren ohne weitere Maßnahmen gering. Bezugnehmend auf die schon zitierte Look-AHEAD-Studie sollten Basismaßnahmen als Grundlage verstanden werden auf die eine gewichtsreduzierende Therapie (medikamentös oder chirurgisch) aufsetzen kann. Aus diesem Grund ist es wichtig Patienten aufzuklären, dass es auch operative Möglichkeiten gibt und wenn Patienten langfristig, konservativ nicht erfolgreich sind frühzeitig chirurgisch angebunden werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zeile 121 Der Patient oder die Patientin soll darüber aufgeklärt werden, dass mit diesen Maßnahmen über die Gewichtsabnahme hinaus auch eine dauerhafte Verbesserung des Gesundheitsstatus bzw. Verringerung der Krankheitslast angestrebt wird. Ferner soll darüber aufgeklärt werden, dass nach der Phase der Gewichtsabnahme weitere Maßnahmen zur dauerhaften Gewichtsstabilisierung erforderlich sind.</p> <p>Auch sollte der Patient darüber aufgeklärt werden, dass nach der derzeit gültigen S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ Adipositas- oder Metabolische Chirurgie ab einem BMI über 35 kg/m² mit Begleiterkrankungen oder einem BMI über 40 kg/m² eine chirurgische Therapieoption besteht und eine Vorstellung in einem operativen Zentrum möglich ist.</p> <p>Zeile 128-130 Zusätzlich BMI ≥ 40 kg/m²: ≥ 20 % des Ausgangsgewichts</p>
--	---

Patienten die nach initial, konservativer Therapie mit erfolgreicher Gewichtsabnahme einen erheblichen, erneuten Gewichtsanstieg verzeichnen, sollten frühzeitig für weiterführende Maßnahmen (medikamentös oder chirurgisch) an ein operatives Adipositaszentrum überwiesen werden.

Literaturverzeichnis

- 1 Look, A.R.G., Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. Obesity (Silver Spring), 2014. 22(1): p. 5-13.
- 2 Bluher, M., Obesity: global epidemiology and pathogenesis. Nat Rev Endocrinol, 2019. 15(5): p. 288-298.
- 3 Sumithran, P. and J. Proietto, The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss. Clin Sci (Lond), 2013. 124(4): p. 231-41.
- 4 Schauer, P.R., et al., Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes - 5-Year Outcomes. N Engl J Med, 2017. 376(7): p. 641-651.
- 5 Ramai, D. et al., Systematic review with meta-analysis: bariatric surgery reduces the incidence of hepatocellular carcinoma. Aliment Pharmacol Ther. 2021 May;53(9):977-984.
- 6 Look, A.R.G., Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. Obesity (Silver Spring), 2014. 22(1): p. 5-13.
- 7 Bluher, M., Obesity: global epidemiology and pathogenesis. Nat Rev Endocrinol, 2019. 15(5): p. 288-298.
- 8 Sumithran, P. and J. Proietto, The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss. Clin Sci (Lond), 2013. 124(4): p. 231-41.
- 9 Schauer, P.R., et al., Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes - 5-Year Outcomes. N Engl J Med, 2017. 376(7): p. 641-651.
- 10 Ramai, D. et al., Systematic review with meta-analysis: bariatric surgery reduces the incidence of hepatocellular carcinoma. Aliment Pharmacol Ther. 2021 May;53(9):977-984.

<p>1.5.6 Chirurgische Therapie</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Empfehlungen der aktuell gültigen S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ sollten nicht verändert werden; weder sollten die Formulierungen noch der Empfehlungsgrad geändert werden.</p> <p>Es handelt sich bei der Leitlinie um eine interdisziplinäre S3-Leitlinie der AWMF, die auch zukünftig die Grundlage ärztlichen Handelns sein wird und auch es gibt auch keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse, die diese Empfehlungen in Frage stellen.</p> <p>(Wenn es neue wissenschaftliche Daten bezüglich der Indikationsstellung für adipositaschirurgische oder metabolische Operationen gibt, dann sollten diese an die Leitlinienkommission herangetragen werden und durch diese in Form eines Leitlinienamendements in diese implementiert werden</p> <p>Änderungsvorschlag für das gesamte Kapitel:</p> <p>Definitionen:</p> <p>Adipositaschirurgie:</p> <p>Unter Adipositaschirurgie versteht man einen operativen Eingriff (z.B. Schlauchmagenbildung), durch den über eine nachhaltige Gewichtsreduktion eine Verbesserung von Komorbiditäten bzw. deren Prophylaxe und eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden soll.</p> <p>Metabolische Chirurgie:</p> <p>Unter Metabolischer Chirurgie werden operative Eingriffe wie oben verstanden, jedoch wird hier die Indikation primär zur Verbesserung der glykämischen Stoffwechsellage bei einem vorbestehenden Typ 2 Diabetes gestellt. Für andere mit der Adipositas bzw. mit dem metabolischen Syndrom assoziierte Erkrankungen gibt es derzeit keine ausreichenden Daten, um primär wegen dieser Erkrankungen die Indikation für einen operativen (metabolischen) Eingriff zu stellen.</p> <p>Die Indikation für einen adipositaschirurgischen Eingriff ist unter folgenden Bedingungen gegeben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bei Patienten mit einem BMI ≥ 40 kg/m² ohne Begleiterkrankungen und ohne Kontraindikationen ist nach Erschöpfung der konservativen Therapie nach umfassender Aufklärung eine adipositaschirurgische Operation indiziert. 2. Patienten mit einem BMI ≥ 35 kg/m² mit einer oder mehreren Adipositas-assoziierten Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Hyperlipidämie, arterieller Hypertonus, Nephropathie, Obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), Adipositas-Hypoventilationssyndrom, Pickwick Syndrom, nicht alkoholische Fettleber (NAFLD) oder nicht alkoholische Fettleberhepatitis (NASH), Pseudotumor cerebri, Gastroösophageale Refluxerkrankung (GERD), Asthma, chronisch venöse Insuffizienz, Harninkontinenz, immobilisierende Gelenkerkrankung, Einschränkungen der Fertilität oder
---	---

polyzystisches Ovarialsyndrom sollte eine adipositaschirurgische Operation angeboten werden, wenn die konservative Therapie erschöpft ist.

3. Unter bestimmten Umständen kann eine Primärindikation zu einem adipositaschirurgischen Eingriff gestellt werden, ohne dass vorher ein konservativer Therapieversuch erfolgte. Die Primärindikation kann gestellt werden, wenn eine der folgenden Bedingungen gegeben ist:

- bei Patienten mit einem BMI ≥ 50 kg/m²
- bei Patienten, bei denen ein konservativer Therapieversuch durch das multidisziplinäre Team als nicht erfolgsversprechend bzw. aussichtslos eingestuft wurde
- bei Patienten mit besonderer Schwere von Begleit- und Folgeerkrankungen, die keinen Aufschub eines operativen Eingriffs erlauben

Definition der Erschöpfung der konservativen Therapie:

Zur Indikationsstellung gelten die konservativen Maßnahmen als erschöpft, wenn nach mindestens 6 Monaten umfassender Lebensstilintervention in den letzten zwei Jahren eine Reduktion des Ausgangsgewichts von $>15\%$ bei einem BMI von 35-39,9 kg/m² und von $>20\%$ bei einem BMI über 40 kg/m² nicht erreicht wurde.

Eine Indikation ist auch gegeben, wenn obige Gewichtsreduktion durch konservative Maßnahmen erreicht werden konnte und fortbestehende adipositasassoziierte Erkrankungen durch adipositaschirurgische oder metabolische Operationen weiter verbessert werden können (Begleiterkrankungen siehe Empfehlung 4.9, Punkt 2).

Erfolgt nach einer erfolgreichen Gewichtsreduktion wieder eine Gewichtszunahme von $>10\%$, gilt die konservative Therapie nach einem Jahr ebenfalls als erschöpft.

Die Indikation für einen metabolischen Eingriff ist unter folgenden Bedingungen gegeben:

Ab einem BMI ≥ 40 kg/m² und koexistierendem Typ 2 Diabetes soll dem Betroffenen eine metabolische Operation als mögliche Therapieoption empfohlen werden, unabhängig von der glykämischen Kontrolle oder der Komplexität der antidiabetischen Medikation. Neben dem antidiabetischen Effekt hat der Patient zusätzlich die positiven Effekte, die durch die nachhaltige Gewichtsreduktion erzielt werden.

2. Betroffenen mit einem BMI ≥ 35 kg/m² und < 40 kg/m² und koexistierendem Typ 2 Diabetes soll eine metabolische Operation als mögliche Therapieoption empfohlen werden, wenn es nicht gelingt, die diabetesspezifischen individuellen Zielwerte gemäß der Nationalen Versorgungsleitlinie zur Therapie des Typ-2-Diabetes zu erreichen.

3. Metabolische Chirurgie sollte als mögliche Therapieoption in Erwägung gezogen werden für Erwachsene mit einem BMI ≥ 30

	<p>kg/m² und < 35 kg/m² und koexistierendem Typ 2 Diabetes, wenn es nicht gelingt, die diabetesspezifischen individuellen Zielwerte gemäß der Nationalen Versorgungsleitlinie zur Therapie des Typ-2-Diabetes zu erreichen.</p> <p>4. Metabolische Chirurgie für Erwachsene mit einem BMI < 30 kg/m² und koexistierendem Typ 2 Diabetes sollte nur im Rahmen wissenschaftlicher Studien erfolgen.</p> <p>5. Für Patienten asiatischer Herkunft ist die BMI-Grenze jeweils 2,5 Punkte niedriger.</p> <p>6. Zur Indikationsstellung für einen metabolischen Eingriff bei BMI < 40 kg/m² soll ein in der Diabetologie versierter Arzt (Diabetologe) hinzugezogen werden.</p> <p>Kontraindikationen für adipositaschirurgische oder metabolische Operationen stellen dar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instabile psychopathologische Zustände, eine unbehandelte Bulimia nervosa, aktive Substanzabhängigkeit • Konsumierende Grunderkrankungen, maligne Neoplasien, unbehandelte endokrine Ursachen, chronische Erkrankungen, die sich durch einen postoperativen katabolen Stoffwechsel verschlechtern • Vorliegende oder unmittelbar geplante Schwangerschaft <p>Können die als Kontraindikationen genannten Erkrankungen und Zustände erfolgreich behandelt werden oder können psychopathologische Zustände in einen stabilen Zustand überführt werden, sollte eine Re-Evaluation erfolgen.</p> <p>Bezüglich spezieller Aspekte bei der Indikationsstellung (junges oder hohes Alter, Begleiterkrankungen etc.) verweisen wir auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ unter: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/088-001.html</p>
<p>1.5.6.1 Chirurgische Verfahren</p>	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Nach der aktuellen Leitlinie gelten als Standardverfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Schlauchmagenbildung, - der proximal Roux-en-Y Magenbypass, - der Omega-Loop- Magenbypass und - die Biliopankreatische Diversion mit/ohne Duodenal Switch (BPD-DS). <p>Die Verfahrenswahl orientiert sich an Begleiterkrankungen, Ausgangsgewicht und Therapieziel etc. unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz.</p>

	<p>Bezüglich spezieller Aspekte der Verfahrenswahl verweisen wir auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ unter: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/088-001.htm</p> <p>Das Magenband sollte nur nach besonderer Abwägung und Wunsch der Patientin oder des Patienten mit einem BMI < 50 kg/ m² in Erwägung gezogen werden.</p> <p>Zweizeitige Konzepte (Stufenkonzepte) sind in der Lage, das perioperative Risiko zu senken, und können besonders bei Patienten mit Extremformen der Adipositas und / oder erheblicher somatischer Komorbidität erwogen werden.</p>
<p>1.5.6.3 Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Postoperativ ist eine Nachbetreuung erforderlich, um Mangelzustände rechtzeitig zu detektieren, um bei Rückfall in alte Essgewohnheiten rechtzeitig zu interventionieren, zur Anpassung von Medikamenten, zur proaktiven Befragung bei anamnestisch selbstschädigenden Handlungen etc..</p> <p>Über die Notwendigkeit der Nachsorge besteht interdisziplinärer Konsens, auch bei Kostenträgern. Nur leider ist die Nachsorge problematisch in der Umsetzung, da sie bis dato nicht vergütet wird.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Postoperativ müssen alle Patientinnen oder Patienten hinsichtlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gewichtsverlauf - Klinische Beschwerden - Gesundheitszustand - Status / Medikation von Begleiterkrankungen - Ernährungszustand (Makro- und Mikronährstoffe) - Laborkontrolle - Kontrolle Supplementation - Lebensqualität <p>lebenslang nachbetreut werden. Im ersten Jahr nach der Operation sollte die Nachbetreuung zweimal erfolgen, anschließend reicht eine einmalig Nachbetreuung im Jahr aus. Bei stärker malabsorptiven Eingriffen ist eine häufigere Konsultation erforderlich.</p> <p>Bezüglich spezieller Aspekte bei der Nachsorge (z.B. zu bestimmende Laborwerte, psychologische Aspekte etc.) verweisen wir auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ unter http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/088-001.html</p> <p>Literaturverzeichnis</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="491 141 1404 257">1 Chiapetta S, Stier C, Weiner RA: How can we manage long-term follow-up after Obesity and Metabolic Surgery? Obesity Surgery 2018; 28: 253 – 254 <li data-bbox="491 268 1420 526">2 Hellbardt M, Schilling-Maßmann B, Stöckmann B, et al.: Evaluation eines zweijährigen strukturierten, ambulanten, bariatrischen Nachsorgeprogramms: Vergleich zu einer Minimalnachsorge. Adipositas 2014; 8: 137 - 146 Look, A.R.G., Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. Obesity (Silver Spring), 2014. 22(1): p. 5-13.
--	--



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf 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)**

Datum	21.08.2023
Stellungnahme von	Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Adipositas ist eine chronisch fortschreitende Erkrankung, die etwa jeden vierten Erwachsenen und damit circa 15 Millionen Menschen in Deutschland betrifft.¹ Aufgrund der vielfältigen Folge- und Begleiterkrankungen gilt Adipositas als wichtigste Ursache für Lebensjahre mit Gesundheitseinschränkungen (Years Lived with Disability, YLDs) in Europa.² Etwa 11 Prozent der Todesfälle in Deutschland sind auf Adipositas zurückzuführen.³ Die WHO bewertet die Verbesserung des Zugangs zu Therapieangeboten im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung als zentrale Maßnahme zur Eindämmung der Adipositas-Epidemie.⁴ Aktuell erhält jedoch nur ein Bruchteil der Betroffenen eine Versorgung gemäß medizinisch-wissenschaftlicher Leitlinien.⁵ Folgerichtig hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheits-versorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) die Erarbeitung eines DMP Adipositas beauftragt und eine interdisziplinäre, leitliniengerechte Versorgung eingefordert. An diesem gesetzlichen Auftrag muss sich das DMP Adipositas messen lassen. Daher möchten wir einleitend aus der Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung⁶ vom 19.02.2021 zitieren:

„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 niedrighschwelliges Behandlungsangebot in Form von Patientenschulungen erhalten. Das ist zweifelsohne ein Paradigmenwechsel, nachdem Adipositas in Deutschland lange Zeit nicht als Erkrankung anerkannt war. So begrüßenswert diese neue Weichenstellung auch ist: Mit Blick auf die zitierte Gesetzesbegründung bleibt das DMP Adipositas in seiner aktuellen ersten Fassung dennoch weit hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurück. Der gesetzliche Auftrag kann mit dieser ersten Fassung des neuen DMP noch nicht als erfüllt angesehen werden.

Die Ernährungstherapie, die Bewegungstherapie, die Verhaltensmodifikation, die begleitende Arzneimitteltherapie und auch die Nachsorge nach einer chirurgischen Therapie sind leitliniengerechte Bestandteile einer multiprofessionellen Adipositasbehandlung.⁷ Aufgrund der aktuellen leistungsrechtlichen Limitationen kann der Großteil dieser Behandlungsoptionen jedoch vorerst nicht leitliniengerecht im Rahmen des DMP abgebildet werden. Damit ist die vom Gesetzgeber eingeforderte, „leitliniengerechte und bedarfsorientierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas“ unmöglich. Lediglich für Patientenschulungen und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) kann unter den gegebenen Bedingungen ein Anspruch verankert werden, wobei deren Wirksamkeit in Bezug auf Verbesserungen der Adipositas-Erkrankung, Gewichtsreduktion und die Verbesserung von Adipositas-assoziierten Erkrankungen bisher vor allem langfristig nicht ausreichend belegt wurden.

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. Die benötigten Neuregelungen betreffen insbesondere:

- Ernährungstherapie (Vorschlag: Aufnahme der Indikation Adipositas in den Heilmittelkatalog)
- Leitliniengerechte Mahlzeitenersatzprodukte zur Gewichtsreduktion (Total diet replacement for weight control mit Zusammensetzung nach EU Verordnung - max. 3 Monate)
- Bewegungstherapie (Vorschlag: Aufnahme der Indikation Adipositas in den Heilmittelkatalog)
- Begleitende Arzneimitteltherapie (Vorschlag: Anpassung des §34 Abs. 1 Satz 7 SGB V, um zumindest einem Teil der Betroffenen einen Zugang zu ermöglichen)
- Gesicherte Nachsorge nach Adipositas- und metabolisch-chirurgischen Eingriffen einschließlich des Labor-Monitorings möglicher Mangelzustände an Vitaminen und Spurenelementen (Vorschlag: Schaffung einer Laborausnahmeziffer analog zu Diabetes mellitus)
- Leitliniengerechte Erstattungsfähigkeit von Vitaminen und Mineralstoffen nach adipositaschirurgischen Eingriffen

Erst wenn die leistungsrechtlichen Limitationen überwunden sind, kann eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung für Menschen mit Adipositas im Rahmen eines DMP Adipositas sichergestellt werden.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
Zu 1.2. Krankheitsbezogene Einschlusskriterien Nummer 52	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Eine Eingrenzung der krankheitsbezogenen Einschlusskriterien auf Betroffene mit manifesten Begleiterkrankungen steht im Widerspruch zum gesetzlichen Auftrag aus dem GVWG. In der Gesetzesbegründung beschreibt der Gesetzgeber die Zielsetzung die Versorgung von „Versicherten mit krankhaftem Übergewicht“, „Versicherten mit Adipositas“ beziehungsweise „Patientinnen und Patienten mit Adipositas“ zu verbessern. Es ist nicht die Rede von „Versicherten mit Adipositas und assoziierten Begleiterkrankungen“.</p> <p>Zur Definition der Zielpopulation zieht der Gesetzentwurf das Verhältnis zwischen Körpergewicht und Körpergröße, den Body-Mass-Index (BMI), heran und keine sonstigen Parameter. Demnach liegt ab einem BMI von 30 kg/m² oder höher eine Adipositas vor. Die Gesetzesbegründung spricht von einer behandlungsbedürftigen, chronischen Erkrankung, die besteht, „wenn das Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße ein bestimmtes Maß überschreitet“. Der Krankheitsbegriff und die Behandlungsbedürftigkeit werden allein vom Vorliegen eines krankhaft erhöhten Körpergewichts abhängig gemacht. Auch im Internationalen System zur statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10-GM, dem gesetzlich vorgeschriebenen Maßstab für die Kodierung ärztlicher Diagnosen, wird die Diagnose Adipositas entsprechend des vorliegenden BMI gestellt und beginnt mit einem BMI \geq 30 kg/m² - ohne, dass weitere Komorbiditäten vorliegen müssen.</p> <p>Eine Eingrenzung des DMP auf Betroffene mit manifesten Begleiterkrankungen wird in der Gesetzesbegründung sogar explizit ausgeschlossen:</p> <p><i>„Die Entwicklung eines eigenständigen DMP Adipositas wird angestoßen, damit von Adipositas Betroffene dauerhaft, strukturiert, qualitätsgesichert, multimodal und transektoral 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.“⁸</i></p> <p>Eine enge Eingrenzung der Einschlusskriterien stünde zudem auch im Widerspruch zum Sinn und Zweck von DMP im Allgemeinen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung beschreibt deren Sinn und Zweck so:</p>

„Vorrangiges Ziel der DMP ist die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Versicherter. Insbesondere sollen durch die chronische Krankheit bedingte Folgeschäden und Komplikationen bei den betroffenen Versicherten vermieden werden.“⁹

Wenn Betroffene bereits manifeste Folgeschäden vorweisen müssten, um am DMP teilnehmen zu dürfen, wird der zentralen Zielsetzung, Folgeschäden und Komplikationen der Adipositas zu „vermeiden“, direkt widersprochen. Das gilt insbesondere für den Vorschlag des GKV-SV, wonach eine von fünf manifesten Begleiterkrankungen vorliegen müsse, von denen es für drei bereits eigene DMP gibt oder deren Einführung beschlossen ist (vorhanden: Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit; beschlossen: Herzinsuffizienz).

Bei Menschen mit Übergewicht oder Adipositas kann eine Gewichtsreduktion die Entstehung eines Diabetes mellitus Typ 2 wirksam verhindern oder verzögern – das gilt insbesondere bei Menschen mit Adipositas und Prädiabetes sowie Menschen mit metabolischem Syndrom. Mehrere bedeutende, randomisierte klinische Studien – das Diabetes-Präventionsprogramm (DPP)^{10,11,12}, die finnische Diabetes-Präventionsstudie,^{13,14,15} die Prädiabetes-Lebensstil-Interventions-Studie (PLIS)¹⁶ und die Da Qing Diabetes-Präventionsstudie^{17,18} haben allesamt die Wirksamkeit der Gewichtsreduktion zur Vorbeugung des Diabetes mellitus Typ 2 eindrücklich aufgezeigt. Gleichzeitig verbesserte die Gewichtsreduktion auch die Insulinsensitivität und reduzierte Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen (CVD), darunter Verbesserungen bei Blutdruck, Lipiden und Entzündungsmarkern. Vergleichbare Daten für ein Studienkollektiv mit Adipositas, aber ohne manifestierte Folgekrankheiten (wie Typ 2 Diabetes) gibt es hinsichtlich der Typ-2-Diabetes-Prävention und Verbesserung kardiometabolischer Risikoparameter auch für die medikamentöse Therapie der Adipositas, zum Beispiel mit Liraglutid 3mg oder Semaglutid 2,4mg.^{19,20,21,22} Wenn dieses Präventionspotenzial mit dem neuen DMP Adipositas aufgrund einer zu eng gefassten Zielpopulation nicht genutzt wird, entspricht dies nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand. Menschen mit Adipositas würde ein nachgewiesener Nutzen vorenthalten.

Auch mit Blick auf das Ziel der langfristigen Gewichtsreduktion ist eine frühzeitige und niedrigschwellige Intervention geboten. Der menschliche Körper verteidigt sehr effektiv sein erreichtes, zumeist höchstes, Körpergewicht. Je höher der BMI, desto schwieriger ist es für die Betroffenen, ein gesundes Körpergewicht zu erreichen und dieses auch dauerhaft zu halten.^{23,24,25,26,27} Der Gesetzgeber hat dem auch Rechnung getragen durch die Formulierung: *„Es ist deshalb wichtig, dass Betroffene eine frühe und auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Behandlung erhalten.“*

All das spricht eindeutig für die von der Patientenvertretung (nachfolgend PatV) sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (nachfolgend DKG) empfohlenen Einschlusskriterien ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

Änderungsvorschlag (wie von PatV, DKG empfohlen): Als krankheitsbezogenes Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gilt ein $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

Ergänzende Ausführungen

Wenn eine weitere Eingrenzung der Zielpopulation unerlässlich sein sollte, um eine Umsetzung des DMP Adipositas in der Fläche nicht zu gefährden, sollten und dürfen die Zugangskriterien aus o.g. Gründen nicht ausschließlich manifeste Begleiterkrankungen voraussetzen. Für die präventive Ausrichtung des DMP wäre es unerlässlich, dass zusätzlich auch die Vorstufen der mit Blick auf die Krankheitslast bedeutsamsten Begleiterkrankungen einbezogen werden – insbesondere Prädiabetes, Prähypertonie bzw. hochnormaler Blutdruck sowie Insulinresistenz. Zudem hat sich die Kombination des BMI mit Messungen des Bauch- bzw. Taillenumfangs laut der WHO als ein besserer Prädiktor für Folgeerkrankungen als der BMI allein erwiesen.²⁸ Demzufolge könnte der Bauch bzw. Taillenumfang ein weiterer, medizinisch-wissenschaftlich begründbarer Risikomarker für eine Eingrenzung der Zielpopulation sein – ohne dass die zentrale Zielsetzung des DMP Adipositas, Folgeschäden zu vermeiden, gefährdet wird.

Wie eine solche, denkbare Alternative der Zugangskriterien gestaltet konkret sein könnte, ist nachfolgend dargelegt. In der untenstehenden Tabelle wird ersichtlich, wie groß die jeweiligen Teilpopulationen sind – so sind etwa 15 Mio. Erwachsene im Alter von 18-79 Jahren von Adipositas ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) betroffen. Etwa 4,2 Mio. Menschen mit Adipositas sind gleichzeitig von Prädiabetes betroffen, etwa 2,4 Mio. von einem (bekannten) Diabetes mellitus Typ 2.

Denkbare Alternative zum o.g. Änderungsvorschlag:

Als krankheitsbezogene Einschlusskriterien für das DMP Adipositas gelten ein BMI größer oder gleich 30 kg/m^2 bei gleichzeitigem Vorliegen von mindestens zwei der folgenden Komorbiditäten oder Risikoparametern:

- Prädiabetes (Nüchtern-Plasmaglukose 5,6-6,9 mmol/l)
- Insulinresistenz (HOMA-Index > 2)
- Hochnormaler Blutdruck (130-139/85-89 mmHg)
- Abdominale Adipositas (Taillenumfang $\geq 88 \text{ cm}$ bei Frauen bzw. $\geq 102 \text{ cm}$ bei Männern)
- Diabetes mellitus Typ 2
- Arterielle Hypertonie
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

- stabile koronare Herzkrankheit
- stabile chronische Herzinsuffizienz
- Gonarthrose
- Coxarthrose
- Chronische Rückenschmerzen
- Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung
- Polyzystisches Ovarialsyndrom

Schätzungen zur Größe der Zielpopulation

Laut den letzten belastbaren, repräsentativen Erhebungen des Robert-Koch-Instituts nach DEGS1 (2008-2011)²⁹ sind etwa 24 Prozent der Erwachsenen im Alter von 18-79 Jahren von Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m²) betroffen. Umgerechnet auf die Bevölkerung entspricht das etwa 15 Millionen Erwachsenen. Die Diagnosehäufigkeit der Adipositas liegt weit darunter, wie Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland zeigen. Demnach lag im Jahr 2018 „nur“ bei etwa 11 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten die Diagnose Adipositas vor.³⁰ Diese erhebliche Lücke dokumentiert, dass ein Szenario, in welchem ein Großteil der etwa 15 Millionen Erwachsenen mit Adipositas ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen könnte, wenig wahrscheinlich ist. Vor diesem Hintergrund sind die nachfolgenden Schätzungen zur Größe der Zielpopulation deutlich zu diskontieren.

Anzahl der Betroffenen 18-79 Jahre mit	Prävalenz % (95%-KI)	Population gerundet n (95%-KI)
		(Bevölkerungsstand 31.12.2010)
Adipositas (BMI ≥ 30)	23,6% (22,1-25,2) ³¹	15 Mio. (13,7-16,2)
Adipositas Grad II und III (BMI ≥ 35)	6,6% (5,9-7,3) ³²	4,2 Mio. (3,6-4,7)
Adipositas (BMI ≥ 30) und gleichzeitig vorliegende abdominale Adipositas (Taillenumfang Frauen ≥ 88 cm, Männer ≥ 102 cm)	21,8% (20,4-23,2) ³³	13,7 Mio. (12,6-14,9)
Diabetes mellitus (bekannt) bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30)	15,9% (13,6%-18,5%) ³⁴	15,9% von 15 Mio. = 2,4 Mio

	Diabetes mellitus (bekannt oder unerkant) bei Personen mit Adipositas (BMI \geq 30)	21,0% (18,4%-23,9%) ³⁵	21,0% von 15 Mio. = 3,2 Mio
	Prädiabetes bei Personen mit Adipositas (BMI \geq 30)	27,9% (24,7%-31,4%) ³⁶	27,9% von 15 Mio. = 4,2 Mio
	Insulinresistenz bei Personen mit Adipositas (BMI \geq 30)	Ca. 75% ³⁷	75% von 15 Mio. = ca. 11,25 Mio.
<p>Wie groß die Zielpopulation wird, wenn sowohl ein BMI \geq 30 kg/m² als auch zwei oder mehr der o.g. Komorbiditäten / Risikoparameter vorliegen, kann auf Basis der uns vorliegenden Daten nicht genau beziffert werden.</p>			
Zu 1.3.2. Standarddiagnostik Nummer 61	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Bei einer stammbetonten Fettverteilung („Apfeltyp“) ist das Risiko für Stoffwechselerkrankungen deutlich höher als bei Fettpolstern an Gesäß und Oberschenkeln („Birnentyp“). Ab einem Taillenumfang von 80 Zentimetern bei Frauen und von 94 Zentimetern bei Männern gilt das Risiko für Folgekrankheiten wie Herzkrankheiten, Schlaganfälle und Typ-2-Diabetes als erhöht. Ab einem Taillenumfang von 88 Zentimetern bei Frauen und 102 Zentimetern bei Männern beginnt die sogenannte stammbetonte Adipositas, die das Risiko für die genannten Folgekrankheiten deutlich (mindestens 2-fach) erhöht.</p> <p>Das viszerale Fett, das im Bauchraum sitzt, ist wie ein eigenes Organ zu betrachten. Es ist kein passiver Energiespeicher, sondern stoffwechselaktiv, produziert Hormone und Substanzen, die Entzündungen fördern und das Immunsystem schwächen. So entsteht eine chronische Entzündung, mit der der Körper dauerhaft zu kämpfen hat. Zudem wird die Insulinresistenz erhöht und Bluthochdruck begünstigt. In Summe erhöht das innere Bauchfett das Risiko für Herzkrankheiten, Typ-2-Diabetes und vorzeitigen Tod.³⁸</p> <p>Um das individuelle Risiko für Folgekrankheiten genauer zu bestimmen, sind daher Messungen des Taillenumfangs Teil der Standarddiagnostik und insbesondere bei Menschen mit Adipositas Grad I zu empfehlen. Wie oben bereits erwähnt, ist die Kombination des BMI mit Messungen des Taillenumfangs laut der WHO ein besserer Prädiktor für Folgeerkrankungen als der BMI allein.³⁹</p>		

	<p>Dies spricht dafür, den von PatV, DKG empfohlene Ergänzung anzunehmen.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von KBV, DKG, PatV empfohlen mit angepasstem Wording): , zusätzlich Taillenumfang bei einem BMI bis 35 kg/m²</p>
<p>Zu 1.3.</p> <p>Therapieziele</p> <p>Nummern 78ff</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität wird im Fließtext zu Recht als eine wichtige Zielsetzung der Adipositas therapie beschrieben. Bei den nachfolgenden, spezifischen Therapiezielen fehlt dieser Parameter jedoch.</p> <p>Weiterhin wäre die „langfristige Änderung des Lebensstils in Bezug auf Ernährungs-, Bewegungs- bzw. sitzendes Verhalten“ eine sinnvolle und leitliniengerechte Ergänzung der Therapieziele.</p> <p>Änderungsvorschläge:</p> <p>Aufnahme der Therapieziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhalt oder Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL) - Langfristige Änderung des Lebensstils in Bezug auf Ernährungs-, Bewegungs- bzw. sitzendes Verhalten
<p>Zu Indikationsspezifische Erstanamnese</p> <p>(je nach Vorschlag unter 1.3 Diagnostik oder 1.4. Allgemeine Grundsätze der Therapie)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Ungeachtet der Verortung unter 1.3. oder 1.4. möchten wir bzgl. der indikationsspezifischen Erstanamnese sprachliche Präzisierungen sowie die Ergänzung des Risikofaktors Sitzzeiten anregen. Das sogenannte sedentäre Verhalten gilt heutzutage als eigenständiger Risikofaktor für die Entwicklung nicht-übertragbarer Erkrankungen.⁴⁰</p> <p>Änderungsvorschläge:</p> <p>Ergänzung „bewegungsbezogene“ beim ersten Spiegelstrich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gewichtsverlauf und bereits erfolgte Maßnahmen zum Gewichtsmanagement (sowohl selbstinitiierte als auch ärztlich verordnete, verhaltensbezogene, bewegungsbezogene, diätetische und medikamentöse Maßnahmen, erfolgte Operationen), höchstes und niedrigstes Gewicht, größte Gewichtsreduktion <p>Sprachliche Präzisierung beim zweiten Spiegelstrich und Ergänzung des (vermeidbaren) Sitzverhaltens als eigenen Faktor:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - aktuelles Essverhalten; Bewegungsumfänge in Alltag, Freizeit und Beruf; Sitzzeiten v.a. in der Freizeit unter besonderer Berücksichtigung audiovisueller bzw. vermeidbarer Sitzzeiten
<p>Zur Aufnahme eines unterstützenden „Patientenfragebogen“ (je nach Vorschlag an unterschiedlichen Stellen verortet)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Da die gesundheitsbezogene Lebensqualität subjektiv ist, kann diese ausschließlich über Patientenfragebögen erfasst werden. Sollte der G-BA dem o.g. Änderungsvorschlag folgen und das Therapieziel „Erhalt oder Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ aufnehmen, wäre die Nutzung von Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) essentiell und damit auch im Rahmen der anamnestischen Angaben von Bedeutung.</p> <p>Änderungsvorschlag: Aufnahme des Satzes: Zur systematischen Erfassung der anamnestischen Angaben und um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu ermitteln sollen unterstützend entsprechende allgemeine sowie adipositaspezifische Patientenfragebögen eingesetzt werden.</p>
<p>Zu 1.5.2. Ernährung Nummern 136-139</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Individualisierte, personbezogene Empfehlungen zum Ernährungsverhalten sind während Gruppenschulungen kaum umsetzbar. Eine fundierte Schulung bildet die Basis für eine erfolgreiche Gewichtsreduktion. Wir plädieren dafür, dass Patient:innen bei entsprechender Indikation eine intensive Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erhalten.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient soll bei entsprechender Indikation, zusätzlich zur Gruppenschulung und in enger Abstimmung mit der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt, Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierten Ernährungsfachkraft mit individualisierten/ personenbezogenen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten erhalten. Dabei soll über die Bedeutung einer adäquaten Ernährungsumstellung sowohl im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion, als auch auf positive metabolische und kardiovaskuläre Effekte informiert werden. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten soll die Ärztin oder der Arzt in Kooperation mit der Ernährungsfachkraft individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung festlegen und regelmäßig überprüfen.“</p>

<p>Zu 1.5.2.</p> <p>Ernährung</p> <p>Nummer 139-141</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns den Vorschlägen der DKG, KBV und PatV an. Im Wesentlichen folgen wir der Formulierung die an die Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas angepasst ist.</p> <p>Änderungsvorschlag (überwiegend wie von KBV, PatV empfohlen, mit Anpassungen):</p> <p>„[...] Wenn Formuladiäten eingesetzt werden, soll dies zeitlich begrenzt (in der Regel maximal 12 Wochen) und medizinisch und möglichst ernährungstherapeutisch begleitet werden.“</p>
<p>Zu 1.5.2.</p> <p>Ernährung</p> <p>Nummer 144</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV, aber schlagen eine Textänderung vor, weil die individuelle/ personenbezogene Ernährungstherapie eine wichtige ergänzende Maßnahme zur Umsetzung dieser Empfehlungen ist. Im DMP soll klar dargestellt werden, dass für die Ernährung auch die ergänzende Einzelberatung durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte dazu gehört. Einzelberatung kann nach § 43 SGB 5 im Rahmen des DMPs durchgeführt werden. Zu prüfen ist zudem, inwiefern analog zum DMP Diabetes mellitus Typ II auch Einzelberatungen vergütet werden können.⁴¹</p> <p>Änderungsvorschlag (überwiegend wie von KBV, PatV empfohlen, mit Anpassungen):</p> <p>„Eine individuelle Ernährungstherapie kann ist eine wichtige ergänzende Maßnahme zur Umsetzung dieser Empfehlungen eine sinnvolle Maßnahme sein. Ernährungstherapie ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, wird kann aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleistung bewilligt werden.“</p>
<p>Zu 1.5.4</p> <p>Verhaltensmodifikation</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstreichen die in Z. 159-167 genannten Interventionen; sie sind in jedem Programm zur Lebensstilintervention essenziell.</p>
<p>Zu 1.5.3.</p> <p>Bewegung</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Begrifflichkeiten Bewegung, körperliche oder sportliche Aktivität werden in dem gesamten Entwurf eher willkürlich verwendet. Ergänzt werden sollte stets auch (vermeidbare) Sitzzeiten und/oder sedentäres Verhalten.</p> <p>Körperliche Bewegung ist unabhängig von der Gewichtsreduktion mit gesundheitlichen Vorteilen verbunden.⁴² Die kardiorespiratorische und</p>

muskuläre Fitness als Surrogatparameter für eine geringere kardiometabolische Morbidität und Mortalität werden durch alle Arten von Training gesteigert.⁴³ Als Bewegungsdauer (Umfänge) werden >30 bis 60 min/Tag an wenigstens fünf Tagen pro Woche empfohlen⁴⁴; daher sollte der Empfehlung der DKG, KBV, PatV gefolgt werden; die Umfänge, die von Seiten des GKV-SV zusätzlich genannt werden, beziehen sich auf die Prävention bzw. Allgemeinbevölkerung (s.a. Bull et al. 2020) und sollten hier nicht aufgeführt werden.

Nicht korrekt ist allerdings der Hinweis auf Krafttraining unter Berücksichtigung möglicher Kontraindikationen sowie der individuellen Belastbarkeit; denn diese beiden Aspekte gelten ausdrücklich für jede Form der körperlichen Aktivität, v.a. bei höheren Intensitäten, und sind bei Menschen mit Hypertonie oder kardiovaskulären Krankheiten klinisch relevant.

Änderungsvorschlag:

Übernahme des Textvorschlags von DKG, KBV, PatV mit folgenden Anpassungen:

- Absatz streichen:

~~„Für eine Gewichtsabnahme sollte man sich täglich insgesamt > 30 bis 60 Minuten bewegen. Darin enthalten sein sollte ein mindestens moderates Training beispielsweise an zwei Tagen pro Woche. Ein Krafttraining kann unter Berücksichtigung von Kontraindikationen sowie der individuellen Belastbarkeit empfohlen werden.“~~

- Absatz einfügen

„Für eine Gewichtsabnahme sollte man sich täglich insgesamt > 30 bis 60 Minuten bewegen. Darin enthalten sein sollte ein moderates aerobes Training beispielsweise an mindestens zwei Tagen pro Woche sowie Krafttraining beispielsweise einmal pro Woche. Jede Form des Trainings kann unter Berücksichtigung von Kontraindikationen sowie der individuellen Belastbarkeit empfohlen werden.“

- Absatz ergänzen:

Patienten und Patientinnen sollte geraten werden, die Umfänge an (vermeidbarer) Sitzzeit am Tag zu reduzieren bzw. „langanhaltende“ Sitzphasen regelmäßig, z.B. alle 30 min zu unterbrechen.⁴⁵

Anmerkung zum Textvorschlag des GKV-SV

Im Textvorschlag des GKV-SV ist der wiederkehrende Satzteil "sowohl Ausdauer- als auch Krafttraining einzeln oder in Kombination sowie ein hochintensives Intervalltraining (HIIT) ..." irreführend, denn ein HIIT kann sowohl im Ausdauer-, wie auch Kraftbereich durchgeführt werden und ist somit keine eigenständige Bewegungsintervention. Sollte sich für diese Formulierung entschieden werden, müsste dies korrigiert werden.

Zu 1.5.5.

Adjuvante
medikamentöse
Therapie**Stellungnahme mit Begründung:**

Dem gesetzlichen Auftrag aus dem GVWG folgend, gehören zu einer leitlinienkonformen Adipositas therapie auch „ergänzende pharmakologische Therapien“. Der Gesetzgeber begründet im Gesetzentwurf das „erhebliche Verbesserungspotenzial der Versorgungsqualität“ mit dem Umstand, dass nur eine kleine Minderheit der Betroffenen von einer „individuellen, interdisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlung unter Berücksichtigung verhaltensmodifizierender, medikamentöser und nötigenfalls auch chirurgischer Interventionen“ profitiert. Vor diesem Hintergrund wäre es ein Widerspruch mit dem gesetzlichen Auftrag, wenn an dieser Stelle – wie vom GKV-SV vorgeschlagen – ein bloßer Verweis auf den gesetzlichen Ausschluss von Arzneimitteln zur Regulierung des Körpergewichts aus der Versorgung zu Lasten der Krankenkassen erfolgt.

Die modernen Wirkstoffe der begleitenden medikamentösen Adipositas therapie ermöglichen den Betroffenen den Studiendaten zufolge bei relativ guter Verträglichkeit und in Kombination mit einer Lebensstilintervention eine Gewichtsreduktion, die deutlich über die Effekte früherer Wirkstoffe hinaus geht.^{46,47,48,49,50,51} In Anbetracht der wachsenden und vielversprechenden Evidenz sollte die begleitende medikamentöse Therapie nicht grundsätzlich aus dem DMP Adipositas ausgeschlossen werden. Das gilt umso mehr vor dem Hintergrund, dass im Rahmen der SELECT-Studie für Semaglutid (2,4 mg) erstmals eine signifikante Verringerung kardiovaskulärer Ereignisse gezeigt werden konnte.⁵²

Dass eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen aufgrund der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen aktuell nicht möglich scheint, sollte einer Aufnahme der Behandlungsoption nicht im Weg stehen. Wie das DMP Diabetes mellitus Typ 2 mit Bezug auf die Raucherberatung zeigt, können auch Arzneimittel, für deren Kosten Patientinnen und Patienten selbst aufkommen müssen, im Rahmen eines DMP grundsätzlich abgebildet werden. Demnach sollen ausstiegsbereiten Rauchern „wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung“ angeboten werden. „Dazu gehören (...) geeignete Medikamente, auch soweit deren Kosten von Patientinnen und Patienten selbst zu tragen sind.“⁵³

Änderungsvorschlag (überwiegend wie von KBV, PatV empfohlen, mit Ergänzung in **fett**):

Zur Unterstützung einer Gewichtsreduktion oder eines Gewichtserhalts kann – begleitend zur leitliniengerechten konservativen Therapie – eine medikamentöse Therapie erwogen werden. **Patienten mit Adipositas, bei denen Maßnahmen zur Verhaltensänderung nicht zum Erreichen individueller Gesundheits- und Gewichtsreduktionsziele ausgeschöpft wurden, sollen über weitere Therapiemöglichkeiten der Adipositas wie die adjuvante Pharmakotherapie und Adipositas-Chirurgie aufgeklärt werden.** Wenn eine Empfehlung zur Pharmakotherapie erfolgt, sollen bei

	<p>der Wahl des Medikaments die patientenindividuellen Therapieziele, die Komorbiditäten, die Wirkmechanismen sowie die Verträglichkeit und Sicherheit der Wirkstoffe und das individuelle Ansprechen auf die Medikation berücksichtigt werden. Patientinnen und Patienten sollen dabei darüber informiert werden, dass die medikamentöse Therapie der Adipositas gemäß § 34 Absatz 1 Satz 7 SGB V derzeit nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann.</p>
<p>Zu 1.5.6. Chirurgische Therapie</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Entsprechend der S3-Leitlinie der CAADIP soll nach Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten eine chirurgische Therapie bei schwerer Adipositas (BMI ≥ 40 kg/ m²) bzw. bei Adipositas Grad II mit schwerer Komorbidität erwogen werden. Der Textvorschlag der DKG bildet dies ab.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übernahme des Textvorschlags der DKG
<p>Zu 1.5.6.3. Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie. Nummer 174</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der Gesetzgeber hat in seinem Beschluss für das GVWG beschrieben, dass zu einer „leitlinienkonformen Adipositastherapie“ auch die „sogenannte bariatrische Chirurgie mit postoperativer Langzeittherapie und ggf. Supplementationstherapie bei starker Gewichtsreduktion“ gehört. Ein DMP Adipositas könnte dazu beitragen, die bisher unzureichende (und nicht im GKV-Leistungskatalog abgebildete) Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie zu verbessern – sofern diese im DMP abgebildet wird. Dass in allen Vorschlägen die lebenslange Nachsorge gefordert wird, aber die Kosten hierfür offenbleiben, ist inkonsequent und entspricht nicht den aktuellen Leitlinienstandards.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übernahme des Textvorschlags der DKG
<p>Zu 1.6. Komorbiditäten Nummer 176</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Adipositas gilt als eine wichtige Ursache für zahlreiche Folgekrankheiten mit erheblicher Bedeutung für die allgemeine Krankheitslast. Vor diesem Hintergrund erschließt sich nicht, weshalb an dieser Stelle des Richtlinien textes lediglich eine unvollständige Auswahl manifester Folgekrankheiten Erwähnung finden soll, wie vom GKV-SV vorgeschlagen. Dieses Kapitel sollte den Anspruch haben, die bedeutsamsten Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas abzubilden. Es darf sich nicht an den, wahrscheinlich notgedrungen enger gefassten, Einschlusskriterien orientieren. Eine solche Vorgehensweise würde Sinn und Zweck von DMP im Allgemeinen und der Gesetzesbegründung des GVWG im Speziellen widersprechen, wonach Folgeschäden und Komplikationen durch das DMP vermieden werden sollen. Der IQWiG Abschlussbericht,</p>

	<p>Leitliniensynopse Adipositas Erwachsene, hat im Kapitel 4.4.6. die relevantesten Komorbiditäten beschrieben und eine Vielzahl potenziell DMP-relevanter sowie additiver Inhalte identifiziert.⁵⁴ Der Vorschlag von KBV, DKG, PatV bildet diese umfassende Darstellung der vorliegenden Evidenz am besten ab.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fassung von KBV, DKG, PatV übernehmen
<p>Zu 1.7.</p> <p>Verlaufsuntersuchungen</p> <p>Nummern 184ff</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Im Rahmen der Verlaufsuntersuchungen zum Monitoring von Fettleberkrankungen sollten sich die empfohlenen Untersuchungen und Untersuchungsintervalle an der aktualisierten S2k-Leitlinie nicht-alkoholische Fettlebererkrankung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) orientieren.⁵⁵ Bei allen Patienten mit Adipositas und nicht-alkoholischer Fettlebererkrankung oder Non-Alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) – bzw. metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD)⁵⁶ – sollen klinische und laborchemische Verlaufskontrollen durchgeführt werden. Umfang und Intervalle sollten sich nach Auftreten von Komorbiditäten sowie Ausprägung der Lebererkrankung richten und alle 6 Monate, jährlich oder alle 2–3 Jahre durchgeführt werden. Bei Patienten mit inzidentell diagnostizierter NAFLD ohne fortgeschrittene Fibrose und ohne typische Begleiterkrankungen sollten die Verlaufsuntersuchungen jeweils die Evaluation von metabolischen Komorbiditäten beinhalten.</p> <p>Die Basisdiagnostik für das NAFLD Langzeitmanagement umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Körperliche Untersuchung mit Bestimmung von: – BMI – Taillenumfang – Blutdruck ▪ Laborchemische Untersuchung: – ALT, AST, γGT, Bilirubin, AP – Blutbild (Thrombozyten) – Lipidstatus (Triglyceride, Cholesterin, HDL-, LDL-Cholesterin) – Nüchternblutzucker, HbA1c und Berechnung des FIB-4 Index <p>Bei erhöhtem Risiko und nachgewiesener NASH kann für die Verlaufsbeurteilung eine Elastographie und/oder CAP verwendet werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigung der o.g. Parameter bei der Verlaufsuntersuchung
<p>Zu 1.8.1.</p> <p>Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt</p> <p>Nummer 208</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Hausärztinnen und Hausärzte nehmen in Deutschland gemäß § 73b SGB V die Funktion eines Lotsen bzw. Gatekeepers ein und sind damit auch die erste medizinische Anlaufstelle für Patient:innen mit Adipositas. Zugleich spielt die Adipositas therapie in der medizinischen Ausbildung bisher eine untergeordnete Rolle, sodass das Wissen in der Ärzteschaft über moderne, multiprofessionelle Behandlungsmethoden nicht sehr weit verbreitet ist.⁵⁷ Neue Fortbildungsangebote wie der Kurs DAG-DDG</p>

	<p>Adiposilog*in⁵⁸, in welchen in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachgesellschaften Inhalte aus den im nachfolgenden Kapitel genannten (Zusatz-)Weiterbildungen integriert wurden, sollen dazu dienen, dass auch Hausärztinnen und Hausärzten vermehrt Adipositas-spezifische Qualifikationen erwerben können. Entsprechend spezifisch qualifizierte Hausärztinnen und Hausärzte werden aber zum Start des neuen DMP nicht flächendeckend in Deutschland verfügbar sein.</p> <p>Vor diesem Hintergrund könnten unseres Erachtens Fachärzt:innen nicht nur „im Ausnahmefall“ eine koordinierende Funktion übernehmen.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von KBV, PatV vorgeschlagen):</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] gemäß § 73 SGB V oder durch die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärztin bzw. den Facharzt für Innere Medizin, mit oder ohne Schwerpunkt, entsprechend der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.“</p>
<p>Zu 1.8.1.</p> <p>Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt</p> <p>Nummer 219</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>In den bereits über längere Zeit etablierten Zusatzweiterbildungen der „Diabetologie“ und der „Ernährungsmedizin“ sowie der Facharzt-Weiterbildung „Endokrinologie und Diabetologie“ spielt die Adipositas als eng mit dem Typ-2-Diabetes bzw. der Ernährungsweise verbundene Erkrankung eine zentrale Rolle, sodass in den entsprechenden Praxen – ob hausärztlich oder fachärztlich tätig – bereits eine umfassende Expertise über das Krankheitsbild und die Behandlung der Adipositas vorhanden ist. Selbiges gilt für Fachärzt:innen in DGAV zertifizierten Adipositaszentren bzw. DGAV zertifizierte Chirurg:innen. Auch die Sportmedizin ist eng in die Behandlung von Patient:innen mit Adipositas eingebunden, da die Bewegungstherapie integraler Bestandteil der multimodalen Adipositasbehandlung ist.</p> <p>Auf diese umfangreiche Expertise und vorhandene Versorgungsstrukturen gilt es im neuen DMP Adipositas zurück zu greifen – insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Vermeidung des Diabetes mellitus Typ 2 bei vorhandenem Prädiabetes ein zentrales Ziel des DMP Adipositas darstellen sollte.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Eine entsprechend qualifizierte Fachärztin oder ein entsprechend qualifizierter Facharzt ist insbesondere beim Vorliegen der Weiterbildungen „Diabetologie“, „Endokrinologie und Diabetologie“, „Ernährungsmedizin“, „Sportmedizin“ sowie bei Fachärzt:innen in DGAV zertifizierten Adipositaszentren bzw. DGAV-zertifizierten Chirurg:innen gegeben.“</p>

<p>Zu 1.8.2.</p> <p>Überweisung zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt / Einrichtung</p> <p>Nummer 245</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wie das Kapitel „A 3.5.5 Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie“ der IQWiG Leitliniensynopse, Erwachsene, darlegt, wird gemäß internationaler Leitlinien einhellig eine strukturierte Nachsorge nach bariatrischer bzw. metabolischer Chirurgie empfohlen. Gemäß DGAV-Leitlinie (2018) sollte die Vorstellung „mindestens einmal jährlich bei einem Arzt, der mit der Behandlung von Adipositas und adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Eingriffen vertraut ist“ und „kann an der operierenden Einrichtung oder bei Kooperationspartnern“ erfolgen. Vor diesem Hintergrund wäre es leitlinienkonform, den von DKG, KBV, PatV empfohlenen Überweisungsgrund aufzunehmen.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von DKG, KBV, PatV empfohlen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zur postoperativen Nachsorge nach adipositaschirurgischem oder metabolischem Eingriff
<p>Zu 1.8.3.</p> <p>Einweisung in ein Krankenhaus</p> <p>Nummer 255</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Aus adipositastherapeutischer Sicht ist eine Einweisung von Patient:innen zur stationären konservativen Therapie nur nach ausreichender Evaluation des Patienten erforderlich. Es ist auch in Frage zu stellen, ob dies eine stationäre Leistung der Krankenhäuser ist oder in einen Rehabilitationsbereich mit besonderer Spezialisierung gehört. Wesentlich erscheint eine ausreichende Evaluation der Patient:innen im häuslichen Umfeld.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von GKV-SV empfohlen): Keine Aufnahme</p>
<p>Zu 1.9.</p> <p>Geeignete digitale medizinische Anwendungen</p> <p>Nummer 279</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Aktuell liegen für die Indikation Adipositas zwei dauerhaft in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) vor. Das BfArM hat die vorliegende Evidenz als ausreichend bewertet, um eine Behandlung der Adipositas zu Lasten der GKV zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, weshalb nicht auf geeignete DiGA im Rahmen eines DMP als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden sollte – schließlich sind DiGA die einzige Regelleistung im ambulanten Bereich. Auch wenn die Wirksamkeit in Bezug auf Verbesserungen der Adipositas-Erkrankung, Gewichtsreduktion und die Verbesserung von Adipositas-assoziierten Erkrankungen bisher vor allem langfristig nicht ausreichend belegt wurden, könnten DiGA vor dem Hintergrund der aktuell bei weitem nicht flächendeckenden Versorgung mit multimodalen Basisprogrammen eine sinnvolle Ergänzung darstellen.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von KBV empfohlen):</p> <p>„Es kann auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden, insbesondere wenn die</p>

	<p>Teilnahme an einer Patientenschulung gemäß Nummer 4.2 nicht möglich ist. Eine gleichzeitige Inanspruchnahme der Patientenschulung und einer digitalen medizinischen Anwendung wird aufgrund potentiell unterschiedlicher inhaltlicher Konzepte nicht empfohlen.“</p>
<p>Zu 4.2.</p> <p>Schulungen der Versicherten</p> <p>Nummer 319</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Adipositas stellt eine chronische Erkrankung mit einer hohen Rezidivneigung dar.⁵⁹ Eine kurzfristige Senkung des Körpergewichts ist weniger das Problem. Die längerfristige, dauerhafte Veränderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten sowie eine damit einhergehende Gewichtsstabilisierung (weight loss maintenance) stellen die größere Herausforderung dar.⁶⁰ Folglich empfiehlt das Regionalbüro der WHO für Europa im Europäischen Adipositasbericht 2022 einen Zugang zu einer dauerhaften Behandlung:</p> <p>„There is a need to provide care for those living with obesity, with treatment recommended to follow a “chronic care” approach in which the choice of treatment is dependent on the severity of obesity, along with a number of other personal factors.“⁶¹</p> <p>Vor diesem Hintergrund sollte eine mehrfache Teilnahme an einer Patientenschulung nicht ausgeschlossen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von PatV, DKG empfohlen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Schulung kann bei Bedarf wiederholt werden.
<p>Zu 5.</p> <p>Evaluation</p> <p>Nummern 332, 333</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Den vorgeschlagenen Einschlusskriterien (s.o.) folgend, schließen wir uns dem Vorschlag von KBV; DKG, PatV an, das Auftreten eines manifesten Diabetes mellitus Typ 2 bei bestehendem Prädiabetes im Verlauf als Parameter in der Evaluation zu berücksichtigen. Dies sollte ein wesentliches Ziel des DMP Adipositas darstellen und der Erfolg diesbezüglich sollte auch entsprechend evaluiert werden (betrifft Nummer 333). Auch Remissionen der Erkrankung, bei Personen mit zur Einschreibung in das DMP Adipositas bereits bestehenden Diabetes mellitus Typ 2, sollte im Rahmen der Evaluation untersucht werden.</p> <p>Bei der Evaluation der Bewegung sollte zudem zwingend sowohl das Aktivitätslevel sowie das sitzende Verhalten evaluiert werden. Da weniger „regelmäßige Bewegung“ (wie von GKV-SV vorgeschlagen), sondern eher generell das Bewegungsverhalten evaluiert werden sollte, schlagen wir folgende Begrifflichkeit für Nummer 332 vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewegungsverhalten in Alltag, Freizeit und Beruf

Literaturverzeichnis

- ¹ Mensink GBM, Schienkiewitz A et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6: 786-794.
- ² Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- ³ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- ⁴ WHO Regional Office for Europe (2022). Media release: New WHO report: Europe can reverse its obesity “epidemic”. <https://www.who.int/europe/news/item/03-05-2022-new-who-report--europe-can-reverse-its-obesity--epidemic>
- ⁵ Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, DAK-Gesundheit (2016). Versorgungsreport Adipositas - Chancen für mehr Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 15).
- ⁶ Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Drucksache 19/26822. Stand: 19.02.2021. Vom Deutschen Bundestag beschlossen am 11.06.2021. Zum Vorgang: <https://dip.bundestag.de/vorgang/.../272225>
- ⁷ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG (2022). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene Abschlussbericht. Auftrag V21-05. IQWiG-Berichte – Nr. 1408, Stand: 18.08.2022.
- ⁸ Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Drucksache 19/26822. Stand: 19.02.2021. Vom Deutschen Bundestag beschlossen am 11.06.2021. Zum Vorgang: <https://dip.bundestag.de/vorgang/.../272225>
- ⁹ Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). DMP – Grundlegende Informationen. Stand: Januar 2023. Abgerufen am 24.07.2023: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>
- ¹⁰ Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002;346(6): 393-403.
- ¹¹ Hamman RF, Wing RR, Edelstein SL, et al. Effect of weight loss with lifestyle intervention on risk of diabetes. Diabetes Care. 2006;29(9):2102-2107.
- ¹² Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, et al. Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. Lancet. 2009;374(9702):1677-1686.
- ¹³ Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med. 2001; 344(18):1343-1350.
- ¹⁴ Laaksonen DE, Lindström J, Lakka TA, et al. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. Diabetes. 2005;54(1):158-165.
- ¹⁵ Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet. 2006;368(9548):1673-1679.
- ¹⁶ Fritsche, A. et al.: Different effects of lifestyle intervention in high- and low-risk prediabetes. In: Diabetes, 2021, 70: 2785-2795
- ¹⁷ Pan XR, Li GW, Hu YH, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Care. 1997;20(4):537-544
- ¹⁸ Li G, Zhang P, Wang J, et al. Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: a 23-year followup study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2014;2(6): 474- 480.
- ¹⁹ le Roux CW, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Lau DCW, Van Gaal L, Ortiz RV, Wilding JPH, Skjøth TV, Manning LS, Pi-Sunyer X; SCALE Obesity Prediabetes NN8022-1839 Study Group. 3 years of liraglutide versus placebo for type 2 diabetes risk reduction and weight management in individuals with prediabetes: a randomised, double-blind trial. Lancet. 2017 Apr 8;389(10077):1399-1409. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30069-7. Epub 2017 Feb 23. Erratum in: Lancet. 2017 Apr 8;389(10077):1398. PMID: 28237263.
- ²⁰ Davies MJ, Aronne LJ, Caterson ID, Thomsen AB, Jacobsen PB, Marso SP; Satiety and Clinical Adiposity - Liraglutide Evidence in individuals with and without diabetes (SCALE) study groups. Liraglutide and cardiovascular outcomes in adults with overweight or obesity: A post hoc analysis from SCALE randomized controlled trials. Diabetes Obes Metab. 2018 Mar;20(3):734-739. doi: 10.1111/dom.13125. Epub 2017 Nov 1. PMID: 28950422; PMCID: PMC5836948.
- ²¹ McGowan BM, Houshmand-Oeregaard A, Laursen PN, Zeuthen N, Baker-Knight J. Impact of BMI and comorbidities on efficacy of once-weekly semaglutide: Post hoc analyses of the STEP 1 randomized trial. Obesity (Silver Spring). 2023 Apr;31(4):990-999. doi: 10.1002/oby.23732. Epub 2023 Mar 6. PMID: 36876594.
- ²² <https://www.nature.com/articles/d41586-023-02528-2>
- ²³ Sumithran, P., Prendergast, LA, Delbridge, E, Purcell, K, Shulkes, A, Kriketos, A, Proietto, J. N Engl J Med. (2011) Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. Oct 27;365(17):1597-604.
- ²⁴ Pasman, WJ. (1999) Predictors of weight maintenance. Obes Res. 1999 Jan;7(1):43-50.
- ²⁵ Schwartz, A. (2010) Relative changes in resting energy expenditure during weight loss: a systematic review. Obes Rev. 2010 Jul;11(7):531-47.
- ²⁶ Dulloo, A. (2021) Physiology of weight regain: Lessons from the classic Minnesota Starvation Experiment on human body composition regulation. Obes Rev. 2021 Mar;22 Suppl 2:e13189.

- ²⁷ Martins C, Dutton GR, Hunter GR, Gower BA. Revisiting the Compensatory Theory as an explanatory model for relapse in obesity management. *Am J Clin Nutr.* 2020 Nov 11;112(5):1170-1179.
- ²⁸ WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- ²⁹ Mensink GBM, Schienkiewitz A et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 5/6: 786-794.
- ³⁰ Steffen A, Holstiege J, Akmatov MK, Bätzing J. Trends in der Diagnoseprävalenz der Adipositas in der vertragsärztlichen Versorgung von 2009 bis 2018. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). *Versorgungsatlas-Bericht Nr. 21/10.* Berlin 2021. URL: <https://doi.org/10.20364/VA-21.10>
- classic Minnesota Starvation Experiment on human body composition regulation. *Obes Rev.* 2021 Mar;22 Suppl 2:e13189.
- ³¹ Martins C, Dutton GR, Hunter GR, Gower BA. Revisiting the Compensatory Theory as an explanatory model for relapse in obesity management. *Am J Clin Nutr.* 2020 Nov 11;112(5):1170-1179.
- ³² WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- ³³ Mensink GBM, Schienkiewitz A et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 5/6: 786-794.
- ³⁴ Steffen A, Holstiege J, Akmatov MK, Bätzing J. Trends in der Diagnoseprävalenz der Adipositas in der vertragsärztlichen Versorgung von 2009 bis 2018. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). *Versorgungsatlas-Bericht Nr. 21/10.* Berlin 2021. URL: <https://doi.org/10.20364/VA-21.10>
- cca & Haftenberger, Marjolein & Rathmann, Wolfgang & Scheidt-Nave, C. (2015). Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: Findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997-1999 and 2008-2011. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association.* 33. 10.1111/dme.13008.
- ³⁶ Heidemann, Christin & Du, Y & Paprott, Rebecca & Haftenberger, Marjolein & Rathmann, Wolfgang & Scheidt-Nave, C. (2015). Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: Findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997-1999 and 2008-2011. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association.* 33. 10.1111/dme.13008.
- ³⁷ Berechnungen des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen (IDM), Helmholtz Zentrum München an der Universität Tübingen, für die DAG auf Basis einer Kohorte mit hohem Risikoprofil (nicht repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung)
- ³⁸ World Health Organization (2011) Waist Circumference and waist- hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008.
- ³⁹ WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- ⁴⁰ Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, Carty C, Chaput JP, Chastin S, Chou R, Dempsey PC, DiPietro L, Ekelund U, Firth J, Friedenreich CM, Garcia L, Gichu M, Jago R, Katzmarzyk PT, Lambert E, Leitzmann M, Milton K, Ortega FB, Ranasinghe C, Stamatakis E, Tiedemann A, Troiano RP, van der Ploeg HP, Wari V, Willumsen JF. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* 2020 Dec;54(24):1451-1462. doi: 10.1136/bjsports-2020-102955. PMID: 33239350; PMCID: PMC7719906.
- ⁴¹ Vgl. Abrechnungsziffern DMP Diabetes mellitus Typ II im Bereich der KV Hessen Gültig ab 01. Oktober 2021 sowie Übersicht zur Abrechnung und Vergütung der Betreuung und Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und DMP Diabetes mellitus Typ 2 der KVBW
- ⁴² Gaesser GA, Angadi SS. Obesity treatment: Weight loss versus increasing fitness and physical activity for reducing health risks. *iScience.* 2021; 24(10):102995. doi: 10.1016/j.isci.2021.102995.
- ⁴³ van Baak MA, Pramono A, Battista F, Beaulieu K, Blundell JE, Busetto L, Carraça EV, Dicker D, Encantado J, Ermolao A, Farpour-Lambert N, Woodward E, Bellicha A, Oppert JM. Effect of different types of regular exercise on physical fitness in adults with overweight or obesity: Systematic review and meta-analyses. *Obes Rev.* 2021 Jul;22 Suppl 4(Suppl 4):e13239.
- ⁴⁴ Bellicha A, van Baak MA, Battista F, Beaulieu K, Blundell JE, Busetto L, Carraça EV, Dicker D, Encantado J, Ermolao A, Farpour-Lambert N, Pramono A, Woodward E, Oppert JM. Effect of exercise training before and after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2021; 22 Suppl 4(Suppl 4):e13296. doi: 10.1111/obr.13296.
- ⁴⁵ Vgl. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, Collins BS, Hilliard ME, Isaacs D, Johnson EL, Kahan S, Khunti K, Leon J, Lyons SK, Perry ML, Prahalad P, Pratley RE, Seley JJ, Stanton RC, Young-Hyman D, Gabbay RA, on behalf of the American Diabetes Association. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care.* 2023 Jan 1;46(Suppl 1):S68-S96. doi: 10.2337/dc23-S005. PMID: 36507648; PMCID: PMC9810478.
- ⁴⁶ Chakhtoura M, Haber R, Ghezzawi M, Rhayem C, Tcheroyan R, Mantzoros CS. Pharmacotherapy of obesity: an update on the available medications and drugs under investigation. *EClinicalMedicine.* 2023 Mar 20;58:101882. doi:

10.1016/j.eclinm.2023.101882. PMID: 36992862; PMCID: PMC10041469.

⁴⁷ Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, Buscemi S, Christensen LN, Frias JP, Jódar E, Kandler K, Rigas G, Wadden TA, Wharton S; STEP 5 Study Group. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity: the STEP 5 trial. *Nat Med.* 2022 Oct;28(10):2083-2091. doi: 10.1038/s41591-022-02026-4. Epub 2022 Oct 10. PMID: 36216945; PMCID: PMC9556320.

⁴⁸ Wadden TA, Bailey TS, Billings LK, Davies M, Frias JP, Koroleva A, Lingvay I, O'Neil PM, Rubino DM, Skovgaard D, Wallenstein SOR, Garvey WT; STEP 3 Investigators. Effect of Subcutaneous Semaglutide vs Placebo as an Adjunct to Intensive Behavioral Therapy on Body Weight in Adults With Overweight or Obesity: The STEP 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2021 Apr 13;325(14):1403-1413. doi: 10.1001/jama.2021.1831. PMID: 33625476; PMCID: PMC7905697.

⁴⁹ Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, Gies I, Hesse D, Jeppesen OK, Kelly AS, Mastrandrea LD, Sørrig R, Arslanian S; STEP TEENS Investigators. *N Engl J Med.* 2022 Dec 15;387(24):2245-2257.

⁵⁰ Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, Kiyosue A, Zhang S, Liu B, Bunck MC, Stefanski A; SURMOUNT-1 Investigators. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med.* 2022 Jul 21;387(3):205-216. doi: 10.1056/NEJMoa2206038. Epub 2022 Jun 4. PMID: 35658024.

⁵¹ le Roux CW, Hankosky ER, Wang D, Malik R, Yu M, Hickey A, Kan H, Bunck MC, Stefanski A, Garcia-Perez LE, Wharton S. Tirzepatide 10 and 15 mg compared with semaglutide 2.4 mg for the treatment of obesity: An indirect treatment comparison. *Diabetes Obes Metab.* 2023 Sep;25(9):2626-2633. doi: 10.1111/dom.15148. Epub 2023 Jun 21. PMID: 37344384.

⁵² <https://www.nature.com/articles/d41586-023-02528-2>

⁵³ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 27. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2), der Anlage 2 (Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)) und der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation)

⁵⁴ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG (2022). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene Abschlussbericht. Auftrag V21-05. IQWiG-Berichte – Nr. 1408, Stand: 18.08.2022.

⁵⁵ Roeb E et al. Aktualisierte S2k-Leitlinie nicht-alkoholische Fettlebererkrankung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. *Z Gastroenterol* 2022; 60: 1346–1421

https://register.awmf.org/assets/guidelines/021-0251_S2k_NAFLD-Nicht-alkoholische-Fettlebererkrankungen_2022-10.pdf

⁵⁶ <https://www.aasld.org/new-naflc-nomenclature>

⁵⁷ Vgl. Nationaler Lernzielkatalog für das Medizinstudium: <https://medizinische-fakultaeten.de/themen/studium/nklm-nklz/>

⁵⁸ Weitere Informationen und Kursprogramm unter: www.adipositas-fortbildung.de

⁵⁹ Wilding JPH, Batterham RL, Davies M, Van Gaal LF, Kandler K, Konakli K, Lingvay I, McGowan BM, Oral TK, Rosenstock J, Wadden TA, Wharton S, Yokote K, Kushner RF; STEP 1 Study Group. Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: The STEP 1 trial extension. *Diabetes Obes Metab.* 2022 Aug;24(8):1553-1564. doi: 10.1111/dom.14725. Epub 2022 May 19. PMID: 35441470; PMCID: PMC9542252.

⁶⁰ Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr.* 2001;74(5):579–584.

⁶¹ Vgl. 1.6 Tackling obesity in individuals; WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen 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 1 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Datum	23.8.2023
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie Dr. med. Ruth Hanßen, Köln Hon.-Prof. Dr. med. Martin Merkel, Hamburg Prof. Dr. med. Wiebke Fenske, Bochum

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>1. Aktuell gibt es keine adäquaten Maßnahmen zur Sicherstellung einer langfristigen Gewichtsreduktion mittels konservativen Vorgehens. Nach Teilnahme an einem Schulungsprogramm zur Lebensstiländerung nimmt in den nächsten 3-5 Jahren die Mehrheit der Teilnehmer*innen wieder auf das Ausgangsgewicht zu bzw. kann die angestrebte Reduktion um 10% des Ausgangsgewichts nicht halten. Adipositas ist eine chronische Erkrankung, die nach aktuellem Wissensstand lebenslang behandelt werden muss.</p> <p>Wir empfehlen, die Schulungsprogramme um eine engmaschige 2-jährige Nachsorge zu ergänzen, welche die Teilnehmenden sukzessive zum selbstständigen Erhalt des neu erlernten Lebensstils anleitet. Dabei ist die Betreuung durch Therapeuten während der Nachsorge wesentlich geringer als im Schulungsprogramm (z.B. 2-3 Gruppensitzungen pro Quartal) und die Eigenverantwortung der Patient*innen deutlich höher als im Schulungsprogramm. Analog zu den Schulungsprogrammen muss spätestens mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet werden. Nachsorgekonzepte wurden z.B. an der Uniklinik Köln entwickelt und werden aktuell wissenschaftlich evaluiert.</p>
<p>2. Eine Begrenzung der Teilnahme am DMP auf Hausärzte ist kontraproduktiv. Gerade viele jüngere Patient*innen werden ausschließlich von Pädiatern und Spezialistinnen/Spezialisten der Inneren Medizin (z.B. Endokrinologen oder Diabetologen) betreut, auch diese Menschen müssen einen einfachen Zugang zum DMP haben.</p>

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (<i>Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.</i>)
Anlage 1, 1.2 (Zeile 47 und 52 ff)	<p>Die DGE schließt sich der Position sowie der in Anlage 2 aufgeführten Begründung von DKG und PatV an. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hat der Gesetzgeber dem G-BA explizit auferlegt, ein DMP für Adipositas zu erarbeiten, welches eine präventive Intention verfolgen soll. Diese präventive Intention wird, wie von DKG und PatV dargestellt, verfehlt, wenn ausschließlich Patienten mit Adipositas und einer Folgeerkrankung bzw. Patienten mit mindestens Adipositas Grad II eingeschlossen werden. Die Stellungnahmen von GKV-SV und KBV tragen dem Ziel einer rechtzeitigen Prävention des oft prekären Verlaufs bei Adipositas und damit dem erklärten Ziel dieses DMP, der Verhinderung von Folgeerkrankungen, nicht Rechnung. Wenn eine Folgeerkrankung verhindert werden soll, kann diese nicht als Einschlusskriterium verwendet werden. Eine zu späte Intervention führt zu erheblichen (orthopädischen, kardiologischen, diabetologischen) Folgekosten, die gerade vermieden werden sollen.</p>
Anlage 1, 1.3.1 (Zeile 56)	<p>Bei der indikationsspezifischen Erstanamnese sollte im Rahmen des Gewichtsverlaufs auch nach Beginn der Adipositas (Alter), der Familienanamnese und Hyperphagie gefragt werden, da bei Beginn der Adipositas im Jugendalter (vor allem vor dem 10. Lebensjahr) in Kombination mit Hyperphagie die Wahrscheinlichkeit für eine genetische Adipositasform erhöht ist [1]. Diese Patienten sollten zusätzlich zur DMP Teilnahme in einem spezialisierten Zentrum vorgestellt werden, da für bestimmte genetische Adipositasformen medikamentöse Therapieoptionen bestehen bzw. entwickelt werden. Für diese Patienten wird die DMP-Teilnahme ohne medikamentöse Therapie wenig erfolgsversprechend sein, in Kombination mit medikamentöser Therapie jedoch umso mehr [1, 2].</p> <p>Ergänzungsvorschlag der DGE zusätzlich zu der Position DKG und PatV: Dem Gewichtsverlauf der Eltern und Geschwister, dem Geburtsgewicht, dem Alter bei Beginn der Adipositas (ggf. unter Zuhilfenahme des U-Hefts oder von Kinderphotos), Vorhandensein von Hyperphagie. Diese Angaben sind wichtig, um einen V.a. genetisch bedingte Adipositasformen zu stellen.</p>
Anlage 1, 1.3.2 (Zeile 61)	<p>Die DGE schließt sich der Position sowie der in Anlage 2 aufgeführten Begründung von KBV, DKG und PatV an. Zur besseren Abschätzung des metabolischen und kardiovaskulären Risikos sollte bis zu einem BMI von 35 kg/m² der Bauchumfang gemessen werden, da in dieser Situation der Bauchumfang ein besserer Prädiktor von Folgeerkrankungen ist als der BMI.</p>

Anlage 1, 1.3.2 (Zeile 70)	Position von DKG und PatV
Anlage 1, 1.3.2 (Zeile 75 +76+77)	<p>Patienten, bei denen eine Ursache der Adipositas, deren Behandlung nicht Gegenstand dieses DMP ist, besteht, sollten nach Ausschluss oder nach erfolgreicher Behandlung dieser Ursache und weiterhin bestehender Adipositas ebenfalls am DMP teilnehmen können. Diese Patienten haben analog zu sonstigen Adipositaspatienten nach Ursachenbehandlung oft weiterhin Adipositas und ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. Exemplarisch hier Literatur zu persistierender Adipositas und kardiovaskulärem Risiko bei erfolgreich behandelten Cushing-Patienten. [3, 4]</p> <p>Änderungsvorschlag der DGE: Besteht der hinreichende Verdacht auf eine Ursache der Adipositas, deren Behandlung nicht Gegenstand dieses DMP ist, sind diese Patientinnen und Patienten nicht Zielgruppe dieses DMP, bis die Ursache ausgeschlossen oder behandelt ist.</p>
Anlage 1, 1.5.1 (Zeile 130)	<p>Der Stellungnahme zu 1.2 folgend schließen wir uns der DKG/PatV an. Da Patienten ab einem BMI von 30 kg/m² Zugang zum DMP haben, müssen die Ziele angepasst an den BMI besprochen werden (BMI bis 34,9 kg/m²: ≥ 5 % des Ausgangsgewichts; BMI ≥ 35 kg/m²: ≥ 10 % des Ausgangsgewichts).</p>
Anlage 1, 1.5.1 (Zeile 132)	<p>Da, wie unter 4.2. aufgeführt, die Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstraining zu einer stärkeren Gewichtsreduktion führt als eine der Maßnahmen alleine, stimmen wir zu, dass die multimodalen Schulungen zentrale Maßnahme des DMP Adipositas sind. Wir schlagen vor, an dieser Stelle bereits darauf hinzuweisen, dass multimodale Programme alle 3 Komponenten beinhalten sollten (Ernährung, Bewegung, Verhaltenstraining) und sich diese jeweils an den Empfehlungen 1.5.2 (Ernährung), 1.5.3. (Bewegung) und 1.5.4 (Verhalten) orientieren sollten.</p> <p>Änderungsvorschlag der DGE: Die zentrale Maßnahme des DMP Adipositas ist hierbei die multimodale Schulung (s. Nummer 4.2), welche sich an den Empfehlungen 1.5.2 – 1.5.4. orientieren sollte. Ein wichtiger Fokus liegt auf dem Selbstmanagement und einer anhaltenden Selbstbefähigung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung.</p>

Anlage 1, 1.5.2 (Zeile 139, 140)	Basierend auf der aktuellen Evidenzlage können wir beiden Vorschlägen zustimmen.
Anlage 1, 1.5.2 (Zeile 141-144)	Basierend auf der aktuellen Evidenzlage stimmen wir den Vorschlägen von DKG, KBV und PatV zu.
Anlage 1, 1.5.3 (Zeile 150)	Basierend auf der aktuellen Evidenzlage können wir beiden Vorschlägen zustimmen.
Anlage 1, 1.5.5 (Zeile 168)	<p>Position von KBV und PatV.</p> <p>Medikamentöse Optionen zur Gewichtsreduktion stellen einen wichtigen Baustein bei der Behandlung der Adipositas dar und sind von zunehmender Bedeutung. Die diesbezügliche klinisch-wissenschaftliche Evidenz ist eindeutig; medikamentöse Optionen können und dürfen Patienten mit Adipositas, bei denen Ernährungs- und Lebensstilmaßnahmen nicht ausreichend oder nicht erfolgreich sind, nicht vorenthalten werden. Die Erstattbarkeit ist davon unabhängig zu betrachten.</p>
Anlage 1, 1.5.6 (Zeile 171)	<p>Wir stimmen dem Vorschlag der DKG bei. Entsprechend der aktuellen S3 Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas (5.42) [7] <u>soll</u> eine chirurgische Therapie bei schwerer Adipositas erwogen werden. Da eine lebenslange Nachsorge durchgeführt werden muss (S3-Leitlinie, 5.50), sollte der Patient auf diese rechtzeitig hingewiesen werden.</p> <p>Ergänzungsvorschlag der DGE zusätzlich zu der Position der DKG:</p> <p>Ergänzend (entsprechend dem Vorschlag von KBV und PatV): Es ist auf die Notwendigkeit einer Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie hinzuweisen. Bestandteil der Nachsorge sind insbesondere der Ernährungszustand (Makro- und Mikronährstoffe), klinische Beschwerden / Gesundheitszustand, Lebensqualität, die psychologische Situation, Gewichtsverlauf und Status/Medikation von Begleiterkrankungen.</p>

Anlage 1, 1.5.6 (Zeile 174)	<p>Position von DGK und PatV</p> <p>Als Teil der postoperativen Langzeitbetreuung sollte Patienten, die nach einer bariatrischen Operation und initial erfolgreicher Gewichtsreduktion wieder an Gewicht zunehmen, die Teilnahme an einem Schulungsprogramm ermöglicht werden, da die Langzeitergebnisse einer Gewichtsreduktion im besonderen Maße vom langfristigen Betreuungskonzept bestimmt werden (S3-Leitlinie, 5.4.8) [7].</p> <p>Ergänzungsvorschlag der DGE zusätzlich zu der Position DKG/PatV:</p> <p>Als Teil der postoperativen Langzeitbetreuung sollte Patienten, die nach einer bariatrischen Operation und initial erfolgreicher Gewichtsreduktion wieder an Gewicht zunehmen, die Teilnahme an einem Schulungsprogramm angeboten werden. Dies sollte Teil der bariatrischen Nachsorge sein</p>
Anlage 1, 1.6 (Zeile 176)	Aufgrund der aktuellen Evidenzlage stimmen wird den Ausführungen der KBV, DKG und PatV zu; unten DKG .
Anlage 1, 1.8.1 (Zeile 208)	<p>Position der KBV und PatV</p> <p>Eine Begrenzung der Teilnahme am DMP durch Hausärzte ist kontraproduktiv. Gerade viele jüngere Patient*innen werden ausschließlich von Pädiatern und Spezialistinnen und Spezialisten der Inneren Medizin (z.B. Endokrinologen oder Diabetologen) betreut, auch diese Menschen müssen einen einfachen Zugang zum DMP haben.</p>
Anlage 1, 1.8.2 (Zeile 238 und 245)	Position der DGK, KBV und PatV
Anlage 1, 1.8.3 (Zeile 255)	Position der DGK, KBV und PatV
Anlage 1, 2, (Zeile 285)	Wir schließen uns KBV und DKG an: Vermeidung eines manifesten Diabetes mellitus Typ 2 und seiner schwerwiegenden Folgeerkrankungen bei bestehendem Prädiabetes bei Einschreibung

<p>Anlage 1, 4.2, (Zeile 313 ff) und Anlage 2, 4.2. (Zeile 615)</p>	<p>Stellungnahme und Ergänzung der DGE und mit Begründung:</p> <p>Alle 3 Patientenschulungsprogramme (Change your Life, DocWeight 2.3, ZEPmax) sind interdisziplinäre Programme, die die Module Ernährung, Bewegung und Verhaltenstraining beinhalten und deren Grundstruktur im ambulanten Setting umgesetzt werden kann. Limitierender Faktor wird für alle 3 Programme die räumlich-materielle Infrastruktur sein: a) Stühle, Untersuchungsliegen und Wagen etc., die für Patienten mit Adipositas geeignet sind, für eine Gruppe von Patienten und b) Kooperation mit Sportstätten. Für beides sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es Hausärzten ermöglichen, diese Strukturen zu schaffen. Bei allen Programmen können inhaltlich/personell geringe Anpassungen vorgenommen werden um die Tauglichkeit in der hausärztlichen Versorgung zu gewährleisten ohne den Nutzen zu beeinträchtigen. Wir schließen uns somit der Auswahl dieser 3 Patientenschulungsprogramme an und empfehlen für die praktische Umsetzung der Programme in der hausärztlichen Versorgung in Dialog mit den Programmentwicklern zu treten.</p> <p>Keines der Programme beinhaltet eine strukturierte Nachsorge, obwohl über 50% der Patienten nach erfolgreicher Gewichtsreduktion nach etwa 3-5 Jahren wieder ihr Ausgangsgewicht erreichen [5] bzw. langfristig nur ca. 17% eine Gewichtsreduktion um 10% ihres Körpergewichts halten können[6]. Entsprechend der S3-Leitlinie [7] sollten Maßnahmen zur langfristigen Gewichtsreduktion Aspekte der Ernährungstherapie, der Bewegungstherapie und der Verhaltenstherapie berücksichtigen sowie <u>langfristige</u> Behandlungs- und Kontaktangebote inklusive Wiegen/Umfangsmessung beinhalten. Damit das DMP Adipositas eine langfristige Gewichtsreduktion und somit Risikoreduktion erreicht, sollten strukturierte interdisziplinäre Gruppennachsorgeprogramme, welche die regelmäßigen ärztlichen DMP-Termine ergänzen, die Anschlussversorgung nach Abschluss eines Schulungsprogramms darstellen. Um die Eigenverantwortung der Patienten zu steigern, sollte dabei die Betreuungsintensität sukzessive reduziert werden, ggf. ergänzt um elektronische Unterstützung/Erinnerungen. Aktuell in der Evaluierung befindliche Nachsorgeprogramme wurden z.B. an der Uniklinik Köln entwickelt. Analog zu den Schulungsprogrammen sollten die Nachsorgeprogramme spätestens mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes einleiten.</p>
<p>Anlage 1, (Zeile 332 und 333 ff)</p>	<p>Aufgrund der aktuellen Evidenzlage stimmen wird den Ausführungen der KBV, DKG und PatV</p>

Literaturverzeichnis (Literatur in Anlage)

1. Styne, D.M., et al., *Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society*

Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab, 2017. 102(3): p. 709-757.

2. Farooqi, I.S., *Monogenic human obesity syndromes*. Handb Clin Neurol, 2021. 181: p. 301-310.
3. Giordano, R., et al., *Metabolic and cardiovascular outcomes in patients with Cushing's syndrome of different aetiologies during active disease and 1 year after remission*. Clin Endocrinol (Oxf), 2011. 75(3): p. 354-60.
4. Barahona, M.J., et al., *Persistent body fat mass and inflammatory marker increases after long-term cure of Cushing's syndrome*. J Clin Endocrinol Metab, 2009. 94(9): p. 3365-71.
5. Bischoff, S.C., et al., *Multicenter evaluation of an interdisciplinary 52-week weight loss program for obesity with regard to body weight, comorbidities and quality of life--a prospective study*. Int J Obes (Lond), 2012. 36(4): p. 614-24.
6. Kraschnewski, J.L., et al., *Long-term weight loss maintenance in the United States*. Int J Obes (Lond), 2010. 34(11): p. 1644-54.
7. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas , Version 2.0



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf 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)**

Datum	25.08.2023
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Mit Blick auf die vorangegangene Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene (IQWiG-Berichte – Nr. 1408), möchten wir unser Unverständnis zum Ausdruck bringen, dass den Empfehlungen der AACE Leitlinie von 2018 sowie jenen der DGAV Leitlinie 2018, erstellt auch mit unserer Beteiligung, weitestgehend eine geringe methodische Qualität (GRADE <3) zugesprochen wurde. Die in Überarbeitung befindliche Leitlinie der DGAV gibt für die Behandlung Adipositas Erkrankter in Deutschland die weitreichendsten Empfehlungen, sie wurde unter der Moderation der AWMF als S3-Leitlinie erstellt.

(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, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
1.5.6.1 Chirurgische Verfahren	<p>Stellungnahme mit Begründung: In der Leitliniensynopse wurde die Aufnahme der Information zu einer möglichen Vorstellung in der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie als additiver Inhalt empfohlen (S. 37 & S. 183). Im Entwurf für das DMP wurde diese übernommen: „Jede Patientin oder jeder Patient, die oder der nachhaltig an Gewicht verloren hat, sollte über die Möglichkeit informiert werden, sich von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Plastische Chirurgie beraten lassen zu können.“ Dies wird, wie auch die zuvor benannten chirurgischen Verfahren (hierzu erreicht Sie eine Stellungnahme der CAADIP der DGAV), lediglich von der DKG unterstützt. Patientenvertreter, GKV Spitzenverband sowie die KBV plädieren aus nicht verständlichen Gründen gegen eine Aufnahme und führen hierzu auch keine Argumente an.</p> <p>In einem Selektivvertrag des Universitätsklinikums Leipzig mit der AOK Plus ergaben sich zum 31.12.2021 folgende Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1524 Patienten gesamt im AOK Programm bis 31.12.21 - davon wurden 267 AOK Patienten bis 31.12.21 Adipositas-chirurgisch versorgt - davon wurden bis 31.12.21 60 Patienten zur Plastischen Chirurgie übergeleitet <p>Im Rahmen des oben genannten Selektivvertrags am Universitätsklinikum Leipzig AÖR wurde die Indikation zur plastisch-chirurgischen Vorstellung in einem interdisziplinären Adipositas-Board unter Beteiligung der Plastischen Chirurgie diskutiert. Hierbei wurde im Voraus eine Kostenübernahme für Abdominoplastiken im Falle der gemeinsamen Indikationsstellung erteilt. Von 267 bariatrisch versorgten Patienten wurden nur 60 Patienten plastisch-chirurgisch vorgestellt. Dies demonstriert, dass trotz der Möglichkeit einer großzügigen Indikationsstellung eine genaue und maßvolle Überprüfung der Indikation vorgenommen wurde. Durch die Inklusion der Plastischen Chirurgie in die Behandlung (post)bariatrischer Patienten wurde in diesem vom Innovationsfond geförderten Projekt der integralen Rolle der Plastischen Chirurgie Rechnung getragen. Publikationen zu dem Projekt sind in Arbeit und können hier daher nicht zitiert werden. Es gibt aber bereits hinreichend internationale Studien, die eine Steigerung der Lebensqualität nach postbariatrischen Eingriffen belegen. Nachfolgend einige exemplarische Ergebnisse:</p> <p>Poulsen et al. (1) stellten bereits 2017 dar:</p>

- Knapp 500 PatientInnen in den Niederlanden wurden im Verlauf ihrer bariatrischen Therapie zu Lebensqualität untersucht
- PatientInnen nach Body Contouring waren zufriedener und gaben eine höhere Lebensqualität an als präbariatrisch
- PatientInnen ohne überschüssige Haut waren zufriedener und gaben eine höhere Lebensqualität an als solche mit Haut-/Gewebeüberschüssen

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Elfanagely et al (2) 2022:

- Matched pair-Analyse Body Contouring nach Gewichtsverlust vs. kein Body Contouring
- PatientInnen, die postbariatrisch kein Body Contouring erhalten haben, waren in Hinblick auf ihren Körper und Lebensqualität deutlich unzufriedener, diese Unzufriedenheit nahm sogar zu
- PatientInnen, die postbariatrisch Body Contouring erhalten haben, hatten eine signifikant höhere Lebensqualität

Auch Gilmartin et al. (3) konnten diesen Zusammenhang 2016 darlegen und haben auch die soziale Teilhabe in den Blick genommen:

- Systematic Review, Einschluss von neun quantitativen Studien
- PatientInnen, die postbariatrisch Body Contouring erhalten haben, hatten
 - o Höhere Zufriedenheit mit dem eigenen Körper
 - o Verbessertes Selbstwertgefühl
 - o Verbesserte körperliche Funktionen / weniger Schmerzen
 - o Verbesserte soziale Funktionen

ElAbd R. et al (4) konnten in einer Metaanalyse zeigen, dass das postbariatrische Body Contouring den Gewichtsverlust nachhaltig fördert:

- Metaanalyse, Einschluss von elf Artikel (691 PatientInnen nach Body Contouring, 1616 Kontrollen ohne Body Contouring)
- Postbariatrisches Body Contouring verbessert den Gewichtsverlust, PatientInnen, die postbariatrisch Body Contouring erhalten haben, hatten
 - o Niedrigeren BMI
 - o Verloren mehr des überschüssigen Gewichts

Marof et al (5) konnten in einer Metaanalyse weiterhin zeigen, dass die Komplikationsrate bei postbariatrischen Eingriffen gering sind, im Wesentlichen kommt es zu Minor komplikationen.

- Metaanalyse, Einschluss von 25 Studien
- Komplikationsrate bei postbariatrischem Body Contouring insgesamt 31,55%

	<ul style="list-style-type: none"> - Jedoch vornehmlich Minorkomplikationen - Häufigste Komplikation: Serome - Risiken verringert bei BMI < 30 kg/m² <p>Änderungsvorschlag: Wir bitten dringend um Aufnahme des eingangs zitierten Passus, um eine leitliniengerechte, dem internationalen Standard entsprechende postbariatrische Versorgung zu gewährleisten.</p>
	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

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

Literaturverzeichnis

1. Poulsen L, Klassen A, Rose M, Roessler KK, Juhl CB, Støvning RK, Sørensen JA. Patient-Reported Outcomes in Weight Loss and Body Contouring Surgery: A Cross-Sectional Analysis Using the BODY-Q. *Plast Reconstr Surg.* 2017 Sep;140(3):491-500. doi: 10.1097/PRS.0000000000003605. PMID: 28841609.
2. Elfanagely O, Rios-Diaz AJ, Cunning JR, Othman S, Morris M, Messa C 4th, Broach RB, Fischer JP. A Prospective, Matched Comparison of Health-Related Quality of Life in Bariatric Patients following Truncal Body Contouring. *Plast Reconstr Surg.* 2022 Jun 1;149(6):1338-1347. doi: 10.1097/PRS.0000000000009098. Epub 2022 Apr 5. PMID: 35383722.
3. Gilmartin J, Bath-Hextall F, Maclean J, Stanton W, Soldin M. Quality of life among adults following bariatric and body contouring surgery: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2016 Nov;14(11):240-270. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003182. PMID: 27941519.
4. ElAbd R, Samargandi OA, AlGhanim K, Alhamad S, Almazeedi S, Williams J, AlSabah S, AlYouha S. Body Contouring Surgery Improves Weight Loss after Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Aesthetic Plast Surg.* 2021 Jun;45(3):1064-1075. doi: 10.1007/s00266-020-02016-2. Epub 2020 Oct 23. PMID: 33095301.
5. Marouf, A., Mortada, H. Complications of Body Contouring Surgery in Postbariatric Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Aesth Plast Surg* 45, 2810–2820 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00266-021-02315-2>



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf 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)**

Datum	[28.08.2023]
Stellungnahme von	[Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.]

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>Körperliche Aktivität und körperliches Training sind wichtige Pfeiler von Prävention und Behandlung der Adipositas. Hierzu liegt überzeugende wissenschaftliche Evidenz zu einer Vielzahl an klinischen und trainingswissenschaftlichen Endpunkten vor. Dem trägt der vorgelegte Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL zum DMP Adipositas und der Adipositas Dokumentation weitgehend Rechnung.</p> <p>Gleichzeitig bestehen aus unserer Sicht Implikationen für einige Änderungen, welche wir bei den spezifischen Aspekten (S. 3f dieser Stellungnahme) detailliert herausarbeiten.</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, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
1.3.1	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Aus diagnostischer Perspektive empfehlen wir, neben der körperlichen und sportlichen Aktivität auch die körperliche Fitness als prognostisches Kriterium zu berücksichtigen. In einer systematischen Übersichtsarbeit von Barry et al. (2014) konnte ein direkter negativer Zusammenhang zwischen kardiorespiratorischer Fitness und Mortalität beobachtet werden. Bemerkenswert ist hierbei, dass dieser Zusammenhang nicht nur statistisch unabhängig vom Gewichtsstatus ausfällt, sondern ein höhere kardiorespiratorische Fitness den negativen Effekt von Übergewicht und Adipositas sogar zu großen Teilen aufhoben. Konkret zeigte die Meta-Analyse über 10 prospektive Kohortenstudien, in welchen adipöse kardiovaskulär fitte Personen mit der fitten, normalgewichtigen Referenzgruppe verglichen wurden, einen statistisch nicht signifikanten Zusammenhang (HR: 1.21; 95% Konfidenzintervall (KI): 0.95 - 1.52). Dies geht soweit, dass die American Heart Association (Ross et al. 2016, S. e653) in einem evidenzbasierten Statement die Bedeutung von kardiorespiratorischer Fitness (Englisch CRF) explizit hervorgehoben hat: „A growing body of epidemiological and clinical evidence demonstrates not only that CRF is a potentially stronger predictor of mortality than established risk factors such as smoking, hypertension, high cholesterol, and type 2 diabetes mellitus, but that the addition of CRF to traditional risk factors significantly improves the reclassification of risk for adverse outcomes.“</p> <p>Auch im Kontext chirurgischer Eingriffe sei auf die Bedeutung der kardiorespiratorischen Fitness verwiesen. Während der Einfluss des Gewichtsstatus auf die peri- und postoperative Komplikations- und Mortalitätsrate kontrovers diskutiert wird (Gurunathan et al., 2016; Tjeertes et al., 2015), zeigen Menschen mit niedriger kardiorespiratorische Fitness eine erhöhte peri- und postoperative Komplikations- und Mortalitätsrate (Myers et al., 2016; Rose et al., 2022). Gerade im Kontext bariatrischer Operationen scheint eine gute kardiorespiratorische Fitness ein wichtiger Prädiktor für das perioperative Komplikationsrisiko zu sein (McCullough et al., 2006). Auf Basis dessen empfiehlt die American Heart Association explizit, dass die kardiorespiratorische Fitness im Vorfeld bariatrischer Operationen zur Risikobewertung der Patienten erhoben werden sollte (Poirier et al., 2009, S. 86): “When preoperatively evaluating risk for surgery, the clinician should consider age, gender, cardiorespiratory fitness, electrolyte disorders, and heart failure as independent predictors for surgical morbidity and mortality.“ Im Statement heißt es weiter (ebd., S. 90): "The composite complication rate of death, unstable angina, myocardial infarction, deep venous thrombosis, pulmonary embolism, renal failure,</p>

	<p>and stroke occurred in 16.6% of severely obese patients whose peak oxygen consumption was $<15.8 \text{ mL} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ but in only 2.8% of those whose cardiorespiratory fitness was $\geq 15.8 \text{ mL} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$." Das heißt, gerade wenn eine operative Maßnahme gegen Adipositas angezeigt ist, sollte die kardiorespiratorische Fitness als zentraler Risikofaktor berücksichtigt und somit erhoben werden. Üblicherweise wird die kardiorespiratorische Fitness anhand der der VO₂max (maximale Sauerstoffaufnahme) operationalisiert, welche durch Spiroergometrie oder submaximale Belastungstests überprüft werden kann (zusammenfassend Frühauf et al., 2023).</p> <p>Nicht nur die kardiorespiratorische Fitness, sondern auch die Kraftfähigkeit stellt einen wichtigen Prädiktor für Mortalität dar, welcher zwar nicht mit dem Gewichtsstatus interagiert und dessen negativen Effekt nahezu aufzuheben vermag, allerdings als unabhängiger Haupteffekt einen inkrementellen Mehrwert mit sich bringt (Stenholm et al., 2014). Für ein Assessment der Kraftfähigkeit hat sich vor allem eine Testung der Griffkraft als valide und ökonomisch anwendbar erwiesen (vgl. u.a. Garcia-Hermoso et al., 2019)</p> <p>Änderungsvorschlag: Im Paragraph 1.3.1 sollten die Variablen „Kardiorespiratorische Fitness“ sowie „Kraftfähigkeit“ ergänzt werden.</p>
<p>Durchgehend bzw. in einzeln im Änderungsvorschlag benannten Kapiteln</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>In den Handlungsfeldern körperliche Aktivität und Training sowie Sport gibt es eine große Begriffsvielfalt, die aus unserer Sicht dazu führt, dass die Interventionen ungenau abgebildet werden. Wir empfehlen daher die Begriffe „körperliches Training“ und "körperliche Aktivität“ zu differenzieren sowie die deutlich engeren Begriffe „Sport“ oder „sportliche Aktivität“ auszusparen (mit Ausnahme des „Rehabilitationssports“, welcher unter diesem Terminus als Versorgungsform etabliert ist).</p> <p>„Körperliches Training“ beschreibt körperliche Aktivität die systematisch, wiederholt und mit dem Ziel durchgeführt wurde, eine Störung der Homöostase zu provozieren, welche zu physiologischen Anpassungen (z.B. Muskulatur, Herz-Kreislauf-System) führt (Fröhlich & Ludwig, 2023, Winter & Fowler, 2009). „Körperliche Aktivität“ stellt im Gegensatz hierzu jedwede Form von Bewegung dar, welche durch Muskelkontraktionen ausgelöst wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt (Caspersen et al., 1985, Winter & Fowler, 2009). Im vorliegenden Kontext soll der Begriff „körperliche Aktivität“ jedoch als synonym zu gesundheitsförderlichen Alltagsaktivitäten (englisch HEPA - Health enhancing physical activities) verwendet werden.</p> <p>„Sport“ wird hingegen üblicherweise z. B. mit Leistung und Wettkampf in Zusammenhang gebracht und stellt eine „historisch-kulturell definierte Untergruppe von ‚körperlicher Aktivität‘“ dar (Abu-Omar & Rütten, 2006). Mit Sport können negative Erfahrungen, auch bereits aus dem Kindes- und Jugendalter verknüpft sein (Lehrke & Laessle, 2009).</p>

	<p>Weiterhin empfehlen wir, bei dem Begriff des Bewegungsumfangs (1.3.1) stärker zu differenzieren und stattdessen von Bewegungsdauer, -intensität und -häufigkeit zu sprechen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Dementsprechend empfehlen wir, folgende Passagen sprachlich anzupassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.3.1/1.4: „Bewegungsumfang im Alltag (auch im Rahmen der beruflichen Tätigkeit) und sportliche Aktivität“ → „Dauer, Intensität und Häufigkeit von jeglicher körperlicher Aktivität“ • 1.5.3: Überschrift „Bewegung“ → „Körperliche Aktivität und körperliches Training“ • Durchgehend: „sportliches Training“ → „körperliches Training“ • Durchgehend: „körperliche Alltagsaktivität“ → „körperliche Aktivität“ • 1.5.3 (S. 10) „Trainings“ → „körperlichen Trainings“ • Anlage 24: „Regelmäßige Bewegung“ → „regelmäßige körperliche Aktivität“ <p>Unter 5 empfehlen wir als bewegungsbezogene Parameter „g) Körperliche Aktivität“ und „h) gezieltes körperliches Training“ zu verwenden.</p>
--	---

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

Literaturverzeichnis

- Abu-Omar, K. & Rütten, A. (2006). Sport oder körperliche Aktivität im Alltag. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 49:1162–1168.
- Barry, V. W., Baruth, M., Beets, M. W., Durstine, J. L., Liu, J., & Blair, S. N. (2014). Fitness vs. fatness on all-cause mortality: a meta-analysis. *Progress in cardiovascular diseases*, 56(4), 382-390.
- Batrakoulis, A., Jamurtas, A. Z., Metsios, G. S., Perivoliotis, K., Liguori, G., Feito, Y., ... & Fatouros, I. G. (2022). Comparative efficacy of 5 exercise types on cardiometabolic health in overweight and obese adults: A systematic review and network meta-analysis of 81 randomized controlled trials. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 15(6), e008243.
- Colberg, S. R., Sigal, R. J., Yardley, J. E., Riddell, M. C., Dunstan, D. W., Dempsey, P. C., ... & Tate, D. F. (2016). Physical activity/exercise and diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 39(11), 2065.
- Cosentino, F., Grant, P. J., Aboyans, V., Bailey, C. J., Ceriello, A., Delgado, V., ... & Wheeler, D. C. (2020). 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *European heart journal*, 41(2), 255-323.
- Edwards, J. J., Deenmamode, A. H., Griffiths, M., Arnold, O., Cooper, N. J., Wiles, J. D., & O'Driscoll, J. M. (2023). Exercise training and resting blood pressure: a large-scale pairwise and network meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Sports Medicine*.
- Ekkekakis, P., Vazou, S., Bixby, W. R., & Georgiadis, E. (2016). The mysterious case of the public health guideline that is

- (almost) entirely ignored: call for a research agenda on the causes of the extreme avoidance of physical activity in obesity. *Obesity reviews*, 17(4), 313-329.
- Francque, S. M., Marchesini, G., Kautz, A., Walmsley, M., Dorner, R., Lazarus, J. V., ... & Lionis, C. (2021). Non-alcoholic fatty liver disease: A patient guideline. *JHEP Reports*, 3(5), 100322.
- Fröhlich, M., & Ludwig, O. (2023). Trainingsbegriff im Sport. In *Bewegung, Training, Leistung und Gesundheit: Handbuch Sport und Sportwissenschaft* (pp. 717-732). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Frühauf, A., Kugler, J., Spitzer, S. et al. (2023) Messung der kardiorespiratorischen Fitness mit unterschiedlichen Kurzbelastungstests. *Präv Gesundheitsf* 18, 267–273.
- Garcia-Hermoso, A., Tordecilla-Sanders, A., Correa-Bautista, J.E. et al. (2019). Handgrip strength attenuates the adverse effects of overweight on cardiometabolic risk factors among collegiate students but not in individuals with higher fat levels. *Sci Rep* 9, 6986.
- Gurunathan, U., & Myles, P. S. (2016). Limitations of body mass index as an obesity measure of perioperative risk. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 116(3), 319-321.
- Huber, G. (2009). Normalgewicht-das Deltaprinzip. Deutscher Ärzteverlag.
- Jakicic, J. M., Rogers, R. J., Davis, K. K., & Collins, K. A. (2018). Role of physical activity and exercise in treating patients with overweight and obesity. *Clinical chemistry*, 64(1), 99-107.
- Johnson, N. A., Sultana, R. N., Brown, W. J., Bauman, A. E., & Gill, T. (2021). Physical activity in the management of obesity in adults: A position statement from Exercise and Sport Science Australia. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 24(12), 1245-1254.
- Kim, K. B., Kim, K., Kim, C., Kang, S. J., Kim, H. J., Yoon, S., & Shin, Y. A. (2019). Effects of exercise on the body composition and lipid profile of individuals with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Journal of obesity & metabolic syndrome*, 28(4), 278.
- Lehrke, S. & Laessle, R.G. (2009). Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Basiswissen und Therapie. Heidelberg: Springer.
- McCullough, P. A., Gallagher, M. J., Dejong, A. T., Sandberg, K. R., Trivax, J. E., Alexander, D., ... & Franklin, B. A. (2006). Cardiorespiratory fitness and short-term complications after bariatric surgery. *Chest*, 130(2), 517-525.
- Myers, J. N., & Fonda, H. (2016). The impact of fitness on surgical outcomes: the case for prehabilitation. *Translational Journal of the American College of Sports Medicine*, 1(12), 103-110.
- Poirier, P., Alpert, M. A., Fleisher, L. A., Thompson, P. D., Sugerman, H. J., Burke, L. E., ... & Franklin, B. A. (2009). Cardiovascular evaluation and management of severely obese patients undergoing surgery: a science advisory from the American Heart Association. *Circulation*, 120(1), 86-95.
- Rose, G. A., Davies, R. G., Appadurai, I. R., Williams, I. M., Bashir, M., Berg, R. M., ... & Bailey, D. M. (2022). 'Fit for surgery': the relationship between cardiorespiratory fitness and postoperative outcomes. *Experimental Physiology*, 107(8), 787-799.
- Ross, R., Blair, S. N., Arena, R., Church, T. S., Després, J. P., Franklin, B. A., ... & Wisløff, U. (2016). Importance of assessing cardiorespiratory fitness in clinical practice: a case for fitness as a clinical vital sign: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 134(24), e653-e699.
- Shook, R. P., Hand, G. A., Drenowatz, C., Hebert, J. R., Paluch, A. E., Blundell, J. E., ... & Blair, S. N. (2015). Low levels of physical activity are associated with dysregulation of energy intake and fat mass gain over 1 year. *The American journal of clinical nutrition*, 102(6), 1332-1338.
- Smith, N. A., Martin, G., & Marginson, B. (2022). Preoperative assessment and prehabilitation in patients with obesity undergoing non-bariatric surgery: A systematic review. *Journal of Clinical Anesthesia*, 78, 110676.
- Stenholm, S., Mehta, N. K., Elo, I. T., Heliövaara, M., Koskinen, S., & Aromaa, A. (2014). Obesity and muscle strength as long-term determinants of all-cause mortality—a 33-year follow-up of the Mini-Finland Health Examination Survey. *International journal of obesity*, 38(8), 1126-1132.
- Tjeertes, E. E., Hoeks, S. S., Beks, S. S., Valentijn, T., Hoofwijk, A. A., & Stolker, R. J. R. (2015). Obesity—a risk factor for

postoperative complications in general surgery?. *BMC anesthesiology*, 15(1), 1-7.

Tsai, A., & Schumann, R. (2016). Morbid obesity and perioperative complications. *Current Opinion in Anesthesiology*, 29(1), 103-108.

Winter, E. M., & Fowler, N. (2009). Exercise defined and quantified according to the Systeme International d'Unites. *Journal of sports sciences*, 27(5), 447-460.

Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M., Schindler, K., Busetto, L., Micic, D., & Toplak, H. (2015). European guidelines for obesity management in adults. *Obesity facts*, 8(6), 402-424.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf 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)**

Datum	23.08.2023
Stellungnahme von	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.

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, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
Z 87 Abschnitt 1.3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen ausdrücklich die Aufnahme der Steigerung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf beeinflussbare Faktoren in die Therapieziele (Vorschlag von DKG + PatV)</p> <p>Die Bedeutung individueller Gesundheitskompetenz insbesondere auch für die Nachhaltigkeit von Versorgungsleistungen sollte auch im Rahmen dieses DMP Berücksichtigung finden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags von DKG+PatV</p>
Z 145 Abschnitt 1.5.3 Bewegung	<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>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme Vorschlag GKV mit Ergänzung folgender Textabschnitte von DKG, KBV, PatV:</p> <p><i>„Eine Steigerung der körperlichen Aktivität kann bereits mit einer Erhöhung der Alltagsaktivitäten (z. B. Gartenarbeit, Treppensteigen, Spaziergehen) beginnen und sollte durch sportliches Training, weiter gesteigert werden.“</i></p> <p><i>„Nach Erreichen einer Gewichtsreduktion soll zur Stabilisierung des Gewichts die vermehrte körperliche Aktivität mindestens beibehalten werden.“</i></p> <p>Grundlage für die Ergänzung der Textabschnitte sind folgende Empfehlungen aus der S3-Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Adipositas“:</p> <p><i>„Menschen mit Übergewicht und Adipositas sollen dazu motiviert werden, ihre körperliche Aktivität im Alltag zu steigern.“¹</i></p>

¹ [1], S. 51

	<p><i>„Vermehrte körperliche Aktivität soll zur Gewichtsstabilisierung nach Gewichtsreduktion empfohlen werden.“²</i></p>
<p>Z 279 Abschnitt 1.9</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen ausdrücklich die Aufnahme dieses Abschnitts zu digitalen medizinischen Anwendungen. Auch das DMP Adipositas sollte hier die Potenziale der digitalen Entwicklungen nutzen. Durch die Aufnahme dieses Abschnitts, kann die systematische Berücksichtigung dieses Themas gesichert werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Abschnitt 1.9</p>
<p>Z 332 Abschnitt 5</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag von KBV, DKG und PatV der Ausdifferenzierung der Auswertungsparameter in g) und h). Damit wird deutlich, dass Bewegung zwei wesentliche Elemente umfasst, die individuell sehr unterschiedlich ausfallen können und damit ggf. auch unterschiedliche Handlungsoptionen öffnen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme Vorschlag von KBV, DKG und PatV der Ausdifferenzierung der Auswertungsparameter in g) körperliche Alltagsaktivitäten h) sportliches Training</p>

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

Literaturverzeichnis

[1] Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. (2011-2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“

² [1], S. 51



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen 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)**

Datum	28. August 2023
Stellungnahme von	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V.

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format
sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und
behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**Allgemeine Anmerkung****Unzureichende Adipositasversorgung in Deutschland**

Das Maß der ausreichenden Versorgung gemäß § 12 Abs. 1 SGB V wird derzeit für Menschen mit Adipositas unterschritten. Wir begrüßen, dass aus diesem Grund im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) die Entwicklung eines strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) für Menschen mit Adipositas angestoßen wurde (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Gemäß § 137f Abs. 2 S.2, Nr. 1 SGB V sollen chronisch erkrankte Patient*innen, deren kontinuierliche und sektorenübergreifende Behandlung im Rahmen eines Disease Management Programmes strukturiert ist, nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft behandelt werden. Der hier vorliegende Stand der medizinischen Erkenntnisse wurde vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in der Leitliniensynopse Adipositas für Erwachsene zusammengestellt. Diese beschreibt zusammenfassend, dass eine Stufentherapie von multimodaler Basistherapie, adjuvanter medikamentöser Therapie und chirurgischer Therapie bei Adipositas indiziert sei (IQWiG, 2022).

Menschen mit Adipositas haben aktuell unzureichenden Zugang zur indizierten Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V). Der Zugang zu Ernährungstherapie als Teil der multimodalen Basistherapie wird nur hilfsweise über § 43 SGB V ermöglicht, hängt von der individuellen Satzungsleistung der Krankenkassen ab und ist damit nicht flächendeckend. Auch zur Bewegungstherapie und Verhaltensmodifikationen stehen den behandelnden Ärzt*innen in der analogen Versorgung keine erstattungsfähigen Therapieoptionen zur Verfügung. Die Versorgung mit Arzneimitteln zur Behandlung von Adipositas ist nach § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V in Verbindung mit § 14 Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sogar ausgeschlossen.

Eine Ausnahme bilden hier digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 33a Abs. 1 SGB V. Für diese besteht für Versicherte ein flächendeckender, rechtlicher Anspruch auf die Versorgung mit einer für die jeweils vorliegende Indikation bestimmten DiGA. DiGA, die durch das BfArM positiv bewertet worden sind und somit in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen worden sind, stellen eine Gruppe geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen dar, welche im Rahmen der Entwicklung des DMP geprüft werden.

Digitale medizinische Anwendungen

Geeignete digitale medizinische Anwendungen erweitern die bisher unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten von Patient*innen mit Adipositas in der ambulanten Versorgung.

Wird die Eignung einer DiGA im Rahmen dieser medizinisch-inhaltlichen Prüfung festgestellt, so sollte diese DiGA Gegenstand des entsprechenden DMP sein, also explizit aufgeführt werden. Dies gilt insbesondere, wenn die DiGA durch die dauerhafte Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis bereits endgültiger Bestandteil der ambulanten GKV-Versorgung ist (vgl. § 1a Abs. 4 DMP-A-RL).

Darüber hinaus stellt sich am Beispiel der Aktualisierung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) die Frage, wie sich die Verknüpfung zwischen den Anforderungen an digitale medizinische Anwendungen (gemäß § 1a DMP-A-RL) und den Anforderungen gemäß der Digitalen Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) und dem DiGA-Verzeichnis gestaltet. Im Kontext eines agilen Umfelds, in dem kontinuierlich neue digitale Gesundheitsanwendungen zugelassen werden, kann die in größeren Abständen stattfindende Aktualisierung der jeweiligen Anlagen zur DMP-A-RL in der aktuellen Form dieser Entwicklung nicht Schritt halten. Hier könnte eine Verbindung der in den Anlagen der DMP-A-RL gelisteten digitalen medizinischen Anwendungen an das DiGA-Verzeichnis sinnvoll sein.

(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, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)
BE, Zeile 47 + 52	<p><i>Stellungnahme mit Begründung:</i></p> <p>Adipositas ist eine eigenständige, chronische Erkrankung und als solche international anerkannt (WHO Regional Office for Europe, 2022).</p> <p>Die vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) und Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorgeschlagene Beschränkung des Zugangs auf Menschen mit Adipositas und spezifischen Komorbiditäten verfehlt den gesetzlichen Auftrag zur Entwicklung eines strukturierten Behandlungsprogramm. Dieses lautet wie folgt: "Die Entwicklung eines <u>eigenständigen</u> DMP Adipositas wird angestoßen, damit von Adipositas Betroffene dauerhaft, strukturiert, qualitätsgesichert, multimodal und transsektoral versorgt werden können." (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).</p> <p>Gleichzeitig führt eine Einschränkung der DMP-Zielgruppe auf adipöse Menschen mit relevanten Komorbiditäten auch dazu, dass das Präventionspotential für Folgeerkrankungen z.B. bei Vorliegen eines Prädiabetes nur unzureichend ausgeschöpft wird.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Abschnitt 1.2 zu den Einschreibekriterien sollte wie folgt gefasst werden: "Als krankheitsbezogenes Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gilt ein BMI ≥ 30 kg/m²."</p>
BE, Zeile 87	<p><i>Stellungnahme mit Begründung:</i></p> <p>Die Steigerung der Gesundheitskompetenz ist ein relevantes Ziel der Adipositastherapie und kann nicht nur zur Sekundärprävention beitragen, sondern auch zur Reduktion der Krankheitslast bei Adipositas. Ein systematisches Review von Michou et al. 2018 zeigte, dass eine verhältnismäßig geringe Gesundheitskompetenz mit übermäßigem Körpergewicht einhergeht und die Verbesserung der Gesundheitskompetenz ein nützliches Instrument zum Gewichtsmanagement sein kann (Michou et al., 2018).</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>In Abschnitt 1.3 zu den Therapiezielen sollte die "Steigerung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf beeinflussbare Faktoren" aufgeführt werden.</p>
TrG, Zeile 44ff.	<p><i>Stellungnahme mit Begründung:</i></p> <p>Wie in den tragenden Gründen (TrG) von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Patientenvertretung (PatV) beschrieben, werden die im DMP zu beschließenden Empfehlungen dadurch limitiert, dass zum Zeitpunkt der Beschlussfassung sowohl Adipositas-Medikamente als auch individuelle Therapiekonzepte zur multimodalen Basistherapie von der Erstattungsfähigkeit ausgeschlossen sind. Daraus ergibt sich für die Adipositas eine Sondersituation im Vergleich zu anderen Indikationsgebieten, da sich die Leitlinienempfehlungen nur unzureichend in das strukturierte Behandlungsprogramm und damit in die</p>

	<p>Versorgungspraxis übersetzen lassen.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Die beschriebene Limitation ist wie von PatV und KBV vorgeschlagen in den TrG zu dokumentieren, um den Kontext der DMP-Empfehlungen vollständig zu beschreiben und insbesondere Abweichungen zwischen den vorliegenden Leitlinien und den im DMP zu beschließenden Empfehlungen ausreichend zu erklären.</p> <p>Ergänzend sollte aufgeführt werden: “Eine Ausnahme bilden hier digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a Abs. 1 SGB V. Versicherte mit Adipositas können mit dem flächendeckenden, rechtlichen Anspruch auf DiGA Zugang zu einem multimodalen, leitliniengerechten Therapiekonzept haben.”</p>
	<p><i>Stellungnahme mit Begründung:</i></p> <p>In Abwesenheit eines flächendeckenden Zugangs zu erstattungsfähigen Therapiekonzepten für Ernährungstherapie sowie Verhaltensmodifikation im Rahmen einer Psychotherapie (vgl. TrG Zeile 44ff) stellen die Schulungen grundsätzlich eine sinnvolle und niederschwellige Maßnahme dar.</p> <p>Zur Umsetzung der leitliniengerechten, multimodalen Basistherapie empfiehlt der Beschlussentwurf eine multimodale Schulung.</p>
BE, Zeile 279	<p><i>Stellungnahme mit Begründung:</i></p> <p>Digitale medizinische Anwendungen ermöglichen ein flexibles und niederschwelliges Angebot, zu dem Patient*innen unabhängig von Ort und Öffnungszeiten gleichermaßen Zugang haben. Der Einsatz von DiGA in der Basisversorgung von Menschen mit Adipositas sollte Eingang in die zukünftigen Anforderungen des G-BA an das DMP Adipositas finden.</p> <p>Als Teilgruppe der digitalen medizinischen Anwendungen stehen in der Adipositastherapie DiGA gemäß §33a SGB V zur Verfügung, deren Qualität und Wirksamkeit vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geprüft wurde und dauerhaft/endgültig in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen werden.</p> <p>Im Rahmen des DMP Adipositas sind zur Umsetzung der Basismaßnahmen solche digitalen medizinischen Anwendungen als geeignet anzusehen, die ein multimodales, leitliniengerechtes Therapiekonzept abbilden.</p> <p>Dabei stellen digitale medizinische Anwendungen gemäß §DMP-RL einen eigenständigen Bestandteil der DMP-Empfehlungen dar und sind separat von Patientenschulungen nach § 137f SGB V zu betrachten. Die inhaltlichen Mindestanforderungen an Patientenschulungen (vgl. TrG Zeile 611ff.) werden durch aktuell zur Verfügung stehende DiGA grundsätzlich erfüllt, da sie leitliniengerecht entwickelt wurden. Doch insbesondere die Übertragung der strukturellen Anforderungen von Patientenschulungen auf DiGA ist nicht zweckmäßig.</p> <p>Durch die eigenständige Nutzung können DiGA Menschen mit Adipositas tagtäglich beim Erlernen und Festigen von Verhaltensänderungen in den Bereichen Ernährung und Bewegung unterstützen.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Abschnitt 1.9 zu geeigneten digitalen medizinischen Anwendungen ist wie folgt zu fassen:</p> <p>“Es soll auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden, sowohl begleitend zur Patientenschulung als auch wenn eine Teilnahme an einer Patientenschulung gemäß Nummer 4.2 nicht möglich ist. Es sind bevorzugt solche digitale medizinischen Anwendungen</p>

	berücksichtigt werden, die die Anforderungen nach §33a SGB V und der DiGAV erfüllen.“
<p>TrG Zeile 85, zu Oviva Direkt für Adipositas</p>	<p><i>Stellungnahme mit Begründung:</i></p> <p>Zu folgenden Punkten bzgl. der Prüfung von Oviva Direkt für Adipositas als geeignete digitale medizinische Anwendung wird Stellung genommen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abbildung der multimodalen Basistherapie 2. Vorliegender Nachweis der Wirksamkeit 3. Name der digitalen medizinischen Anwendung <p>Zu 1)</p> <p>Oviva Direkt für Adipositas ist ein digitales, multimodales Therapieprogramm bestehend aus Ernährungs- und Bewegungstherapie sowie Verhaltensmodifikation und erfüllt damit die Anforderungen internationaler Leitlinien an die Basistherapie für Erwachsene mit Adipositas. Durch einen verhaltensbasierten Ansatz zielt die DiGA auf eine nachhaltige Gewichtsreduktion ab.</p> <p>Entsprechend bestätigt das IQWiG in seiner Evidenzsynopse: „Oviva Direkt für Adipositas soll die Menschen im Alltag über einen multimodalen Ansatz dabei unterstützen, Gewohnheiten zu ändern und ihr Gewicht zu reduzieren. Folglich ermöglicht diese App eine Umsetzung der im vorliegenden Bericht identifizierten Empfehlungen aus internationalen Leitlinien“ (IQWiG, 2022).</p> <p>Basierend auf den Wirkkomponenten Selbstmonitoring, Selbstmanagement und Edukation ermöglicht Oviva Direkt für Adipositas den Patient*innen das Erlernen und Festigen von gesunden Gewohnheiten zur nachhaltigen Gewichtsreduktion. Dabei erfüllt Oviva Direkt für Adipositas die Anforderungen an Ziele und Inhalte für Patientenschulungsmaßnahmen nach §43 SGB V:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Als multimodales Programm sind Ernährungs- und Bewegungstherapie sowie Verhaltensmodifikation beinhaltet ● Eine Qualitätssicherung erfolgt durch Standardisierungen und regelmäßige Überprüfung der Aktualität der Inhalte ● Die DiGA wurde interdisziplinär von Expert*innen aus Medizin, Psychologie und Ernährungswissenschaften entwickelt ● Die Wirksamkeit wurde im Rahmen einer randomisierten, klinischen Studie untersucht und vom BfArM bestätigt ● Die Inhalte der DiGA sind ausgerichtet an den Bedürfnissen von Menschen mit Adipositas und gehen personalisiert auf die individuelle Motivation der Patient*innen, ihr soziales Umfeld und persönliche Hindernisse bei der Gewichtsreduktion ein <p>Zu 2)</p> <p>Nach erfolgter Nachweisführung zum medizinischen Nutzen wurde Oviva Direkt für Adipositas am 30. Juni 2023 dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen.</p> <p>Der medizinische Nutzen von Oviva Direkt für Adipositas wurde im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie untersucht (registriert im dt. Register für klinische Studien unter DRKS00025291). Die Studie schloss insgesamt 168 Patient*innen mit BMI 30-40 kg/m² ein, die im Verhältnis 1:1 in die Interventions- oder Vergleichsgruppe randomisiert wurden. Die Interventionsgruppe erhielt Zugang zur Standardversorgung und zur DiGA. Die Kontrollgruppe erhielt Zugang zur Standardversorgung. Die Regelversorgung der</p>

	<p>Patient*innen der Kontrollgruppe wurde als Wartegruppe unter Fortführung des bisherigen Lebensstils umgesetzt, was im Rahmen der bestehenden Versorgungslücke die Versorgungsrealität von Menschen mit Adipositas reflektiert.</p> <p>Die Studie zeigte, dass die Therapie mit Oviva Direkt für Adipositas bei den App-Nutzer*innen innerhalb von 12 Wochen zu einer medizinisch-relevanten mittleren Gewichtsreduktion von 3.2 Prozent \pm 3.0 zum Ausgangsgewicht führt - statistisch signifikant mehr als die Kontrollgruppe ($p < 0,001$). Follow-Up-Daten nach 24 Wochen zeigen, dass der Großteil der Patient*innen die Gewichtsreduzierung halten oder weiter steigern konnte. Die darüber hinaus gezeigten Wirksamkeitsnachweise werden in den tragenden Gründen treffend durch die Patientenvertretung beschrieben.</p> <p>Die von GKV-SV, KBV und DKG angemerkte Limitation, dass noch keine vollständige Publikation der Evaluationsstudie vorliegt, ist nicht zulässig. Die Erfordernis eines vollständig publizierten Manuskripts zur Aufnahme einer digitalen medizinischen Anwendung ist von der G-BA Verfahrensordnung nicht abgedeckt. Vielmehr beschreibt § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V, dass zur Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen die bereits vorliegenden Erkenntnissen in einer am PICO-Schema orientierten Fassung berücksichtigt werden sollen. Entsprechend hat die Oviva AG dem G-BA am 25. Januar 2023 eine umfangreiche Studiensynopse zur Verfügung gestellt. Die Oviva AG hat den G-BA am 16. August 2023 darüber informiert, dass das Manuskript nach erfolgreich abgeschlossener Studie kürzlich zur Publikation eingereicht wurde. Als Anhang zur vorliegenden Stellungnahme wird eine aktualisierte Studiensynopse eingereicht, die die vom BfArM bewerteten Ergebnisse der Studie beschreibt.</p> <p>Zu 3)</p> <p>Die DiGA Oviva Direkt für Adipositas ist ein leitliniengerechtes, multimodales Therapieprogramm, das technisch auf der Oviva Direkt App basiert. Die korrekte Bezeichnung der DiGA lautet Oviva Direkt für Adipositas.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Zu 1)</p> <p>In den Tragenden Gründen ist die mögliche Umsetzung der leitliniengerechten, multimodalen Basistherapie durch Oviva Direkt für Adipositas zu dokumentieren.</p> <p>Zu 2)</p> <p>Die medizinisch-inhaltliche Eignung von Oviva Direkt für Adipositas ist basierend auf den vom BfArM veröffentlichten Angaben zur Evaluationsstudie sowie der eingereichten Studiensynopse zu bewerten.</p> <p>Zu 3)</p> <p>Wir bitten um vollständige Benennung der DiGA im Rahmen der Tragenden Gründe als "Oviva Direkt für Adipositas".</p>
--	---

<p>TrG Zeile 87, zu zanadio</p>	<p><i>Stellungnahme mit Begründung:</i></p> <p>Zu folgenden Punkten bzgl. der Prüfung von zanadio als geeignete digitale medizinische Anwendung wird Stellung genommen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vorliegender Nachweis der Wirksamkeit/Kritik des GKV-SV 2. Abbildung der multimodalen Basistherapie <p>Zu 1)</p> <p>Für die dauerhaft zugelassene DiGA zanadio wurden zwei medizinische Nutzen durch das BfArM aufgrund der Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Evaluationsstudie anerkannt: die Verbesserung des Gesundheitszustands (operationalisiert durch Gewichtsänderung) und die Verbesserung der Lebensqualität.</p> <p>Dass eine Bewertung anhand des RoB2-Tools vom G-BA überhaupt vorgenommen wurde, ist aus der vorgelegten Dokumentation nicht ersichtlich. Es ist daher bereits fraglich, wo die dargestellte Einschätzung herrühren soll und ob sie überhaupt zutreffend dargestellt ist. Inhaltlich ist sie jedenfalls nicht haltbar, denn hinsichtlich des Verzerrungspotentials der Endpunkte ist zu beachten, dass es sich bei den anthropometrischen Messungen (Gewicht und Taille-Größe Verhältnis) nicht um PROMs (patient-reported Outcomes) im Sinne des Cochrane RoB2 Standards handelt. Dort bezieht sich der Begriff auf selbstberichtete Einschätzungen z.B. zu Körperfunktionen oder dem subjektiven Befinden der Patienten. Bei einer Messung handelt es sich hingegen nicht um eine Einschätzung. Da die Probanden ihr Gewicht vorliegend von einer Waage ablesen und das Wissen um die Gruppenzugehörigkeit keinen Einfluss auf die Waage hat, kann ein Verzerrungspotenzial ausgeschlossen werden. Lediglich bei den sekundären Endpunkten "Wohlbefinden" und "Lebensqualität" erscheint es möglich, dass Patienten der Interventionsgruppe den Behandlungseffekt überschätzen. Somit sind ausschließlich bei diesen Endpunkten Bedenken (mittleres Verzerrungspotenzial) hinsichtlich einer möglichen Verzerrung angebracht.</p> <p>Hinsichtlich des langfristigen Effektes der digitalen Gesundheitsanwendung zanadio ist klarzustellen, dass sich der Gesundheitszustand in der Interventionsgruppe hinsichtlich des Körpergewichts über alle Zeitpunkte hinweg (3, 6, 9 und 12 Monate) kontinuierlich verbessert. Im Gegensatz dazu ist ein initialer Gewichtsverlust in der Kontrollgruppe nach 6 Monaten wieder rückläufig. Die größte Gewichtsänderung innerhalb der Interventionsgruppe ist nach 3 Monaten zu beobachten (-5.14%, $p < 0.0001$) und ist signifikant besser verglichen mit der Kontrollgruppe (MW-Differenz = -4.06%, $p < 0.0001$). Auch zwischen der empfohlenen minimalen Anwendungsdauer von 6 Monaten und der Gesamtdauer des Programms von 12 Monaten ist eine signifikante, Gruppen-kontrollierte Gewichtsänderung zu beobachten (-3.27%, $p < 0.0001$). Damit ist die nachgewiesene kontinuierliche Gewichtsreduktion über 12 Monate hinweg als Erfolg zu bewerten. Bei einer kontinuierlichen Gewichtsreduktion über einen Zeitraum von 12 Monaten kann von einer nachhaltigen Therapie ausgegangen werden.</p> <p>Zu 2)</p> <p>Den Aussagen des GKV-SV, denen zufolge zanadio nicht als Schulungsprogramm geeignet ist, wird widersprochen.</p> <p>zanadio entspricht der aktuellen S3 Leitlinie Adipositas. Es handelt sich um ein</p>
--	--

multimodales Programm, das Inhalte aus den Bereichen Ernährung, Bewegung und Verhalten umfasst. Das Programm umfasst die Phasen Selbstbeobachtung, Verhaltensänderung und Stabilisierung. In jeder dieser Phasen erhalten die Patient:innen Inhalte aus allen drei Bereichen, sodass die Multimodalität über die gesamte Programmdauer hinweg gewährleistet ist.

Entsprechend der Leitlinie ist eine Mindesttherapiedauer von 6 Monaten vorgesehen, das Curriculum ist auf insgesamt 12 Monate ausgelegt, um eine nachhaltige Verhaltensänderung und Gewichtsreduktion zu erreichen.

Ein gemäß Leitlinien geforderter klinisch relevanter Gewichtsverlust von min. 5-10% in 12 Monaten konnte in der randomisiert-kontrollierten Evaluationsstudie nachgewiesen werden. Mit einem durchschnittlichen, langsamen und konstanten Gewichtsverlust von 8% zeigt sich die Intervention mittels zanadio als hocheffektiv. Hervorzuheben ist, dass auch anhand von Echtweltdaten (konkret für männliche Patienten) gezeigt werden konnte, dass die genannten Effekte nicht nur im Studiensetting, sondern auch in der Versorgungsrealität erreicht werden.

Der Umstand, dass dies - gemäß der Natur von digitalen Gesundheitsanwendungen - ohne individuelle persönliche Beratungen erreicht wird, unterstreicht die besondere Eignung von zanadio für den Einsatz im DMP Adipositas. Es ist gerade Anforderung nach Kapitel 6 Abs. 2 Nr. 5 S.3 VerFO G-BA, dass die Zweckbestimmung insbesondere die Förderung des Krankheitsmanagements "durch den Patienten selbst" erfasst und der "primäre Anwender" der "Patient selbst" ist. Soweit der GKV-SV bemängelt, dass zanadio keine persönlich erbrachte, individuelle Beratungsleistung umfasst, steht diese Anforderung im Widerspruch zur in Kapitel 6 Abs. 2 Nr. 5 VerFO G-BA angelegten Intention, dass DiGA als digitale medizinische Anwendungen Teil einer DMP werden können, denn die persönliche Leistungserbringung ist DiGA gerade nicht eröffnet, was die Verfahrensordnung, wie dargelegt, auch anerkennt. Die Kritik des GKV-SV führt hingegen zu einem Zirkelschluss und geht daher fehl.

Darüber hinaus bildet zanadio die Inhalte der vom GKV-SV herausgegebenen Rahmenvereinbarungen für Schulungsmaßnahmen nach § 43 SGB V ab.

zanadio erfüllt die Qualitätsanforderungen, die an strukturierte Adipositas-Schulungen gestellt werden, insbesondere:

- Bedürfnisorientierte Inhalte (Berücksichtigung von Vorlieben, Lebensbedingungen und körperlicher Verfassung)
- Erstellung der Inhalte durch Fachkräfte (Ernährungsfachkräfte, Psycholog:innen, Physiotherapeut:innen)
- Systematische Datendokumentation (Bewegungs-/ Ernährungs-/ Gewichtstracking)
- Kognitive Umstrukturierung und Rückfallprävention

Es handelt sich um die digitale Abbildung einer leitliniengerechten, multimodalen Basistherapie, deren Inhalte auf die Förderung der Eigenverantwortung der Patient:innen ausgerichtet sind. Dies ist bei einer Adipositastherapie unerlässlich.

zanadio ermöglicht es, Patient:innen, denen bisher kein Zugang zu Therapiemöglichkeiten gegeben war, flächendeckend zu versorgen. Dies geschieht durch die digitale Darreichungsform zeit- und ortsunabhängig. zanadio bietet somit einen klaren Mehrwert im Vergleich zu einer persönlichen Leistungserbringung, der insbesondere bei einer Anleitung zur Verhaltensänderung von entscheidendem Vorteil ist.

	<p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Zu 1) Die medizinisch-inhaltliche Eignung von zanadio ist basierend auf der vom BfArM veröffentlichten Angaben zur Evaluationsstudie sowie der entsprechenden Veröffentlichung gegeben (Roth et al., 2023).</p> <p>Zu 2) In den Tragenden Gründen ist die mögliche Umsetzung der leitliniengerechten, multimodalen Basistherapie durch zanadio zu dokumentieren.</p>
<p>TrG Zeile 88, zu Vitadio</p>	<p><i>Stellungnahme mit Begründung:</i></p> <p>Zu den fehlenden klinischen Nachweisen für Vitadio werden folgende Punkte angemerkt:</p> <p>Vitadio hat die Ergebnisse von zwei klinischen Studien (beide nach dem PICO-Schema konzipiert) veröffentlicht. Die Studien zeigen eine positive Wirkung der digitalen Gesundheitsanwendung Vitadio auf mehrere metabolische Parameter.</p> <p>Die erste Studie wurde vom Universitätsklinikum Olomouc (Tschechien) durchgeführt und im November 2022 abgeschlossen. Es handelte sich um eine randomisierte kontrollierte Studie, in der die Wirkung der Anwendung von Vitadio bei Menschen mit Adipositas (BMI über 30 kg/m²) untersucht wurde. In der Studie wurde Vitadio mit einem intensiven Adipositas-Management-Programm verglichen. Die Kontrollgruppe erhielt fünf persönliche Lebensstilberatungen, ein Online-Tagebuch zur Aufzeichnung der Mahlzeiten und hatte die Möglichkeit, den Berater während der gesamten Studiendauer um zusätzliche Unterstützung (remote) zu bitten. Der primäre Endpunkt war die Reduzierung des Körpergewichts. Die vorläufigen Studienergebnisse wurden im April 2022 im Journal <i>nutrients</i> veröffentlicht (Moravcová et al., 2022). Die Studie ist nun abgeschlossen und ein Manuskript mit den endgültigen Ergebnissen wird für die Veröffentlichung erstellt.</p> <p>Die zweite Studie wurde von der Technischen Universität Dresden auf Anforderung des BfArM durchgeführt, um die Evidenz von Vitadio bei Menschen mit Typ-2-Diabetes zu erweitern. Es handelte sich um eine Beobachtungsstudie mit einer intraindividuellen Kontrollgruppe, in der die Auswirkungen der Verwendung von Vitadio bei Menschen mit Typ-2-Diabetes untersucht wurden. In der Studie wurde Vitadio mit retrospektiv erhobenen intraindividuellen Daten aus dem DMP Diabetes verglichen. Der primäre Endpunkt war die Senkung des HbA1c-Wertes. Die endgültigen Ergebnisse wurden ebenfalls im April 2022 im Journal <i>nutrients</i> veröffentlicht (Bretschneider et al., 2022).</p> <p>Neben diesen beiden veröffentlichten Studien ist Vitadio Gegenstand einer laufenden randomisierten klinischen Studie, in der die Wirkung der Anwendung von Vitadio bei Menschen mit Typ-2-Diabetes untersucht wird. Die Studie ist beim Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS00027405) registriert und wird voraussichtlich im November 2023 abgeschlossen sein.</p>

Literaturverzeichnis

- Bretschneider, M. P., Klásek, J., Karbanová, M., Timpel, P., Herrmann, S., & Schwarz, P. E. H. (2022). Impact of a Digital Lifestyle Intervention on Diabetes Self-Management: A Pilot Study. *Nutrients*, *14*(9), 1810. <https://doi.org/10.3390/nu14091810>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020, Oktober 23). *Referentenentwurf: Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz*. Retrieved August 28, 2023, from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GVWG_RefE.pdf
- IQWiG. (2022, August 18). *V21-05 - Leitliniensynopse Adipositas Erwachsene - Abschlussbericht - Version 1.0*. IQWiG Website. Retrieved August 28, 2023, from https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf
- Michou, M., Panagiotakos, D. B., & Costarelli, V. (2018, Sept 30). Low health literacy and excess body weight: a systematic review. *Cent Eur J Public Health*, *26*(3), 234-241. 10.21101/cejph.a5172
- Moravcová, K., Karbanová, M., Bretschneider, M. P., Sovová, M., Ozana, J., & Sovová, E. (2022). Comparing Digital Therapeutic Intervention with an Intensive Obesity Management Program: Randomized Controlled Trial. *Nutrients*, *14*(10), 2005. <https://doi.org/10.3390/nu14102005>
- Roth, L., Ordnung, M., Forkmann, K., Mehl, N., & Horstmann, A. (2023, May). A randomized-controlled trial to evaluate the app-based multimodal weight loss program zanadio for patients with obesity. *Obesity*, *31*(5), 1300-1310. <https://doi.org/10.1002/oby.23744>
- WHO Regional Office for Europe. (01, 01 2022). *WHO European Regional Obesity Report 2022*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. World Health Organization. Retrieved August 28, 2023, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>

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

Montag, 28. August 2023

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen als **Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)** für die Möglichkeit zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMO-A-RL) durch die Ergänzung der Anlagen 23 (DMP Adipositas) und 24 (Adipositas Dokumentation) Stellung zu nehmen.

Als maßgebliche Verbände im Bereich Ernährungstherapie (VDD, VDOE, VFED) und für diesen Bereich einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften (DAG, DDG, DGSP und DGEM) haben wir den Beschlussentwurf gemeinsam erörtert und unsere Stellungnahmen erarbeitet, was Sie an zum Teil gleichlautenden Formulierungen erkennen werden.

Folgende Punkte möchten wir hiermit noch einmal besonders betonen:

1. Alleiniges Einschlusskriterium für das DMP Adipositas: BMI \geq 30 kg/m².
2. Alle Therapieoptionen mit hoher Evidenz der Leitlinien müssen sich im DMP Adipositas wiederfinden.
3. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas beschrieben werden.
4. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Menschen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden.
5. Die Indikation Adipositas sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden.

Anbei übersenden wir Ihnen unsere Stellungnahme und teilen zugleich mit, dass wir für **Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)** gerne an der Anhörung am 11. Oktober 2023 teilnehmen. Hierzu erwarten wir die angekündigten Informationen zum organisatorischen Procedere.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung und verbleiben mit freundlichen Grüßen



Iris Flöhrmann
Vizepräsidentin VDD

Anlagen:

- Stellungnahme
- 2 Literaturquellen als PDF-Datei

Das rechtswissenschaftliche Gutachten ist bereits per Post zugeschickt worden



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf über eine Änderung der DMP-Anforde-
rungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

**Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Än-
derung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas)
und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)**

Datum	28.08.2023
Stellungnahme von	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bun- desverband e. V. (VDD), Essen in Abstimmung mit Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE), Berlin

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Stellungnahme allgemein
<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 12. Juli 2023 den „Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): <i>Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)</i>“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.</p> <p>Hiermit nehmen wir als der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit dem Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) die Gelegenheit zur Stellungnahme wahr.</p> <p>Zum o. g. Dokument, Stand 19.07.2023 [1] und unter Bezugnahme auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • die „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf [2]“ und • die „Abschlussberichte der IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas, Stand 18.08.2022 [3, 4]“ mit „den Stellungnahmen der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET) in der Dokumentation der Anhörungen zu den Vorberichten der IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas, Stand 18.08.2022 [5, 6]“ <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 qualifizierte Ökotrophologinnen/Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen/Ernährungswissenschaftler bzw. Absolventinnen/Absolventen fachverwandter Studiengänge gemeint. Wir bitten darum, dass diese Definition im DMP Adipositas übernommen wird. 2. Ärztinnen/Ärzte mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß Curriculum Ernährungsmedizinische Grundversorgung der Bundesärztekammer [7-9] sind als Ernährungsmedizinerinnen/Ernährungsmediziner für die ernährungsmedizinische Diagnostik und Therapie befähigt [10]. 3. Wir weisen in unserer Stellungnahme auf eine neue Leitlinie [11] hin, die über die IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas – Abschlussberichte [3, 4] hinausgeht bzw. neuer ist und somit damals noch nicht inkludiert werden konnte. 4. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen <u>grün unterstrichen</u> hervorgehoben. 5. Die Volltexte der erwähnten Literatur haben wir verlinkt. Das rechtswissenschaftliche Gutachten zur „Öffentlich-rechtlichen Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe“ von Prof. Dr. iur. Gerhard Igl [12] wird dem G-BA rechtzeitig vom VDD zugeschickt. Nicht frei zugängliche Quellen der Literaturliste haben wir als PDF angehängt. 6. Wir bitten darum, dass die in Kürze in neuer Auflage vorliegende „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas“ vollumfänglich berücksichtigt wird.

Kernbotschaften
<ol style="list-style-type: none"> 1. Alleiniges Einschlusskriterium für das DMP Adipositas: BMI \geq 30 kg/m². 2. Alle Therapieoptionen mit hoher Evidenz der Leitlinien [3, 4] müssen sich im DMP Adipositas wiederfinden. 3. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas beschrieben werden. 4. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Menschen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden. 5. Die Indikation Adipositas sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden.
Allgemeine Anmerkungen
<p>Im Hinblick auf die Gesetzesbegründung bleibt der vorgelegte Beschlussentwurf [1] weit hinter unseren Erwartungen und sicher auch denen des Gesetzgebers zurück. Der gesetzliche Auftrag an den G-BA kann aus unserer Sicht mit dieser ersten Fassung des DMP Adipositas nicht als erfüllt angesehen werden.</p> <p>Wir kritisieren insbesondere den inkonsequenten Ansatz des Beschlussentwurfs hinsichtlich Leitliniengestützter bedarfsorientierter Basisempfehlungen zur Ernährungsumstellung.</p> <p>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. Aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage können nur einmalige Patientenschulungen und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) für ein DMP berücksichtigt werden. Hier ist zu bedenken, dass deren Wirksamkeit vor allem langfristig nicht ausreichend belegt ist.</p> <p>Für eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit Adipositas ist es unumgänglich, die leistungsrechtlichen Beschränkungen aufzuheben.</p> <p>Daher fordern wir insbesondere und nachdrücklich die Aufnahme der Indikation Adipositas in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V).</p> <p>Einbindung weiterer Fachdisziplinen:</p> <p>Das DMP Adipositas 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 den IQWiG Abschlussberichten, Kapitel Basistherapie – Ernährungstherapie (Tabelle 7, S. 24, Tabelle 56, S. 148) [3], Kapitel Ernährungstherapie (Tabelle 6, S. 19, Tabelle 31, S. 79) [4] und in den Stellungnahmen der AG EMET [5, 6] – jedoch nicht berücksichtigt.</p>

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Patientenvereinigung (PatV) weisen auf S. 2, Z. 44 der Tragenden Gründe [2] ebenfalls auf die starken Leitlinienempfehlungen in den IQWiG-Abschlussberichten [3, 4] hin.

Während in den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas hinsichtlich Ernährung explizit qualifizierte Ernährungsfachkräfte gefordert werden [13, 14], 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 [14] als auch im Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Diätassistentengesetz – DiätAssG) [15] ist diese klar beschrieben und gefordert.

Im rechtswissenschaftlichen Gutachten von Prof. Dr. iur. Gerhard Igl [12] zum im öffentlichen Recht geregelten Berufsrecht des nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufs der Diätassistentinnen und Diätassistenten steht unter 4.1.5.2.2. Art der Durchführung der Tätigkeit, 4.1.5.2.2.1 Bereich der diättherapeutischen und ernährungsmedizinischen Maßnahmen, S. 27/28, u. a.: *„Das Gesetz sieht hier den Diätassistenten in einem Handlungsverbund mit dem Arzt. Dass der Diätassistent aber eine Position als eigenverantwortlicher Leistungserbringer hat, wird aus der Formulierung „eigenverantwortliche Durchführung der Maßnahmen“ deutlich. Dies bedeutet nichts anderes, als dass der Diätassistent mit dem Arzt in der Weise kooperiert, dass der Arzt den Anlass für die Maßnahmen gibt, und dass der Diätassistent kraft seiner Fachlichkeit die Maßnahmen in Kooperation mit dem Arzt oder alleine definiert.“*

Fazit: Nur die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und der vergleichbar qualifizierten 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 wurde. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens nach dem German-Nutrition Care Process (G-NCP)-Modell zum beruflichen Standard [10, 12, 14-16]. Aus diesem Grund fordern wir, dass ausschließlich qualifizierte Ernährungsfachkräfte die im DMP Adipositas vorgesehenen Ernährungsinterventionen ausführen.

Es sollte daher beim DMP Adipositas 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. Dies entspräche dem Positionspapier der AG EMET [10] und dem interdisziplinären Ansatz, der bei Schulungsprogrammen ausdrücklich gefordert ist.

Im Beschlussentwurf [1] sollte klar definiert sein, wann, bzw. bei welchem Gesundheitsrisiko (z.°B. BMI, Taillenumfang und Komorbiditäten) die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt im Rahmen interprofessioneller Behandlung an qualifizierte Ernährungsfachkräfte für eine individuelle Ernährungstherapie verweisen soll (vgl. Tabelle 13.1, S. 195 [11]).

Berücksichtigung individueller Aspekte der Ernährungsumstellung

Im Beschlussentwurf [1] wird unter 1.3.1 durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und PatV bzw. unter 1.4 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die KBV eine ausführliche Erstanamnese beschrieben. Diese befürworten wir grundsätzlich sehr,

weil Adipositas verschiedene Ursachen hat und entsprechend individuell therapiert werden muss. Wir können bei der Betonung einer Therapie mit individuellen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten nicht nachvollziehen, warum Patientinnen und Patienten nur eine einheitliche multimodale strukturierte Schulung bekommen sollen. Immer, wenn auch individualisierte, personbezogene Empfehlungen zum Ernährungsverhalten notwendig sind, sollte eine qualifizierte Ernährungsfachkraft für individuelle Ernährungstherapie als Ergänzung zur Gruppentherapie hinzugezogen werden.

Der IQWiG-Abschlussbericht Leitliniensynopse Adipositas Erwachsene listet die individuelle Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte als einen der potenziell DMP-relevanten Inhalte auf (Tabelle 7, S. 24-25) [3].

Multimodale Schulungsprogramme für Patientengruppen, die allgemeine Ernährungsempfehlungen enthalten, haben eine andere Effektivität als intensive individualisierte/personbezogene Ernährungsmaßnahmen durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte, insbesondere wenn diese die Verbesserung der Insulinsensitivität als Ziel haben [17-19]. Die aktuelle niederländische multidisziplinäre Leitlinie Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen und Kindern 2023 [11] berücksichtigt dies. Deshalb ist ein Schulungsprogramm stets mit einer individuellen Ernährungsberatung zu kombinieren. Dies zeigen auch die in den Tragenden Gründen [2] unter 4.2. Schulungen der Versicherten erwähnten Gruppenschulungsprogramme (S. 60-61). Sie enthalten alle ergänzend zum Schulungsprogramm Einzelberatung zur Ernährungsumstellung.

Eine Schulung ist in erster Linie ein zielorientierter didaktischer Prozess dessen Schwerpunkt eher auf Wissens- und Kompetenzerwerb abzielt. Eine Beratung hingegen ist ein ergebnisoffener Dialog, mit dem Ziel, Information und Therapiepläne mit individuellem Verhalten in Einklang zu bringen. Beim Anstreben einer Problemlösung stehen Ratsuchende und deren Alltagssituationen im Mittelpunkt. Der Unterschied wird im vorliegenden Beschlussentwurf trotz Betonung der individuellen Ursachen und Therapieziele nicht berücksichtigt. Das gilt auch für das DMP Diabetes mellitus Typ 2, DMP-A-RL Anlage 1 [20], wo es unter 1.4.1 Ernährungsberatung lediglich heißt: „Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erhalten Zugang zu einer qualifizierten krankheitsspezifischen Ernährungsberatung im Rahmen eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (siehe Nummer 4.2).“ Hier wird ebenfalls Ernährungsschulung mit Beratung gleichgesetzt, was nicht der Definition entspricht.

Zudem weisen wir im Hinblick auf die Gleichstellung darauf hin, dass für Menschen mit fehlender Schulungsfähigkeit (z. B. durch ungenügende Sprachkenntnisse) Alternativangebote zu Schulungsprogrammen vorzuhalten sind.

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 1.8.1 im Beschlussentwurf [1]. Es ist deshalb unverständlich, dass die individuelle Ernährungstherapie trotzdem nicht Bestandteil des DMP ist, wie DKG und PatV in den Tragenden Gründen (Z. 44, S. 2) [2] schreiben. Die DKG, KBV und PatV weisen im Beschlussentwurf (Z. 144, S. 10) darauf hin, dass (individuelle) Ernährungstherapie bei Adipositas keine Regelleistung der GKV ist, aber auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleistung (zum Teil) bewilligt werden kann [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 Menschen mit Adipositas gewährleistet.

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 dauerhafte Therapie notwendig. Dies führt dazu, dass es Menschen mit Adipositas

unbedingt ermöglicht werden muss, Ernährungsinterventionen (Schulungen, individuelle Ernährungsberatungen) regelmäßig zu erhalten. Deshalb schließen wir uns der Forderung von PatV und DKG an, dass ernährungstherapeutische Maßnahmen bei Bedarf wiederholt in Anspruch genommen werden können.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung:	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
<p>II. 1.2 Z. 47, S. 2 Z. 52, S. 2</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV: 1.2 Einschreibekriterien und „Als krankheitsbezogenes Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gilt ein BMI ≥ 30 kg/m².“</p> <p>Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ein BMI ≥ 30 kg/m² ist die Definition/Klassifikation der Adipositas laut WHO, wie im IQWiG-Bericht Nr. 1408 Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene, Abschlussbericht (S. 1) [3] und in den Tragenden Gründen (S. 17) [2], beschrieben. – Erörterung der DKG und PatV in den Tragenden Gründen (S. 18-20) [2].
<p>II. 1.2/II. 1.3 Z. 56, S. 3</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV:</p> <p>1.3 Diagnostik 1.3.1 Indikationsspezifische Erstanamnese 1.3.2 Standarddiagnostik</p> <p>Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die DKG und PatV-Erörterung in den Tragenden Gründen (Z. 306, S. 26-27) [2]. – Diese Einteilung stimmt auch mit den Kapiteln „Diagnostik“ der niederländischen multidisziplinären Leitlinie Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen und Kindern 2023 überein [11].
<p>II. 1.2/II. 1.3 Z. 56, S. 4 Z. 56, S. 4</p>	<p>Stellungnahme: Wir haben Ergänzungsvorschläge unter 1.3.1 Indikationsspezifische Erstanamnese.</p> <p>Begründung: Vorhandene Indikationen sollen konkretisiert werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gewichtsverlauf und bereits erfolgte Maßnahmen zum Gewichtsmanagement (sowohl selbstinitiierte als auch ärztlich verordnete, ver-

	<p>haltensbezogene, diätetische und medikamentöse Maßnahmen, erfolgte Operationen, <u>weitere Maßnahmen (z. B. Magenballon)</u>, höchstes und niedrigstes Gewicht, größte Gewichtsreduktion</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Psychischer Befund, Einstufung der Motivation, <u>Essstörungen</u>
<p>II. 1.2/II. 1.3.2 Z. 61, S. 4</p> <p>Z. 61, S. 4</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV, aber empfehlen „bei einem BMI bis 35 kg/m²“ zu streichen, da für eine Verlaufsdokumentation auch bei der Erstanamnese eine Messung des Bauchumfangs indiziert ist.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>KBV, DKG, PatV , zusätzlich Bauchumfang <u>bei einem BMI bis 35 kg/m²</u></p>
<p>II. 1.3.2 Z. 70, S. 5</p> <p>Z. 70, S. 5</p>	<p>Stellungnahme:</p> <p>Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG, PatV, mit einer Textergänzung, an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Bei der Adipositas therapie geht es auch um Vorbeugung von Komorbidität</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Patientinnen und Patienten mit Adipositas haben ein erhöhtes Risiko für weitere chronische Erkrankungen. Diese Folge- und Begleiterkrankungen müssen bei der Therapie der Adipositas berücksichtigt werden, so dass deren <u>Prävention bzw. frühzeitige Diagnose</u> wesentlicher Bestandteil des DMP Adipositas ist.“</p>
<p>II. 1.3/II. 1.4, 1.4.1 Z. 77, S. 5 Z. 89-90, S. 6</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV an:</p> <p>1.4 Therapie</p> <p>1.4.1 Therapieziele,</p> <p>als Konsequenz der obengenannten Einteilung mit 1.3, 1.3.1 und 1.3.2. In der Liste sollten die Therapieziele (Zeile 82-88) ergänzt werden um „Verbesserung oder Erhalt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“.</p> <p>Zur systematischen Erfassung der anamnestischen Angaben und um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu ermitteln soll unterstützend ein entsprechender Patientenfragebogen eingesetzt werden.</p>
<p>II. 1.4.2 Z. 108-112, S. 7</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Laut 1.4.1 Therapieplanung und 1.5.2 Ernährung, S. 7-8 [1], soll die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit „individuellen“ Zielen zur Ernährungsumstellung erstellen, festlegen und regelmäßig überprüfen. Wie unter den Allgemeinen Anmerkungen bemerkt, steht dies im</p>

<p>II. 1.4.2 Z. 108-114, S. 7</p>	<p>Widerspruch mit den per Gesetz festgelegten Aufgaben der Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten [12, 15] bzw. vergleichbar qualifizierten Ernährungsfachkräften. Wir plädieren gemäß Vereinbarungen zur Qualitätssicherung für Kooperation zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und Ernährungsfachkräften [10, 14].</p> <p>Änderungsvorschlag: „Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt soll in <u>Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft</u> gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit individuellen Zielen, insbesondere zur Ernährungsumstellung und zur körperlichen Aktivität, 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>II. 1.5.1 Z. 117-118, S.7</p> <p>Z. 117-118, S.7</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine Änderung der Ernährung kann eine qualitative und/oder eine quantitative Änderung der Ernährung sein.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Basismaßnahmen des Adipositasmanagements sind eine <u>qualitative bzw. quantitative Änderung</u> der Ernährung, eine Steigerung der körperlichen Aktivität einschließlich Verhaltensmodifikationen.“</p>
<p>II. 1.5.1 Z. 130, S.7-8</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV an.</p>
<p>II. 1.5.2 Z. 136-139, S.8</p> <p>II. 1.5.2 Z.136-139, S. 8</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Individualisierte, personbezogene Empfehlungen sind um Ernährungsverhalten während Gruppenschulungen kaum umsetzbar. Die Schulung formt die Basis. Wir plädieren dafür, dass, in Übereinstimmung mit den Leitlinien (IQWiG-Abschlussbericht, Tabelle 7, S. 24 und Tabelle 56, S. 148 [3] und AG EMET-Stellungnahme [5]), Patientinnen und Patienten bei entsprechender Indikation intensive Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erhalten können.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient soll <u>bei entsprechender Indikation, zusätzlich zur Gruppenschulung und in enger Abstimmung mit der koordinierenden Ärztin/Arzt, Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft mit individualisierten/personbezogenen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten erhalten</u>. Dabei soll über die Bedeutung einer adäquaten Ernährungsumstellung</p>

	sowohl im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion, als auch auf positive metabolische und kardiovaskuläre Effekte informiert werden. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten soll die Ärztin oder der Arzt in Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung festlegen und regelmäßig überprüfen.“
<p>II. 1.5.2 Z. 139-141, S. 8-10</p> <p>Z.141, S. 9-10</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns den Vorschlägen der DKG, KBV und PatV an. Im Wesentlichen folgen wir der Formulierung, die an die Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas angepasst ist.</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG, KBV, PatV „[...] Wenn Formuladiäten eingesetzt werden, soll dies zeitlich begrenzt (in der Regel maximal 12 Wochen) und medizinisch <u>und möglichst ernährungstherapeutisch</u> begleitet werden.“</p>
<p>II. 1.5.2 Z. 144, S. 10</p> <p>II. 1.5.2 Z. 144, S. 10</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV, schlagen aber eine Textänderung vor, weil die individuelle/personbezogene Ernährungstherapie eine wichtige ergänzende Maßnahme zur Umsetzung dieser Empfehlungen ist. Im DMP soll klar dargestellt werden, dass die ergänzende Einzelberatung durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte dazu gehört. Einzelberatung kann nach § 43 SGB 5 im Rahmen des DMPs durchgeführt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG, KBV, PatV „Eine individuelle Ernährungstherapie kann <u>ist eine wichtige ergänzende Maßnahme</u> zur Umsetzung dieser Empfehlungen eine sinnvolle Maßnahme sein. Ernährungstherapie ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, weil <u>zurzeit kein zugelassenes Heilmittel</u>, wird <u>kann</u> aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleistung bewilligt werden.“</p>
<p>II. 1.5.4 Z. 152, S. 12 Z.159-167, S. 12</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: 1.5.4 Verhaltensmodifikation Wir unterstreichen die in Z. 159-167 genannten Interventionen; sie sind in jedem Programm zur Veränderung des Ernährungsverhaltens essenziell, sie sollten in jedem Ernährungsberatungskonzept enthalten sein.</p>
<p>II. 1.5.5 Z. 168, S. 13</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem ausführlicheren Vorschlag von KBV und PatV an.</p>
<p>II. 1.5.6 Z. 170, S. 14</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV und PatV, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p>

<p>II. 1.5.6 Z. 170, S. 14</p>	<p>Änderungsvorschlag: PatV „Bei Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer Adipositas, bei denen die Voraussetzungen für eine Primärindikation zu einer chirurgischen Therapie im Sinne einer adipositaschirurgischen oder metabolischen Operation bestehen, kann diese auch ohne einen vorherigen konservativen Therapieversuch erfolgen, jedoch mit einer vorbereitenden ärztlichen Aufklärung zur notwendigen Ernährungsumstellung, <u>die von einer qualifizierten Ernährungsfachkraft begleitet werden muss.</u>“</p>
<p>II. 1.5.6.2 Z. 173, S. 15</p> <p>Z. 173, S. 15</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG „Der Magenballon kann Patientinnen oder Patienten mit Adipositas nach Versagen einer konservativen Therapie und bei Ablehnung einer Operation bzw. bei Kontraindikationen für eine Operation im Rahmen eines angemessenen begleitenden Programms <u>inklusive ernährungstherapeutischer Begleitung</u> angeboten werden.“</p>
<p>II. 1.5.6.3 Z. 174, S. 16</p> <p>Z. 174, S. 16</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG, PatV „....regelmäßig lebenslang nachuntersucht <u>und therapiert</u> werden.“</p>
<p>II. 1.6 (1.6.1-1.6.5) Z. 176, S. 16-19</p> <p>II. 1.6.5 Z. 176, S. 19</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV, DKG und PatV, mit einer Textänderung unter 1.6.5 Verdauungssystem, an. Die Gewichtsreduktion ist nicht die Maßnahme, sondern das Ergebnis der Adipositas-spezifischen Maßnahmen. Den Kasten von PatV und DKV kommentieren wir nicht.</p> <p>Änderungsvorschlag: KBV, DKG, PatV „Adipositas-spezifische Maßnahmen, <u>insbesondere zur Gewichtsreduktion</u>, sind wichtigster Bestandteil der Therapie einer Nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung.“</p>
<p>II. 1.7 Z. 185, S. 19</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV, DKG und PatV, mit einer Textergänzung bezüglich einer jährlichen Messung der Körperzusammensetzung mittels BIA zur Verlaufskontrolle an. Bei einer Gewichtsreduktion</p>

<p>II. 1.7 Z. 185, S. 19</p>	<p>sollte die Körperzusammensetzung sich nicht verschlechtern, deshalb sollte eine Vor- und Nachkontrolle in Betracht gezogen werden [11].</p> <p>Änderungsvorschlag: KBV, DKG, PatV „ - Bei einem BMI bis 35 kg/m²: Messung des Bauchumfangs einmal jährlich. <u>Ergänzend sollte ebenfalls einmal jährlich eine Messung der Körperzusammensetzung mittels BIA durchgeführt werden.</u>“</p>
<p>II. 1.7 Z. 200, S. 20</p> <p>Z. 200, S. 20</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Laborparameter können auch öfter als jährlich erhoben werden, wenn indiziert.</p> <p>Änderungsvorschlag: „(beispielsweise jährlich oder seltener <u>oder auch öfter, wenn (bei Kontrollterminen) indiziert).</u>“</p>
<p>II. 1.8.1 Z. 209, S. 20</p> <p>Z. 209, S. 20</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die Angabe von nur „§ 73 SGB V“ in Zeile 209, S. 20, ist sehr oberflächlich. Dadurch ist (auf Anhieb) nicht deutlich, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt 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: „... der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. <u>Inbesondere sei 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>II. 1.8.1 Z. 210-218, S. 20</p> <p>Z. 210-218, S. 20</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: In den Zeilen 210-218, S. 20, soll nochmals deutlich auf die im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben hingewiesen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: „In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine 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</p>

	Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt.“
<p>II. 1.8.2 Z. 226-229, S. 21</p> <p>Z. 226-229, S. 21</p>	<p>Stellungnahme: In den Zeilen 226-229 (Überschrift 1.8: Kategorie „Kooperation der Versorgungssektoren“) soll Punkt 1.8.2 um den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ ergänzt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung bzw. zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten – <u>und/oder eine Zuweisung zu einer qualifizierten Ernährungsfachkraft.</u></p>
<p>II. 1.9 Z. 279, S. 23</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstreichen den Vorschlag der PatV.</p>
<p>II. 2 Lfd. Nr. 1 und 2 Z. 285, S. 24</p> <p>Lfd. Nr. 1 Z. 285, S. 24</p> <p>Lfd. Nr. 2 Z. 285, S. 24</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Als Qualitätsziel sollte nicht allein die prozentuale Gewichtsreduktion ausschlaggebend sein, sondern auch eine Veränderung der Körperfettverteilung und der Körperzusammensetzung (zumindest des Bauchumfangs, idealerweise auch der WHR, und/oder der prozentualen Fettmasse und fettfreien Masse (Tabelle 3, S. 12 des IQWiG-Abschlussberichts Leitlinien-Synopse Adipositas - Erwachsene [3] und [11]) betrachtet werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Gewichtsreduktion von mindestens 5 % bei Adipositas Grad I, Verbesserte Werte der Körperfettverteilung und Körperzusammensetzung (adäquater Anteil)“</p> <p>Änderungsvorschlag: „Gewichtsreduktion von mindestens 10 % bei Adipositas Grad II und höher, Verbesserte Werte der Körperfettverteilung und Körperzusammensetzung (adäquater Anteil)“</p>
<p>II. 2 Lfd. Nr. 7 Z. 285, S. 25</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Es wird im Beschlussentwurf nicht deutlich wie die individuellen Ziele zum Ernährungsverhalten operationalisiert werden sollen. Der Hinweis auf § 2 der DMP-A-RL in Z. 283-284 ist nicht ausreichend. Die in bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen beschriebene sektorenübergreifende Kooperation [10, 14] bei der Feststellung von individuellen Zielen wird nicht deutlich.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

<p>II. 2 Z. 283-284, S. 24</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 Ärztin/des koordinierenden Arztes mit den jeweiligen Fachkräften wie Ernährungsfachkräfte und Physiotherapeuten beim Feststellen der individuellen Ziele, im Rahmen des sektorenübergreifenden Ansatzes, hervorgehoben.</u>“</p>
<p>II. 4 Z. 306-307, S. 26</p> <p>Z. 306-307, S. 26</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote informiert werden. Die in den Tragenden Gründen unter 4.2. Schulungen der Versicherten erwähnten Gruppenschulungsprogramme (S.60-61) [2] enthalten alle - ergänzend zum Schulungsprogramm - Einzelberatung zur Ernährungsumstellung. Die Möglichkeit der Einzelberatung sollte elementarer Bestandteil des DMP sein.</p> <p>Änderungsvorschlag: Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme <u>und ergänzender Angebote.</u> [...]“</p>
<p>II. 4.2 Z. 315-316, S. 26</p> <p>Z. 315-316, S. 26</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote informiert werden. Wir unterschreiben den Vorschlag der KBV, DKG.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten <u>und über begleitende und ergänzende Angebote informiert werden.</u>“</p> <p>Ergänzung: In die Liste der Schulungsprogramme sollte das Programm „ICH nehme ab“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V.“, das sich an Menschen mit Präadipositas oder Adipositas Grad 1 ohne Komorbiditäten richtet, aufgenommen werden. Die Wirksamkeit dieses multimodalen Basisprogramms wurde in einer Studie mit 116 Teilnehmenden nachgewiesen. Nach einem Jahr haben die Frauen im Mittel 2,3 kg und die Männer im Mittel 4,1 kg abgenommen [21].</p>
<p>Anlage 24 Lfd. Nr. 4a + 4b, S. 29</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: 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>Lfd. Nr. 4a, S. 29</p>	<p>„Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u>“</p>
<p>Lfd. Nr. 4b, S. 29</p>	<p>Änderungsvorschlag: „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung seit der letzten Dokumentation. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u>“</p>

Literaturverzeichnis

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation), Stand: 19.07.2023. Berlin: G-BA; 2023.
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation), Stand: 19.07.2023. Berlin: G-BA; 2023.
3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Abschlussbericht; Auftrag V21-05 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 08.08.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1408). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf.
4. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche; Abschlussbericht; Auftrag V21-07 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 08.08.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1406). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_abschlussbericht_v1-0.pdf.
5. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht; Auftrag: V21-05, Version: 1.0, Stand: 18.08.2022 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 09.08.2023]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_da-vorbericht_v1-0.pdf.
6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche; Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht; Auftrag: V21-07, Version: 1.0, Stand: 18.08.2022 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 09.08.2023]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_da-vorbericht_v1-0.pdf.
7. Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM). Strukturierte curriculäre Fortbildung „ERNÄHRUNGSMEDIZIN“. Lehr- und Lerninhalte für die Fortbildungskurse zur Ernährungsmedizin nach den Richtlinien der Bundesärztekammer. 2. Auflage, Juli 2007. Aktualisierte Fassung 11.02.2015 (eLearning-Anteil bei Blended Learning). Berlin: BÄK, DGEM; 2015. 1-35. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Ernaehrungsmedizin.pdf.
8. Bundesärztekammer. (Muster-)Kursbuch Ernährungsmedizin auf der Grundlage der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018. 2. Auflage. Berlin: BÄK; 17./18.02.2022. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Kursbuecher/2018/20220217_18_MKB_Ernaehrungsmedizin.pdf.
9. Bundesärztekammer. BÄK-Curriculum Ernährungsmedizinische Grundversorgung. 1. Auflage. Berlin: BÄK; 23.09.2022. 1-14. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_Ernaehrungsmed_Grundversorgung.pdf.
10. Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET): DGEM, VDOE, BDEM, VDD, DAEM. Positionspapier: Zusammenarbeit in der ambulanten ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Versorgung. 2021. 1-10. [Zugriff: 21.08.2023]. URL: https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf.
11. Federatie Medisch Specialisten, Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), Care for Obesity (C4O)/de

- Vrije Universiteit van Amsterdam. Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. [Translation VDD: The Dutch Adult and Children Overweight and Obesity Multidisciplinary Clinical Practice Guideline]. Amsterdam: Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten, PON, Vrije Universiteit (C4O); Juli 2023. p. 1-324. [Zugriff: 31.07.2023]. (Empfehlungen und Zusammenfassungen in Englisch). URL: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/startpagina_richtlijn_overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen.html. („Download richtlijn“ anklicken, „Generereer“ anklicken). PDF zusätzlich angefügt.
12. Igl, G. Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie. Kapitel 4: Diätassistentinnen und Diätassistenten. S. 23-39. München: Springer Medizin © Urban & Vogel GmbH; 2010. ISBN 978-3-89935-265-8. Das rechtswissenschaftliche Gutachten wird dem G-BA rechtzeitig vom VDD zugeschickt.
 13. GKV-Spitzenverband. Anlage 5: Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung [online]. 2022 [Zugriff: 21.08.2023]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20220421_Lesefassung_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf.
 14. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung. Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 29.04.2019. p. 1-21. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: <https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/19-04-29-KoKreis-EB-RV.pdf>.
 15. Deutscher Bundestag. Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Artikel 1 des Gesetzes über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten und zur Änderung verschiedener Gesetze über den Zugang zu anderen Heilberufen) (Diätassistentengesetz - DiätAssG). Diätassistentengesetz vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/DiätAssG.pdf.
 16. 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. PDF mit freundlicher Genehmigung vom Herausgeber angefügt.
 17. Govers E, Bouwman W, Lourens A, Verkoelen H, Jaime B, Schweitzer D. Medical Nutritional Therapy Laid in Expert Hands to Strongly Suppress Insulin Resistance and to Restore Metabolic Health; a Review of the Evidence. EC Nutrition 2021;17(7):06-19. [Zugriff: 31.07.2023]. URL: https://www.researchgate.net/profile/Elisabeth-Govers-2/publication/353581909_Medical_Nutritional_Therapy_Laid_in_Expert_Hands_to_Strongly_Suppress_Insulin_Resistance_and_to_Restore_Metabolic_Health_a_Review_of_the_Evidence/links/610415d2169a1a0103c8d72c/Medical-Nutritional-Therapy-Laid-in-Expert-Hands-to-Strongly-Suppress-Insulin-Resistance-and-to-Restore-Metabolic-Health-a-Review-of-the-Evidence.pdf.
 18. Govers E, Wiggers I, Verkoelen H, Schweitzer D. Insulin Resistance in Primary Dietary Care Practice. Review of the Evidence and a Proposal for Daily Use. EC Nutrition 2021;16(7):125-38. [Zugriff: 31.07.2023]. URL: https://www.researchgate.net/publication/353581687_EC_NUTRITION_Review_Article_Insulin_Resistance_in_Primary_Dietary_Care_Practice_Review_of_the_Evidence_and_a_Proposal_for_Daily_Use.
 19. Govers E, Otten A, Schuiling B, Bouwman W, Lourens A, Visscher TLS. Effectiveness of the 6 x 6 Dieet® in Obese DMT2 Patients. Effectiveness of a Very Low Carbohydrate Ketogenic Diet Compared to a Low

Carbohydrate and Energy-Restricted Diet in Overweight/Obese Type 2 Diabetes Patients. *Int J Endocrinol Metab Disord* 2019;5(2):1-10. DOI: 10.16966/2380-548X.158. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: <https://www.efad.org/wp-content/uploads/2021/11/6x6-dieet-ijemd158-september-2019.pdf>.

20. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014, zuletzt geändert am 19. Januar 2023. Anlage 1 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2. S. 1-32, S. 82-84. Berlin: G-BA; 2023. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3197/DMP-A-RL_2023-01-19_iK-2023-07-01.pdf.
21. Scholz GH, Flehmig G, Scholz M, Klepzig Y, Gutknecht D, Kellner K, et al. Evaluation des DGE-Selbsthilfeprogramms "ICH nehme ab". *Ernährungs-Umschau* 2005;52(6):226-31. [Zugriff: 14.08.2023]. URL: https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2005/06_2005/EU_06_05_226_231.pdf.

Berufsverband Oecotrophologie e. V. • Agricolastr. 25 • 10555 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung QS-V

Ihre Ansprechpartnerin

Dr. Andrea Lambeck
a.lambeck@vdoe.de
030 2359 832-81

28. August 2023

Per E-Mail an: dmp@g-ba.de

**Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie:
Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 und der Anlage 24**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

für den Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) danke ich Ihnen für die Möglichkeit zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMO-A-RL) durch die Ergänzung der Anlagen 23 (DMP Adipositas) und 24 (Adipositas Dokumentation) Stellung zu nehmen.

Wir haben den Beschlussentwurf als maßgebliche Verbände im Bereich Ernährungstherapie (VDD, VDOE, VFED) und für diesen Bereich einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften (DAG, DDG, DGSP und DGEM) gemeinsam erörtert und unsere Stellungnahmen erarbeitet, was Sie an zum Teil gleichlautenden Formulierungen erkennen werden.

Folgende Punkte möchten wir hiermit besonders betonen:

1. Alleiniges Einschlusskriterium für das DMP Adipositas: BMI \geq 30 kg/m².
2. Alle Therapieoptionen mit hoher Evidenz der Leitlinien müssen sich im DMP Adipositas wiederfinden.
3. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas beschrieben werden.
4. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Menschen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden.
5. Die Indikation Adipositas sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden.

Anbei übersenden wir Ihnen unsere Stellungnahme sowie zwei unserer Quellen als PDF-Datei, ein rechtswissenschaftliches Gutachten wurde dem G-BA (am 24.08.2023) per Post vom VDD zugeschickt und die weitere Literatur haben wir verlinkt.

Zugleich teilen wir Ihnen mit, dass wir für den VDOE gerne an der Anhörung am 11. Oktober 2023 teilnehmen. Hierzu erwarten wir die angekündigten Informationen zum organisatorischen Procedere.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung und verbleiben mit freundlichen Grüßen



Dr. Andrea Lambeck

Geschäftsführerin

Geschäftsstelle
Agricolastraße 25
10555 Berlin

www.vdoe.de
E-Mail: vdoe@vdoe.de
Tel.: 030 2359832-80 | Fax.: -99

Berliner Sparkasse
IBAN: DE61 1005 0000 0191 0284 28
BIC: BELADEBEXX



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf über eine Änderung der DMP-Anforde-
rungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

**Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Än-
derung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas)
und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)**

Datum	28.08.2023
Stellungnahme von	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE), Berlin in Abstimmung mit Verband der Diätassistenten – Deutscher Bun- desverband e. V. (VDD), Essen

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Stellungnahme allgemein
<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 12. Juli 2023 den „Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): <i>Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)</i>“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.</p> <p>Hiermit nehmen wir als der Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit dem Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) die Gelegenheit zur Stellungnahme wahr.</p> <p>Zum o. g. Dokument, Stand 19.07.2023 [1] und unter Bezugnahme auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • die „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf [2]“ und • die „Abschlussberichte der IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas, Stand 18.08.2022 [3, 4]“ mit „den Stellungnahmen der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET) in der Dokumentation der Anhörungen zu den Vorberichten der IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas, Stand 18.08.2022 [5, 6]“ <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 qualifizierte Ökotrophologinnen/Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen/Ernährungswissenschaftler bzw. Absolventinnen/Absolventen fachverwandter Studiengänge gemeint. Wir bitten darum, dass diese Definition im DMP Adipositas übernommen wird. 2. Ärztinnen/Ärzte mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß Curriculum Ernährungsmedizinische Grundversorgung der Bundesärztekammer [7-9] sind als Ernährungsmedizinerinnen/Ernährungsmediziner für die ernährungsmedizinische Diagnostik und Therapie befähigt [10]. 3. Wir weisen in unserer Stellungnahme auf eine neue Leitlinie [11] hin, die über die IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas – Abschlussberichte [3, 4] hinausgeht bzw. neuer ist und somit damals noch nicht inkludiert werden konnte. 4. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen <u>grün unterstrichen</u> hervorgehoben. 5. Die Volltexte der erwähnten Literatur haben wir verlinkt. Das rechtswissenschaftliche Gutachten zur „Öffentlich-rechtlichen Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe“ von Prof. Dr. iur. Gerhard Igl [12] wird dem G-BA rechtzeitig vom VDD zugeschickt. Nicht frei zugängliche Quellen der Literaturliste haben wir als PDF angehängt. 6. Wir bitten darum, dass die in Kürze in neuer Auflage vorliegende „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas“ vollumfänglich berücksichtigt wird.

Kernbotschaften
<ol style="list-style-type: none"> 1. Alleiniges Einschlusskriterium für das DMP Adipositas: BMI \geq 30 kg/m². 2. Alle Therapieoptionen mit hoher Evidenz der Leitlinien [3, 4] müssen sich im DMP Adipositas wiederfinden. 3. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas beschrieben werden. 4. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Menschen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden. 5. Die Indikation Adipositas sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden.
Allgemeine Anmerkungen
<p>Im Hinblick auf die Gesetzesbegründung bleibt der vorgelegte Beschlussentwurf [1] weit hinter unseren Erwartungen und sicher auch denen des Gesetzgebers zurück. Der gesetzliche Auftrag an den G-BA kann aus unserer Sicht mit dieser ersten Fassung des DMP Adipositas nicht als erfüllt angesehen werden.</p> <p>Wir kritisieren insbesondere den inkonsequenten Ansatz des Beschlussentwurfs hinsichtlich Leitliniengestützter bedarfsorientierter Basisempfehlungen zur Ernährungsumstellung.</p> <p>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. Aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage können nur einmalige Patientenschulungen und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) für ein DMP berücksichtigt werden. Hier ist zu bedenken, dass deren Wirksamkeit vor allem langfristig nicht ausreichend belegt ist.</p> <p>Für eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit Adipositas ist es unumgänglich, die leistungsrechtlichen Beschränkungen aufzuheben.</p> <p>Daher fordern wir insbesondere und nachdrücklich die Aufnahme der Indikation Adipositas in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V).</p> <p>Einbindung weiterer Fachdisziplinen:</p> <p>Das DMP Adipositas 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 den IQWiG Abschlussberichten, Kapitel Basistherapie – Ernährungstherapie (Tabelle 7, S. 24, Tabelle 56, S. 148) [3], Kapitel Ernährungstherapie (Tabelle 6, S. 19, Tabelle 31, S. 79) [4] und in den Stellungnahmen der AG EMET [5, 6] – jedoch nicht berücksichtigt.</p>

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Patientenvereinigung (PatV) weisen auf S. 2, Z. 44 der Tragenden Gründe [2] ebenfalls auf die starken Leitlinienempfehlungen in den IQWiG-Abschlussberichten [3, 4] hin.

Während in den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas hinsichtlich Ernährung explizit qualifizierte Ernährungsfachkräfte gefordert werden [13, 14], 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 [14] als auch im Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Diätassistentengesetz – DiätAssG) [15] ist diese klar beschrieben und gefordert.

Im rechtswissenschaftlichen Gutachten von Prof. Dr. iur. Gerhard Igl [12] zum im öffentlichen Recht geregelten Berufsrecht des nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufs der Diätassistentinnen und Diätassistenten steht unter 4.1.5.2.2. Art der Durchführung der Tätigkeit, 4.1.5.2.2.1 Bereich der diättherapeutischen und ernährungsmedizinischen Maßnahmen, S. 27/28, u. a.: *„Das Gesetz sieht hier den Diätassistenten in einem Handlungsverbund mit dem Arzt. Dass der Diätassistent aber eine Position als eigenverantwortlicher Leistungserbringer hat, wird aus der Formulierung „eigenverantwortliche Durchführung der Maßnahmen“ deutlich. Dies bedeutet nichts anderes, als dass der Diätassistent mit dem Arzt in der Weise kooperiert, dass der Arzt den Anlass für die Maßnahmen gibt, und dass der Diätassistent kraft seiner Fachlichkeit die Maßnahmen in Kooperation mit dem Arzt oder alleine definiert.“*

Fazit: Nur die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und der vergleichbar qualifizierten 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 wurde. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens nach dem German-Nutrition Care Process (G-NCP)-Modell zum beruflichen Standard [10, 12, 14-16]. Aus diesem Grund fordern wir, dass ausschließlich qualifizierte Ernährungsfachkräfte die im DMP Adipositas vorgesehenen Ernährungsinterventionen ausführen.

Es sollte daher beim DMP Adipositas 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. Dies entspräche dem Positionspapier der AG EMET [10] und dem interdisziplinären Ansatz, der bei Schulungsprogrammen ausdrücklich gefordert ist.

Im Beschlussentwurf [1] sollte klar definiert sein, wann, bzw. bei welchem Gesundheitsrisiko (z.°B. BMI, Taillenumfang und Komorbiditäten) die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt im Rahmen interprofessioneller Behandlung an qualifizierte Ernährungsfachkräfte für eine individuelle Ernährungstherapie verweisen soll (vgl. Tabelle 13.1, S. 195 [11]).

Berücksichtigung individueller Aspekte der Ernährungsumstellung

Im Beschlussentwurf [1] wird unter 1.3.1 durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und PatV bzw. unter 1.4 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die KBV eine ausführliche Erstanamnese beschrieben. Diese befürworten wir grundsätzlich sehr,

weil Adipositas verschiedene Ursachen hat und entsprechend individuell therapiert werden muss. Wir können bei der Betonung einer Therapie mit individuellen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten nicht nachvollziehen, warum Patientinnen und Patienten nur eine einheitliche multimodale strukturierte Schulung bekommen sollen. Immer, wenn auch individualisierte, personbezogene Empfehlungen zum Ernährungsverhalten notwendig sind, sollte eine qualifizierte Ernährungsfachkraft für individuelle Ernährungstherapie als Ergänzung zur Gruppentherapie hinzugezogen werden.

Der IQWiG-Abschlussbericht Leitliniensynopse Adipositas Erwachsene listet die individuelle Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte als einen der potenziell DMP-relevanten Inhalte auf (Tabelle 7, S. 24-25) [3].

Multimodale Schulungsprogramme für Patientengruppen, die allgemeine Ernährungsempfehlungen enthalten, haben eine andere Effektivität als intensive individualisierte/personbezogene Ernährungsmaßnahmen durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte, insbesondere wenn diese die Verbesserung der Insulinsensitivität als Ziel haben [17-19]. Die aktuelle niederländische multidisziplinäre Leitlinie Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen und Kindern 2023 [11] berücksichtigt dies. Deshalb ist ein Schulungsprogramm stets mit einer individuellen Ernährungsberatung zu kombinieren. Dies zeigen auch die in den Tragenden Gründen [2] unter 4.2. Schulungen der Versicherten erwähnten Gruppenschulungsprogramme (S. 60-61). Sie enthalten alle ergänzend zum Schulungsprogramm Einzelberatung zur Ernährungsumstellung.

Eine Schulung ist in erster Linie ein zielorientierter didaktischer Prozess dessen Schwerpunkt eher auf Wissens- und Kompetenzerwerb abzielt. Eine Beratung hingegen ist ein ergebnisoffener Dialog, mit dem Ziel, Information und Therapiepläne mit individuellem Verhalten in Einklang zu bringen. Beim Anstreben einer Problemlösung stehen Ratsuchende und deren Alltagssituationen im Mittelpunkt. Der Unterschied wird im vorliegenden Beschlussentwurf trotz Betonung der individuellen Ursachen und Therapieziele nicht berücksichtigt. Das gilt auch für das DMP Diabetes mellitus Typ 2, DMP-A-RL Anlage 1 [20], wo es unter 1.4.1 Ernährungsberatung lediglich heißt: „Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erhalten Zugang zu einer qualifizierten krankheitsspezifischen Ernährungsberatung im Rahmen eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (siehe Nummer 4.2).“ Hier wird ebenfalls Ernährungsschulung mit Beratung gleichgesetzt, was nicht der Definition entspricht.

Zudem weisen wir im Hinblick auf die Gleichstellung darauf hin, dass für Menschen mit fehlender Schulungsfähigkeit (z. B. durch ungenügende Sprachkenntnisse) Alternativangebote zu Schulungsprogrammen vorzuhalten sind.

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 1.8.1 im Beschlussentwurf [1]. Es ist deshalb unverständlich, dass die individuelle Ernährungstherapie trotzdem nicht Bestandteil des DMP ist, wie DKG und PatV in den Tragenden Gründen (Z. 44, S. 2) [2] schreiben. Die DKG, KBV und PatV weisen im Beschlussentwurf (Z. 144, S. 10) darauf hin, dass (individuelle) Ernährungstherapie bei Adipositas keine Regelleistung der GKV ist, aber auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleistung (zum Teil) bewilligt werden kann [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 Menschen mit Adipositas gewährleistet.

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 dauerhafte Therapie notwendig. Dies führt dazu, dass es Menschen mit Adipositas

unbedingt ermöglicht werden muss, Ernährungsinterventionen (Schulungen, individuelle Ernährungsberatungen) regelmäßig zu erhalten. Deshalb schließen wir uns der Forderung von PatV und DKG an, dass ernährungstherapeutische Maßnahmen bei Bedarf wiederholt in Anspruch genommen werden können.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung:	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
<p>II. 1.2 Z. 47, S. 2 Z. 52, S. 2</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV: 1.2 Einschreibekriterien und „Als krankheitsbezogenes Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gilt ein BMI ≥ 30 kg/m².“ Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ein BMI ≥ 30 kg/m² ist die Definition/Klassifikation der Adipositas laut WHO, wie im IQWiG-Bericht Nr. 1408 Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene, Abschlussbericht (S. 1) [3] und in den Tragenden Gründen (S. 17) [2], beschrieben. – Erörterung der DKG und PatV in den Tragenden Gründen (S. 18-20) [2].
<p>II. 1.2/II. 1.3 Z. 56, S. 3</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV: 1.3 Diagnostik 1.3.1 Indikationsspezifische Erstanamnese 1.3.2 Standarddiagnostik Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die DKG und PatV-Erörterung in den Tragenden Gründen (Z. 306, S. 26-27) [2]. – Diese Einteilung stimmt auch mit den Kapiteln „Diagnostik“ der niederländischen multidisziplinären Leitlinie Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen und Kindern 2023 überein [11].
<p>II. 1.2/II. 1.3 Z. 56, S. 4 Z. 56, S. 4</p>	<p>Stellungnahme: Wir haben Ergänzungsvorschläge unter 1.3.1 Indikationsspezifische Erstanamnese. Begründung: Vorhandene Indikationen sollen konkretisiert werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gewichtsverlauf und bereits erfolgte Maßnahmen zum Gewichtsmanagement (sowohl selbstinitiierte als auch ärztlich verordnete, ver-

	<p>haltensbezogene, diätetische und medikamentöse Maßnahmen, erfolgte Operationen, <u>weitere Maßnahmen (z. B. Magenballon)</u>, höchstes und niedrigstes Gewicht, größte Gewichtsreduktion</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Psychischer Befund, Einstufung der Motivation, <u>Essstörungen</u>
<p>II. 1.2/II. 1.3.2 Z. 61, S. 4</p> <p>Z. 61, S. 4</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV, aber empfehlen „bei einem BMI bis 35 kg/m²“ zu streichen, da für eine Verlaufsdokumentation auch bei der Erstanamnese eine Messung des Bauchumfangs indiziert ist.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>KBV, DKG, PatV , zusätzlich Bauchumfang <u>bei einem BMI bis 35 kg/m²</u></p>
<p>II. 1.3.2 Z. 70, S. 5</p> <p>Z. 70, S. 5</p>	<p>Stellungnahme:</p> <p>Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG, PatV, mit einer Textergänzung, an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Bei der Adipositas therapie geht es auch um Vorbeugung von Komorbidität</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Patientinnen und Patienten mit Adipositas haben ein erhöhtes Risiko für weitere chronische Erkrankungen. Diese Folge- und Begleiterkrankungen müssen bei der Therapie der Adipositas berücksichtigt werden, so dass deren <u>Prävention bzw. frühzeitige Diagnose</u> wesentlicher Bestandteil des DMP Adipositas ist.“</p>
<p>II. 1.3/II. 1.4, 1.4.1 Z. 77, S. 5 Z. 89-90, S. 6</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV an:</p> <p>1.4 Therapie</p> <p>1.4.1 Therapieziele,</p> <p>als Konsequenz der obengenannten Einteilung mit 1.3, 1.3.1 und 1.3.2. In der Liste sollten die Therapieziele (Zeile 82-88) ergänzt werden um „Verbesserung oder Erhalt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“.</p> <p>Zur systematischen Erfassung der anamnestischen Angaben und um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu ermitteln soll unterstützend ein entsprechender Patientenfragebogen eingesetzt werden.</p>
<p>II. 1.4.2 Z. 108-112, S. 7</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Laut 1.4.1 Therapieplanung und 1.5.2 Ernährung, S. 7-8 [1], soll die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit „individuellen“ Zielen zur Ernährungsumstellung erstellen, festlegen und regelmäßig überprüfen. Wie unter den Allgemeinen Anmerkungen bemerkt, steht dies im</p>

<p>II. 1.4.2 Z. 108-114, S. 7</p>	<p>Widerspruch mit den per Gesetz festgelegten Aufgaben der Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten [12, 15] bzw. vergleichbar qualifizierten Ernährungsfachkräften. Wir plädieren gemäß Vereinbarungen zur Qualitätssicherung für Kooperation zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und Ernährungsfachkräften [10, 14].</p> <p>Änderungsvorschlag: „Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt soll in <u>Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft</u> gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit individuellen Zielen, insbesondere zur Ernährungsumstellung und zur körperlichen Aktivität, 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>II. 1.5.1 Z. 117-118, S.7</p> <p>Z. 117-118, S.7</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine Änderung der Ernährung kann eine qualitative und/oder eine quantitative Änderung der Ernährung sein.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Basismaßnahmen des Adipositasmanagements sind eine <u>qualitative bzw. quantitative Änderung</u> der Ernährung, eine Steigerung der körperlichen Aktivität einschließlich Verhaltensmodifikationen.“</p>
<p>II. 1.5.1 Z. 130, S.7-8</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV an.</p>
<p>II. 1.5.2 Z. 136-139, S.8</p> <p>II. 1.5.2 Z.136-139, S. 8</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Individualisierte, personbezogene Empfehlungen sind um Ernährungsverhalten während Gruppenschulungen kaum umsetzbar. Die Schulung formt die Basis. Wir plädieren dafür, dass, in Übereinstimmung mit den Leitlinien (IQWiG-Abschlussbericht, Tabelle 7, S. 24 und Tabelle 56, S. 148 [3] und AG EMET-Stellungnahme [5]), Patientinnen und Patienten bei entsprechender Indikation intensive Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erhalten können.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient soll <u>bei entsprechender Indikation, zusätzlich zur Gruppenschulung und in enger Abstimmung mit der koordinierenden Ärztin/Arzt, Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft mit individualisierten/personbezogenen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten erhalten</u>. Dabei soll über die Bedeutung einer adäquaten Ernährungsumstellung</p>

	sowohl im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion, als auch auf positive metabolische und kardiovaskuläre Effekte informiert werden. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten soll die Ärztin oder der Arzt in Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung festlegen und regelmäßig überprüfen.“
<p>II. 1.5.2 Z. 139-141, S. 8-10</p> <p>Z.141, S. 9-10</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns den Vorschlägen der DKG, KBV und PatV an. Im Wesentlichen folgen wir der Formulierung, die an die Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas angepasst ist.</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG, KBV, PatV „[...] Wenn Formuladiäten eingesetzt werden, soll dies zeitlich begrenzt (in der Regel maximal 12 Wochen) und medizinisch <u>und möglichst ernährungstherapeutisch</u> begleitet werden.“</p>
<p>II. 1.5.2 Z. 144, S. 10</p> <p>II. 1.5.2 Z. 144, S. 10</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV, schlagen aber eine Textänderung vor, weil die individuelle/personbezogene Ernährungstherapie eine wichtige ergänzende Maßnahme zur Umsetzung dieser Empfehlungen ist. Im DMP soll klar dargestellt werden, dass die ergänzende Einzelberatung durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte dazu gehört. Einzelberatung kann nach § 43 SGB 5 im Rahmen des DMPs durchgeführt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG, KBV, PatV „Eine individuelle Ernährungstherapie kann <u>ist eine wichtige ergänzende Maßnahme</u> zur Umsetzung dieser Empfehlungen eine sinnvolle Maßnahme sein. Ernährungstherapie ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, weil <u>zurzeit kein zugelassenes Heilmittel</u>, wird <u>kann</u> aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleistung bewilligt werden.“</p>
<p>II. 1.5.4 Z. 152, S. 12 Z.159-167, S. 12</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: 1.5.4 Verhaltensmodifikation Wir unterstreichen die in Z. 159-167 genannten Interventionen; sie sind in jedem Programm zur Veränderung des Ernährungsverhaltens essenziell, sie sollten in jedem Ernährungsberatungskonzept enthalten sein.</p>
<p>II. 1.5.5 Z. 168, S. 13</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem ausführlicheren Vorschlag von KBV und PatV an.</p>
<p>II. 1.5.6 Z. 170, S. 14</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV und PatV, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p>

<p>II. 1.5.6 Z. 170, S. 14</p>	<p>Änderungsvorschlag: PatV „Bei Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer Adipositas, bei denen die Voraussetzungen für eine Primärindikation zu einer chirurgischen Therapie im Sinne einer adipositaschirurgischen oder metabolischen Operation bestehen, kann diese auch ohne einen vorherigen konservativen Therapieversuch erfolgen, jedoch mit einer vorbereitenden ärztlichen Aufklärung zur notwendigen Ernährungsumstellung, <u>die von einer qualifizierten Ernährungsfachkraft begleitet werden muss.</u>“</p>
<p>II. 1.5.6.2 Z. 173, S. 15</p> <p>Z. 173, S. 15</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG „Der Magenballon kann Patientinnen oder Patienten mit Adipositas nach Versagen einer konservativen Therapie und bei Ablehnung einer Operation bzw. bei Kontraindikationen für eine Operation im Rahmen eines angemessenen begleitenden Programms <u>inklusive ernährungstherapeutischer Begleitung</u> angeboten werden.“</p>
<p>II. 1.5.6.3 Z. 174, S. 16</p> <p>Z. 174, S. 16</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG, PatV „....regelmäßig lebenslang nachuntersucht <u>und therapiert</u> werden.“</p>
<p>II. 1.6 (1.6.1-1.6.5) Z. 176, S. 16-19</p> <p>II. 1.6.5 Z. 176, S. 19</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV, DKG und PatV, mit einer Textänderung unter 1.6.5 Verdauungssystem, an. Die Gewichtsreduktion ist nicht die Maßnahme, sondern das Ergebnis der Adipositas-spezifischen Maßnahmen. Den Kasten von PatV und DKV kommentieren wir nicht.</p> <p>Änderungsvorschlag: KBV, DKG, PatV „Adipositas-spezifische Maßnahmen, <u>insbesondere zur Gewichtsreduktion</u>, sind wichtigster Bestandteil der Therapie einer Nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung.“</p>
<p>II. 1.7 Z. 185, S. 19</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV, DKG und PatV, mit einer Textergänzung bezüglich einer jährlichen Messung der Körperzusammensetzung mittels BIA zur Verlaufskontrolle an. Bei einer Gewichtsreduktion</p>

<p>II. 1.7 Z. 185, S. 19</p>	<p>sollte die Körperzusammensetzung sich nicht verschlechtern, deshalb sollte eine Vor- und Nachkontrolle in Betracht gezogen werden [11].</p> <p>Änderungsvorschlag: KBV, DKG, PatV „ - Bei einem BMI bis 35 kg/m²: Messung des Bauchumfangs einmal jährlich. <u>Ergänzend sollte ebenfalls einmal jährlich eine Messung der Körperzusammensetzung mittels BIA durchgeführt werden.</u>“</p>
<p>II. 1.7 Z. 200, S. 20</p> <p>Z. 200, S. 20</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Laborparameter können auch öfter als jährlich erhoben werden, wenn indiziert.</p> <p>Änderungsvorschlag: „(beispielsweise jährlich oder seltener <u>oder auch öfter, wenn (bei Kontrollterminen) indiziert).</u>“</p>
<p>II. 1.8.1 Z. 209, S. 20</p> <p>Z. 209, S. 20</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die Angabe von nur „§ 73 SGB V“ in Zeile 209, S. 20, ist sehr oberflächlich. Dadurch ist (auf Anhieb) nicht deutlich, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt 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: „... der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. <u>Inbesondere sei 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>II. 1.8.1 Z. 210-218, S. 20</p> <p>Z. 210-218, S. 20</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: In den Zeilen 210-218, S. 20, soll nochmals deutlich auf die im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben hingewiesen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: „In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine 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</p>

	Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt.“
<p>II. 1.8.2 Z. 226-229, S. 21</p> <p>Z. 226-229, S. 21</p>	<p>Stellungnahme: In den Zeilen 226-229 (Überschrift 1.8: Kategorie „Kooperation der Versorgungssektoren“) soll Punkt 1.8.2 um den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ ergänzt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung bzw. zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten – <u>und/oder eine Zuweisung zu einer qualifizierten Ernährungsfachkraft.</u></p>
<p>II. 1.9 Z. 279, S. 23</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstreichen den Vorschlag der PatV.</p>
<p>II. 2 Lfd. Nr. 1 und 2 Z. 285, S. 24</p> <p>Lfd. Nr. 1 Z. 285, S. 24</p> <p>Lfd. Nr. 2 Z. 285, S. 24</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Als Qualitätsziel sollte nicht allein die prozentuale Gewichtsreduktion ausschlaggebend sein, sondern auch eine Veränderung der Körperfettverteilung und der Körperzusammensetzung (zumindest des Bauchumfangs, idealerweise auch der WHR, und/oder der prozentualen Fettmasse und fettfreien Masse (Tabelle 3, S. 12 des IQWiG-Abschlussberichts Leitlinien-Synopse Adipositas - Erwachsene [3] und [11]) betrachtet werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Gewichtsreduktion von mindestens 5 % bei Adipositas Grad I, Verbesserte Werte der Körperfettverteilung und Körperzusammensetzung (adäquater Anteil)“</p> <p>Änderungsvorschlag: „Gewichtsreduktion von mindestens 10 % bei Adipositas Grad II und höher, Verbesserte Werte der Körperfettverteilung und Körperzusammensetzung (adäquater Anteil)“</p>
<p>II. 2 Lfd. Nr. 7 Z. 285, S. 25</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Es wird im Beschlussentwurf nicht deutlich wie die individuellen Ziele zum Ernährungsverhalten operationalisiert werden sollen. Der Hinweis auf § 2 der DMP-A-RL in Z. 283-284 ist nicht ausreichend. Die in bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen beschriebene sektorenübergreifende Kooperation [10, 14] bei der Feststellung von individuellen Zielen wird nicht deutlich.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

<p>II. 2 Z. 283-284, S. 24</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 Ärztin/des koordinierenden Arztes mit den jeweiligen Fachkräften wie Ernährungsfachkräfte und Physiotherapeuten beim Feststellen der individuellen Ziele, im Rahmen des sektorenübergreifenden Ansatzes, hervorgehoben.</u>“</p>
<p>II. 4 Z. 306-307, S. 26</p> <p>Z. 306-307, S. 26</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote informiert werden. Die in den Tragenden Gründen unter 4.2. Schulungen der Versicherten erwähnten Gruppenschulungsprogramme (S.60-61) [2] enthalten alle - ergänzend zum Schulungsprogramm - Einzelberatung zur Ernährungsumstellung. Die Möglichkeit der Einzelberatung sollte elementarer Bestandteil des DMP sein.</p> <p>Änderungsvorschlag: Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme <u>und ergänzender Angebote.</u> [...]“</p>
<p>II. 4.2 Z. 315-316, S. 26</p> <p>Z. 315-316, S. 26</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote informiert werden. Wir unterschreiben den Vorschlag der KBV, DKG.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten <u>und über begleitende und ergänzende Angebote informiert werden.</u>“</p> <p>Ergänzung: In die Liste der Schulungsprogramme sollte das Programm „ICH nehme ab“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V.“, das sich an Menschen mit Präadipositas oder Adipositas Grad 1 ohne Komorbiditäten richtet, aufgenommen werden. Die Wirksamkeit dieses multimodalen Basisprogramms wurde in einer Studie mit 116 Teilnehmenden nachgewiesen. Nach einem Jahr haben die Frauen im Mittel 2,3 kg und die Männer im Mittel 4,1 kg abgenommen [21].</p>
<p>Anlage 24 Lfd. Nr. 4a + 4b, S. 29</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: 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>Lfd. Nr. 4a, S. 29</p>	<p>„Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u>“</p>
<p>Lfd. Nr. 4b, S. 29</p>	<p>Änderungsvorschlag: „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung seit der letzten Dokumentation. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u>“</p>

Literaturverzeichnis

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation), Stand: 19.07.2023. Berlin: G-BA; 2023.
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation), Stand: 19.07.2023. Berlin: G-BA; 2023.
3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Abschlussbericht; Auftrag V21-05 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 08.08.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1408). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf.
4. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche; Abschlussbericht; Auftrag V21-07 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 08.08.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1406). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_abschlussbericht_v1-0.pdf.
5. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht; Auftrag: V21-05, Version: 1.0, Stand: 18.08.2022 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 09.08.2023]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_da-vorbericht_v1-0.pdf.
6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche; Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht; Auftrag: V21-07, Version: 1.0, Stand: 18.08.2022 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 09.08.2023]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_da-vorbericht_v1-0.pdf.
7. Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM). Strukturierte curriculäre Fortbildung „ERNÄHRUNGSMEDIZIN“. Lehr- und Lerninhalte für die Fortbildungskurse zur Ernährungsmedizin nach den Richtlinien der Bundesärztekammer. 2. Auflage, Juli 2007. Aktualisierte Fassung 11.02.2015 (eLearning-Anteil bei Blended Learning). Berlin: BÄK, DGEM; 2015. 1-35. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Ernaehrungsmedizin.pdf.
8. Bundesärztekammer. (Muster-)Kursbuch Ernährungsmedizin auf der Grundlage der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018. 2. Auflage. Berlin: BÄK; 17./18.02.2022. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Kursbuecher/2018/20220217_18_MKB_Ernaehrungsmedizin.pdf.
9. Bundesärztekammer. BÄK-Curriculum Ernährungsmedizinische Grundversorgung. 1. Auflage. Berlin: BÄK; 23.09.2022. 1-14. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_Ernaehrungsmed_Grundversorgung.pdf.
10. Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET): DGEM, VDOE, BDEM, VDD, DAEM. Positionspapier: Zusammenarbeit in der ambulanten ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Versorgung. 2021. 1-10. [Zugriff: 21.08.2023]. URL: https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf.
11. Federatie Medisch Specialisten, Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), Care for Obesity (C4O)/de

- Vrije Universiteit van Amsterdam. Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. [Translation VDD: The Dutch Adult and Children Overweight and Obesity Multidisciplinary Clinical Practice Guideline]. Amsterdam: Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten, PON, Vrije Universiteit (C4O); Juli 2023. p. 1-324. [Zugriff: 31.07.2023]. (Empfehlungen und Zusammenfassungen in Englisch). URL: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/startpagina_richtlijn_overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen.html. („Download richtlijn“ anklicken, „Generereer“ anklicken). PDF zusätzlich angefügt.
12. Igl, G. Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie. Kapitel 4: Diätassistentinnen und Diätassistenten. S. 23-39. München: Springer Medizin © Urban & Vogel GmbH; 2010. ISBN 978-3-89935-265-8. Das rechtswissenschaftliche Gutachten wird dem G-BA rechtzeitig vom VDD zugeschickt.
 13. GKV-Spitzenverband. Anlage 5: Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung [online]. 2022 [Zugriff: 21.08.2023]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20220421_Lesefassung_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf.
 14. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung. Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 29.04.2019. p. 1-21. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: <https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/19-04-29-KoKreis-EB-RV.pdf>.
 15. Deutscher Bundestag. Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Artikel 1 des Gesetzes über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten und zur Änderung verschiedener Gesetze über den Zugang zu anderen Heilberufen) (Diätassistentengesetz - DiätAssG). Diätassistentengesetz vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/DiätAssG.pdf.
 16. 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. PDF mit freundlicher Genehmigung vom Herausgeber angefügt.
 17. Govers E, Bouwman W, Lourens A, Verkoelen H, Jaime B, Schweitzer D. Medical Nutritional Therapy Laid in Expert Hands to Strongly Suppress Insulin Resistance and to Restore Metabolic Health; a Review of the Evidence. EC Nutrition 2021;17(7):06-19. [Zugriff: 31.07.2023]. URL: https://www.researchgate.net/profile/Elisabeth-Govers-2/publication/353581909_Medical_Nutritional_Therapy_Laid_in_Expert_Hands_to_Strongly_Suppress_Insulin_Resistance_and_to_Restore_Metabolic_Health_a_Review_of_the_Evidence/links/610415d2169a1a0103c8d72c/Medical-Nutritional-Therapy-Laid-in-Expert-Hands-to-Strongly-Suppress-Insulin-Resistance-and-to-Restore-Metabolic-Health-a-Review-of-the-Evidence.pdf.
 18. Govers E, Wiggers I, Verkoelen H, Schweitzer D. Insulin Resistance in Primary Dietary Care Practice. Review of the Evidence and a Proposal for Daily Use. EC Nutrition 2021;16(7):125-38. [Zugriff: 31.07.2023]. URL: https://www.researchgate.net/publication/353581687_EC_NUTRITION_Review_Article_Insulin_Resistance_in_Primary_Dietary_Care_Practice_Review_of_the_Evidence_and_a_Proposal_for_Daily_Use.
 19. Govers E, Otten A, Schuiling B, Bouwman W, Lourens A, Visscher TLS. Effectiveness of the 6 x 6 Dieet® in Obese DMT2 Patients. Effectiveness of a Very Low Carbohydrate Ketogenic Diet Compared to a Low

Carbohydrate and Energy-Restricted Diet in Overweight/Obese Type 2 Diabetes Patients. *Int J Endocrinol Metab Disord* 2019;5(2):1-10. DOI: 10.16966/2380-548X.158. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: <https://www.efad.org/wp-content/uploads/2021/11/6x6-dieet-ijemd158-september-2019.pdf>.

20. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014, zuletzt geändert am 19. Januar 2023. Anlage 1 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2. S. 1-32, S. 82-84. Berlin: G-BA; 2023. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3197/DMP-A-RL_2023-01-19_iK-2023-07-01.pdf.
21. Scholz GH, Flehmig G, Scholz M, Klepzig Y, Gutknecht D, Kellner K, et al. Evaluation des DGE-Selbsthilfeprogramms "ICH nehme ab". *Ernährungs-Umschau* 2005;52(6):226-31. [Zugriff: 14.08.2023]. URL: https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2005/06_2005/EU_06_05_226_231.pdf.

Von: Hedwig Hugot <info@vfed.de>
Gesendet: Montag, 28. August 2023 18:59
An:
Cc: dmp@g-ba.de
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas
Anlagen: 2023-08-28_Anlage_4_Stellungnahme_DMP_Adipositas_VFED.pdf; 2023-08-28_Anlage_4_Stellungnahme_DMP_Adipositas_VFED.docx

Kategorien:

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 Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen als Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) für die Möglichkeit, zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMO-A-RL) durch die Ergänzung der Anlagen 23 (DMP Adipositas) und 24 (Adipositas Dokumentation) Stellung zu nehmen.

Als maßgebliche Verbände im Bereich Ernährungstherapie (VDD, VDOE, VFED) und für diesen Bereich einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften (DAG, DDG, DGSP und DGEM) haben wir den Beschlussentwurf gemeinsam erörtert und unsere Stellungnahmen erarbeitet, was Sie an zum Teil gleichlautenden Formulierungen erkennen werden.

Folgende Punkte möchten wir hiermit noch einmal besonders betonen:

1. Alleiniges Einschlusskriterium für das DMP Adipositas: BMI \geq 30 kg/m².
2. Alle Therapieoptionen mit hoher Evidenz der Leitlinien müssen sich im DMP Adipositas wiederfinden.
3. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas beschrieben werden.
4. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Menschen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden.
5. Die Indikation Adipositas sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden.

Anbei übersenden wir Ihnen unsere Stellungnahme und teilen zugleich mit, dass wir für den VFED gerne an der Anhörung am 11. Oktober 2023 teilnehmen. Hierzu erwarten wir die angekündigten Informationen zum organisatorischen Procedere.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung und verbleiben



Eupener Str. 128
D-52066 Aachen

Geschäftsführung
Hedwig Hugot
Nataly Zimmer

Telefon 0241-50 73 00
E-Mail info@vfed.de
Web www.vfed.de

mit freundlichen Grüßen

Hedwig Hugot und Nataly Zimmer

Vorstand Privatdozent Dr. med. Edmund Purucker · Axel-Günther Hugot · Anja Nickel
Bankverbindung Sparkasse Aachen · **IBAN** DE 56 3905 0000 1073 6031 42 · **BIC** AACSD33XXX
USt-IdNr DE 218684445

Sitz der Gesellschaft: Aachen
Eingetragen im Vereinsregister Aachen unter Nr. VR 2929

Datenschutz:

Diese Nachricht kann vertrauliche Informationen enthalten. Wenn Sie nicht der in der Nachricht angegebene Adressat sind, darf diese Nachricht nicht kopiert oder an Dritte weitergeleitet werden. In einem solchen Fall vernichten Sie bitte die Nachricht und informieren Sie den Absender mittels einer Antwort-Mail. In dieser Nachricht enthaltene Informationen, die nicht in Zusammenhang mit einer offiziellen Geschäftstätigkeit zwischen Absender und Empfänger stehen, gelten als nicht erteilt. Rechte aus solchen Informationen können nicht geltend gemacht werden.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf über eine Änderung der DMP-Anforde-
rungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

**Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Än-
derung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas)
und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)**

Datum	28.08.2023
Stellungnahme von	Verein für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED), Aachen

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Stellungnahme allgemein
<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 12. Juli 2023 den „Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): <i>Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)</i>“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.</p> <p>Hiermit nimmt der Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED die Gelegenheit zur Stellungnahme wahr.</p> <p>Zum o. g. Dokument, Stand 19.07.2023 [1] und unter Bezugnahme auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • die „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf [2]“ und • die „Abschlussberichte der IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas, Stand 18.08.2022 [3, 4]“ mit „den Stellungnahmen der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET) in der Dokumentation der Anhörungen zu den Vorberichten der IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas, Stand 18.08.2022 [5, 6]“ <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 qualifizierte Ökotrophologinnen/Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen/Ernährungswissenschaftler bzw. Absolventinnen/Absolventen fachverwandter Studiengänge gemeint [14]. Wir bitten darum, dass diese Definition im DMP Adipositas übernommen wird. 2. Ärztinnen/Ärzte mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß Curriculum Ernährungsmedizinische Grundversorgung der Bundesärztekammer [7-9] sind als Ernährungsmedizinerinnen/Ernährungsmediziner für die ernährungsmedizinische Diagnostik und Therapie befähigt [10]. 3. Wir weisen in unserer Stellungnahme auf eine neue Leitlinie [11] hin, die über die IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas – Abschlussberichte [3, 4] hinausgeht bzw. neuer ist und somit damals noch nicht inkludiert werden konnte. 4. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen grün unterstrichen hervorgehoben. 5. Die Volltexte der erwähnten Literatur haben wir verlinkt. Das rechtswissenschaftliche Gutachten zur „Öffentlich-rechtlichen Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe“ von Prof. Dr. iur. Gerhard Igl [12] wird dem G-BA rechtzeitig vom VDD zugeschickt. 6. Wir bitten darum, dass die in Kürze in neuer Auflage vorliegende „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas“ vollumfänglich berücksichtigt wird.
Kernbotschaften

1. Alleiniges Einschlusskriterium für das DMP Adipositas: BMI \geq 30 kg/m².
2. Alle Therapieoptionen mit hoher Evidenz der Leitlinien [3, 4] müssen sich im DMP Adipositas wiederfinden.
3. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas beschrieben werden.
4. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Menschen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden.
5. Die Indikation Adipositas sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden.

Allgemeine Anmerkungen

Im Hinblick auf die Gesetzesbegründung bleibt der vorgelegte Beschlussentwurf [1] weit hinter unseren Erwartungen und sicher auch denen des Gesetzgebers zurück. Der gesetzliche Auftrag an den G-BA kann aus unserer Sicht mit dieser ersten Fassung des DMP Adipositas nicht als erfüllt angesehen werden.

Wir kritisieren insbesondere 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. Aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage können nur einmalige Patientenschulungen und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) für ein DMP berücksichtigt werden.

Für eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit Adipositas ist es **unumgänglich, die leistungsrechtlichen Beschränkungen aufzuheben.**

Daher fordern wir insbesondere und nachdrücklich die **Aufnahme der Indikation Adipositas in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie** (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V).

Einbindung weiterer Fachdisziplinen:

Das DMP Adipositas 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 medizinischen Ernährungstherapie durch qualifizierte **Ernährungsfachkräfte** – wie beschrieben in den IQWiG Abschlussberichten, Kapitel Basistherapie – Ernährungstherapie (Tabelle 7, S. 24, Tabelle 56, S. 148) [3], Kapitel Ernährungstherapie (Tabelle 6, S. 19, Tabelle 31, S. 79) [4] und in den Stellungnahmen der AG EMET [5, 6] – jedoch nicht berücksichtigt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Patientenvereinigung (PatV) weisen auf S. 2, Z. 44 der Tragenden Gründe [2] ebenfalls auf die starken Leitlinienempfehlungen in den IQWiG-Abschlussberichten [3, 4] hin.

Während in den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas hinsichtlich Ernährung explizit qualifizierte Ernährungsfachkräfte [13, 14] gefordert werden, 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 [14] als auch im Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Diätassistentengesetz – DiätAssG) [15] ist diese klar beschrieben und gefordert.

Im rechtswissenschaftlichen Gutachten von Prof. Dr. iur. Gerhard Igl [12] zum im öffentlichen Recht geregelten Berufsrecht des nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufs der Diätassistentinnen und Diätassistenten steht unter 4.1.5.2.2. Art der Durchführung der Tätigkeit, 4.1.5.2.2.1 Bereich der diättherapeutischen und ernährungsmedizinischen Maßnahmen, S. 27/28, u. a.: *„Das Gesetz sieht hier den Diätassistenten in einem Handlungsverbund mit dem Arzt. Dass der Diätassistent aber eine Position als eigenverantwortlicher Leistungserbringer hat, wird aus der Formulierung „eigenverantwortliche Durchführung der Maßnahmen“ deutlich. Dies bedeutet nichts anderes, als dass der Diätassistent mit dem Arzt in der Weise kooperiert, dass der Arzt den Anlass für die Maßnahmen gibt, und dass der Diätassistent kraft seiner Fachlichkeit die Maßnahmen in Kooperation mit dem Arzt oder alleine definiert.“*

Fazit: Nur die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und der vergleichbar qualifizierten 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 wurde. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens nach dem German-Nutrition Care Process (G-NCP)-Modell zum beruflichen Standard [10, 16]. Aus diesem Grund fordern wir, dass ausschließlich qualifizierte Ernährungsfachkräfte die im DMP Adipositas vorgesehenen Ernährungsinterventionen ausführen.

Es sollte daher beim DMP Adipositas 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. Dies entspräche dem Positionspapier der AG EMET [10] und dem interdisziplinären Ansatz, der bei Schulungsprogrammen ausdrücklich gefordert ist.

Im Beschlussentwurf [1] sollte klar definiert sein, wann, bzw. bei welchem Gesundheitsrisiko (z.°B. BMI, Taillenumfang und Komorbiditäten) die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt im Rahmen interprofessioneller Behandlung an qualifizierte Ernährungsfachkräfte für eine individuelle Ernährungstherapie verweisen soll (vgl. Tabelle 13.1, S. 195 [11]).

Berücksichtigung individueller Aspekte der Ernährungsumstellung

Im Beschlussentwurf [1] wird unter 1.3.1 durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.°V. (DKG) und PatV bzw. unter 1.4 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die KBV eine ausführliche Erstanamnese beschrieben. Diese befürworten wir grundsätzlich sehr, weil Adipositas verschiedene Ursachen hat und entsprechend individuell therapiert werden muss. Wir können bei der Betonung einer Therapie mit individuellen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten nicht nachvollziehen, warum Patientinnen und Patienten nur eine einheitliche

multimodale strukturierte Schulung bekommen sollen. Immer, wenn auch individualisierte, personbezogene Empfehlungen zum Ernährungsverhalten notwendig sind, sollte eine qualifizierte Ernährungsfachkraft für individuelle Ernährungstherapie als Ergänzung zur Gruppentherapie hinzugezogen werden.

Der IQWiG-Abschlussbericht Leitliniensynopse Adipositas Erwachsene listet die individuelle Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte als einen der potenziell DMP-relevanten Inhalte auf (Tabelle 7, S.°24-25) [3].

Multimodale Schulungsprogramme für Patientengruppen, die allgemeine Ernährungsempfehlungen enthalten, haben eine andere Effektivität als intensive individualisierte/personbezogene Ernährungsmaßnahmen durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte, insbesondere wenn diese die Verbesserung der Insulinsensitivität als Ziel haben [17-19]. Die aktuelle niederländische multidisziplinäre Leitlinie Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen und Kindern 2023 [11] berücksichtigt dies. Deshalb ist ein Schulungsprogramm stets mit einer individuellen Ernährungsberatung zu kombinieren. Dies zeigen auch die in den Tragenden Gründen [2] unter 4.2. Schulungen der Versicherten erwähnten Gruppenschulungsprogramme (S. 60-61). Sie enthalten alle ergänzend zum Schulungsprogramm Einzelberatung zur Ernährungsumstellung.

Eine Schulung ist in erster Linie ein zielorientierter didaktischer Prozess dessen Schwerpunkt eher auf Wissens- und Kompetenzerwerb abzielt. Eine Beratung hingegen ist ein ergebnisoffener Dialog, mit dem Ziel, Information und Therapiepläne mit individuellem Verhalten in Einklang zu bringen. Beim Anstreben einer Problemlösung stehen Ratsuchende und deren Alltagssituationen im Mittelpunkt. Der Unterschied wird im vorliegenden Beschlussentwurf trotz Betonung der individuellen Ursachen und Therapieziele nicht berücksichtigt. Das gilt auch für das DMP Diabetes mellitus Typ 2, DMP-A-RL Anlage 1 [20], wo es unter 1.4.1 Ernährungsberatung lediglich heißt: „*Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erhalten Zugang zu einer qualifizierten krankheitsspezifischen Ernährungsberatung im Rahmen eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms* (siehe Nummer 4.2).“ Hier wird ebenfalls Ernährungsschulung mit Beratung gleichgesetzt, was nicht der Definition entspricht.

Zudem weisen wir im Hinblick auf die Gleichstellung darauf hin, dass für Menschen mit fehlender Schulungsfähigkeit (z.°B. durch ungenügende Sprachkenntnisse) Alternativangebote zu Schulungsprogrammen vorzuhalten sind.

Eine ergänzende individuelle/personbezogene Ernährungstherapie nach § 43 SGB V („Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“) wäre eine rehabilitative Maßnahme oder nicht-ärztliche Hilfe im Sinne § 73 SGB V, Absatz 1.4 und damit beschrieben unter Punkt 1.8.1 im Beschlussentwurf [1]. Es ist deshalb verständlich, dass die individuelle Ernährungstherapie trotzdem nicht Bestandteil des DMP ist, wie DKG und PatV in den Tragenden Gründen (Z. 44, S. 2) [2] schreiben. Die DKG, KBV und PatV weisen im Beschlussentwurf (Z. 144, S. 10) darauf hin, dass (individuelle) Ernährungstherapie bei Adipositas keine Regelleistung der GKV ist, aber auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleistung (zum Teil) bewilligt werden kann [1].

Im Rahmen des DMP Adipositas muss es möglich sein, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt eine individuelle Ernährungstherapie durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft als Satzungsleistung empfehlen kann. Nur so ist der elementare Bestandteil der Ernährungstherapie bei Menschen mit Adipositas gewährleistet.

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 dauerhafte Therapie notwendig. Dies führt dazu, dass es Menschen mit Adipositas unbedingt ermöglicht werden muss, Ernährungsinterventionen (Schulungen, individuelle Ernährungsberatungen) regelmäßig zu erhalten. Deshalb schließen wir uns der Forderung von PatV

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Psychischer Befund, <u>Einstufung der Motivation, Essstörungen</u>
<p>II. 1.2/II 1.3.2 Z. 61, S. 4</p> <p>Z. 61, S. 4</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV, aber empfehlen „bei einem BMI bis 35 kg/m²“ zu streichen, da für eine Verlaufsdocumentation auch bei der Erstanamnese eine Messung des Bauchumfangs indiziert ist.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>KBV, DKG, PatV , zusätzlich Bauchumfang <u>bei einem BMI bis 35 kg/m²</u></p>
<p>II. 1.3.2 Z. 70, S. 5</p>	<p>Stellungnahme:</p> <p>Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG, PatV, mit einer Textergänzung, an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Bei der Adipositas therapie geht es auch um Vorbeugung von Komorbidität</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Patientinnen und Patienten mit Adipositas haben ein erhöhtes Risiko für weitere chronische Erkrankungen. Diese Folge- und Begleiterkrankungen müssen bei der Therapie der Adipositas berücksichtigt werden, so dass deren <u>Prävention bzw. frühzeitige Diagnose</u> – und damit die Vermeidung von Folgeschäden – wesentlicher Bestandteil des DMP Adipositas ist.“</p>
<p>II. 1.3/II 1.4, 1.4.1 Z. 77, S. 5 Z. 89-90, S. 6</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV an:</p> <p>1.4 Therapie</p> <p>1.4.1 Therapieziele,</p> <p>als Konsequenz der obengenannten Einteilung mit 1.3, 1.3.1 und 1.3.2. In der Liste sollten die Therapieziele (Zeile 82-88) ergänzt werden um „Verbesserung oder Erhalt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“.</p> <p>Zur systematischen Erfassung der anamnestischen Angaben und um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu ermitteln soll unterstützend ein entsprechender Patientenfragebogen eingesetzt werden.</p>
<p>II. 1.4.2 Z. 108-112, S. 7</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Laut 1.4.1 Therapieplanung und 1.5.2 Ernährung, S. 7-8 [1], soll die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit „individuellen“ Zielen zur Ernährungsumstellung erstellen, festlegen und regelmäßig überprüfen. Wie unter den Allgemeinen Anmerkungen bemerkt, steht dies im Widerspruch mit den per Gesetz festgelegten Aufgaben der Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten [15] bzw. vergleichbar qualifizierten Ernährungsfachkräften. Wir plädieren – bezugnehmend auf</p>

<p>II. 1.4.2 Z. 108-114, S. 7</p>	<p>u. a. die Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland – für eine Kooperation zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und Ernährungsfachkräften [10, 14].</p> <p>Änderungsvorschlag: „Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt soll in <u>Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft</u> gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit individuellen Zielen, insbesondere zur Ernährungsumstellung und zur körperlichen Aktivität, 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>II. 1.5.1 Z. 117-118, S.7</p> <p>Z. 117-118, S.7</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine Änderung der Ernährung kann eine qualitative und/oder eine quantitative Änderung der Ernährung sein.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Basismaßnahmen des Adipositasmanagements sind eine <u>qualitative bzw. quantitative Änderung</u> der Ernährung, eine Steigerung der körperlichen Aktivität einschließlich Verhaltensmodifikationen.“</p>
<p>II. 1.5.1 Z. 130, S.7-8</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV an.</p>
<p>II. 1.5.2 Z. 136-139, S.8</p> <p>II. 1.5.2 Z.136-139, S. 8</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Individualisierte, personbezogene Empfehlungen sind um Ernährungsverhalten während Gruppenschulungen kaum umsetzbar. Die Schulung formt die Basis. Wir plädieren dafür, dass, in Übereinstimmung mit den Leitlinien (IQWiG-Abschlussbericht, Tabelle 7, S. 24 und Tabelle 56, S. 148 [3] und AG EMET-Stellungnahme [5]), Patientinnen und Patienten bei entsprechender Indikation intensive Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erhalten können.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient soll <u>bei entsprechender Indikation, zusätzlich zur Gruppenschulung und in enger Abstimmung mit der koordinierenden Ärztin/Arzt, Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft</u> mit individualisierten/personbezogenen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten erhalten. Dabei soll über die Bedeutung einer adäquaten Ernährungsumstellung</p>

	sowohl im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion, als auch auf positive metabolische und kardiovaskuläre Effekte informiert werden. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten soll die Ärztin oder der Arzt in Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung festlegen und regelmäßig überprüfen.“
<p>II. 1.5.2 Z. 139-141, S. 8-10</p> <p>Z.141, S. 9-10</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns den Vorschlägen der DKG, KBV und PatV an. Im Wesentlichen folgen wir der Formulierung, die an die Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas angepasst ist.</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG, KBV, PatV „[...] Wenn Formuladiäten eingesetzt werden, soll dies zeitlich begrenzt (in der Regel maximal 12 Wochen) und medizinisch <u>und möglichst ernährungstherapeutisch</u> begleitet werden.“</p>
<p>II. 1.5.2 Z. 144, S. 10</p> <p>II. 1.5.2 Z. 144, S. 10</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV, schlagen aber eine Textänderung vor, weil die individuelle/personbezogene Ernährungstherapie eine wichtige ergänzende Maßnahme zur Umsetzung dieser Empfehlungen ist. Im DMP soll klar dargestellt werden, dass die ergänzende Einzelberatung durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte dazu gehört. Einzelberatung kann als Satzungsleistung im Rahmen des DMP durchgeführt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG, KBV, PatV „Eine individuelle Ernährungstherapie kann <u>ist eine wichtige ergänzende Maßnahme</u> zur Umsetzung dieser Empfehlungen eine sinnvolle Maßnahme sein. Ernährungstherapie ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, weil <u>zurzeit kein zugelassenes Heilmittel</u>, wird <u>kann</u> aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin als Satzungsleistung bezuschusst werden.“</p>
<p>II. 1.5.4 Z. 152, S. 12 Z.159-167, S. 12</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: 1.5.4 Verhaltensmodifikation Wir unterstreichen die in Z. 159-167 genannten Interventionen; sie sind in jedem Programm zur Veränderung des Ernährungsverhaltens essenziell, sie sollten in jedem Ernährungsberatungskonzept enthalten sein.</p>
<p>II. 1.5.5 Z. 168, S. 13</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem ausführlicheren Vorschlag von KBV und PatV an.</p>
<p>II. 1.5.6 Z. 170, S. 14</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV und PatV, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p>

<p>II. 1.5.6 Z. 170, S. 14</p>	<p>Änderungsvorschlag: PatV „Bei Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer Adipositas, bei denen die Voraussetzungen für eine Primärindikation zu einer chirurgischen Therapie im Sinne einer adipositaschirurgischen oder metabolischen Operation bestehen, kann diese auch ohne einen vorherigen konservativen Therapieversuch erfolgen, jedoch mit einer vorbereitenden ärztlichen Aufklärung zur notwendigen Ernährungsumstellung, <u>die von einer qualifizierten Ernährungsfachkraft begleitet werden muss.</u>“</p>
<p>II. 1.5.6.2 Z. 173, S. 15 Z. 173, S. 15</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG „Der Magenballon kann Patientinnen oder Patienten mit Adipositas nach Versagen einer konservativen Therapie und bei Ablehnung einer Operation bzw. bei Kontraindikationen für eine Operation im Rahmen eines angemessenen begleitenden Programms <u>inklusive ernährungstherapeutischer Begleitung</u> angeboten werden.“</p>
<p>II. 1.5.6.3 Z. 174, S. 16 Z. 174, S. 16</p>	<p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG, PatV „.....regelmäßig lebenslang nachuntersucht <u>und therapiert</u> werden.“</p>
<p>II. 1.6 (1.6.1-1.6.5) Z. 176, S. 16-19 II. 1.6.5 Z. 176, S. 19</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV, DKG und PatV, mit einer Textänderung unter 1.6.5 Verdauungssystem, an. Die Gewichtsreduktion ist nicht die Maßnahme, sondern das Ergebnis der Adipositas-spezifischen Maßnahmen. Den Kasten von PatV und DKV kommentieren wir nicht.</p> <p>Änderungsvorschlag: KBV, DKG, PatV „Adipositas-spezifische Maßnahmen, <u>insbesondere zur Gewichtsreduktion</u>, sind wichtigster Bestandteil der Therapie einer Nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung (NAFLD).“</p>

<p>II. 1.7 Z. 185, S. 19</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV, DKG und PatV, mit einer Textergänzung bezüglich einer jährlichen Messung der Körperzusammensetzung mittels (Bioelektrischer Impedanzanalyse) BIA zur Verlaufskontrolle an. Bei einer Gewichtsreduktion sollte die Körperzusammensetzung sich nicht verschlechtern, deshalb sollte eine Vor- und Nachkontrolle in Betracht gezogen werden [11].</p>
<p>II. 1.7 Z. 185, S. 19</p>	<p>Änderungsvorschlag: KBV, DKG, PatV „ - Bei einem BMI bis 35 kg/m²: Messung des Bauchumfangs einmal jährlich. <u>Ergänzend sollte ebenfalls einmal jährlich eine Messung der Körperzusammensetzung mittels BIA durchgeführt werden.</u>“</p>
<p>II. 1.7 Z. 200, S. 20</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Laborparameter können auch öfter als jährlich erhoben werden, wenn indiziert.</p> <p>Änderungsvorschlag: „(beispielsweise jährlich oder seltener <u>oder auch öfter, wenn (bei Kontrollterminen) indiziert).</u>“</p>
<p>II. 1.8.1 Z. 209, S. 20</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die Angabe von nur „§ 73 SGB V“ in Zeile 209, S. 20, ist sehr oberflächlich. Dadurch ist (auf Anhieb) nicht deutlich, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt 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: „... der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. <u>Insbesondere sei 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>II. 1.8.1 Z. 210-218, S. 20</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: In den Zeilen 210-218, S. 20, soll nochmals deutlich auf die im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben hingewiesen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

	<p>„In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine 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>II. 1.8.2 Z. 226-229, S. 21</p> <p>Z. 226-229, S. 21</p>	<p>Stellungnahme: In den Zeilen 226-229 (Überschrift 1.8: Kategorie „Kooperation der Versorgungssektoren“) soll Punkt 1.8.2 um den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ ergänzt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung bzw. zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten – <u>und/oder eine Zuweisung zu einer qualifizierten Ernährungsfachkraft.</u></p>
<p>II. 1.9 Z. 279, S. 23</p>	<p>Stellungnahme: Wir unterstreichen den Vorschlag der PatV.</p>
<p>II. 2 Lfd. Nr. 1 und 2 Z. 285, S. 24</p> <p>Lfd. Nr. 1 Z. 285, S. 24</p> <p>Lfd. Nr. 2 Z. 285, S. 24</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Als Qualitätsziel sollte nicht allein die prozentuale Gewichtsreduktion ausschlaggebend sein, sondern auch eine Veränderung der Körperfettverteilung und der Körperzusammensetzung (zumindest des Bauchumfangs, idealerweise auch der WHR, und/oder der prozentualen Fettmasse und fettfreien Masse (Tabelle 3, S. 12 des IQWiG-Abschlussberichts Leitlinien-Synopse Adipositas - Erwachsene [3] und [11]) betrachtet werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Gewichtsreduktion von mindestens 5 % bei Adipositas Grad I, Verbesserte Werte der Körperfettverteilung und Körperzusammensetzung (adäquater Anteil)“</p> <p>Änderungsvorschlag: „Gewichtsreduktion von mindestens 10 % bei Adipositas Grad II und höher, Verbesserte Werte der Körperfettverteilung und Körperzusammensetzung (adäquater Anteil)“</p>

<p>II. 2 Lfd. Nr. 7 Z. 285, S. 25</p> <p>II. 2 Z. 283-284, S. 24</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Es wird im Beschlussentwurf nicht deutlich wie die individuellen Ziele zum Ernährungsverhalten operationalisiert werden sollen. Der Hinweis auf § 2 der DMP-A-RL in Z. 283-284 ist nicht ausreichend. Die in bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen beschriebene sektorenübergreifende Kooperation [10, 14] 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 Ärztin/des koordinierenden Arztes mit den jeweiligen Fachkräften wie Ernährungsfachkräfte und Physiotherapeuten beim Feststellen der individuellen Ziele, im Rahmen des sektorenübergreifenden Ansatzes, hervorgehoben.</u>“</p>
<p>II. 4 Z. 306-307, S. 26</p> <p>Z. 306-307, S. 26</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote informiert werden. Die in den Tragenden Gründen unter 4.2. Schulungen der Versicherten erwähnten Gruppenschulungsprogramme (S.60-61) [2] enthalten alle - ergänzend zum Schulungsprogramm - Einzelberatung zur Ernährungsumstellung. Die Möglichkeit der Einzelberatung sollte elementarer Bestandteil des DMP sein.</p> <p>Änderungsvorschlag: Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme <u>und ergänzender Angebote. [...]</u>“</p>
<p>II. 4.2 Z. 315-316, S. 26</p> <p>Z. 315-316, S. 26</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote informiert werden. Wir unterschreiben den Vorschlag der KBV, DKG.</p> <p>Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten <u>und über begleitende und ergänzende Angebote informiert werden.</u>“</p> <p>Ergänzung: In die Liste der Schulungsprogramme sollte das Programm „ICH nehme ab“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V.“, das sich an Menschen mit Präadipositas oder Adipositas Grad 1 ohne Komorbiditäten richtet, aufgenommen werden. Die Wirksamkeit dieses multimodalen Basisprogramms wurde in einer Studie mit 116 Teilnehmenden</p>

	nachgewiesen. Nach einem Jahr haben die Frauen im Mittel 2,3 kg und die Männer im Mittel 4,1 kg abgenommen [21].
Anlage 24 Lfd. Nr. 4a + 4b, S. 29 Lfd. Nr. 4a, S. 29 Lfd. Nr. 4b, S. 29	Stellungnahme mit Begründung: Für die Dokumentation der therapeutischen Maßnahmen ist es wichtig zu wissen, ob eine Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt ist. Änderungsvorschlag: „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u> “ Änderungsvorschlag: „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung seit der letzten Dokumentation. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u> “

Literaturverzeichnis

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation), Stand: 19.07.2023. Berlin: G-BA; 2023.
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation), Stand: 19.07.2023. Berlin: G-BA; 2023.
3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Abschlussbericht; Auftrag V21-05 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 08.08.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1408). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf.
4. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche; Abschlussbericht; Auftrag V21-07 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 08.08.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1406). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_abschlussbericht_v1-0.pdf.
5. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht; Auftrag: V21-05, Version: 1.0, Stand: 18.08.2022 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 09.08.2023]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_da-vorbericht_v1-0.pdf.
6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche; Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht; Auftrag: V21-07, Version: 1.0, Stand: 18.08.2022 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 09.08.2023]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_da-vorbericht_v1-0.pdf.
7. Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM). Strukturierte curriculäre Fortbildung „ERNÄHRUNGSMEDIZIN“. Lehr- und Lerninhalte für die Fortbildungskurse zur Ernährungsmedizin nach den Richtlinien der Bundesärztekammer. 2. Auflage, Juli 2007. Aktualisierte Fassung 11.02.2015 (eLearning-Anteil bei Blended Learning). Berlin: BÄK, DGEM; 2015. 1-35. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Ernaehrungsmedizin.pdf.
8. Bundesärztekammer. (Muster-)Kursbuch Ernährungsmedizin auf der Grundlage der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018. 2. Auflage. Berlin: BÄK; 17./18.02.2022. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Kursbuecher/2018/20220217_18_MKB_Ernaehrungsmedizin.pdf.
9. Bundesärztekammer. BÄK-Curriculum Ernährungsmedizinische Grundversorgung. 1. Auflage. Berlin: BÄK; 23.09.2022. 1-14. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_Ernaehrungsmed_Grundversorgung.pdf.
10. Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET): DGEM, VDOE, BDEM, VDD, DAEM. Positionspapier: Zusammenarbeit in der ambulanten ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Versorgung. 2021. 1-10. [Zugriff: 21.08.2023]. URL: https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf.
11. Federatie Medisch Specialisten, Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), Care for Obesity (C4O)/de

- Vrije Universiteit van Amsterdam. Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. [Translation VDD: The Dutch Adult and Children Overweight and Obesity Multidisciplinary Clinical Practice Guideline]. Amsterdam: Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten, PON, Vrije Universiteit (C4O); Juli 2023. p. 1-324. [Zugriff: 31.07.2023]. (Empfehlungen und Zusammenfassungen in Englisch). URL: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/startpagina_richtlijn_overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen.html.
12. Igl, G. Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie. Kapitel 4: Diätassistentinnen und Diätassistenten. S. 23-39. München: Springer Medizin © Urban & Vogel GmbH; 2010. ISBN 978-3-89935-265-8. Das rechtswissenschaftliche Gutachten wird dem G-BA rechtzeitig vom VDD zugeschickt.
 13. GKV-Spitzenverband. Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 01.02.2022 [online]. [Zugriff: 28.08.2023]. URL: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patientenschulung/2022_03_16_GE_Patientenschulung_Allgemeiner_Teil.pdf
 14. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung. Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 29.04.2019. p. 1-21. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: <https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/gs/19-04-29-KoKreis-EB-RV.pdf>.
 15. Deutscher Bundestag. Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Artikel 1 des Gesetzes über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten und zur Änderung verschiedener Gesetze über den Zugang zu anderen Heilberufen) (Diätassistentengesetz - DiätAssG). Diätassistentengesetz vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/DiätAssG.pdf.
 16. 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.
 17. Govers E, Bouwman W, Lourens A, Verkoelen H, Jaime B, Schweitzer D. Medical Nutritional Therapy Laid in Expert Hands to Strongly Suppress Insulin Resistance and to Restore Metabolic Health; a Review of the Evidence. EC Nutrition 2021;17(7):06-19. [Zugriff: 31.07.2023]. URL: https://www.researchgate.net/profile/Elisabeth-Govers-2/publication/353581909_Medical_Nutritional_Therapy_Laid_in_Expert_Hands_to_Strongly_Suppress_Insulin_Resistance_and_to_Restore_Metabolic_Health_a_Review_of_the_Evidence/links/610415d2169a1a0103c8d72c/Medical-Nutritional-Therapy-Laid-in-Expert-Hands-to-Strongly-Suppress-Insulin-Resistance-and-to-Restore-Metabolic-Health-a-Review-of-the-Evidence.pdf.
 18. Govers E, Wiggers I, Verkoelen H, Schweitzer D. Insulin Resistance in Primary Dietary Care Practice. Review of the Evidence and a Proposal for Daily Use. EC Nutrition 2021;16(7):125-38. [Zugriff: 31.07.2023]. URL: https://www.researchgate.net/publication/353581687_EC_NUTRITION_Review_Article_Insulin_Resistance_in_Primary_Dietary_Care_Practice_Review_of_the_Evidence_and_a_Proposal_for_Daily_Use.
 19. Govers E, Otten A, Schuiling B, Bouwman W, Lourens A, Visscher TLS. Effectiveness of the 6 x 6 Dieet® in Obese DMT2 Patients. Effectiveness of a Very Low Carbohydrate Ketogenic Diet Compared to a Low Carbohydrate and Energy-Restricted Diet in Overweight/Obese Type 2 Diabetes Patients. Int J Endocrinol Metab Disord 2019;5(2):1-10. DOI: 10.16966/2380-548X.158. [Zugriff: 10.08.2023]. URL:

<https://www.efad.org/wp-content/uploads/2021/11/6x6-dieet-ijemd158-september-2019.pdf>.

20. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014, zuletzt geändert am 19. Januar 2023. Anlage 1 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2. S. 1-32, S. 82-84. Berlin: G-BA; 2023. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3197/DMP-A-RL_2023-01-19_iK-2023-07-01.pdf.
21. Scholz GH, Flehmig G, Scholz M, Klepzig Y, Gutknecht D, Kellner K, et al. Evaluation des DGE-Selbsthilfeprogramms "ICH nehme ab". Ernährungs-Umschau 2005;52(6):226-31. [Zugriff: 14.08.2023]. URL: https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2005/06_2005/EU_06_05_226_231.pdf.

Von: Sylvia Kurth <s.kurth@dvfr.de>
Gesendet: Dienstag, 29. August 2023 12:29
An: ; dmp@g-ba.de
Cc: DVfR Sekretariat
Betreff: DVfR | keine Stellungnahme | G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas

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 Verfahren der Stellungnahme.

Die DVfR wird keine Stellungnahme abgeben.

Mit besten Grüßen

Sylvia Kurth
Geschäftsführerin

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Telefon: 06221 / 187 901(0) – 14
E-Mail: s.kurth@dvfr.de
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Von: Sylvia Kurth <s.kurth@dvfr.de>
Gesendet: Donnerstag, 20. Juli 2023 09:10
An: @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

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätigen wir den Empfang der Unterlagen.

Mit besten Grüßen

Sylvia Kurth
Geschäftsführerin

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Telefon: 06221 / 187 901(0) – 14
E-Mail: s.kurth@dvfr.de
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Von: @g-ba.de> Im Auftrag von dmp@g-ba.de
Gesendet: Mittwoch, 19. Juli 2023 14:08
An: @g-ba.de>
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Adipositas

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
Abteilungsleiterin

i. A.
Referent

i. A.
Sachbearbeitung

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

Telefon: +49 30 275838-547
Telefax: +49 30 275838-505
E-Mail: dmp@g-ba.de
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.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage

2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas 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 und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.	20. Juli 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
1.	Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI)	24. Juli 2023	Stellungnahme
2.	Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e.V. (eVAA)	1. August 2023	Stellungnahme
3.	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)	14. August 2023	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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
4.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	17. August 2023	Stellungnahme
5.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	21. August 2023	Stellungnahme
6.	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	21. August 2023	Stellungnahme
	Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	21. August 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
7.	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD)	21. August 2023	Stellungnahme
8.	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)	24. August 2023	Stellungnahme
9.	Adipositas Verband Deutschland e.V.	28. August 2023	Stellungnahme
10.	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V.	28. August 2023	Stellungnahme
11.	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)	28. August 2023	Stellungnahme
	Bundesärztekammer	28. August 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
12.	Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie (CAADIP) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)	28. August 2023	Stellungnahme
13.	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V.	28. August 2023	Stellungnahme
14.	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V.	28. August 2023	Stellungnahme
15.	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV)	28. August 2023	Stellungnahme
16.	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)	28. August 2023	Stellungnahme
17.	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP)	28. August 2023	Stellungnahme
18.	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE)	28. August 2023	Stellungnahme
19.	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)	28. August 2023	Stellungnahme
20.	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e.V.	28. August 2023	Stellungnahme
21.	Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC)	28. August 2023	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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in 5 Arbeitsgruppen-Sitzungen am 8. September 2023, 13. September 2023, 15. September 2023, 19. September 2023 sowie 27. September 2023 vorbereitet und durch den Unterausschuss in seiner Sitzung am 11. Oktober 2023 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
1.	Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI) vom 24.07.2023		
1.1	Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI), vom 24.07.2023	Aus Sicht unseres Berufsverbandes haben wir keine Anmerkung abzugeben.	Dank und Kenntnisnahme
2.	Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e.V. (eVAA) vom 01.08.2023		
2.1	Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e.V. (eVAA) vom 01.08.2023	Die med-wiss. Fachgesellschaft eVAA e. V. wurde im Januar 2023 aufgefordert, dem UA DMP des G-BA Informationen zum med. Versorgungsprogramm VITA im Kontext seiner Eignung als DiGA zur Verfügung zu stellen (Hr. Dr. Wörz). Das geschah fristgemäß. Das VITA-Versorgungsprogramm erscheint nunmehr im	Kenntnisnahme. Der Unterausschuss DMP hat keinen Einfluss auf die Entscheidungen des Innovationsausschusses. Für die Feststellung der Eignung einer digitalen medizinischen Anwendung ist das Vorliegen einer vollständig publizierten Evaluationsstudie erforderlich. Ohne diese kann nicht festgestellt werden, ob Patientinnen und Patienten von der

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>aktuellen Beschlussentwurf des UA DMP über eine Änderung der DMP-A-RL/ Tragende Gründe (Indikation Adipositas) als eines der 11 geprüften und beratenen DiGAs Adipositas mit folgendem Hinweis:</p> <p><i>Für die genannte digitale medizinische Anwendung „VITA“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte <u>Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign</u> vor. ... Das ist eine Grundvoraussetzung für eine Empfehlung des G-BA zur Anwendung in der DMP-A-RL.</i></p> <p>Anmerkung unserer FG dazu:</p> <p>Das Krankheitsbild abdominale Adipositas hat eine Sonderstellung in Medizin + Versorgung. Es ist nicht nur epidemiologisch relevant. Es steht zugleich exemplarisch für die medizinische Risikosituation einer Chronifizierung und für die Entwicklung intrinsischen Co- bzw. Multi-morbidität bei lebensstil- und alter(n)sassozierten</p>	<p>Anwendung profitieren.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Gesundheitsproblemen, den non-CDs.</p> <p>Mindestens sechs Projekte „Neue Versorgungsformen“ des <u>Innovationsausschusses des G-BA</u> bearbeiteten und bearbeiten deshalb mittel- bzw. unmittelbar die Indikation Adipositas mit unterschiedlichen Lösungsansätzen und mit – das gilt es hervorzuheben – krankheitsbezogener Zielstellung (Nutzenkriterien z.B. Reduktion von KG bzw. des Surrogatmarkers BMI oder Reduktion des Bauchumfangs). Sie fokussieren dabei ausnahmslos auf „klassische“, sprich disziplinäre, bestenfalls multimodale Ansätze der etablierten klinischen Medizin und des Versorgungs-management: Bewegungs-, Ernährungs-, Verhaltenstherapie; sie adressieren außerdem zusätzliche Monitoring-, Koordinations- sowie Dokumentationsaufgaben in der Versorgung.</p> <p>Dagegen steht das neue Versorgungsprogramm VITA mit seinem <u>interprofessionellen</u> und <u>intrinsisch ressourcenmobilisierenden generischen Ansatz (Anlage 1: Vitalitätslebenskurve)</u>.</p> <p>Ein erster Versorgungspilot VITA 1.0 in einer ländlichen Modellregion erzielte trotz CoViD-19 vielversprechende</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Ergebnisse im Hinblick auf Struktur, Prozess- sowie <u>Ergebnisqualität mit patientenzentrierten</u> (krankheits- UND gesundheitsbezogenen!) Therapiezielen. Gesundheitsbezogene Therapieziele von Versicherten sind hier als <u>Zusatznutzen</u> in Form der messbaren Verbesserung von Funktionaler Gesundheit (ICF-Konzept der WHO), Vitalität, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität bzw. des biofunktionalen Status/ biofunktionalen Alters <i>in Jahresäquivalenten</i> und <i>Vitalisierungsraten</i> gefasst und dokumentiert. Auch die VITA Kommunikationsformen zur Verbesserung des Selbstmanagement der Betroffenen sind vor diesem Hintergrund zu sehen: Vermeiden uni-direktionale Information und Aufklärung, Appelle, Aufforderung, Beschulung, Verbot, Warnung, vielmehr <u>Verstehen von Zusammenhängen</u> im menschlichen Biosystem selbst, wie auch der lebendigen, praxisrelevanten Zusammenhänge zwischen biopsychosozialen Gesundheits- und Funktionsressourcen, Krankheitsentstehung, Co- und Multimorbidität sowie gesundes und vitales Älterwerden im zivilisatorischen Alltag überhaupt (www.evaaa.de).</p> <p>Konzeption, Diagnostik, Therapie- und Bildungsinhalte von</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>VITA sind konsequent (intrinsisch) ressourcenorientiert und ganzheitlich angelegt, generisch verknüpft. Sie basieren auf modernsten und gesicherten Erkenntnissen der Bewegungs-, Leistungs- und Neurophysiologie, Gesundheitspsychologie, Ernährungswissenschaften und Endokrinologie, Altersforschung und Gerontologie¹. Für medizinische Steuerung und Erfolgskontrolle von VITA werden rund 40 bio-psycho-soziale Gesundheitsressourcen und Funktionsparameter wie z.B. körperliche Ausdauer-voraussetzungen, Kraft oder psychische Stress-Resilienz gemessen. Durchgängig werden den Teilnehmenden <u>nicht-medikamentöse</u> Handlungsoptionen aufgezeigt und erläutert, die ihnen dabei helfen können, sowohl „Bedienungsfehler“ am Organismus abzustellen als auch die Selbstheilungskräfte des Organismus zu stärken. PatientIn kann ad hoc und zeitnah im Alltag diese Regeln und generischen Therapiealternativen auf <u>Praxistauglichkeit</u> überprüfen.</p> <p>Im VITA-Therapieprogramm werden Allgemeinplätze, Belehrungen, Maximalforderungen, Ratschläge oder</p>	

¹ Notabene: Gerontologie als Brückenwissenschaft ist nicht Geriatrie!

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Defizitsprache konsequent vermieden. Das Programm selbst ermutigt und ist lebenslang anwendbar. Warum treibt kein Tier Sport? Es gibt – außer bei Nutz- und Haustieren des Menschen – kein „Übergewicht“ im Tierreich. Warum ist Optimierung versus Maximierung eine goldene Selbsttherapieregeln? Wie lassen sich die eingangs diagnostizierten, personenbezogenen bio-psycho-sozialen Funktions- und Gesundheitsressourcen am effektivsten zur Lösung meiner Gesundheitsprobleme nutzen? Wie hilft <i>mir mein</i> Alltag, <i>mein</i> Therapieziel zu erreichen? ... Die entscheidende Voraussetzung für <u>nachhaltige Selbsttherapieerfolge</u> ist zu <i>verstehen</i>: Was geschieht in meinem Organismus „hinter den Kulissen“? Das macht medizinische Generik bei Adipositas aus: Stress ist nicht gleich Stress, Bewegung nicht gleich Bewegung, Sport nicht gleich Sport. Und Speicherfett ist nicht gleich Speicherfett. Begriffe wie Kummerspeck, Couch-Potato, Futterverwerter und Frustessen lassen tief blicken ...</p> <p>Hier braucht es <i>neues</i> Denken, Handeln und Kommunizieren, auch und gerade in der Medizin!</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Krankenversicherte wünschen sich zu Recht für eine wirksame und nachhaltige Selbstbefähigung unbürokratisch und sicher strukturierte Zuwendungsräume. In diesen „Schutzräumen“ möchten sie – zugeschnitten auf ihren sehr differenzierten Bedarf und ihre tatsächlichen Möglichkeiten unter äußerst komplexen Alltagsbedingungen – praktisch verwertbares Wissen und den Erfahrungsschatz von Ärzten und nicht-ärztlichen Gesundheitsprofessionen wie z.B. Physiotherapeuten, Sportwissenschaftler, Psychologen für ihr persönliches Selbstmanagement systematisch, verständlich, verlässlich und leicht zugänglich „abgreifen“ können. Diese Erwartung korrespondiert explizit mit §7 der DMP-A-RL (patientenzentriertes Vorgehen).</p> <p>Das neue Versorgungskonzept des VITA-Piloten wurde gemeinsam mit der AOK-PLUS Die Gesundheitskasse Sachsen/Thüringen als „ambulante Versorgungsschleife“ in der haus- und fachärztlichen Versorgung nach 140a umgesetzt. Risiken, Nutzen und Zusatznutzen von VITA wurden anhand der der Verlaufsdaten der ersten 70 PatientInnen aus der Modellregion als VITA-Faktenboxen für das Arzt-Patient-Gespräch der Zukunft (PEF, SDM) durch die Fachgesellschaft</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>entwickelt, infografisch aufbereitet und wird <u>offen für alle Leistungsträger</u> bereitgestellt (Anlage 2 zur Stellungnahme: Infografik bzw. VITA-Faktenboxen Adipositas).</p> <p>Eine Publikationsserie für die ZEFQ, vorerst auf Basis einer Datenanalyse lediglich des VITA Piloten, zum Innovations- bzw. Schnittstellenthema Generische Medizin/ Personalisierte Gesundheit (mit Fokus auf Konzept und Operationalisierung durch Diagnostik, auf generische Basistherapie bzw. medizinisches Coaching, auf ergebnis- bzw. therapiezielbewertete Kommunikationsformen zur Selbstbefähigung der Krankenversicherten, auf Datenmanagement bzw. generische Hybridplattform GM/PG inklusive Digitalisierungspotenzial und DiGA) ist durch ein hochkarätiges Autorenteam in prep..</p> <p>Um speziell den Erfordernissen des G-BA für DMP-A-RL zu entsprechen und um im Anschluss an den VITA-Piloten lege artis eine hoch belastbare Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vollständig publizieren zu können, haben die Entwicklungspartner der neuen Versorgungsform VITA <u>fristgemäß im Mai 2023</u> einen einschlägigen Antrag beim</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Innovationsausschuss des G-BA unter der Registrier-Nr. <u>NVF1-2023-036</u> gestellt (Vergleichsgruppendesign s. dort).</p> <p>Wir regen deshalb im gesellschaftlichen und versorgungspolitischen Interesse hier explizit eine ressortübergreifende Zusammenarbeit der Ausschüsse des G-BA an und bitten den Unterausschuss DMP, den genannten Antrag beim Innovationsausschuss im Kontext mit den aktuellen Gegebenheiten und Erfordernissen in Versorgung und Forschung chronischer Krankheiten, insbesondere bei Adipositas, speziell unter diesem Aspekt zu befürworten.</p> <p>PD Dr. med. habil. Dagmar Pöthig, Vorstandsvorsitzende eVAA e. V. Prof. Dr. Dr. med. Andreas Simm Stellvertretender Vorstand eVAA e.V.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
2.2	Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e.V. (eVAA) vom 01.08.2023	Literaturquelle <u>medizinische</u> Generik: https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-017-0908-1	
3.	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.08.2023		
3.1	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.08.2023	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 vom Referat als kritisch bewertet werden.	Kenntnisnahme
3.2	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.08.2023	Nr. 1.1; Rn 52 Einschreibekriterien	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme KBV: Die KBV-Position sieht vor, lediglich bei einem BMI von 30 bis unter 35 kg/m ² (Adipositas Grad 1) einschränkend zusätzliche Kriterien zu fordern. Dabei sollen zielorientiert

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir begrüßen, wenn zum BMI > 30 weitere Einschreibekriterien hinzutreten. Zu komplex sollten die Einschreibevoraussetzungen indes nicht sein. Je komplexer desto größer die Wahrscheinlichkeit einer fehlerhaften Einschreibung.</p> <p>Änderungsvorschlag: GKV-SV folgen</p>	<p>diejenigen Patientinnen und Patienten eingeschrieben werden, bei denen eine diagnostizierte, adipositas-assoziierte Morbidität und somit ein klarer Handlungsbedarf besteht. Dies kann auch die Vorstufe einer manifesten, adipositas-assoziierten Komorbiditäten wie der Prädiabetes sein. Bewusst wurden hingegen schwer zu objektivierende Faktoren wie beispielsweise funktionelle Einschränkungen oder Beeinträchtigung des Wohlbefindens nicht mit einbezogen. Bei einer Adipositas Grad 2 oder mehr werden keine Einschränkungen vorgenommen.</p> <p>DKG, PatV: Das Vorliegen einer Adipositas als eine chronische Erkrankung gilt als Risikofaktor für die Entstehung weiterer, vielfältiger (nicht allein Adipositas-assoziiertes) Krankheiten. Insofern bedarf es einer frühzeitig einsetzenden, bedarfsgerechten Therapie, die darauf abzielt, insbesondere der Entwicklung von Folgeerkrankungen vorzubeugen. Eine Beschränkung der Zielpopulation im DMP Adipositas auf Patientinnen und Patienten mit einem BMI ab 30 kg/m² und bereits bestehenden Begleiterkrankungen würde diesem Ziel nicht mehr gerecht werden. Erkrankungen, denen vorgebeugt werden soll, als Einschreibekriterien vorauszusetzen, wäre</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>darüberhinaus ein Widerspruch in sich. Eine medizinische Begründung dafür, warum die Einschreibekriterien entgegen der oben dargestellten Begründung als zu weit gefasst betrachtet werden, ist zudem aus der SN insgesamt nicht ableitbar. Die als Hürde einer Einschreibung angesprochene Komplexität ist in der Position der DKG/PatV nicht gegeben.</p>
<p>3.3</p>	<p>Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.08.2023</p>	<p>Nr. 1.1; Rn 51/52 i. V. m. Rn 255 Schulungsteilnahme als Zeichen der aktiven Teilnahme Stellungnahme mit Begründung: Die Berücksichtigung der Möglichkeit der aktiven Teilnahme des Versicherten als ausdrückliches Einschreibekriterium ist aus anderen Indikationen bekannt. Auffällig ist in Nummer 1.1. der Adipositas-Anlage die Betonung der Schulungsteilnahme als Indikator der aktiven Teilnahme des Versicherten. Das steht unseres Erachtens in einem Spannungsverhältnis</p>	<p>Krankheitsspezifische Ausschlüsse werden nicht formuliert, da hier individuell zu entscheiden ist, ob der Patient oder die Patientin von einer Teilnahme profitieren kann.</p> <p>KBV, DKG, PatV: Insbesondere die aktuell im G-BA indikationsübergreifend beratene Möglichkeit von Patientenschulungen im Videoformat bieten gegebenenfalls auch für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität eine Option.</p> <p>PatV: Die aktive Teilnahme des Versicherten als Einschreibekriterium ist nicht einseitig auf den Aspekt der Bewegung zu beziehen, sondern stellt vielmehr auf das Konzept „Shared-Decision-Making“ ab. Patientinnen und Patienten sollten motiviert sein den partnerschaftlichen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>zur Teilnahme von immobilen extrem adipösen Patientinnen und Patienten, die eine konservative Therapie benötigen, die ambulant nicht durchführbar ist.</p> <p>Änderungsvorschlag - Alternativen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahmeausschluss bei Immobilität ODER • Sollen diese Patientinnen und Patienten am DMP Adipositas teilnehmen können, so ist eine Schulung im digitalen Format verpflichtend im Programm einzubinden ODER • Relativierung der Formulierung in Rn. 55 	<p>Entscheidungs- und Behandlungsprozess mitzugestalten (in dem sie z.B. Arzttermine wahrnehmen, ihre Therapieziele benennen, an Schulungen teilnehmen).</p>
3.4	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.08.2023	<p>Nr. 1.52</p> <p>Rn 141 und 142</p> <p>Ernährung, Formuladiäten Wir empfehlen, von der Versorgung nach § 27 SGB V ausgeschlossener diätetischer Lebensmittel im DMP abzusehen.</p>	<p>GKV-SV: Zustimmung</p> <p>KBV, DKG, PatV: Die Erwähnung der Möglichkeit von Formuladiäten erfolgt hier, um die leitliniengerechte Therapie der Adipositas bzw. die Evidenzlage abzubilden. Aus Sicht der KBV, der DKG und der Patientenvertretung ist die Formulierung adäquat, insbesondere, da sie den Hinweis auf die fehlende Verordnungsfähigkeit beinhaltet.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Änderungsvorschlag: keine Aufnahme	
3.5	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.08.2023	<p>Nr. 1.5.5 Rn 168</p> <p>Adjuvante medikamentöse Therapie</p> <p>Ebenso empfehlen wir, von der Versorgung mit Arzneimitteln, die zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits bzw. zur Regulierung des Körpergewichts dienen, im DMP abzusehen.</p> <p>Über die DMP-Richtlinien zu strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V kann eine Verordnungsfähigkeit von nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und 8 SGB V ausgeschlossenen Arzneimitteln nicht herbeigeführt werden. Der vorgenannte Verordnungsausschluss in Verbindung mit § 14 Arzneimittel-Richtlinie bleibt bestehen.</p> <p>Weder im Beschlussentwurf noch in den TG werden konkrete Arzneimittel genannt. Auszuschließen sind jedenfalls die in Anlage II der Arzneimittelrichtlinie aufgeführten zentral oder peripher wirkenden Abmagerungsmittel.</p>	<p>GKV-SV: Zustimmung</p> <p>KBV, PatV, DKG: Die Erwähnung der Möglichkeit einer adjuvanten medikamentösen Therapie, welche nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann, soll die Evidenzlage bzw. Leitlinienempfehlungen wiedergeben und beruht auf dem entsprechenden Kapitel des IQWiG-Berichts. Dort werden Empfehlungen aus 2 Leitlinien aufgeführt. Aufgrund einer sehr dynamischen Entwicklung in diesem Bereich wurde auf eine konkrete Benennung von Präparaten verzichtet. Der Verweis auf § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V, § 14 der Arzneimittel-Richtlinie sowie auf der entsprechenden Konkretisierung in Anlage II zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie erscheint aus Sicht der KBV und der Patientenvertretung ausreichend, um klarzustellen, dass durch das DMP keine Verordnungsfähigkeit entsteht. Ein völliger Verzicht auf die Erwähnung dieser Thematik ist nicht alltagstauglich, da die Präparate in der Öffentlichkeit breit bekannt sind und Rückfragen an Ärztinnen und Ärzte sehr</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Änderungsvorschlag: keine Aufnahme	häufig herangetragen werden.
3.6	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.08.2023	<p>Nr. 1.8.4 Rn 279 und TG, Rn 83 ff i. V. m. Rn 490 digitale medizinische Anwendung im DMP</p> <p>Dem BAS liegen die Studien zu den geprüften digitalen Anwendungen nicht vor. Die Einschätzung erfolgt allein aus den reduzierten Informationen aus dem Beschlussentwurf und den Tragenden Gründen hierzu.</p> <p>Hinsichtlich der DiGa Zanadio ist noch zu klären, ob es als Schulungsprogramm nach § 4 DMP-A-RL oder als ergänzendes Instrument im DMP zur Anwendung kommen kann. Für Schulungen hat die Evaluation die Anforderungen gemäß § 4 Abs. 3 Satz 3 der Richtlinie zu erfüllen.</p> <p>Sollte Zanadio nicht als Schulung, sondern ergänzend im DMP</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Die KBV, DKG und PatV-Positionen sehen vor, das geeignete digitale medizinische Anwendungen unterstützend empfohlen werden können. Die digitale medizinische Anwendung kommt nicht als Schulungsprogramm im Sinne einer Schulungsmaßnahme nach §4 DMP-A-RL zur Anwendung. Auf Basis der Stellungnahme wurde der Beschlussentwurf entsprechend angepasst.</p> <p>Der G-BA hat eine Prüfung von Zanadio gemäß §137f Abs. 8 SGB V vorgenommen.</p> <p>GKV-SV: Wie in den TrGr formuliert, ist der GKV-SV der Auffassung, dass Zanadio wesentliche Kernmerkmale eines DMP-Schulungsprogramms nach §4 der DMP-A-RL nicht erfüllt. Nach Ansicht des GKV-SV kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Inhalte von „Zanadio“ mit den Inhalten des DMP Adipositas konkurrieren und/oder im Widerspruch dazu</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>zur Anwendung kommen ist weiterhin sicherzustellen, dass die Inhalte der digitalen Anwendung mit den Inhalten des DMP Adipositas in Einklang stehen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Oviva direkt: keine Aufnahme Zanadio: offen, abhängig von konkreten Beschlüssen hierzu</p>	<p>stehen. Dies ist einer der Gründe, warum der GKV-SV die Geeignetheit des Programms „Zanadio“ nicht feststellt.</p>
3.7	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.08.2023	<p>Nr. 3.2; Rn 303 Einschreibung Versicherte</p> <p>Wir begrüßen, dass bei bestehender Schwangerschaft gesondert geprüft wird, ob die Patientin von der Teilnahme profitiert. Es sollte erwogen werden, ob eine Schwangerschaft während der Teilnahme Grund für einen (vorübergehenden) Teilnahmeausschluss sein kann.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>	<p>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. 11 der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation) gibt der koordinierenden Ärztin/dem koordinierenden Arzt die Möglichkeit mit der Patientin bei einer Schwangerschaft die Teilnahme am DMP vorübergehend zu beenden.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Ggf. Schwangerschaft als potentiellen Grund für einen (vorübergehenden) Teilnahmeausschluss erwähnen	Eine Einschreibung bei bekannter aktueller Schwangerschaft oder Stillzeit ist hingegen nicht sinnvoll.
3.8	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.08.2023	<p>Nr. 4.2 Rn 316 und TG Rn 615 Patientenschulungen</p> <p>Diskutiert werden drei Schulungsprogramme. Zu den Programmen „Change your Life“ und „ZEPmax“ liegen Evaluationsergebnisse vor.</p> <p>Kritisch ist anzumerken, dass im Programm „ZEPmax“ eine Formuladiät eingebunden ist. Wir empfehlen, von der Versorgung mit nach § 27 SGB V ausgeschlossenen diätetischen Lebensmittel im DMP abzusehen (siehe auch unsere StN Rn 141 und 142) und insofern natürlich auch von Schulungsprogrammen, die diese Diäten einschließen.</p>	<p>KBV, DKG: In der KBV-Position wurden bewusst zunächst alle drei Schulungen genannt, um Hinweise aus Stellungnahmen berücksichtigen zu können. Hieraus ergab sich in der abschließenden Bewertung, dass mit „Change your life“ ein publiziertes, evaluiertes und grundsätzlich geeignetes Schulungsprogramm vorliegt, das flächendeckend jedoch nicht umsetzbar sein wird. Um die Möglichkeit für ein flächendeckendes Schulungsangebot zu schaffen, sollen weitere Schulungsprogramme gemäß § 4 Absatz 3 Satz 5 und 6 DMP-A-RL zum Gegenstand der Verträge gemacht werden können, wenn sie zum Zeitpunkt der ersten Vertragsabschlüsse noch nicht evaluiert sind. Dies gilt für DocWeight 2.3, für das ein geeignetes Evaluationskonzept vorliegt.</p> <p>GKV-SV: Die Stellungnahme des BAS ist nachvollziehbar und wird berücksichtigt. Es wurde kein Schulungsprogramm</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Sofern eine oder beide vorgenannten Schulungsprogramme und deren Evaluation vom G-BA als für das DMP geeignet gewertet werden, ist nach § 4 Abs. 3 Satz 5 DMP-A-RL entgegen der Auffassung von KBV und DKG kein Raum zur parallelen Evaluation der Schulung „DocWeight 2.3“.</p> <p>Letztlich eingefügt wurde in § 4 Abs. 3 DMP-A-RL die Möglichkeit, Schulungsprogramme in DMP-Verträge einzubinden, die noch nicht evaluiert sind, mit dem Beschluss des G-BA zur 24. Änderung der DMP-A-RL vom 20. November 2020. Unter Nr. 3a wurden neue Sätze 3 bis 7 eingefügt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der neue Satz 3 legt die Anforderung eine Evaluation eines Schulungsprogrammes im DMP fest. • Der neue Satz 4 regelt, dass fortan der G-BA die Eignung der Schulung und deren Evaluation für das DMP prüft. • Der neue Satz 5 bestimmt, in welchen Fällen eine noch nicht evaluierte Schulung im DMP-Vertrag eingebunden werden darf und wie in diesem Fall die Evaluation zu erfolgen hat. Die TG hierzu erklären auf Seite 4: 	<p>identifiziert, dass den geforderten Anforderungen genügt.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>„Der G-BA musste feststellen, dass nicht in jedem Fall bei Beginn eines neuen strukturierten Behandlungsprogrammes qualitativ hochwertige und ausreichend evaluierte Schulungen zur Verfügung stehen. Um dadurch den Programmstart nicht zu gefährden, wird festgelegt, dass, sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht ausreichend evaluiert sind, diese dennoch zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden dürfen, wenn ...“</p> <p>Damit steht fest, dass nach § 4 Abs. 3 Satz 5 DMP-A.-RL nur dann ein noch nicht evaluiertes Schulungsprogramm im Vertrag mit parallel laufender Evaluation eingebunden werden kann, wenn für dieses DMP noch kein den Anforderungen von § 4 Abs. 3 Satz 3 DMP-A-RL entsprechend evaluiertes Programm zur Verfügung steht.</p> <p>Sobald daher eines der beiden anderen Schulungsprogramme sowie deren Evaluation vom G-BA als den Anforderungen der Richtlinie entsprechend gewertet wird, ist die Einbindung der</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Schulung „DocWeight 2.3“ so lange nicht möglich, bis die positiven Ergebnisse der richtlinienkonformen Evaluation vorliegen und publiziert sind.</p> <p>Die Evaluation von „DocWeight 2.3“ kann mit DMP-Teilnehmern durchgeführt werden, wenn die Inhalte der Schulung mit denen des DMP im Einklang stehen, die Schulung darf aber in die DMP-Verträge nicht eingebunden werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Keine Aufnahme in die DMP-Verträge der Programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • „DocWeight 2.3“ • „ZEPmax“ 	
3.9	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.08.2023	<p>Nr. 5 Rn 332</p> <p>Die objektive Nachprüfbarkeit wird voraussichtlich Probleme bereiten, weshalb wir dem Vorschlag des GKV-SV folgen und</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, DKG, PatV: Die differenzierte Abfrage der Bewegung beruht auf den Ausführungen des Kapitels zu Bewegung (1.5.3). Der Begriff „Bewegung“ ist zu unspezifisch 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>eine Differenzierung der vereinbarten Bewegung kritisch bewerten.</p> <p>Änderungsvorschlag: GKV-SV folgen</p>	<p>zielführende individuelle Umsetzung der Empfehlungen. Vielmehr erscheint es sinnvoll, verschiedene Ansätze (Steigerung der körperliche Alltagsaktivität, Steigerung des körperlichen Trainings) explizit zu benennen. Die Abfrage beider Anteile soll eine möglichst effektive und individuell passende Steigerung der Bewegung unterstützen. Insbesondere für die Evaluation ist eine differenzierte Auswertung der Art der Bewegung relevant.</p>
3.10	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.08.2023	<p>Rn. 342</p> <p>Teilnahme-Ende des Versicherten</p> <p>Lfd. Nr. 1a und 1b</p> <p>Die objektive Nachprüfbarkeit wird voraussichtlich Probleme bereiten, weshalb wir dem Vorschlag des GKV-SV folgen und eine Differenzierung der vereinbarten Bewegung kritisch bewerten.</p> <p>Änderungsvorschlag: GKV-SV folgen</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, DKG, PatV: Die differenzierte Abfrage der Bewegung beruht auf den Ausführungen des Kapitels zu Bewegung (1.5.3). Der Begriff „Bewegung“ ist zu unspezifisch für eine zielführende individuelle Umsetzung der Empfehlungen. Vielmehr erscheint es sinnvoll, verschiedene Ansätze (Steigerung der körperliche Alltagsaktivität, Steigerung des körperlichen Trainings) explizit zu benennen. Die Abfrage beider Anteile soll eine möglichst effektive und individuell passende Steigerung der Bewegung unterstützen. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sowohl eine patientenseitige Steigerung der körperlichen Alltagsaktivität</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			als auch eine patientenseitige Steigerung des sportlichen Trainings als gute Qualität für das Qualitätsziel zu Bewegung gewertet werden. Als schlechte Qualität wird lediglich gewertet, wenn keine der beiden Möglichkeiten umgesetzt wird.
3.11	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vom 14.08.2023	Rn. 342 Teilnahme-Ende des Versicherten Lfd. Nr. 11 Wir plädieren mit dem GKV-SV und der KBV für eine Aufnahme des Parameters und unterstreichen die Relevanz der Festlegung des eindeutigen Teilnahme-Ende-Datums mit dem Datum der Dokumentation (TG Rn 685). Änderungsvorschlag: GKV-SV und KBV folgen	Dank und Kenntnisnahme.
4	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 17.08.2023		

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
4.1	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 17.08.2023	<p>Anlage 23</p> <p>1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Die BPtK stimmt dem Vorschlag der KBV zu den Einschlusskriterien in das DMP Adipositas zu.</p> <p>Begründung:</p> <p>Während die vorgeschlagenen Kriterien von PatV und DKG zur Eingrenzung der Zielgruppe zu weit und die vorgeschlagenen Kriterien des GKV-SV aus Sicht der BPtK zu eng gegriffen sind, stellen die Einschlusskriterien der KBV einen guten Kompromiss dar.</p> <p>Insbesondere begrüßt die BPtK, dass auch häufige psychische Komorbiditäten bei Adipositas in dem Vorschlag der KBV als Einschlusskriterium aufgenommen wurden. In der modernen Adipositasforschung geht man davon aus, dass seelische Belastungen als Folge der Adipositas entstehen und nicht umgekehrt. So zeigen katamnestische Untersuchungen, dass</p>	<p>KBV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG, PatV: Das Vorliegen einer Adipositas als eine chronische Erkrankung gilt als Risikofaktor für die Entstehung weiterer, vielfältiger (nicht allein Adipositas-assoziiertes) Krankheiten. Insofern bedarf es einer frühzeitig einsetzenden, bedarfsgerechten Therapie, die darauf abzielt, insbesondere der Entwicklung von Folgeerkrankungen vorzubeugen. Eine Beschränkung der Zielpopulation im DMP Adipositas auf Patientinnen und Patienten mit einem BMI ab 30 kg/m² und bereits bestehenden Begleiterkrankungen würde diesem Ziel nicht mehr gerecht werden. Erkrankungen, denen vorgebeugt werden soll, als Einschreibekriterien vorauszusetzen, wäre darüberhinaus ein Widerspruch in sich. Eine Begründung dafür, warum die Einschreibekriterien entgegen der oben dargestellten Begründung als zu weit gefasst betrachtet werden, ist aus der SN zudem insgesamt nicht ableitbar.</p> <p>GKV-SV: Es wird keine Begründung genannt, warum die Einschlusskriterien der GKV-SV als zu eng angesehen 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>eine Gewichtsreduktion in der Regel mit einer Reduzierung psychischer Symptome, insbesondere Angst und Depressivität, verbunden ist (Herpertz und Pape, 2022). Dementsprechend würden insbesondere auch Menschen mit Adipositas und komorbiden psychischen Störungen von einem Einschluss in das DMP profitieren.</p>	
4.2	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 17.08.2023</p>	<p>1.4 Allgemeine Grundsätze der Therapie</p> <p>1.4.1 Indikationsspezifische Erstanamnese</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Die BPtK stimmt dem Vorschlag des GKV-SV und der KBV zu, die indikationsspezifische Erstanamnese als Teil der Therapie und nicht wie im Vorschlag von PatV und DKG als Teil der Diagnostik zu verorten.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die in der Erstanamnese aufgeführten Inhalte können nur im Rahmen eines ausführlichen Gesprächs erhoben werden. Sensible Inhalte wie bspw. Fragen zum Essverhalten,</p>	<p>KBV, GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV, DKG: Die PatV und die DKG schließen sich hinsichtlich der Verortung des Kapitels „indikationsspezifische Erstanamnese“ GKV-SV und KBV 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Suchtverhalten oder zu sexuellen Dysfunktionen benötigen einen vertrauensvollen Rahmen, damit Patient*innen hierüber sprechen. Die indikationsspezifische Erstanamnese dient damit zugleich dem Aufbau einer guten Ärzt*in-Patient*in-Beziehung, die wiederum eine wichtige Voraussetzung für ein gutes therapeutisches Bündnis und die Mitarbeit und Kooperation der Patient*in und damit den Behandlungserfolg sind. Damit ist die indikationsspezifische Erstanamnese bereits Teil der Behandlung und an dieser Stelle richtig verortet.</p>	
<p>4.3</p>	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 17.08.2023</p>	<p>1.6 Komorbiditäten</p> <p>Stellungnahme: Die BPtK stimmt dem Vorschlag von KBV, DKG und PatV zu, der ausdrücklich auch die relevanten psychischen Komorbiditäten benennt.</p> <p>Begründung: Die ausdrückliche Benennung der psychischen</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Wie in den TrGr beschrieben, ist die Auflistung der Komorbiditäten in 1.6 nicht abschließend und beschränkt sich in der Position des GKV-SV insbesondere auf die Nennung der Komorbiditäten, die auch für die Einschlusskriterien gewählt wurden und für die in der Leitliniensynopse des IQWiG Berichts DMP relevante Empfehlungen beschrieben wurden. Im Kapitel In-dikationsspezifische Erstanamnese wird über die Abfrage des aktuellen Essverhaltens, Fragen zum Suchtverhalten und des psychischer Befundes Augenmerk 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Komorbiditäten trägt der Tatsache Rechnung, dass eine ausgeprägte Adipositas, unabhängig von ihrer Ätiologie, mit psychischen Belastungen verbunden ist. Neben depressiven Störungen stellen Angst-, somatoforme Störungen und die Binge-Eating-Störung (BES) die häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen der Adipositas dar (Herpertz, 2022). Die Benennung der relevanten psychischen Komorbiditäten sorgt dafür, dass diese bei der Behandlung nicht übersehen werden.</p>	<p>die Erfassung der psychischen Komorbiditäten gelegt.</p>
<p>4.4</p>	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 17.08.2023</p>	<p>1.6.4.1 Depression und Angststörung Stellungnahme: Die BPtK schlägt vor, hier nicht nur auf medikamentöse Behandlungsoptionen der Depression zu verweisen, sondern ausdrücklich auch auf Psychotherapie als Behandlungsmittel der ersten Wahl, das sowohl in der NVL „Unipolare Depression“ (Bundesärztekammer et al., 2022) als auch der S3-Leitlinie „Angststörungen“ (Bandelow et al., 2021) mit hohen Empfehlungsgraden empfohlen wird.</p>	<p>Der Beschlussentwurf wurde aufgrund dieser Stellungnahme angepasst.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„... Bei akut krisenhaften Erkrankungsphasen hingegen steht eine adipositas-spezifische Therapie nicht im Vordergrund. Stattdessen sollte zunächst eine leitliniengerechte psychotherapeutische Behandlung der psychischen Erkrankung erfolgen.“</p>	
4.5	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 17.08.2023	<p>1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung bzw. zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Die BPtK stimmt dem Vorschlag von KBV, PatV und DKG zu „krankheitsunterhaltende Belastungen“ ebenfalls als Hinweis, bei dem eine Überweisung zu einer qualifizierten Psychotherapeut*in erfolgen sollte, aufzunehmen.</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Dem Hinweis wird Rechnung getragen, es erfolgt eine Ausführung zu diesem Aspekt in den TrGr zur Indikationsspezifischen Erstanamnese. Der alleinige Hinweis auf krankheitsunterhaltende Belastungen stellt aus Sicht der GKV-SV keinen Schwerpunkt bei den Überweiskriterien dar. Die genannten Überweiskriterien sind nicht abschließend. Weitere Überweisanlässe sind daher ebenfalls zu prüfen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Begründung:</p> <p>Die Feststellung bzw. Diagnostik, ob es sich um krankheitsunterhaltende Belastungen oder eine psychische Erkrankung handelt, kann nur durch eine hierfür qualifizierte Fachärzt*in oder Psychotherapeut*in erfolgen, weshalb bereits beim Vorliegen ausgeprägter psychischen Belastungen für eine qualifizierte Diagnostik eine entsprechende Überweisung erfolgen sollte.</p>	
4.6	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 17.08.2023	<p>4.2 Schulungen der Versicherten</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Die BPtK stimmt dem Vorschlag von KBV und DKG zu.</p> <p>Begründung:</p> <p>Im Vorschlag von KBV und DKG wird ausdrücklich benannt, dass die Schulungsprogramme auch auf Verhaltensänderungen fokussieren sollen. Da 10 bis 40</p>	<p>KBV, DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Im Vorschlag des GKV-SV wird gleichermaßen der Fokus auf Verhaltensänderungen gelegt. Es wird auf multimodale Angebote abgestellt, „die auf eine Veränderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens ausgerichtet sind“.</p> <p>PatV: Im konsentierten Textvorschlag unter der Überschrift „4.2.Schulungen der Versicherten“ wird ausdrücklich benannt, dass die Schulungsprogramme 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Prozent der Varianz des Körpergewichts in der Bevölkerung auf verhaltensbezogene Faktoren in Bezug auf Essverhalten und Bewegung zurückzuführen sind, kommt der Adressierung von Verhaltensänderungen in den Schulungen eine zentrale Bedeutung zu. Bei der Auswahl der Schulungen sollte deshalb der Fokus auf Verhaltensänderungen eine wichtige Rolle spielen.</p>	<p>Verhaltensänderungen fokussieren müssen.</p>
<p>4.7</p>	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 17.08.2023</p>	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>Bandelow, B., Aden, I., Alpers, G. W. et al. 2021. S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen, Version 2.</p> <p>Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2. 2022.</p> <p>Herpertz, S., Pape, M. Adipositas und psychische Komorbidität, in: Handbuch Essstörungen und Adipositas, S. Herpertz, M. de Zwaan und S. Zipfel (Hrsg.), Springer Verlag</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		2022. [Der Artikel wurde eingereicht.]	
5	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) vom 21.08.2023		
5.1	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) vom 21.08.2023	<p>Die Versorgung von Menschen mit Adipositas kann zukünftig optimiert werden, indem komorbide psychische Störungen sowohl in Diagnostik und Therapie stärker berücksichtigt werden.</p> <p>Auch wenn genetische Befunde auf eine stärkere „genetisch-biologische Kontrolle“ des Essverhaltens und des Körpergewichts hinweisen (Bouchard et al. 1988) sind etwa zehn bis vierzig Prozent der Varianz des Körpergewichts auf Bevölkerungsebene auf Umweltfaktoren wie Ernährung und körperliche Bewegung zurückzuführen. Verhaltensbezogene Faktoren sind sowohl im Kontext soziokultureller Rahmenbedingungen als auch auf dem Hintergrund der individuellen Sozialisation (individuelle Lerngeschichte) zu verstehen.</p> <p>Essen erfüllt neben der Hungersättigung wichtige andere Funktionen, die sich zum Beispiel unter dem Begriff der</p>	<p>Zum Änderungsvorschlag: Aus Sicht der KBV, der DKG, des GKV-SV und der Patientenvertretung sind auch bei psychischen Störungen, die das Essverhalten beeinflussen oder die mit gesteigerter Impulsivität einhergehen adipositas-spezifische Maßnahmen grundsätzlich indiziert. Es ist dabei vor allem bei Letzteren sicherzustellen, dass diese Patientinnen und Patienten insbesondere von Schulungsmaßnahmen profitieren bzw. fähig sind, teilzunehmen. Die Indikation zu einer Behandlung der entsprechenden psychischen Störung bleibt davon unberührt.</p> <p>PatV: Psychische Störungen und Medikamente (wie z.B. Antidepressiva, die die Gewichtszunahmen begünstigen) werden im Rahmen der indikationsspezifischen Erstanamnese erfragt.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Affektregulation zusammenfassen lassen. Bei diesen Menschen findet sich nicht selten eine Koppelung negativer emotionaler Zustände und Nahrungsaufnahme. Im Hinblick auf die Adipositas sind vornehmlich habitualisierte Handlungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme von Interesse, die letztendlich zum Zweck der Spannungsabfuhr und des zumindest temporären Aufschubs dysphorischer Gefühle sowohl qualitativ als auch quantitativ das Essverhalten beeinflussen und das Gleichgewicht von Energieaufnahme und -abgabe verändern. So ist Innerhalb des Gesamtkollektivs adipöser Menschen insbesondere in der klinischen Praxis eine Subgruppe von adipösen Menschen auszumachen, bei der psychische Probleme und Störungen zu einer Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens führen, deren Folge eine anhaltende positive Energiebilanz mit Übergewicht bzw. Adipositas ist.</p> <p>So zeigen adipöse Menschen eine höhere Prävalenz komorbider psychischer Störungen gegenüber normalgewichtigen Menschen (Becker et al. 2001, Baumeister</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>und Härter 2007), wobei insbesondere depressive, Angst- und somatoforme Störungen die häufigsten Diagnosen darstellen.</p> <p>Am Beispiel der Depression und der Binge Eating Störung läßt sich exemplarisch die Affektregulationsstörung als ein wichtiges pathogenetisches Prinzip der Adipositas und komorbider psychischer Störungen beschreiben.</p> <p>Adipositas und Depression</p> <p>Adipositas und insbesondere die atypische Depression weisen wichtige Gemeinsamkeiten</p> <p>auf wie Antriebsschwäche, Bewegungsarmut, pathologisches hyperkalorisches</p> <p>Essverhalten, Übergewicht und schließlich eine erhöhte Morbidität und Mortalität im Rahmen von kardiovaskulären Erkrankungen und Typ 2-Diabetes mellitus (McElroy et al. 2004). Prospektive Untersuchungen weisen die Depression im Kindesalter und Adoleszenz als Risikofaktor für die Entwicklung einer Adipositas im Erwachsenenalter aus (Hasler et al. 2005a, 2005b). Nicht zu unterschätzen bei der</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Komorbidität von Adipositas und Depression ist die gewichtssteigernde Wirkung vieler Psychopharmaka, unter anderem auch Antidepressiva.</p> <p>Binge Eating Störung</p> <p>Als eine Extremvariante gestörten Essverhaltens wurde in den letzten Jahren die Binge Eating Störung (BES) beschrieben, die 2013 Eingang in das amerikanische psychiatrische Klassifikationssystem (DSM-V) fand und auch im ICD-11 als eigenständige Essstörung zu finden ist.</p> <p>Während die BES in der Allgemeinbevölkerung mit einer Prävalenz von ein bis drei Prozent ähnlich häufig auftritt wie die Bulimie, ist sie in Stichproben von adipösen Menschen, die unter ihrem Übergewicht leiden und ärztliche oder psychologische Hilfe zwecks Gewichtsreduktion aufsuchen, mit etwa 15–30% relativ häufig (AWMF 2020). Im Gegensatz zur Magersucht und Bulimie, an der vornehmlich Frauen erkranken, ist das Geschlechterverhältnis Frau/Mann ca. 60%/40%. Es besteht ein direktes Verhältnis von Psychopathologie und dem Grad der Essstörung, weniger</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>erscheint der psychopathologische Befund mit dem Ausmaß der Adipositas assoziiert zu sein (Hay u. Fairburn 1998).</p> <p>Neben der BES gibt es zahlreiche Varianten pathologischen Essverhaltens. Zu erwähnen ist das so genannte „Grasen“ („Grazing“), bei dem die Patienten vornehmlich süße Nahrungsmittel über einen langen Zeitraum und nicht innerhalb einer kurzen Zeit zu sich nehmen.</p> <p>Erwähnenswert ist aber auch das Night Eating Syndrome, welches schon 1955 zum ersten Mal beschrieben wurde und sich durch eine eher hypokalorische Ernährung während des Tages, Hyperphagie in den Nachtstunden und Schlafstörungen auszeichnet. So berichten die Patienten über ein nächtliches Erwachen mit anschließendem Drang zur Nahrungsaufnahme. Erst postprandial ist es ihnen möglich, wieder einzuschlafen (Colles u. Dixon 2006).</p> <p>Unterschiedliche intra- wie interpersonelle Probleme führen nicht selten zu Störungen der Befindlichkeit, wobei 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>hyperkalorische Ernährung, insbesondere von Süßigkeiten, Fastfood und ähnlichem nicht selten dem Versuch dient, dysphorische Stimmungen wenigstens passager zu neutralisieren. Affektregulationsstörungen können auch Ausdruck einer generellen Störung der Impulsivität im Sinne einer Impulskontrollstörung darstellen, wie sie vornehmlich bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen wie der affektiv instabilen (Borderline-) Persönlichkeits-störung beschrieben wird. Tatsächlich findet man in der psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung komorbide Patientinnen, bei denen die Impulskontrollstörung zum Beispiel im Rahmen einer Binge Eating Störung eine maßgebliche Rolle in der Genese der Adipositas spielt. Gleichzeitig hat bei vielen dieser Patientinnen die Adipositas einen protektiven Charakter gegenüber der Sexualität.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Adipositas hat eine multifaktorielle Genese. Von daher sollen psychische Störungen, die das Essverhalten beeinflussen (z.B. Binge Eating Störung, Night-Eating-Syndrom) oder auch Störungen, die mit einer gesteigerten Impulsivität einhergehen (z.B. Borderline-</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Persönlichkeitsstörungen, ADHS) ausgeschlossen werden. Dies kann von Seiten des Hausarztes z.B. mittels Fragebögen oder klinischer Interviews erfolgen. Die Vermittlung entsprechender Kenntnisse kann z.B. im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erfolgen.</p> <p>Bei Verdacht oder Vorliegen einer entsprechenden Störung ist eine fachärztliche oder psychologische Diagnostik notwendig, um den Pat. einer adäquaten Behandlung zuführen zu können.</p>	
5.2	<p>Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) vom 21.08.2023</p>	<p>Ärztliche bzw. psychologische Stellungnahmen im Rahmen des Antragsverfahrens zur Kostenübernahme einer adipositaschirurgischen Behandlung</p> <p>Im Gegensatz zur WHO und zur Privaten Krankenversicherung (PKV) stuft die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Adipositas nicht als Krankheit ein, was zur Folge hat, dass eine konservative oder chirurgische Behandlung der Adipositas in Deutschland nicht unter den Regelleistungs-Katalog der GKV fällt, eine sogenannte Einzelfallentscheidung beinhaltet, von</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV: Im DMP werden keine Regelungen zur perioperativen Betreuung getroffen.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Auf die präoperative Berücksichtigung von psychischen Erkrankungen, wie z. B. instabile psychopathologische Zustände, eine unbehandelte Bulimia nervosa oder aktive Substanzabhängigkeit, bei der besonders kritischen Risiko- Nutzen- Abwägung zu einem adipositaschirurgischen Eingriff, wird in den TG hingewiesen. Die primär an den Hausarzt adressierte DMP-A-RL regelt unter 1.8.2 die Überweiskriterien, die die hier vertretende Fachdisziplin inkludiert.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>daher die Kostenübernahme der Behandlung individuell beantragt werden muss. In der Regel werden die Kostenübernahmeanträge dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur Begutachtung vorgelegt. Neben dem Antrag des Versicherten und Berichten der behandelnden Ärzte wird ein Gutachten oder zumindest eine Stellungnahme von Seiten eines Arztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, bzw. Psychiatrie und Psychotherapie oder eines psychologischen Psychotherapeuten gefordert. Ein wesentliches Ziel der präoperativen Evaluation ist neben einer ausführlichen Anamnese die Abklärung der Motivation, des Wissens über den geplanten Eingriff, sowie der Erwartungen an den Eingriff. Gleichzeitig sollte die Evaluation die zu erwartende soziale Unterstützung ansprechen und einen Grundstein für die postoperative Compliance legen (de Zwaan et al. 2007). Die Legitimation einer solchen Begutachtung bzw. Stellungnahme basiert zum einen auf den häufigen komorbiden psychischen Störungen adipositas-chirurgischer Patienten (Dawes et al., 2016, Herpertz et al. 2006, Mitchell et al., 2014), zum anderen auf einer nicht unerheblichen Anzahl von Patienten, 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>postoperativ nicht nur im Hinblick auf das Gewicht, sondern auch bezüglich somatischer, psychischer und psychosozialer Parameter (z.B. Adhärenz gegenüber Nachsorgeuntersuchungen u.a. zur Detektion von Vitamin- und Mineralstoffmangelzuständen) bis hin zur Lebensqualität einen allenfalls suboptimalen Verlauf zeigen (Mechanick et al., 2013, Sjostrom et al. 2007).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Während der präoperativen Diagnostik sollen auch psychische Störungen berücksichtigt werden. Von daher sollen Pat. mit der Indikation einer Adipositas-Chirurgie einem Arzt/Ärztin für Psychiatrie bzw. Psychosomatische Medizin oder einem psychologischen Psychotherapeuten, -therapeutin zwecks einer entsprechenden diagnostischen Stellungnahme vorgestellt werden und bei Indikation einer psychischen Störung einer psychopharmakologischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung zugeführt werden.</p>	
5.3	Deutsche Gesellschaft	Literaturverzeichnis	

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. vom (DGPM) 21.08.2023	<p>AWMF S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen, 2020</p> <p>Baumeister H, Härter M. (2007) Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. Int J Obesity 31:1-10.</p> <p>Becker ES, Margraf J, Türke V, Soeder U, Neumer S. (2001) Obesity and mental illness in a representative sample of young women. Int J Obes 25: 5-9.</p> <p>Bouchard C., Pérusse L, Leblanc C, Tremblay A, Thériault G. (1988): Inheritance of the amount and distribution of human body fat. Int J Obes 12: 205-215.</p> <p>Colles SL, Dixon JB. (2006) Night eating syndrome: impact on bariatric surgery. Obes Surg. 16: 811–820.</p> <p>Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miakel-Lye I, Beroes JM, Shekelle PG. (2016). Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. JAMA 315: 150–163.</p> <p>De Zwaan M, Wolf A, Herpertz S. (2007) Psychosomatische Aspekte der Adipositaschirurgie. Deutsches Ärzteblatt 104:</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>2577-2583</p> <p>Hasler G, Lissek S, Ajdacic V, Milos G, Gamma A, Eich D, Rossler W, Angst J. (2005a): Major depression predicts an increase in long-term body weight variability in young adults. <i>Obes Res</i> 13 (11): 1991-1998</p> <p>Hasler G, Pine DS, Kleinbaum DG, Gamma A, Luckenbaugh D, Ajdacic V, Eich D, Rossler W, Angst J. (2005b) Depressive symptoms during childhood and adult obesity: the Zurich Cohort Study. <i>Mol Psychiatry</i> 10: 842-50.</p> <p>Hay P, Fairburn C. (1998) The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. <i>Int J Ea. Disord</i> 7: 115-119.</p> <p>Herpertz S, Burgmer R, Stang A, de Zwaan M, Wolf AM, Chen-Stute A, Hulisz, Jockel KH, Senf W. (2006) Prevalence of mental disorders in normal-weight and obese individuals with and without weight loss treatment in a German urban population. <i>J Psychosom Res</i> 1: 95–103.</p> <p>McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S, Nelson EB, Keck PE, Nemeroff, C.B. (2004) Are mood disorders and obesity</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>related? A review for the mental health professional. J Clin Psychiatry 65: 634-51.</p> <p>Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, Heinberg LJ, Kushner R, Adams TD, Shikora S, Dixon JB, Brethauer S. (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update. Obesity 21: 1-27.</p> <p>Mitchell JE, King WC, Chen J-Y, Devlin MJ, Flum D, Garcia L, Inabet W, Pender JR, Kalarchian MA, Khandelwal S, Marcus MD, Schroppe B, Strain G, Wolfe B, Yanovski S. (2014) Course of depressive symptoms and treatment in the longitudinal assessment of bariatric surgery (LABS-2) study. Obesity 22: 1799–1806.</p> <p>Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, Lystig T, Sullivan M, Bouchard C, Carlsson B, Bengtsson C, Dahlgren S, Gummesson A, Jacobson P, Karlsson J, Lindroos AK, Lonroth, Naslund I, Olbers T, Stenlof K, Torgerson J, Agren G, Carlsson LMS (2007) Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. N Engl J Med</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		357: 741–752.	
6	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) vom 21.08.2023		
6.1	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) vom 21.08.2023	<p>Die Versorgung von Menschen mit Adipositas kann zukünftig optimiert werden, indem komorbide psychische Störungen sowohl in Diagnostik und Therapie stärker berücksichtigt werden.</p> <p>Auch wenn genetische Befunde auf eine stärkere „genetisch-biologische Kontrolle“ des Essverhaltens und des Körpergewichts hinweisen (Bouchard et al. 1988) sind etwa zehn bis vierzig Prozent der Varianz des Körpergewichts auf Bevölkerungsebene auf Umweltfaktoren wie Ernährung und körperliche Bewegung zurückzuführen. Verhaltensbezogene Faktoren sind sowohl im Kontext soziokultureller Rahmenbedingungen als auch auf dem Hintergrund der individuellen Sozialisation (individuelle Lerngeschichte) zu verstehen.</p> <p>Essen erfüllt neben der Hungersättigung wichtige andere Funktionen, die sich zum Beispiel unter dem Begriff der</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG: Aus Sicht der KBV, des GKV-SV, der DKG und der Patientenvertretung sind auch bei psychischen Störungen, die das Essverhalten beeinflussen oder die mit gesteigerter Impulsivität einhergehen adipositas-spezifische Maßnahmen grundsätzlich indiziert. Es ist dabei vor allem bei Letzteren sicherzustellen, dass diese Patientinnen und Patienten insbesondere von Schulungsmaßnahmen profitieren bzw. fähig sind, teilzunehmen. Die Indikation zu einer Behandlung der entsprechenden psychischen Störung bleibt davon unberührt.</p> <p>PatV: Psychische Störungen und Medikamente (wie z.B. Antidepressiva, die die Gewichtszunahmen begünstigen) werden im Rahmen der indikationsspezifischen Erstanamnese erfragt.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Affektregulation zusammenfassen lassen. Bei diesen Menschen findet sich nicht selten eine Koppelung negativer emotionaler Zustände und Nahrungsaufnahme. Im Hinblick auf die Adipositas sind vornehmlich habitualisierte Handlungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme von Interesse, die letztendlich zum Zweck der Spannungsabfuhr und des zumindest temporären Aufschubs dysphorischer Gefühle sowohl qualitativ als auch quantitativ das Essverhalten beeinflussen und das Gleichgewicht von Energieaufnahme und -abgabe verändern. So ist Innerhalb des Gesamtkollektivs adipöser Menschen insbesondere in der klinischen Praxis eine Subgruppe von adipösen Menschen auszumachen, bei der psychische Probleme und Störungen zu einer Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens führen, deren Folge eine anhaltende positive Energiebilanz mit Übergewicht bzw. Adipositas ist.</p> <p>So zeigen adipöse Menschen eine höhere Prävalenz komorbider psychischer Störungen gegenüber normalgewichtigen Menschen (Becker et al. 2001, Baumeister</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>und Härter 2007), wobei insbesondere depressive, Angst- und somatoforme Störungen die häufigsten Diagnosen darstellen.</p> <p>Am Beispiel der Depression und der Binge Eating Störung läßt sich exemplarisch die Affektregulationsstörung als ein wichtiges pathogenetisches Prinzip der Adipositas und komorbider psychischer Störungen beschreiben.</p> <p>Adipositas und Depression</p> <p>Adipositas und insbesondere die atypische Depression weisen wichtige Gemeinsamkeiten</p> <p>auf wie Antriebsschwäche, Bewegungsarmut, pathologisches hyperkalorisches</p> <p>Essverhalten, Übergewicht und schließlich eine erhöhte Morbidität und Mortalität im Rahmen von kardiovaskulären Erkrankungen und Typ 2-Diabetes mellitus (McElroy et al. 2004). Prospektive Untersuchungen weisen die Depression im Kindesalter und Adoleszenz als Risikofaktor für die Entwicklung einer Adipositas im Erwachsenenalter aus (Hasler et al. 2005a, 2005b). Nicht zu unterschätzen bei der</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Komorbidität von Adipositas und Depression ist die gewichtssteigernde Wirkung vieler Psychopharmaka, unter anderem auch Antidepressiva.</p> <p>Binge Eating Störung</p> <p>Als eine Extremvariante gestörten Essverhaltens wurde in den letzten Jahren die Binge Eating Störung (BES) beschrieben, die 2013 Eingang in das amerikanische psychiatrische Klassifikationssystem (DSM-V) fand und auch im ICD-11 als eigenständige Essstörung zu finden ist.</p> <p>Während die BES in der Allgemeinbevölkerung mit einer Prävalenz von ein bis drei Prozent ähnlich häufig auftritt wie die Bulimie, ist sie in Stichproben von adipösen Menschen, die unter ihrem Übergewicht leiden und ärztliche oder psychologische Hilfe zwecks Gewichtsreduktion aufsuchen, mit etwa 15–30% relativ häufig (AWMF 2020). Im Gegensatz zur Magersucht und Bulimie, an der vornehmlich Frauen erkranken, ist das Geschlechterverhältnis Frau/Mann ca. 60%/40%. Es besteht ein direktes Verhältnis von Psychopathologie und dem Grad der Essstörung, weniger</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>erscheint der psychopathologische Befund mit dem Ausmaß der Adipositas assoziiert zu sein (Hay u. Fairburn 1998).</p> <p>Neben der BES gibt es zahlreiche Varianten pathologischen Essverhaltens. Zu erwähnen ist das so genannte „Grasen“ („Grazing“), bei dem die Patienten vornehmlich süße Nahrungsmittel über einen langen Zeitraum und nicht innerhalb einer kurzen Zeit zu sich nehmen.</p> <p>Erwähnenswert ist aber auch das Night Eating Syndrome, welches schon 1955 zum ersten Mal beschrieben wurde und sich durch eine eher hypokalorische Ernährung während des Tages, Hyperphagie in den Nachtstunden und Schlafstörungen auszeichnet. So berichten die Patienten über ein nächtliches Erwachen mit anschließendem Drang zur Nahrungsaufnahme. Erst postprandial ist es ihnen möglich, wieder einzuschlafen (Colles u. Dixon 2006).</p> <p>Unterschiedliche intra- wie interpersonelle Probleme führen nicht selten zu Störungen der Befindlichkeit, wobei 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>hyperkalorische Ernährung, insbesondere von Süßigkeiten, Fastfood und ähnlichem nicht selten dem Versuch dient, dysphorische Stimmungen wenigstens passager zu neutralisieren. Affektregulationsstörungen können auch Ausdruck einer generellen Störung der Impulsivität im Sinne einer Impulskontrollstörung darstellen, wie sie vornehmlich bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen wie der affektiv instabilen (Borderline-) Persönlichkeits-störung beschrieben wird. Tatsächlich findet man in der psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung komorbide Patientinnen, bei denen die Impulskontrollstörung zum Beispiel im Rahmen einer Binge Eating Störung eine maßgebliche Rolle in der Genese der Adipositas spielt. Gleichzeitig hat bei vielen dieser Patientinnen die Adipositas einen protektiven Charakter gegenüber der Sexualität.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Adipositas hat eine multifaktorielle Genese. Von daher sollen psychische Störungen, die das Essverhalten beeinflussen (z.B. Binge Eating Störung, Night-Eating-</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Syndrom) oder auch Störungen, die mit einer gesteigerten Impulsivität einhergehen (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, ADHS) ausgeschlossen werden. Dies kann von Seiten des Hausarztes z.B. mittels Fragebögen oder klinischer Interviews erfolgen. Die Vermittlung entsprechender Kenntnisse kann z.B. im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erfolgen.</p> <p>Bei Verdacht oder Vorliegen einer entsprechenden Störung ist eine fachärztliche oder psychologische Diagnostik notwendig, um den Pat. einer adäquaten Behandlung zuführen zu können.</p>	
6.2	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) vom 21.08.2023	<p>Ärztliche bzw. psychologische Stellungnahmen im Rahmen des Antragsverfahrens zur Kostenübernahme einer adipositaschirurgischen Behandlung</p> <p>Im Gegensatz zur WHO und zur Privaten Krankenversicherung (PKV) stuft die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Adipositas nicht als Krankheit ein, was zur Folge hat, dass eine konservative oder chirurgische Behandlung der Adipositas in</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV: Im DMP werden keine Regelungen zur perioperativen Betreuung getroffen. Dazu zählt auch die präoperative Diagnostik.</p> <p>DKG: Siehe 5.2</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Deutschland nicht unter den Regelleistungs-Katalog der GKV fällt, eine sogenannte Einzelfallentscheidung beinhaltet, von daher die Kostenübernahme der Behandlung individuell beantragt werden muss. In der Regel werden die Kostenübernahmeanträge dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur Begutachtung vorgelegt. Neben dem Antrag des Versicherten und Berichten der behandelnden Ärzte wird ein Gutachten oder zumindest eine Stellungnahme von Seiten eines Arztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, bzw. Psychiatrie und Psychotherapie oder eines psychologischen Psychotherapeuten gefordert. Ein wesentliches Ziel der präoperativen Evaluation ist neben einer ausführlichen Anamnese die Abklärung der Motivation, des Wissens über den geplanten Eingriff, sowie der Erwartungen an den Eingriff. Gleichzeitig sollte die Evaluation die zu erwartende soziale Unterstützung ansprechen und einen Grundstein für die postoperative Compliance legen (de Zwaan et al. 2007). Die Legitimation einer solchen Begutachtung bzw. Stellungnahme basiert zum einen auf den häufigen komorbiden psychischen Störungen adipositas-chirurgischer Patienten (Dawes et al.,</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>2016, Herpertz et al. 2006, Mitchell et al., 2014), zum anderen auf einer nicht unerheblichen Anzahl von Patienten, die postoperativ nicht nur im Hinblick auf das Gewicht, sondern auch bezüglich somatischer, psychischer und psychosozialer Parameter (z.B. Adhärenz gegenüber Nachsorgeuntersuchungen u.a. zur Detektion von Vitamin- und Mineralstoffmangelzuständen) bis hin zur Lebensqualität einen allenfalls suboptimalen Verlauf zeigen (Mechanick et al., 2013, Sjostrom et al. 2007).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Während der präoperativen Diagnostik sollen auch psychische Störungen berücksichtigt werden. Von daher sollen Pat. mit der Indikation einer Adipositas-Chirurgie einem Arzt/Ärztin für Psychiatrie bzw. Psychosomatische Medizin oder einem psychologischen Psychotherapeuten, -therapeutin zwecks einer entsprechenden diagnostischen Stellungnahme vorgestellt werden und bei Indikation einer psychischen Störung einer psychopharmakologischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung zugeführt 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
6.3	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) vom 21.08.2023	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>AWMF S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen, 2020</p> <p>Baumeister H, Härter M. (2007) Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. <i>Int J Obesity</i> 31:1-10.</p> <p>Becker ES, Margraf J, Türke V, Soeder U, Neumer S. (2001) Obesity and mental illness in a representative sample of young women. <i>Int J Obes</i> 25: 5-9.</p> <p>Bouchard C., Pérusse L, Leblanc C, Tremblay A, Thériault G. (1988): Inheritance of the amount and distribution of human body fat. <i>Int J Obes</i> 12: 205-215.</p> <p>Colles SL, Dixon JB. (2006) Night eating syndrome: impact on bariatric surgery. <i>Obes Surg.</i> 16: 811–820.</p> <p>Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miakel-Lye I, Beroes JM, Shekelle PG. (2016). Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. <i>JAMA</i> 315: 150–163.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>De Zwaan M, Wolf A, Herpertz S. (2007) Psychosomatische Aspekte der Adipositaschirurgie. Deutsches Ärzteblatt 104: 2577-2583</p> <p>Hasler G, Lissek S, Ajdacic V, Milos G, Gamma A, Eich D, Rossler W, Angst J. (2005a): Major depression predicts an increase in long-term body weight variability in young adults. <i>Obes Res</i> 13 (11): 1991-1998</p> <p>Hasler G, Pine DS, Kleinbaum DG, Gamma A, Luckenbaugh D, Ajdacic V, Eich D, Rossler W, Angst J. (2005b) Depressive symptoms during childhood and adult obesity: the Zurich Cohort Study. <i>Mol Psychiatry</i> 10: 842-50.</p> <p>Hay P, Fairburn C. (1998) The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. <i>Int J Ea. Disord</i> 7: 115-119.</p> <p>Herpertz S, Burgmer R, Stang A, de Zwaan M, Wolf AM, Chen-Stute A, Hulisz, Jockel KH, Senf W. (2006) Prevalence of mental disorders in normal-weight and obese individuals with and without weight loss treatment in a German urban population. <i>J Psychosom Res</i> 1: 95–103.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S, Nelson EB, Keck PE, Nemeroff, C.B. (2004) Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. J Clin Psychiatry 65: 634-51.</p> <p>Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahan MM, Heinberg LJ, Kushner R, Adams TD, Shikora S, Dixon JB, Brethauer S. (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update. Obesity 21: 1-27.</p> <p>Mitchell JE, King WC, Chen J-Y, Devlin MJ, Flum D, Garcia L, Inabet W, Pender JR, Kalarchian MA, Khandelwal S, Marcus MD, Schroppe B, Strain G, Wolfe B, Yanovski S. (2014) Course of depressive symptoms and treatment in the longitudinal assessment of bariatric surgery (LABS-2) study. Obesity 22: 1799–1806.</p> <p>Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, Lystig T, Sullivan M, Bouchard C, Carlsson B, Bengtsson C, Dahlgren S, Gummesson A, Jacobson P, Karlsson J, Lindroos AK, Lonroth, Naslund I, Olbers T, Stenlof K,</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Torgerson J, Agren G, Carlsson LMS (2007) Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. N Engl J Med 357: 741–752.	
7	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023		
7.1	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023	<p>Der VDBD begrüßt die Entwicklung eines strukturierten Behandlungsprogramms für Adipositas, damit Betroffene qualitätsgesichert, leitliniengerecht, multimodal und multiprofessionell versorgt werden.</p> <p>Insbesondere begrüßen wir, dass die multimodale Schulung als zentrale Maßnahme der Therapie im DMP Adipositas verankert wird. Zeitgemäße Patientenschulung geht über die Wissensvermittlung hinaus und fokussiert auf ein Empowerment der Patientinnen und Patienten mit dem Ziel die Lebensqualität durch ein nachhaltiges Selbstmanagement der chronischen Erkrankung zu steigern und die Krankheitslast zu mindern.</p> <p>Daher halten wir es für notwendig, die Qualifikation der schulenden Leistungserbringer zusätzlich zu §4 der DMP A-RL</p>	<p>GKV-SV, DKG: Der Abschnitt enthält keine konkreten Änderungsvorschläge. Insbesondere wird nicht deutlich, welche konkreten Anforderungen an die schulenden Leistungserbringer zu stellen wären. Die Anforderungen an die schulenden Leistungserbringer werden im Schulungscurriculum festgelegt. Der G-BA prüft, ob die darin festgeschriebene Anforderung an die Kompetenz der Leistungserbringer ausreichend ist</p> <p>PatV: Die Qualifikation der schulenden Leistungserbringer werden im Schulungscurriculum konkretisiert.</p> <p>Die Patientenvertretung erachtet es ebenfalls als wichtig an, dass die psychosozialen Aspekte der Adipositas Berücksichtigung finden. Diese werden u.a. in der indikationsspezifischen Erstanamnese erfragt. Im DMP</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>zu konkretisieren.</p> <p>Ebenfalls vorausschicken möchten wir als grundsätzliche Anmerkung, dass die psychosozialen Aspekte der Adipositas im DMP eine stärkere Berücksichtigung finden sollten. Dies gilt in besonderem Maße für die Vorbereitung und Nachsorge bei einer bariatrischen Operation, da „Essen“ als maladaptive Coping-Strategie nicht chirurgisch entfernt werden kann.</p>	<p>werden keine Regelungen zu stationären Maßnahmen (wie der chir. Therapie) getroffen. Dazu zählt auch die präoperative Diagnostik. Zur Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie gehört auch die Erfassung des körperlichen und psychischen Gesundheitsstatus, der Lebensqualität und der Status/Medikation von Begleiterkrankungen. Es ist davon auszugehen, dass hier psychosoziale Aspekte ausreichend berücksichtigt werden.</p> <p>GKV-SV: Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen. Das Nähere zu den Anforderungen an die Patientenschulungen sowie Abweichungen von diesen Vorgaben ist in den jeweiligen Anlagen geregelt. Aus Sicht des GKV-SV ist die multimodale Schulung mit dem Fokus auf dem Selbstmanagement und einer anhaltenden Selbstbefähigung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung zentrale Maßnahme des DMP.</p> <p>Die spezifischen Erfordernisse im Sinne einer postoperativen Langzeit bertreuung werden daher 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>KBV: Da die hier genannten Punkte im Weiteren mit Änderungsvorschlägen konkretisiert werden, werden diese an entsprechender Stelle einzeln gewürdigt.</p>
7.2	<p>Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023</p>	<p>1.2 Zeilen 52-53 Zustimmung zur Position KBV Begründung: Der BMI berücksichtigt weder Alter und Geschlecht noch sportliche Aktivitäten und das Fett-Muskelverhältnis. Aufgrund dieser Einschränkungen sollte der BMI im Kontext der individuellen Risikofaktoren und Komorbiditäten betrachtet werden [1].</p>	<p>KBV: Dank und Kenntnisnahme. DKG, PatV: Das Vorliegen einer Adipositas als eine chronische Erkrankung gilt als Risikofaktor für die Entstehung weiterer, vielfältiger (nicht allein Adipositas-assoziiertes) Krankheiten. Insofern bedarf es einer frühzeitig einsetzenden, bedarfsgerechten Therapie, die darauf abzielt, insbesondere der Entwicklung von Folgeerkrankungen vorzubeugen. Eine Beschränkung der Zielpopulation im DMP Adipositas auf Patientinnen und Patienten mit einem BMI ab 30 kg/m² und bereits bestehenden Begleiterkrankungen würde diesem Ziel nicht mehr gerecht werden. Aus der Begründung erschließt sich nicht, in welcher Form die Informationen zu Alter und Geschlecht, sportlichen Aktivitäten und Fett-Muskelverhältnis im Zuge einer Adipositas für eine Einschreibung herangezogen werden könnten. GKV-SV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, vertritt</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>auch der GKV-SV die Position, dass der BMI alleine die individuelle Krankheitslast nicht ausreichend anzeigt. Deshalb sieht auch der GKV-SV neben dem BMI Komorbiditäten vor zur Klassifikation der Krankheitslast. Bei der Auswahl der Komorbiditäten beschränkt sich der GKV-SV auf die Aufgeführten, weil für diese eine belastbare Evidenz vorliegt, dass bei einer Gewichtsabnahme auch eine Besserung der Komorbidität erfolgt und zudem durch die sichere Diagnose der Komorbidität nicht eine Diagnostik ausgelöst wird, die sonst nicht medizinisch indiziert wäre.</p>
7.3	<p>Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023</p>	<p>1.3.2 Standarddiagnostik Zeile 61 Zustimmung zur Position KBV, DKG, PatV: Begründung: Unabhängig vom BMI ist ein Bauchumfang über 102 cm bei Männern und über 88 cm bei Frauen mit einer Zunahme des Mortalitätsrisikos um ungefähr 30% bei den beiden Geschlechtern verbunden. Bei Frauen ist der Bauchumfang beispielsweise ein besserer Prädiktor für</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Aufgrund der Stellungnahme wird die Position geändert und die der anderen Bänke angenommen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Diabetes als der BMI [2].	
7.4	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023	<p>1.3 Therapieziele Zeile 87 Zustimmung zur Position DKG, PatV Begründung: Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Voraussetzung für das Selbstmanagement einer chronischen Erkrankung bzw. das Gewichtsmanagement sowie für eine partizipative Entscheidungsfindung.</p>	<p>PatV: Der Beschlussentwurf wurde aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen angepasst.</p> <p>GKV-SV, KBV: Die Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz kann als ein übergeordnetes Ziel der DMP verstanden werden. Dies wird auch deutlich durch den Stellenwert, den gerade Schulungsprogramme innerhalb der DMP haben. Allerdings handelt es sich hierbei um einen mehrdimensionalen Begriff, dessen Messbarkeit im Rahmen der DMP QS, anders als bei den anderen berücksichtigten Zielen, nicht realisierbar erscheint (Siehe Nr. 2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V) im Beschlussentwurf). Daher wird auf die Nennung unter 1.3 verzichtet.</p> <p>DKG: Eine erneute Befassung mit der Thematik aufgrund des Stellungnahmeverfahrens führte im Ergebnis zu einer Streichung dieses Therapieziels auch in der DKG-Position. Die Begründung siehe bitte Auswertung der Stellungnahme seitens des GKV-SV.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
7.5	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023	1.5.1 Basismaßnahmen Zeilen 130-131 Zustimmung zur Position DGK, PatV Begründung: Logik der Argumentation	DKG, PatV, GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme KBV: Der Beschlussentwurf wurde angepasst.
7.6	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023	1.5.2 Ernährung Zeilen 135-144 Durchgängig Zustimmung zu den Positionen KBV, DGK, PatV Begründung: Die Ausführungen zur Ernährungsumstellung sind aus Sicht der Ernährungsberatung alle relevant und sollten gelistet werden. Dies gilt auch für die Aussage zur individuellen Ernährungstherapie.	KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV: Der Vorschlag des GKV-SV basiert auf den derzeit gültigen Leitlinienempfehlungen, die im IQWiG-Abschlussbericht zusammengestellt sind. Wesentlicher Unterschied zur (abgelaufenen) deutschen S-3-Leitlinie ist, dass hier kein Energiedefizit quantifiziert wird, sondern lediglich eine „negative Energiebilanz“ empfohlen wird. Dennoch wurde in den Beschlussentwurf eine Ergänzung eingefügt, in der die in der deutschen Leitlinie genannte Wert als Richtwert benannt wird. Dies wurde in den Beratungen mit den Sachverständigen überzeugend als sinnvoll beschrieben. In Bezug auf die aufgezählten möglichen Ernäh-

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>rungsstrategien unterschieden sich die Entwürfe von GKV-SV inhaltlich allenfalls unwesentlich von denen der KBV/DKG/PatV. Daher wurde der Entwurf des GKV-SV entsprechend angepasst und hier die alternative Darstellung der Ernährungs-strategien übernommen.</p> <p>Zu den Formuladiäten: Beide im IQWiG-Bericht zitierten Leitlinien benennen außerdem Mahlzeitenersatz-Strategien als eine weitere Option. Die kanadische Leitlinie konstatiert hier einen hohen Evidenzgrad, allerdings liegt auch hierfür, ebenso wie für die einzelnen aufgezählten Beispiele kein hoher Empfehlungsgrad vor. Es bleibt jedoch unklar, welche Arten von Produkten bzw. welche Strategie hiermit beschrieben wird, welchen Regularien diese unterliegen und ob diese Empfehlung auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar ist.</p> <p>Nach §27 SGB V sind diätetische Lebensmittel von der Versorgung ausgeschlossen. Nach § 25 der Arzneimittelrichtlinie sind hypokalorische Lösungen (Energiedichte < 1 kcal/ml) aufgrund ihrer Zusam-mensetzung nicht verordnungsfähig.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
7.7	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023	1.5.3 Bewegung Zeilen 145-151 Zustimmung zur Position GKV-SV Begründung: Für die Gewichtsabnahme ist eine Kombination aus Kraft- und Ausdauertraining wichtig. Dies sollte auch in der Einleitung zu diesem Punkt explizit hervorgehoben werden.	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, DKG: Der Beschlussentwurf wurde entsprechend dieser und anderer Stellungnahmen angepasst.</p> <p>PatV: In dem konsentierten Textabschnitt unter der Überschrift „Bewegung“ wird auf die Kombination aus Kraft- und Ausdauertraining eingegangen.</p>
7.8	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023	1.5.5 Adjuvante medikamentöse Therapie Zeile 168 Zustimmung zur Position KBV, PatV Begründung: Der Einsatz von Arzneimitteln zur Gewichtsreduktion als adjuvante Therapie zusätzlich zu Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltensinterventionen wird in den zukünftigen	<p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Aufgrund dieser und ähnlich lautender SN hat sich die DKG der Position von KBV und PatV angeschlossen.</p> <p>Aufgrund der sehr dynamischen Entwicklungen auf dem Gebiet der medikamentösen Therapie der Adipositas und der fehlenden Verordnungsfähigkeit wird hier auf eine konkrete Nennung von Medikamenten bzw. Wirkstoffklassen zunächst verzichtet.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft auf der Basis der publizierten Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien und Meta-Analysen klar beschrieben werden [3].</p> <p>Weitere Veränderungen bei den zugelassenen Gewichtsreduktionsarzneimitteln sind zu erwarten.</p> <p>Da zudem Arzneimitteln zur Gewichtsreduktion in den (sozialen) Medien aktuell große Aufmerksamkeit erhalten, sollten Patientinnen und Patienten in jedem Fall von medizinischem Fachpersonal über diese Therapieoption informiert werden.</p> <p>Ggf. sind die relevanten Substanzklassen aufzuführen.</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. Der G-BA kann sich bei seinen Beschlüssen nur auf bereits erfolgte gesetzliche Änderungen stützen</p>
7.9	<p>Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023</p>	<p>1.5.6.1 1.5.6.2 Chirurgische Therapie Zeilen 170-173 Durchgängige Zustimmung zur Position KBV, PatV Begründung: Die Ausführungen berücksichtigen über die</p>	<p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Eine plastische Chirurgie nach Adipositas-Chirurgie ist nur in Ausnahmefällen GKV-Leistung.</p> <p>DKG: Die SN wird als Zustimmung auch für die DKG Position verstanden, da der Hinweis auf die plastische Chirurgie in den TrGr der DKG abgebildet ist. Dort heißt es: „Jede Patientin oder jeder Patient, die oder der nachhaltig an Gewicht</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>medizinischen Aspekte hinausgehend den Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung, die bei wichtigen Behandlungsentscheidungen besonders relevant ist [4].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Darüber hinaus sollten auch über die Möglichkeiten der plastischen Chirurgie angesprochen werden zwecks Korrektur nach erheblichem Gewichtsverlust.</p>	<p>verloren hat, sollte über die Möglichkeit informiert werden, sich von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Plastische Chirurgie beraten lassen zu können. Eine patientenzentrierte Vorgehensweise mit dem Grundsatz der partizipativen Entscheidungsfindung ist übergeordnet in §7 der DMP-A-RL geregelt und bedarf daher an dieser Stelle keiner weiteren Erwähnung.</p> <p>GKV-SV: eine patientenzentrierte Vorgehensweise mit dem Grundsatz der partizipativen Entscheidungsfindung ist übergeordnet in §7 der DMP-A-RL geregelt und bedarf daher an dieser Stelle keiner weiteren Erwähnung.</p> <p>Aus Sicht des GKV-SV ist die multimodale Schulung mit dem Fokus auf dem Selbstmanagement und einer anhaltenden Selbstbefähigung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung zentrale Maßnahme des DMP. Spezifische Regelungen zur operativen Therapie der Adipositas und den Möglichkeiten der plastischen Chirurgie nach Gewichtsabnahme werden daher nicht adressiert.</p>
7.10	Verband der	1.5.6.3	DKG, PatV: 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	<p>Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023</p>	<p>Chirurgische Therapie Zeile 174 Zustimmung zur Position DKG, PatV und Änderungsvorschlag: „Postoperativ sollten alle Patientinnen und Patienten hinsichtlich - des psychischen Gesundheitszustands - (...) regelmäßig lebenslang nachuntersucht werden. s. auch Änderungsvorschlag unter 4.2 Schulungen der Versicherten Begründung: Die randomisierte kontrollierte Bariatric Surgery and Education (BaSE) Study konnte zeigen, dass die psychoedukative Nachsorge nach der Operation wirksam die depressive Symptomatik reduziert und Selbstwirksamkeit der Patienten verbessert. Psychotherapeutische Interventionen nach Adipositaschirurgie sollten an den Bedarf der Patienten angepasst werden und auch das Essverhalten im Fokus</p>	<p>PatV zusätzlich: Der Begriff „Gesundheitszustand“ inkludiert sowohl die psychische als auch die körperliche Gesundheit. Zur Verdeutlichung wird dem Ergänzungsvorschlag gefolgt. GKV-SV, KBV: Aus Sicht des GKV-SV ist die multimodale Schulung mit dem Fokus auf dem Selbstmanagement und einer anhaltenden Selbstbefähigung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung zentrale Maßnahme des DMP. Spezifische Regelungen zur postoperativen Nachsorge nach werden daher nicht formuliert. Zu-dem wird die Beurteilung und Berücksichtigung des psychischen Gesundheitszustandes und der psycho-sozialen Situation von Patientinnen und Patienten an mehreren Stellen in diesem DMP thematisiert (1.4.1 indikationsbezogene Erstanamnese, 1.4.2 Therapieplanung, 1.6.4 Psychische Störungen) und ist integ-raler Bestandteil dieses DMP. Insbesondere ist dieser Aspekt auch im Abschnitt zu den Verlaufsuntersuchungen 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		behalten [5].	
7.11	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023	1.6 Komorbiditäten Zeilen 176-177 Zustimmung Position KBV Begründung: ergibt sich folgerichtig aus 1.2	<p>KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG, PatV: Die KBV-Position entspricht (überwiegend) der Position von DKG und PatV. Es sei angemerkt, dass Adipositas unabhängig vom Umfang der seitens KBV und GKV-SV definierten Einschlusskriterien an der Entstehung einer Vielzahl an Komorbiditäten in Verbindung steht, von denen diejenigen Im Beschlusstext aufgeführt sind, die In der LL-Synopse des IQWiG extrahiert wurden. Die Empfehlungen von DKG und PatV, dass insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit schwerer obstruktiver Schlafapnoe, die sich einem bariatrischen Eingriff unterziehen, eine perioperative CPAP-Behandlung empfohlen wird, entspricht den aktuellen LL-Empfehlungen (Di Lorenzo N, Antoniou SA, Batterham RL, Busetto L, Godoroja D, Iossa A, et al. Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP. Surg Endosc 2020;34(6):2332-2358.</p> <p>Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L,</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>Campbell-Scherer D, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ 2020;192(31):E875-E891.)</p> <p>GKV-SV: Die Beschreibung und Berücksichtigung der Komorbiditäten ergibt sich aus den Einschlusskriterien gemäß Nr. 1.2</p>
7.12	<p>Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023</p>	<p>1.7 Verlaufsuntersuchungen Zeile 185 Zustimmung zur Position KBV, DKG, PatV Begründung: ergibt sich folgerichtig aus 1.3.2</p>	<p>GKV-SV: Aufgrund der Stellungnahme wird die Position geändert und die der anderen Bänke angenommen</p> <p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Es wird einerseits dem Umstand Rechnung getragen, dass das Ziel, Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, die an einem DMP teilnehmen durch kontinuierliche Behandlung und Betreuung langfristig zu begleiten, um das Fortschreiten der Erkrankung kontinuierlich positiv beeinflussen zu können und der Entstehung von Folgeerkrankungen vorzubeugen. Für diese langfristige und kontinuierliche Betreuung ist der Hausarzt der geeignete Adressat und von zentraler Bedeutung. Des Weiteren befürworten wir eine Öffnung dahingehend, dass nicht allein Internistinnen und Internisten, sondern auch andere Facharztgruppen die Behandlung, Betreuung 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>Koordination der Patientinnen und Patienten im DMP Adipositas übernehmen können, und zwar insbesondere dann, wenn sie diese bereits dauerhaft betreut haben. Unter diesen Voraussetzungen kann davon ausgegangen werden, dass sie sich mit der Behandlung des komplexen Krankheitsbildes bereits auseinandergesetzt haben und eine fundierte Kenntnis über den Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten und deren Bedarfe erlangen konnten. Für den Fall, dass im Zuge der Langzeitbehandlung und -betreuung ein bestimmter Kompetenzbereich fachlich nicht abgedeckt werden kann, hat die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt die Möglichkeit auf die Überweisungsregeln (1.8.2) zurückzugreifen.</p>
7.13	<p>Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023</p>	<p>1.8 Koordinierende Ärztin/Arzt Zeilen 208-212 Durchgängige Zustimmung zur Position KBV Begründung: Die Einbeziehung von an der fachärztlichen</p>	<p>GKV-SV: Wie in den Tragenden Gründen dargelegt, verfolgen DMP grundsätzlich einen niedrigschwelligen integrativen Versorgungsansatz mit langfristiger Patientenbegleitung unter Berücksichtigung bestehender Komorbiditäten. Entsprechend § 73 SGB V werden diese Aufgaben der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben, an der unter anderem Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Versorgung teilnehmenden Fachärztinnen bzw. Fachärzten kann angesichts des Fachkräftemangels insbesondere in den ländlichen Regionen einer verbesserten Versorgung dienen.</p>	<p>sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt teilnehmen. Die Verfügbarkeit von fachärztlichem Spezialwissen zu einzelnen Fragestellungen wird durch Überweisungsregelungen an entsprechende Fachärztinnen oder Fachärzte sichergestellt. Darüber hinaus kann in Ausnahmefällen auch ein Facharzt oder eine Fachärztin für Innere Medizin oder eine entsprechend qualifizierte zugelassene Einrichtung koordinierend tätig sein. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.</p> <p>KBV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Die Patientenvertretung vertritt an dieser Stelle die gleiche Position wie die KBV. Daher Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Für die langfristige und kontinuierliche Betreuung als koordinierende Ärztin/ Arzt ist die Hausärztin/der Hausarzt der geeignete Adressat und von zentraler Bedeutung. Additiv</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>befürwortet die DKG eine Öffnung dahingehend, dass nicht allein Internistinnen und Internisten, sondern auch andere Facharztgruppen die Behandlung, Betreuung und Koordination der Patientinnen und Patienten im DMP Adipositas übernehmen können. Insofern ist die vom SN adressierte Option, dass auch die Fachärztinnen bzw. Fachärzten als koordinierende Ärztinnen und Ärzte tätig werden können, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, auch in der DKG Position abgebildet.</p>
<p>7.14</p>	<p>Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023</p>	<p>1.9 Geeignete digitale medizinische Anwendungen Zeilen 279-280 Zustimmung zur Position DKG Begründung: DIMAs können eine strukturierte Patientenschulung nicht ersetzen, können aber ggf. ein sinnvolles Add-on sein [6].</p>	<p>KBV, DKG: Der Beschlussentwurf wurde angepasst und eine hinreichend offene Formulierung gewählt. Siehe hierzu auch Nr. 3.6.</p> <p>GKV-SV: Bei der Prüfung digitaler medizinischer Anwendungen (DimAs) gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB bezüglich Ihrer Eignung für die Aufnahme in das DMP Adipositas konnte von Seiten des GKV-SV keine DimA identifiziert werden, die für eine Aufnahme geeignet ist. Entsprechend bedarf es aus Sicht des GKV-SV auch nicht der Aufnahme eines Kapitels für „Geeignete digitale medizinische Anwendungen“ im Beschlusstext.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>PatV: Dies entspricht auch der Position der Patientenvertretung. Die Patientenvertretung nimmt den Zusatz der DKG ebenfalls auf und schließt sich damit der DKG-Position an.</p>
7.15	<p>Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023</p>	<p>2. Qualitätssichernde Maßnahmen Lfd. Nr. 9 Qualitätsindikator zum Qualitätsziel Schulungen Änderungsvorschlag: Streichung des Satzes "Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP-Schulung ungeschult sind", sodass der Qualitätsindikator lautet: „Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Adipositas-Schulung teilgenommen haben.“ Begründung: Es ist nicht nachvollziehbar, was mit der pauschalen Ausschlussklausel gemeint ist und um welche Schulungen es sich im Vorfeld der Einschreibung in das DMP Adipositas handelt. Sind strukturierte Programme wie Doc Weight oder strukturierte Diabeteschulungen oder Präventionskurse gemeint?</p>	<p>KBV, GKV-SV, PatV: Sofern Versicherte nach Teilnahme an einer strukturierten und multimodalen Adipositas-Schulung (z.B. im Rahmen einer Reha-Maßnahme oder im Rahmen von selektivvertraglichen Regelungen) in das DMP eingeschrieben werden, ist die unmittelbare erneute Schulung in den meisten Fällen nicht sinnvoll [KBV, PatV: und wird ggf. nicht von der Krankenkasse übernommen]. Diese Fälle müssen bei der Berechnung des Qualitätsziels unberücksichtigt bleiben, da sie andernfalls als schlechte Qualität gewertet werden würden.</p> <p>PatV zusätzlich: In der Dokumentation wurde daher unter Nr. 7 vor das Nomen „Adipositas-Schulung“ das Adjektiv „multimodale“ eingefügt, um zu verdeutlichen, dass es sich nur um multimodale Adipositas-Schulungen handelt, die ggf. unmittelbar vor der Einschreibung in das DMP absolviert wurden und bei der Berechnung des Qualitätsziels unberücksichtigt bleiben.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Zudem: Würde diese Ausschlussklausel nicht den Ansatz des DMP Adipositas konterkarieren, der die multimodale Schulung als zentrale Maßnahme der Therapie definiert?</p>	<p>DKG: Die Fälle, die direkt im Anschluss an die Teilnahme an einer strukturierten und multimodalen Adipositas-Schulung (z.B. im Rahmen einer Reha-Maßnahme oder im Rahmen von selektivvertraglichen Regelungen) in das DMP eingeschrieben werden und nicht direkt nach Einschreibung erneut an einer solchen Schulung teilnehmen wollen, sollen bei der Berechnung des Qualitätsziels unberücksichtigt bleiben, da sie andernfalls als schlechte Qualität gewertet werden würden.</p>
7.16	<p>Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023</p>	<p>4.1 Schulungen der Leistungserbringer Zeilen 312-313 Änderungsvorschlag: Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in §4 dieser Richtlinie geregelt. Darüber hinaus sollen schulende Leistungserbringer Schulungskompetenz bezüglich der Ernährung, Bewegung und psychosozialer Aspekte eine entsprechende Qualifikation nachweisen. Begründung: Die multimodale Schulung wird als zentrale</p>	<p>KBV DKG, PatV: Die Prüfung der Geeignetheit einer Schulung für das DMP Adipositas erfolgt durch den G-BA. Hierbei werden die in den Curricula festgelegten Qualifikationen der Schulenden berücksichtigt, da Schulungen multimodal mit einer Fokussierung auf Verhaltensänderungen sein müssen. Die Anforderungen an die schulenden Leistungserbringer sind demnach im Curriculum der Schulung festgelegt, die der G-BA als für das DMP geeignet bewertet.</p> <p>GKV-SV: Die Anforderungen an die schulenden Leistungserbringer werden im Schulungscurriculum festgelegt. Der G-BA prüft, ob die darin festgeschriebene Anforderung an die Kompetenz der Leistungserbringer</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Maßnahme der Therapie im DMP Adipositas verankert und erfordert entsprechende Qualifikationen.	ausreichend ist.
7.17	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023	<p>4.2 Schulungen der Versicherten Zeile 316 Änderungsvorschlag: Strukturierte multimodale Schulungsprogramme für adipöse Patientinnen und Patienten sind Angebote, die mindestens auf zwölf Monate angelegt sind und auf Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie psycho-soziale Aspekte (z.B. soziale Rahmenbedingungen, Motivation und Coping-Strategien) ausgerichtet sind. Ziel ist eine Gewichtsreduktion und anschließende Gewichtsstabilisierung sowie adaptierte Bewältigungsstrategien und damit eine Verbesserung der Lebensqualität. Multimodale Schulungsprogramme sind eine wesentliche Grundlage für das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus sollte im Vorfeld einer chirurgischen Therapie</p>	<p>KBV, PatV, DKG: Wie auch in den Tragenden Gründen ausgeführt, müssen Schulungen für das DMP Adipositas multimodal und interdisziplinär gestaltet sein. Der Fokus liegt hierbei auf Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifizierung mit einer Zielsetzung gemäß DMP-A-RL §4 Abs 3. Diese Kriterien für geeignete Schulungen lassen sich aus der entsprechenden Evidenz (s. Tragende Gründe) ableiten. Ein zwingender zeitlicher Rahmen von mindestens 12 Monaten lässt sich aus Leitlinienempfehlungen nicht ableiten, obschon die meisten evaluierten Schulungen über diese Zeitspanne angelegt sind. Um auch weitere (zukünftige) Schulungen, die die im Beschlussentwurf genannten Kriterien erfüllen, für das DMP Adipositas auch in Zukunft zugänglich zu machen, wird auf Kriterien verzichtet, die sich nicht aus der Evidenz ableiten lassen. Sollte eine (neue) Schulung auch mit z.B. 10 Monaten Dauer die Effekte erreichen und 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>eine strukturierte Schulung spezifisch zur bariatrischen Operation und deren Konsequenzen erfolgen. Hierfür könnte das „Bariatrische Multimodale Informationsprogramm“ (BDEM/VDD) als Vorbild dienen, das sicherlich einer Aktualisierung bedarf. Ebenso wünschenswert ist ein strukturiertes und evidenzbasiertes Nachsorgekonzept.</p> <p>Begründung: Die Adipositas-Erkrankung bedarf einer lebenslangen Begleitung und einer mindestens zwölfmonatigen Schulung, um die Lebensstiländerungen adäquat zu begleiten.</p> <p>Der operative Eingriff selbst behebt nicht maladaptive Bewältigungsstrategien.</p> <p>Und wie bereits ausgeführt: Die randomisierte kontrollierte Bariatric Surgery and Education (BaSE) Study konnte zeigen, dass die psychoedukative Nachsorge nach der Operation wirksam die depressive Symptomatik reduziert und Selbstwirksamkeit der Patienten verbessert. Psychotherapeutische Interventionen nach Adipositaschirurgie sollten an den Bedarf der Patienten angepasst werden und auch das Essverhalten im Fokus</p>	<p>entsprechenden weiteren Kriterien erfüllen, soll diese Schulung auch in das DMP integriert werden können.</p> <p>KBV, PatV, GKV-SV: Spezifische Regelungen zur Adipositas-Chirurgie werden nicht im DMP getroffen. Auch Vor- und Nachsorge werden nicht explizit adressiert. Somit wurden OP-vorbereitende (oder nachbereitende) Schulungen wie beispielsweise „BMI-Zirkel“ hier nicht berücksichtigt. Zudem können nur Schulungen empfohlen werden, die evaluiert und publiziert sind bzw. für die ein Evaluationskonzept vorliegt (vgl. §4 DMP-A-Richtlinie).</p> <p>DKG: Wir sehen die SN im Hinblick auf die Notwendigkeit einer lebenslangen postoperativen Begleitung als Zustimmung zur Position der DKG, die der langfristigen postoperativen Nachsorge ein eigenes Kapitel gewidmet hat.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		behalten [5].	
7.19	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023	4.2 Schulungen der Versicherten Zeile 319 Zustimmung zur Position DKG, PatV Begründung: Die Adipositas-Erkrankung bedarf einer lebenslangen Begleitung und daher sollte zumindest eine Zweitschulung ermöglicht werden.	KBV: Der G-BA schließt Wiederholungsschulungen nicht aus. Regelungen dazu sind Bestandteil der regionalen Programme. PatV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV: Durch die Nichtaufnahme des Satzes „Eine Schulung kann bei Bedarf wiederholt werden“ sind Wiederholungsschulungen nicht ausgeschlossen. DKG: Da der G-BA Wiederholungsschulungen im DMP nicht ausschließt und eine explizite Erwähnung daher nicht erforderlich scheint, hat sich die DKG der Position von KBV und GKV-SV angeschlossen.
7.20	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023	Anlage 24 Dokumentation Adipositas Lfd. Nr. 10 Zustimmung zur Position KBV, DKG, PatV Begründung. Das Monitoring, ob bei bestehender Vorstufe zu Diabetes mellitus Typ 2 sich ein Diabetes Typ 2 manifestiert, würde ein wichtiger Indikator für den Erfolg des DMP	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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Adipositas und seiner Maßnahmen sein.	
7.21	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 21.08.2023	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>[1] Sharma, A., Kushner, R. A proposed clinical staging system for obesity. Int J Obes 33, 289–295 (2009). https://doi.org/10.1038/ijo.2009.2</p> <p>[2] Kautzky-Willer, A., Leutner M., Abrahamian, H., Frühwald, L., Hoppichler, F., Lechleitner, M., Harreiter, J. (2023). Geschlechtsspezifische Aspekte bei Prädiabetes und Diabetes mellitus – klinische Empfehlungen (Update 2023).Wien Klin Wochenschr (2023) 135 (Suppl 1): 275–285. https://doi.org/10.1007/s00508-023-02185-5</p> <p>[3] Engeli, S (2023). Arzneimittel zur Gewichtsreduktion – aktueller Stand in Deutschland. Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie 2023; 17(02): 63-64. https://doi.org/10.1055/a-2059-9079</p> <p>[4] Lange, K. (2019). Bewältigung und Umgang mit chronischen Krankheiten. In: Haring, R. (eds) Gesundheitswissenschaften. Springer Reference Pflege –</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Therapie – Gesundheit . Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_30</p> <p>[5] Wild, B., Hünemeyer, K., Sauer, H. et al. (2021). Psychotherapeutische Interventionen nach Adipositaschirurgie. Psychotherapeut 62, 222–229 (2017). https://doi.org/10.1007/s00278-017-0192-x</p> <p>[6] DDG, BVND, VDBD, DGKED (2023). Schriftliche Stellungnahme vom 05.06.2023 zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL): Änderung von §4, Videoschulung.</p>	
8	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 24.08.2023		
8.1	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 24.08.2023	Der BVMed sieht den vorliegenden Entwurf des DMP Adipositas als nicht geeignet an, die vom Bundestag in der Nationalen Diabetesstrategie (2020) adressierten Versorgungslücken in der Therapie der Adipositas zu schließen. Vielmehr bleibt zu konstatieren, dass die vom IQWiG ermittelten Leitlinienempfehlungen, die dies ermöglicht hätten, im vorliegenden Beschlussentwurf	Kenntnisnahme. Da die hier genannten Punkte im Weiteren mit Änderungsvorschlägen konkretisiert werden, werden diese an entsprechender Stelle einzeln gewürdigt.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>überwiegend unberücksichtigt bleiben. Dies erstaunt umso mehr, da im Beschlussentwurf für die Adipositaschirurgie ein gestufter Therapieansatz vorausgesetzt wird (Proklamation der Ultima ratio), die dafür notwendigen Leistungen aber aufgrund des fehlenden Status als Regelleistung kein Bestandteil des DMP darstellen. Damit wird offenbar, dass die Anerkennung von Adipositas als Erkrankung im krankensicherungsrechtlichen Sinne (BSG 2003, 2022) noch immer nicht in dem Maße etabliert ist, dass dem auch eine Konsequenz in der Behandlung der Erkrankung und dem Zugang zu Leistungen entsprechend dem Sachleistungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung folgt.</p> <p>Der BVMed sieht den G-BA in der Verantwortung, hier eine Konsistenz zwischen Leistungsvoraussetzungen und Leistungszugang herzustellen. Hierbei gilt die Grundsatzannahme, dass evidenzbasierte Leistungen als Regelleistungen anerkannt werden müssen und Leistungen ohne ausreichende Evidenz nicht als Voraussetzung für die Inanspruchnahme weiterer Leistungen definiert werden dürfen. Die Verantwortung des G-BA ergibt sich aus seiner Beobachtungspflicht gem. 1. Kapitel § 7 Absatz 4 Verfo 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>der kontinuierlichen Rechtsauslegung des Bundessozialgerichtes (BSG, 6.5.2009 - B 6 A 1/08 R, BSGE 103, 106, Rn. 62; BSG, 26. 09.2006, Az. B 1 KR 3/06 R, Rn. 26). Insbesondere betrifft dies die konservativen Therapiemodule, die Patient:innen mit potentieller Indikation einer bariatrischen Operation (BMI ≥ 35 kg/m²+ Komorbidität bzw. BMI ≥ 40 kg/m²) präoperativ als Therapieversuch durchlaufen sollen und als Voraussetzung des operativen Eingriffs gelten. Aber auch die postoperativen Leistungen zur Sicherung des Therapieerfolgs und Vermeidung von Patientenschaden durch Nährstoffdefizite aufgrund der starken Gewichtsreduktion sind sicherzustellen. Damit würden auch die widersprüchlichen Forderungen des MD Bund im Begutachtungsleitfaden „Adipositas-Chirurgie (Bariatrische und Metabolische Chirurgie) bei Erwachsenen – Prüfung der sozialmedizinischen Voraussetzungen“¹³ behoben werden. Hier werden prä-operative Voraussetzungen sowie Anforderungen an eine lebenslange, post-operative Langzeittherapie definiert, die keine Regelleistung der GKV bzw. nicht evidenzbasiert sind.³ Der BVMed fordert den G-BA zur Prüfung 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
8.2	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 24.08.2023	<p>Des Weiteren bezieht der BVMed Stellung zur unzureichenden Berücksichtigung von digitalen Angeboten im Beschlussentwurf des DMP Adipositas. Gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V prüft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei der Erstfassung einer Richtlinie die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen. Allerdings gehen die Ansprüche des G-BA, die sich im vorliegenden Beschlussentwurf in der Position des GKV-SV widerspiegeln, weit über die Zulassung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGa) durch das für die Zulassung zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hinaus. Sowohl Oviva wie auch Zanadio sind dauerhaft gelistete DiGa, die bei Adipositas verordnet werden können. Der BVMed fordert eine verbindliche Anerkennung des vom BfArM verliehenen Status für DiGa durch den G-BA und seine Trägerorganisationen, verbunden mit der konsequenten Berücksichtigung der vorhandenen DiGa in strukturierten Behandlungsprogrammen.</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Kenntnisnahme.</p> <p>Da die hier genannten Punkte im Weiteren mit Änderungsvorschlägen konkretisiert werden, werden diese an entsprechender Stelle einzeln gewürdigt.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Der G-BA hat im Rahmen der Erstfassung der Anforderungen an ein DMP Adipositas digitale medizinische Anwendungen (DimAs) bezüglich Ihrer Eignung für die Aufnahme in das DMP gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V geprüft. Von Seiten des GKV-SV konnte keine DimA identifiziert werden, die für eine Aufnahme in das DMP Adipositas geeignet ist. Der genannte Prüfprozess im G-BA findet unabhängig vom Prüfprozess für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) statt, der beim BfArM angesiedelt ist. Ein allgemeiner Hinweis auf die Möglichkeit der Verordnung und der Nutzung von DiGAs ist entbehrlich, da die Regelungen gemäß §139e SGB V für Patientinnen und Patienten unabhängig von einer DMP Teilnahme gelten.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
8.3	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 24.08.2023	<p>1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Einschlusskriterien der dissidenten Positionen des Beschlussentwurfes orientieren sich allein am BMI bzw. am BMI in Verbindung mit Komorbiditäten ▪ Zudem stellt der GKV-SV in den Tragenden Gründen in Frage, ob Adipositas ein eigenständiges, chronisches Krankheitsbild oder lediglich ein Risikofaktor ist und ob daher die Voraussetzung eines DMP im Sinne von § 137f SGB V erfüllt sind. Das BSG stellte bereits 2003 (BSG, 19.02.2003 - B 1 KR 37/01 R) fest: <i>„Ob dabei das krankhaft erhöhte Körpergewicht ein Risikofaktor für das Erleiden anderer schwer wiegender Erkrankungen oder "lediglich" ein Promotor oder Risikofaktor für die Entstehung weiterer Risikofaktoren ist (so Martin, DÄ 1997, A-601), ist für die rechtliche Bewertung ohne Belang. Eine Therapieindikation besteht erst recht, wenn im konkreten Fall bereits Folgeerkrankungen aufgetreten sind, wie dies die behandelnden Ärzte bei der Klägerin festgestellt haben. Erfordert die Adipositas eine ärztliche Behandlung,</i> 	<p>KBV, GKV-SV, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Der differenzierte Einsatz adipositas-chirurgischer Maßnahmen sowie auch prä- und postoperative Maßnahmen sind nicht Gegenstand des DMP. Die fehlende Abbildung einer (vor allem anfangs) hochfrequenten postoperativen, lebenslangen Nachsorge in der Regelleistung kann von Empfehlungen im Rechtsrahmens des DMP nicht beeinflusst werden. Somit können entsprechende Laborkontrollen und Supplementationen in der DMP-A-Richtlinie von den koordinierenden Ärztinnen und Ärzten nicht gefordert werden. Die zentrale Maßnahme des DMP Adipositas ist die Schulung wie unter 4. beschrieben. Eine Erweiterung der Einschreibekriterien auf operierte Patientinnen und Patienten unabhängig des BMI ist nicht vorgesehen.</p> <p>DKG: In der Position der DKG werden Patientinnen und Patienten mit Adipositas nach bariatrischer Chirurgie nicht ausgeschlossen. Ausschlaggebend für die Möglichkeit der Teilnahme am Programm ist ein BMI ≥ 30 kg/m².</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p><i>so belegt das zugleich die Regelwidrigkeit des bestehenden Zustandes und damit das Vorliegen einer Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne.“¹</i></p> <p>Diese Perspektive nahm derselbe Senat in seinem Urteil aus dem Jahr 2022 ein (BSG, 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R). Daher sieht der BVMed die Voraussetzungen des § 137f SGB V als erfüllt an. Um aber einer vorschnellen Pathologisierung schwerer Menschen vorzubeugen, befürwortet der BVMed die Position der KBV bei der Verknüpfung mit einer relevanten Komorbidität bei einem BMI < 35 kg/m².</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In Hinblick auf die Therapie der Adipositas führt ein erfolgreicher adipositaschirurgischer Eingriff zu einer Senkung des BMI sowie der Remission einschussbedingter Komorbiditäten und damit ggf. zur Unterschreitung der im Beschlussentwurf definierten Einschlusskriterien. ▪ Die Notwendigkeit einer lebenslangen Nachsorge nach chirurgischer Therapie wird in Abschnitt 1.5.6.3 des Beschlussentwurfs jedoch beschrieben, ebenso wie die diesbezüglich lückenhafte Regelversorgung. Außerhalb 	

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>des DMP ist die postoperative Langzeittherapie nicht regelhaft sichergestellt.</p> <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 1.2 (ZE53):</p> <p>„Als krankheitsbezogenes Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gelten [...]“</p> <p>„Abweichend von den krankheitsbezogenen Einschlusskriterien können Patient:innen nach einem erfolgten adipositaschirurgischen Eingriff nach Nummer 1.5.6. zur Langzeitbetreuung in das DMP Adipositas eingeschrieben werden.“</p>	
8.4	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 24.08.2023	<p><i>1.5.2 Ernährung</i></p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Digitale Tools bieten bei einer Ernährungsumstellung die Möglichkeit der personalisierten Begleitung und geben durch die permanente Verfügbarkeit von Information Hilfestellungen und bieten eine Grundlage zur strukturierten Verhaltenserfassung. 	<p>KBV, DKG, PatV: Digitale Anwendungen werden gesondert im entsprechenden Kapitel adressiert.</p> <p>GKV-SV: Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt. Der G-BA hat im Rahmen der Erstfassung der Anforderungen an ein DMP Adipositas digitale medizinische Anwendungen (DimAs) bezüglich Ihrer Eignung für die Aufnahme in das DMP gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V geprüft. Von Seiten des GKV-SV konnte keine DimA identifiziert werden, die 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Änderungsvorschlag (Rd. Nr. 140): „Für eine Ernährungsumstellung bieten sich verschiedene, ggf. kombinierbare Möglichkeiten an. [...] Zur Erfassung der Energie- und Nährstoffzufuhr oder zur Begleitung einer Ernährungsumstellung und zur Förderung von Bewegung soll auf die Hilfestellung durch anerkannte digitale Anwendungen hingewiesen werden.“ 	<p>Aufnahme in das DMP Adipositas geeignet ist, sodass auch im Rahmen der Empfehlungen zur „Ernährung“ kein Hinweis auf digitale Anwendungen aufgenommen wird.</p>
8.5	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 24.08.2023</p>	<p><i>1.5.6 Chirurgische Therapie:</i> Indikationsstellung zur bariatrisch-metabolischen OP</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In den dissidenten Positionen des Beschlussentwurfes wird von GKV-SV und KBV lediglich beschrieben, unter welchen Bedingungen eine chirurgische Therapie nach Ausschöpfen der konservativen Behandlungsmöglichkeiten erwogen werden kann. ▪ Entsprechend des Urteils des Bundessozialgerichtes (BSG) aus dem Jahr 2022 (BSG, 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R) erkennt dieses jedoch an, dass die chirurgische Therapie 	<p>KBV: Um der hier genannten Entscheidung des Ersten Senats des Bundessozialgerichts vom 22. Juni 2022 (Az. B 1 KR 19/21 R) Rechnung zu tragen, wurde der BE an entsprechender Stelle angepasst.</p> <p>KBV, GKV-SV: Patientinnen und Patienten mit einer Primärindikation zur Adipositas-Chirurgie sind nicht Zielgruppe des DMP Adipositas. Die im Beschlussentwurf beschriebenen ärztlichen Beratungen zu Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation sind nicht spezifisch auf Patientinnen und Patienten mit primärer chirurgischer Indikation zugeschnitten. Ebenso wenig ist die zentrale</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>im Einklang zum allgemeinen Qualitätsgebot steht und zuvor nicht sämtliche andere Therapieoptionen ausgeschöpft worden sein müssen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausreichend zur Indikationsstellung sei, <i>"wenn unter Berücksichtigung des gesicherten Standes der medizinischen Erkenntnisse und unter Abwägung von Nutzen und Risiken ausgehend von den Behandlungszielen im konkreten Behandlungsfall von einem chirurgischen Eingriff ein deutlich größerer Nutzen für den gesundheitlichen Zustand des Patienten insgesamt zu erwarten ist"</i>.² ▪ Zudem führt Huster (2022) aus, dass Leistungen der bariatrischen Chirurgie zu den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zählen und dass es lediglich auf die Einhaltung der Leistungsvoraussetzungen im Einzelfall ankommt.³ Diese sind dem dynamischen Maßstab aus § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V entsprechend, aus den medizinischen Leitlinien abzuleiten. Die S3-Leitlinie zur Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen weist einen starken Expertenkonsens für eine Primärindikation bei einem BMI $\geq 50 \text{ kg/m}^2$.^{4,5} In 	<p>Maßnahme der Schulung unter 4.2 auf diese spezifische Patientengruppe ausgerichtet.</p> <p>PatV: Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer Adipositas sind ebenfalls Zielgruppe des DMP Adipositas. Gemäß PatV Position, kann auch eine chirurgische Therapie bei dieser Zielgruppe ohne einen vorherigen konservativen Therapieversuch erfolgen.</p> <p>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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Übereinstimmung mit der einschlägigen Rechtsprechung schließt sich der BVMed bezüglich Punkt 1.5.6 der Position der (Deutschen Krankenhausgesellschaft) DKG an.</p> <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 1.5.6:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Beschlussentwurf sollte die Primärindikation für eine chirurgische Therapie ohne einen vorherigen konservativen Therapieversuch verankert werden. Als Richtwert kann ein BMI $\geq 50 \text{ kg/m}^2$, wie er in der Leitliniensynopse des IQWiG aufgeführt ist, herangezogen werden. <p>„Bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen für einen adipositaschirurgischen Eingriff kann bei Patientinnen oder Patienten mit einem BMI $\geq 50 \text{ kg/m}^2$ oder mit besonderer Schwere bestehender Komorbiditäten, die keine zeitliche Verzögerung erlauben, die Primärindikation gestellt werden.“</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Der Änderungsvorschlag ist Bestandteil der DKG-Position in den TrGr.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
8.6	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 24.08.2023	<p><i>1.5.6 Chirurgische Therapie:</i></p> <p>Individuelle Kosten-Nutzen- und Risikoabwägung als Grundlage der Therapieentscheidung</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Beschlussentwurf wird allein von der DKG vorausgesetzt, dass die Therapieentscheidung zur chirurgischen Therapie gemeinsam mit der/dem Patient:in/en im Rahmen einer differenzierten Therapieplanung auf Basis einer individuellen Kosten-Nutzen- und Risikoabwägung stattfinden muss. ▪ Dabei ergibt sich eine allgemeine Klarstellung aus dem BSG-Urteil (BSG, 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R): Entsprechend des BSG ist es ausreichend, wenn anstatt einer Ausschöpfung konservativer Therapiemethoden <i>„unter Berücksichtigung des gesicherten Standes der medizinischen Erkenntnisse und unter Abwägung von Nutzen und Risiken ausgehend von den Behandlungszielen im konkreten Behandlungsfall von einem chirurgischen Eingriff ein deutlich größerer Nutzen für den</i> 	<p>PatV: Auch in der KBV- und PatV-Position ist „gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten (...) die Entscheidung zur chirurgischen Therapie im Rahmen einer differenzierten Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Nutzen- und Risikoabschätzung vorzunehmen. Zudem ist wie auch in den Tragenden Gründen beschrieben die Ernährungstherapie bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, wird aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleistung bewilligt.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Eine patientenzentrierte Vorgehensweise mit dem Grundsatz der partizipativen Entscheidungsfindung ist übergeordnet in §7 der DMP-A-RL geregelt und bedarf daher an dieser Stelle keiner weiteren Erwähnung. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sowohl die präoperative Aufklärung als auch spezifische präoperative Maßnahmen nicht Gegenstand des DMP sein können, da beides nicht regelhaft durch die koordinierenden Ärztinnen und Ärzte</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p><i>gesundheitlichen Zustand des Patienten insgesamt zu erwarten ist. Es kommt hierbei insbesondere auf die Erfolgsaussichten der nicht-invasiven Therapieoptionen, die voraussichtliche Dauer bis zu einem spürbaren Erfolg, das Ausmaß der bereits bestehenden Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas und die dadurch bedingte Dringlichkeit der Gewichtsreduktion an.“²</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Abwägungsprozess des BSG-Urteils sollte im geeinten Beschlussentwurf entsprechend Berücksichtigung finden. ▪ Zudem sollten Patient:innen in Übereinstimmung mit den Leitlinien-Empfehlungen in Vorbereitung des Eingriffes nicht nur eine ärztliche Aufklärung zur Ernährungsumstellung, sondern eine von einer qualifizierten Ernährungsfachkraft durchgeführte präoperative Ernährungsberatung erhalten, um den Erfolg der Maßnahme zu sichern.^{5,6,7} <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 1.5.6:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahme eines verbindlichen Abwägungsprozesses zur 	<p>geleistet werden kann. Zudem ist die Ernährungstherapie bei Adipositas keine Regelleistung der GKV.</p> <p>KBV: Um der hier genannten Entscheidung des Ersten Senats des Bundessozialgerichts vom 22. Juni 2022 (Az. B 1 KR 19/21 R) Rechnung zu tragen, ist der BE an entsprechender Stelle angepasst worden.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Therapieentscheidung gemeinsam mit den Patient:innen in den geeinten Beschlussentwurf: „Dabei ist in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten auf der Basis einer individuellen Nutzen - und Risikoabschätzung eine differenzierte Therapieplanung vorzunehmen.“</p> <p>Schärfung der Festlegungen zur Ernährungsumstellung im Vorfeld des Eingriffes: „Zur Vorbereitung auf die Operation hat eine auf den Eingriff ausgerichtete Ernährungstherapie zur notwendigen Ernährungsumstellung durch eine/n für die Behandlung und Therapie der Erkrankung qualifizierte Therapeut:innen oder qualifizierten Therapeuten, die/der neben den im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Qualifikationen, eine Therapieerfahrung in der Behandlung von Adipositas nachweist, zu erfolgen.“</p>	<p>DKG: Dem Anliegen der SN wurde mit einer Ergänzung in den Tragenden Gründen Rechnung getragen.</p> <p>DKG, KBV: Darüber hinaus kann den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen (Ernährungstherapie) nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.</p>
8.7	Bundesverband Medizintechnologie	1.5.6 Chirurgische Therapie:	

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	e.V. (BVMed) vom 24.08.2023	<p>"ausgeschöpfte Therapie" RdNr. 170</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Terminus „Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten“ wird im Beschlussentwurf nicht definiert. Somit besteht die Gefahr, dass bariatrisch-metabolische Eingriffe weiterhin als "Ultima Ratio" angesehen werden, was im Widerspruch zur aktuellen Rechtsprechung des BSG (BSG, 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R) und zur Evidenz in Hinblick auf die bariatrisch-metabolische Therapie steht. ▪ Das BSG (2022) stellt in seiner Begründung klar, wie der Begriff der Ultima ratio als rechtlicher Aspekt der Erforderlichkeit i.S. von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu verstehen ist (RdNr. 21). Demnach müssen vor einem adipositaschirurgischen Eingriff nicht alle anderen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein. Stattdessen definiert das BSG die folgenden vier Kriterien für die Indikationsstellung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Erfolgsaussichten der nicht-invasiven 	<p>DKG: In der DKG-Position wurde in den Tragenden Gründen bereits ausführlich erörtert, wann eine konservative Therapie als ausgeschöpft gilt: „Die konservativen Maßnahmen gelten dann als ausgeschöpft, wenn nach mindestens 6 Monaten umfassender Lebensstilintervention in den letzten zwei Jahren eine Reduktion des Ausgangsgewichts - von >15 % bei einem BMI von 35-39,9 kg/m² und - von >20% bei einem BMI über 40 kg/m² nicht erreicht wurde.“ (Zeile 424, S. 37)</p> <p>GKV-SV: In der Position des GKV-SV wird, wie in den TrGr ausgeführt, der Regelfall für die Indikation einer Chirurgischen Therapie beschrieben. Dies erfolgt nach der Bewertung der internationalen Leitlinienempfehlungen aus der Leitliniensynopse des IQWiG-Berichtes. Es wird, wie im DMP üblich, nicht der Ausnahmefall einer medizinisch indizierten Primärindikation dargestellt. Eine Verortung der Benennung der Primärindikation kann in den TrGr erfolgen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Therapieoptionen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ die voraussichtliche Dauer bis zu einem spürbaren Erfolg ○ das Ausmaß der bereits bestehenden Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas ○ die dadurch bedingte Dringlichkeit der Gewichtsreduktion² <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 1.5.6:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klare Definition Festlegungen zum Terminus "Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten adäquat zum BSG-Urteil (2022): „Nach Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten bzw. nach Abwägen von <ul style="list-style-type: none"> ○ der Erfolgsaussichten der nicht-invasiven Therapieoptionen und ○ der voraussichtlichen Dauer bis zu einem spürbaren Erfolg 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<ul style="list-style-type: none"> ○ dem Ausmaß der bereits bestehenden Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas und ○ der dadurch bedingten Dringlichkeit der Gewichtsreduktion <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mit entsprechender Konsequenz in Hinblick auf das Ergebnis des vom BSG definierten und im Vorabschnitt dargelegten Abwägungsprozesses: „[...] soll eine chirurgische Therapie [...] erwogen werden.“ 	<p>DKG: Die zitierten Kriterien des BSG, haben ebenfalls ihren Niederschlag in LL-Empfehlungen zu „Primärindikation“ gefunden und wurden in der Position der DKG in den Tragenden Gründen entsprechend aufgegriffen: „Die Primärindikation kann gestellt werden, wenn eine der folgenden Bedingungen gegeben ist: - bei Patientinnen oder Patienten mit einem BMI ≥ 50 kg/m² - bei Patientinnen oder Patienten, bei denen ein konservativer Therapieversuch durch das multidisziplinäre Team als nicht erfolgsversprechend bzw. aussichtslos eingestuft wurde - bei Patientinnen oder Patienten mit besonderer Schwere von Begleit- und Folgeerkrankungen, die keinen Aufschub eines operativen Eingriffs erlauben.“ (Zeile 424, S.38/39)</p> <p>PatV: Mit der Formulierung „Spätestens nach Ausschöpfung der konservativen Therapie (...)“ wird keine Ultima Ratio-Konstellation beschrieben.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>KBV: Um den Leitlinien und der hier genannten Entscheidung des Ersten Senats des Bundessozialgerichts vom 22. Juni 2022 (Az. B 1 KR 19/21 R) Rechnung zu tragen, ist der BE an entsprechender Stelle angepasst worden.</p> <p>KBV, PatV: Die Hinzunahme der vorgeschlagenen zusätzlichen Kriterien lassen sich nicht aus den Leitlinien ableiten.</p> <p>PatV: Der Vorschlag wurde berücksichtigt und der Beschlussentwurf entsprechend der Leitlinienempfehlung modifiziert.</p>
8.8	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 24.08.2023	<p><i>1.5.6.3 Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie:</i></p> <p>Postoperative Langzeittherapie</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hochfrequente Laboruntersuchungen auf Mikronährstoffe bei Adipositas zur Nachsorge nach Adipositas-Chirurgie (LoR 1; GoR A) sind zwar im 	<p>GKV-SV, KBV: Aus Sicht des GKV-SV und der KBV ist die multimodale Schulung mit dem Fokus auf dem Selbstmanagement und einer anhaltenden Selbstbefähigung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung zentrale Maßnahme des DMP. Spezifische Regelungen zur operativen Therapie der Adipositas und den Möglichkeiten der plastischen Chirurgie nach Gewichtsabnahme sowie der postoperativen Nachsorge nach werden daher nicht formuliert. Dies umfasst auch konkrete Empfehlungen in der</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Regelleistungskatalog EBM, aber nicht in den Regelleistungsbudgets abgebildet. Dieses spiegelt sich auch im Innovationsfondsprojekt ACHT wider, dass u.a. ein postbariatrisches, leitliniengerechtes Laborschema abbildet und finanziert.^{8,9} Auch die notwendige Supplementation ist nicht umfassend als GKV-Leistung vorgesehen. Aufgrund dessen werden diese im dissenten Beschlussentwurf unter Punkt 1.5.6.3 von GKV-SV und KBV trotz bestehender Leitlinien-Empfehlung nicht benannt.^{4,5}</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Damit wird nicht nur das erreichte Therapieergebnis gefährdet, sondern die Patient:innen laufen darüber hinaus auch Gefahr, schwerwiegende gesundheitliche Komplikationen und damit einen Schaden zu erleiden, da Mangelzustände nicht rechtzeitig erkannt und Defizite nicht ausgeglichen werden können. Daraus resultieren Komplikationen u.a. in Hinblick auf den Knochenstoffwechsel oder neurologische Komplikationen.¹⁰ 	<p>postoperativen Nachsorge. Die geforderten leistungsrechtlichen Änderungen können entgegen der Darstellung nicht im Rahmen von DMP angepasst 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Änderungsvorschlag zu Punkt 1.5.6.3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der G-BA hat durch die gesetzliche Grundlage § 137f SGB V weit reichende Freiheiten bei der Gestaltung der DMP. Dieser Handlungsspielraum ermöglicht es dem G-BA, die Leistungen nach seinem Ermessen in einem DMP zu verankern. Daher sollten im geeinten Beschlussentwurf unter 1.5.6.3 sowohl die Laboruntersuchungen als auch die Versorgung mit Supplementen aufgenommen werden. Bei den erforderlichen Laboruntersuchungen reicht eine Freistellung aus dem Laborbudget bei Zustand nach adipositaschirurgischen Eingriff aus. ▪ „Postoperativ sollten alle Patientinnen oder Patienten hinsichtlich <ul style="list-style-type: none"> ○ des Ernährungszustandes (Makro- und Mikronährstoffe) ○ [..] <p>regelmäßig lebenslang nachuntersucht werden und entsprechend mit Supplementen (Makro- und Mikronährstoffe) versorgt werden.</p>	<p>DKG, PatV: Die Stellungnahme wird als Zustimmung zur DKG und PatV- Position verstanden in deren Position unter 1.5.6.3 „Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie“ u.a. explizit auf regelmäßige lebenslange Nachuntersuchung des Ernährungszustandes (Makro- und Mikronährstoffe) hingewiesen wird.</p> <p>PatV zusätzlich: Bezüglich der Supplementation von Mikronährstoffen (z.B. Spurenelementen) ist - soweit es sich um nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt - zu berücksichtigen, dass diese grundsätzlich nach § 34 SGB V von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
8.9	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 24.08.2023	<p><i>1.9 Geeignete digitale medizinische Anwendungen</i></p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Digitale medizinischen Anwendungen haben den Vorteil, dass sie permanent als Informationsquelle und ggf. Anlaufstelle zur Verfügung stehen. Sie können vor allem beim lebenslangen Management der Erkrankung helfen und sollten daher ohne weitere Einschränkung bezüglich vorhandener Komorbiditäten vorgeschlagen werden. Der BVMed unterstützt im dissenten Beschlussentwurf daher die Position der Patientenvertretung. <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Es kann auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden.“</p>	<p>KBV: Der BE wurde aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen angepasst.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Den Stellungnehmern wurde gefolgt und der Text im BE entsprechend abgeändert.</p> <p>GKV-SV: Bei der Prüfung digitaler medizinischer Anwendungen (DimAs) gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB bezüglich Ihrer Eignung für die Aufnahme in das DMP Adipositas konnte von Seiten des GKV-SV keine DimA identifiziert werden, die für eine Aufnahme geeignet ist. Entsprechend bedarf es aus Sicht des GKV-SV auch nicht der Aufnahme eines Kapitels für „Geeignete digitale medizinische Anwendungen“ im Beschlusstext.</p>
8.10	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom	<p><i>3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen:</i></p> <p>Einschluss von Patient:innen nach Bariatrischem Eingriff</p>	<p>KBV, PatV: siehe auch Auswertung zu 8.5</p> <p>KBV, GKV-SV: Patientinnen und Patienten mit einer Primärindikation zur Adipositas-Chirurgie sind 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	24.08.2023	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im dissenten Beschlussentwurf soll entsprechend der Position des GKV-SV insbesondere für Patient:innen nach chirurgischer Therapie der Adipositas geprüft werden, inwiefern sie weiterhin von einer Teilnahme am DMP profitieren. ▪ Die Notwendigkeit einer langfristigen postoperativen Therapie nach chirurgischer Therapie wurde bereits in Abschnitt 1.5.6.3 des Beschlussentwurfs beschrieben, ebenso wie die diesbezüglich lückenhafte Regelversorgung. Der Position des GKV-SV folgend, die die Eignung für den Einschluss als Abwägungsfall betrachtet, wäre eine postoperative Langzeittherapie nicht regelhaft sichergestellt. <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 3.2:</p> <p>Der geeinte Beschlussentwurf sollte die chirurgische Therapie der Adipositas mit der Notwendigkeit einer postoperativen Langzeittherapie als expliziten Einschlussgrund ausweisen.</p>	<p>Zielgruppe des DMP Adipositas. Die im Beschlussentwurf beschriebenen ärztlichen Beratungen zu Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation sind nicht spezifisch auf Patientinnen und Patienten mit primärer chirurgischer Indikation zugeschnitten. Ebenso wenig ist die zentrale Maßnahme der Schulung unter 4.2 auf diese spezifische Patientengruppe ausgerichtet.</p> <p>PatV: Die PatV vertritt die Position, dass der Satz „Das gilt insbesondere auch die Patientinnen und Patienten nach chirurgischer Therapie der Adipositas“ nicht aufgenommen werden soll. Diese Gruppe von Patientinnen und Patienten können von einem DMP Adipositas profitieren, wenn die Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie Gegenstand des DMP ist.</p> <p>DKG: In der Position von DKG und PatV ist die Option der Postoperativen Langzeitbetreuung unter Punkt 1.5.6.3 „Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie“ explizit inkludiert. Die im Änderungsvorschlag adressierten Patientinnen und Patienten sind in der Position von DKG 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			PatV von einer Einschreibung nicht ausgeschlossen.
8.11	Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 24.08.2023	<p>3.2 <i>Spezielle Teilnahmevoraussetzungen:</i> Gleichzeitige Einschreibung in das DMP Diabetes</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adipositas ist entsprechend der Einschlusskriterien unter Punkt 1.2 mit einer Reihe von Komorbiditäten assoziiert, u.a mit Diabetes Typ 2.¹¹ Bisher ist die Einschreibung in ein DMP nur für eine Erkrankung vorgesehen. Da das DMP Diabetes Typ 2 mit 4,4 Millionen eingeschriebenen Patient:innen das größte DMP darstellt¹², resultiert hieraus das Risiko eines Ausschlusses eines Teiles dieser Population aus dem DMP Adipositas – mit den Folgen einer weiterhin unstrukturierten Behandlung und der Progression der Erkrankung selbst sowie den vorhandenen Komorbiditäten. 	Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Adipositas und am DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht ausgeschlossen.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Änderungsvorschlag zu Punkt 3.2:</p> <p>Rd.Nr. 299: „Eine gleichzeitige Einschreibung in das DMP Diabetes ist möglich.“</p>	
<p>8.12</p>	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 24.08.2023</p>	<p><i>4.2 Patientenschulungen</i></p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Um jeder/m Patien:in/en Zugang zu einer Patientenschulung zu ermöglichen, bedarf es eines niedrigschwelligen und flächendeckenden Angebotes. Möglich wird dies durch das Angebot von digitalen Patientenschulungen, die bei Bedarf auch – wie im dissenten Beschlussentwurf (Rd.Nr. 319) von Patientenvertretung und DKG gefordert – eine wiederholte Schulung ermöglichen und durch welche Informationen dauerhaft digital zum Nachschlagen bereitgestellt werden können. <p>Änderungsvorschlag zu Punkt 4.2 (Rd.Nr. 319):</p> <p>„Schulungen sollten der/dem Patien:in/en in Abhängigkeit</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Die Voraussetzungen für Patientenschulungen im Videoformat werden aktuell im G-BA für alle DMP beraten. Dementsprechend soll diese Ergänzung nicht spezifisch für das DMP formuliert werden. Der G-BA schließt Wiederholungsschulungen nicht aus. Regelungen dazu sind Bestandteil der regionalen Programme.</p> <p>PatV: Die Möglichkeit der Wiederholung einer Schulungsmaßnahme ist in der Position der DKG und der PatV enthalten: „Eine Schulung kann bei Bedarf wiederholt werden“ (siehe Zeile 319)</p> <p>GKV-SV: Der G-BA berät derzeit zu Regelungen bezüglich der Durchführung von Patientenschulungen im Videoformat. Darüber hinaus sind Schulungen im Videoformat bereits jetzt möglich, soweit sie die Anforderungen an Schulungen gemäß §4 der DMP-A-RL erfüllen. Wiederholungsschulungen sind ebenfalls 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>von Lebenssituation und Präferenzen in analoger und digitaler Form angeboten werden. Es sollte die Möglichkeit bestehen, diese bei Bedarf zu wiederholen.“</p>	<p>DKG: Da der G-BA Wiederholungsschulungen nicht ausschließt und eine explizite Erwähnung daher nicht erforderlich scheint, hat sich die DKG der Position von KBV und GKV-SV angeschlossen.</p>
<p>8.13</p>	<p>Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vom 24.08.2023</p>	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>1 Bundessozialgericht, Urteil vom 19.02.2003 - B 1 KR 37/01 R. https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/3170?modul=e_sgb&id=3170. Abgerufen am 14.08.2023.</p> <p>2 Bundessozialgericht, Urteil vom 22.06.2022, B 1 KR 19/21 R. https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2022/2022_06_22_B_01_KR_19_21_R.html. Abgerufen am 25.07.2023.</p> <p>3 Huster S, Sharma A M, Otto M. Anspruch auf Leistungen der bariatrischen Chirurgie – Rechtsfragen und ethische Aspekte – Teil 2, KrV 2022, S. 177 – 186.</p> <p>4 Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie,</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen, Version 2.0, 31.12.2022 (in Überarbeitung), verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/088-001. Abgerufen am 25.07.2023.</p> <p>5 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Hrsg. im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, Leitlinien-Synopse Adipositas Erwachsene, Version 1.0, Stand 18.08.2022, verfügbar unter: https://www.iqwig.de/projekte/v21-05.html. Abgerufen am 25.07.2023.</p> <p>6 O'Kane M, Parretti HM, Pinkney J et al. British Obesity and Metabolic Surgery Society Guidelines on perioperative and postoperative biochemical monitoring and micronutrient replacement for patients undergoing bariatric surgery-2020 update. <i>Obes Rev.</i> 2020 Nov;21(11):e13087. doi: 10.1111/obr.13087. Epub 2020 Aug 2. PMID: 32743907;</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>PMCID: PMC7583474.</p> <p>7 Di Lorenzo N, Antoniou SA, Batterham RL et al. Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP. Surg Endosc. 2020 Jun;34(6):2332-2358. doi: 10.1007/s00464-020-07555-y. Epub 2020 Apr 23. PMID: 32328827; PMCID: PMC7214495.</p> <p>8 ACHT – Adipositas Care & Health Therapy zur strukturierten, sektorenübergreifenden Versorgung nach bariatrisch-metabolischer Operation, https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/acht-adipositas-care-health-therapy-zur-strukturierten-sektoreneuebergreifenden-versorgung-nach-bariatrisch-metabolischer-operation.275. Abgerufen am 18.8.2023</p> <p>9 ACHT Adipositas Care & Health Therapy, https://acht-nachsorge.de/. Abgerufen am 18.08.2023.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>10 Klein S, Krupka S, Behrendt S et al. Weißbuch Adipositas. Versorgungssituation in Deutschland. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2016.</p> <p>11 Schmidt C, Reitzle L, Paprott R et al. Diabetes mellitus und Begleiterkrankungen – Querschnittstudie mit Kontrollgruppe anhand vertragsärztlicher Abrechnungsdaten Journal of Health Monitoring · 2021 6(2) DOI 10.25646/8326 Robert Koch-Institut, Berlin.</p> <p>12 Bundesamt für Soziale Sicherung. Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung. Stand Januar 2023. https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/#:~:text=Die%20absolute%20Zahl%20an%20Zulassungen,4%2C4%20Millionen%20Versicherte%20teilnehm.en. Abgerufen am 14.08.2023.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>13 Medizinischer Dienst Bund. Begutachtungsleitfaden „Adipositas-Chirurgie (Bariatrische und Metabolische Chirurgie) bei Erwachsenen – Prüfung der sozialmedizinischen Voraussetzungen“, Essen 2017. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGL_Adipositas_Chirurgie_Stand_2017-10-06_fV.pdf Abgerufen am 21.0.8.2023.</p>	
9	Adipositas Verband Deutschland e.V. vom 28.08.2023		
9.1	Adipositas Verband Deutschland e.V. vom 28.08.2023	<p>Adipositas ist eine chronische, fortschreitende Krankheit. Die Versorgungsrealität wird den besonderen Bedürfnissen von Versicherten mit dieser Krankheit oftmals nicht gerecht. Nur einige wenige Betroffene erhalten im Moment eine bedarfsgerechte Versorgung gemäß medizinisch evidenzbasierter Leitlinien.</p> <p>Einige wenige Betroffene erhalten eine individuelle und interdisziplinären Behandlung, zu der auch bei Bedarf medikamentöse oder chirurgische Interventionen gehören, wie auch verhaltensmodifizierende Maßnahmen oder</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG: Kenntnisnahme PatV: Zustimmung</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Schulungsprogramme.</p> <p>Leitliniengerechte Behandlung sieht Ernährungstherapie, Verhaltens- sowie Bewegungstherapie vor. Auch eine medikamentöse Therapie, Nachsorge nach einer chirurgischen Therapie sind Bestandteile der Leitlinien. Dies alles ist nicht geregelt und für den Betroffenen oftmals nicht erreichbar.</p> <p>Die Entwicklung des DMP ist damit für jeden Betroffenen mit der chronischen Krankheit immens wichtig, damit diese dauerhaft, qualitätsgesichert, multimodal und leitliniengerecht versorgt werden können.</p>	
9.2	Adipositas Verband Deutschland e.V. vom 28.08.2023	<p>Zu 1.2.</p> <p>Krankheitsbezogene Einschlusskriterien Nummer 52</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Ziel sollte die Versorgung von versicherten “Patienten und Patientinnen mit Adipositas” sein, oder mit “krankhaftem</p>	<p>KBV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt lässt sich aus dem BMI alleine die individuelle Krankheitslast nicht ausreichend bestimmen. Auch in internationalen Leitlinien befürworten die Autoren die Berücksichtigung von Risikofaktoren und Komorbiditäten zur Klassifikation der Krankheitslast. Der in dieser und anderen Stellungnahmen vertretenen Argumentation wird Rechnung getragen, in dem die KBV vorsieht, ab einem BMI von 35 kg/m² keine weiteren</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Übergewicht”.</p> <p>Nicht die Versorgung von “Versicherten mit Adipositas und assoziierten Begleiterkrankungen” sein.</p> <p>Die Diagnose Adipositas wird durch vorliegen des BMI erstellt. Und diese beginnt bei einem BMI 30 oder größer, ohne dass weitere Komorbiditäten vorliegen müssen.</p> <p>Eine Eingrenzung des DMP für Betroffene mit manifesten Begleiterkrankungen sollte nicht statt finden.</p> <p>Ziel des DMP sollte eine Verbesserung und Versorgung chronisch Kranker Menschen mit Adipositas BMI 30 sein, unabhängig von Begleiterkrankungen.</p> <p>Nur so werden auf Dauer auch bedingte Folgeschäden verhindert.</p> <p>Die Zielsetzung auf dauerhafte Gewichtsreduktion wird nur dann erreicht, wenn eine frühzeitige und niederschwellige Intervention erfolgt und somit auch der Versicherte Betroffene auf seine Bedürfnisse abgestimmte Behandlung erhält.</p>	<p>Einschränkungen vorzunehmen.</p> <p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, lässt sich aus dem BMI alleine die individuelle Krankheitslast nicht ausreichend bestimmen. Auch in internationalen Leitlinien befürworten die Autoren die Berücksichtigung von Risikofaktoren und Komorbiditäten zur Klassifikation der Krankheitslast. Aus diesem Grund 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Als krankheitsbezogenes Einschlußkriterium für das DMP Adipositas gilt ein BMI ≥ 30 kg/m²</p>	
10	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023		
10.1	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	<p>1. Aktuell gibt es keine adäquaten Maßnahmen zur Sicherstellung einer langfristigen Gewichtsreduktion mittels konservativen Vorgehens. Nach Teilnahme an einem Schulungsprogramm zur Lebensstiländerung nimmt in den nächsten 3-5 Jahren die Mehrheit der Teilnehmer*innen wieder auf das Ausgangsgewicht zu bzw. kann die angestrebte Reduktion um 10% des Ausgangsgewichts nicht halten. Adipositas ist eine chronische Erkrankung, die nach aktuellem Wissensstand lebenslang behandelt werden muss.</p> <p>Wir empfehlen, die Schulungsprogramme um eine engmaschige 2-jährige Nachsorge zu ergänzen, welche die</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG: Zu eigenständigen Nachsorges Schulungsprogrammen werden keine Leitlinienempfehlungen ausgesprochen. Ebenfalls sieht der G-BA, dass die Nachsorgen nach Schulung einen relevanten Aspekt zur Gewichtsstabilisierung darstellt. Daher endet das DMP nicht nach einer erfolgreich durchgeführten Schulung, sondern wird durch regelmäßige Verlaufsuntersuchungen im Rahmen des DMP adressiert.</p> <p>PatV: Eine engmaschige 2-jährige Nachsorge erscheint aus Sicht der Patientenvertretung sinnvoll. Daher begrüßt die Patientenvertretung die Entwicklung und Evaluation solcher</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Teilnehmenden sukzessive zum selbstständigen Erhalt des neu erlernten Lebensstils anleitet. Dabei ist die Betreuung durch Therapeuten während der Nachsorge wesentlich geringer als im Schulungsprogramm (z.B. 2-3 Gruppensitzungen pro Quartal) und die Eigenverantwortung der Patient*innen deutlich höher als im Schulungsprogramm. Analog zu den Schulungsprogrammen muss spätestens mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet werden. Nachsorgekonzepte wurden z.B. an der Uniklinik Köln entwickelt und werden aktuell wissenschaftlich evaluiert.</p>	<p>Konzepte. Derzeit gibt es jedoch keine Leitlinienempfehlungen zu eigständigen Nachsorges Schulungsprogrammen, weswegen sie im DMP Adipositas nicht aufgenommen werden können. Durch die regelmäßigen ärztlichen Verlaufsuntersuchungen werden die Patientinnen und Patienten langfristig und kontinuierlich ärztlich begleitet.</p>
10.2	<p>Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>2. Eine Begrenzung der Teilnahme am DMP auf Hausärzte ist kontraproduktiv. Gerade viele jüngere Patient*innen werden ausschließlich von Pädiatern und Spezialistinnen/Spezialisten der Inneren Medizin (z.B. Endokrinologen oder Diabetologen) betreut, auch diese Menschen müssen einen einfachen Zugang zum DMP haben.</p>	<p>Dies ist eine allgemeine Einleitung, die Würdigung erfolgt auch anhand der konkreten Textstelle und lfd. Nr. 10.18.</p> <p>DKG: Es wird einerseits dem Umstand Rechnung getragen, dass das Ziel, Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, die an einem DMP teilnehmen durch kontinuierliche Behandlung und Betreuung langfristig zu begleiten, um das Fortschreiten der Erkrankung kontinuierlich positiv beeinflussen zu können und der Entstehung von Folgeerkrankungen vorzubeugen. Für diese langfristige 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>kontinuierliche Betreuung ist der Hausarzt der geeignete Adressat und von zentraler Bedeutung. Des Weiteren befürworten wir eine Öffnung dahingehend, dass nicht allein Internistinnen und Internisten, sondern auch andere Facharztgruppen die Behandlung, Betreuung und Koordination der Patientinnen und Patienten im DMP Adipositas übernehmen können, und zwar insbesondere dann, wenn sie diese bereits dauerhaft betreut haben. Unter diesen Voraussetzungen kann davon ausgegangen werden, dass sie sich mit der Behandlung des komplexen Krankheitsbildes bereits auseinandergesetzt haben und eine fundierte Kenntnis über den Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten und deren Bedarfe erlangen konnten. Für den Fall, dass im Zuge der Langzeitbehandlung und -betreuung ein bestimmter Kompetenzbereich fachlich nicht abgedeckt werden kann, hat die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt die Möglichkeit auf die Überweisungsregeln (1.8.2) zurückzugreifen.</p> <p>PatV: Da im vorliegenden Beschlussentwurf ausschließlich die Zielgruppe der Erwachsenen umfasst ist, wurde auf die Facharztgruppe Pädiatrie verzichtet. Gemäß Position der</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>Patientenvertretung können auch teilnehmende Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt die Versorgung koordinieren.</p> <p>GKV-SV: Der Stellungnahme wird gefolgt, der GKV-SV ändert seine Positionierung zugunsten einer differenzierten Erfassung verschiedener Aktivitätsarten. Wie in den Tragenden Gründen dargelegt, verfolgen DMP grundsätzlich einen niedrigschwelligen integrativen Versorgungsansatz mit langfristiger Patientenbegleitung unter Berücksichtigung bestehender Komorbiditäten. Entsprechend § 73 SGB V werden diese Aufgaben der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben, an der unter anderem Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt teilnehmen. Die Verfügbarkeit von fachärztlichem Spezialwissen zu einzelnen Fragestellungen wird durch Überweisungsregelungen an entsprechende Fachärztinnen oder Fachärzte sichergestellt. Darüber hinaus kann in Ausnahmefällen auch ein Facharzt oder eine Fachärztin 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>Innere Medizin oder eine entsprechend qualifizierte zugelassene Einrichtung koordinierend tätig sein. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.</p>
10.3	<p>Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>Anlage 1, 1.2 (Zeile 47 und 52 ff) Die DGE schließt sich der Position sowie der in Anlage 2 aufgeführten Begründung von DKG und PatV an. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hat der Gesetzgeber dem G-BA explizit auferlegt, ein DMP für Adipositas zu erarbeiten, welches eine präventive Intention verfolgen soll. Diese präventive Intention wird, wie von DKG und PatV dargestellt, verfehlt, wenn ausschließlich Patienten mit Adipositas und einer Folgeerkrankung bzw. Patienten mit mindestens Adipositas Grad II eingeschlossen werden. Die Stellungnahmen von GKV-SV und KBV tragen dem Ziel einer rechtzeitigen Prävention des oft prekären Verlaufs bei Adipositas und damit dem erklärten Ziel dieses DMP, der</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, KBV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, lässt sich aus dem BMI alleine die individuelle Krankheitslast nicht ausreichend bestimmen. Auch in internationalen Leitlinien befürworten die Autoren die Berücksichtigung von Risikofaktoren und Komorbiditäten zur Klassifikation der Krankheitslast. Aus diesem Grund 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Verhinderung von Folgeerkrankungen, nicht Rechnung. Wenn eine Folgeerkrankung verhindert werden soll, kann diese nicht als Einschlusskriterium verwendet werden. Eine zu späte Intervention führt zu erheblichen (orthopädischen, kardiologische, diabetologischen) Folgekosten, die gerade vermieden werden sollen.</p>	
10.4	<p>Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>Anlage 1, 1.3.1 (Zeile 56) Bei der indikationsspezifischen Erstanamnese sollte im Rahmen des Gewichtsverlaufs auch nach Beginn der Adipositas (Alter), der Familienanamnese und Hyperphagie gefragt werden, da bei Beginn der Adipositas im Jugendalter (vor allem vor dem 10. Lebensjahr) in Kombination mit Hyperphagie die Wahrscheinlichkeit für eine genetische Adipositasform erhöht ist [1]. Diese Patienten sollten zusätzlich zur DMP Teilnahme in einem spezialisierten Zentrum vorgestellt werden, da für bestimmte genetische Adipositasformen medikamentöse Therapieoptionen</p>	<p>Es werden keine krankheitsspezifischen Ausschlusskriterien formuliert, da immer individuell entschieden werden muss, ob eine Patientin oder ein Patient von der Einschreibung in das DMP profitiert. Besteht aber der hinreichende Verdacht auf eine Ursache der Adipositas, deren Behandlung nicht Gegenstand dieses DMP ist, sind diese Patientinnen und Patienten zunächst nicht Zielgruppe dieses DMP. Dies kann auch Patientinnen und Patienten mit einer monogenetischen Form der Adipositas betreffen. Insofern wird kein vertiefter spezifischer Fokus auf die monogenetische Form einer Adipositas in der indikationsspezifischen Anamnese gesetzt.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>bestehen bzw. entwickelt werden. Für diese Patienten wird die DMP-Teilnahme ohne medikamentöse Therapie wenig erfolgsversprechend sein, in Kombination mit medikamentöser Therapie jedoch umso mehr [1, 2].</p> <p>Ergänzungsvorschlag der DGE zusätzlich zu der Position DKG und PatV: Dem Gewichtsverlauf der Eltern und Geschwister, dem Geburtsgewicht, dem Alter bei Beginn der Adipositas (ggf. unter Zuhilfenahme des U-Hefts oder von Kinderphotos), Vorhandensein von Hyperphagie. Diese Angaben sind wichtig, um einen V.a. genetisch bedingte Adipositasformen zu stellen.</p>	
10.5	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	<p>Anlage 1, 1.3.2 (Zeile 61)</p> <p>Die DGE schließt sich der Position sowie der in Anlage 2 aufgeführten Begründung von KBV, DKG und PatV an. Zur besseren Abschätzung des metabolischen und kardiovaskulären Risikos sollte bis zu einem BMI von 35 kg/m² der Bauchumfang gemessen werden, da in dieser Situation der Bauchumfang ein besserer Prädiktor von</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Aufgrund der Stellungnahme wird die Position geändert und die der anderen Bänke angenommen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Folgeerkrankungen ist als der BMI.	
10.6	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	Anlage 1, 1.3.2 (Zeile 70) Position von DKG und PatV	<p>KBV, GKV-SV: In der KBV-Position ist unter Nr. 1.2 eine gesicherte Diagnose einer adipositas-spezifischen Komorbidität zu der Adipositas-Diagnose (für Adipositas Grad 1) erforderlich. Daher ist eine spezifische Fokussierung auf Begleit- und Folgeerkrankungen im Rahmen der Diagnostik, wie sie in der Position der DKG/PatV beschrieben wird, nicht vorgesehen. Für andere Konstellationen liegt die Erweiterung der Diagnostik im Ermessen der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes.</p> <p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
10.7	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	Anlage 1, 1.3.2 (Zeile 75 +76+77) Patienten, bei denen eine Ursache der Adipositas, deren Behandlung nicht Gegenstand dieses DMP ist, besteht, sollten nach Ausschluss oder nach erfolgreicher Behandlung dieser Ursache und weiterhin bestehender Adipositas ebenfalls am DMP teilnehmen können. Diese Patienten haben analog zu sonstigen Adipositaspatienten nach Ursachenbehandlung oft	<p>KBV, GKV-SV: Der Änderungsvorschlag wird nicht angenommen. Sobald die Einschlusskriterien erfüllt und die Ausschlusskriterien nicht mehr vorhanden sind, können diese Patientinnen und Patienten eingeschrieben werden.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag wurde gefolgt, und der Halbsatz „, bis die Ursache ausgeschlossen oder behandelt ist“ 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>weiterhin Adipositas und ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. Exemplarisch hier Literatur zu persistierender Adipositas und kardiovaskulärem Risiko bei erfolgreich behandelten Cushing-Patienten. [3, 4]</p> <p>Änderungsvorschlag der DGE:</p> <p>Besteht der hinreichende Verdacht auf eine Ursache der Adipositas, deren Behandlung nicht Gegenstand dieses DMP ist, sind diese Patientinnen und Patienten nicht Zielgruppe dieses DMP, bis die Ursache ausgeschlossen oder behandelt ist.</p>	<p>DKG: Eine erneute Auseinandersetzung mit der Thematik ergab, dass auch mit der vorgeschlagenen Ergänzung keine ausreichende Normenklarheit im Hinblick auf eine Einschreibung geschaffen werden kann. Daher wurde auf die Aussage insgesamt verzichtet. Eine Teilnahme ist damit auch weiterhin für die Patientinnen und Patienten möglich, die nach Behandlung einer spezifischen Ursache der Adipositas eine fortbestehende Adipositas mit einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ aufweisen.</p>
10.8	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	<p>Anlage 1, 1.5.1 (Zeile 130)</p> <p>Der Stellungnahme zu 1.2 folgend schließen wir uns der DKG/PatV an. Da Patienten ab einem BMI von 30 kg/m^2 Zugang zum DMP haben, müssen die Ziele angepasst an den BMI besprochen werden (BMI bis $34,9 \text{ kg/m}^2$: $\geq 5 \%$ des Ausgangsgewichts; BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$: $\geq 10 \%$ des Ausgangsgewichts).</p>	<p>KBV, GKV-SV: Dies entspricht der KBV/GKV-SV-Position. Der Beschlussentwurf wurde angepasst.</p> <p>DKG, PatV: 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
10.9	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	<p>Anlage 1, 1.5.1 (Zeile 132)</p> <p>Da, wie unter 4.2. aufgeführt, die Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstraining zu einer stärkeren Gewichtsreduktion führt als eine der Maßnahmen alleine, stimmen wir zu, dass die multimodalen Schulungen zentrale Maßnahme des DMP Adipositas sind. Wir schlagen vor, an dieser Stelle bereits darauf hinzuweisen, dass multimodale Programme alle 3 Komponenten beinhalten sollten (Ernährung, Bewegung, Verhaltenstraining) und sich diese jeweils an den Empfehlungen 1.5.2 (Ernährung), 1.5.3. (Bewegung) und 1.5.4 (Verhalten) orientieren sollten.</p> <p>Änderungsvorschlag der DGE:</p> <p>Die zentrale Maßnahme des DMP Adipositas ist hierbei die multimodale Schulung (s. Nummer 4.2), welche sich an den Empfehlungen 1.5.2 – 1.5.4. orientieren sollte. Ein wichtiger Fokus liegt auf dem Selbstmanagement und einer anhaltenden Selbstbefähigung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung.</p>	<p>Im Abschnitt zu den Schulungen (4.2) werden die zentralen Maßnahmen einer multimodalen Schulung konkret benannt, so dass eine Nennung an der vorgeschlagenen Stelle entbehrlich 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
10.10	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	Anlage 1, 1.5.2 (Zeile 139, 140) Basierend auf der aktuellen Evidenzlage können wir beiden Vorschlägen zustimmen.	Dank und Kenntnisnahme.
10.11	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	Anlage 1, 1.5.2 (Zeile 141-144) Basierend auf der aktuellen Evidenzlage stimmen wir den Vorschlägen von DKG, KBV und PatV zu.	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Zu den Formuladiäten: Beide im IQWiG-Bericht zitierten Leitlinien benennen außerdem Mahlzeitener-satz-Strategien als eine weitere Option. Die kanadi-sche Leitlinie konstatiert hier einen hohen Evidenz-grad, allerdings liegt auch hierfür, ebenso wie für die einzelnen aufgezählten Beispiele kein hoher Empfehlungsgrad vor. Es bleibt jedoch unklar, wel-che Arten von Produkten bzw. welche Strategie hier-mit beschrieben wird, welchen Regularien diese unterliegen und ob diese Empfehlung auf den deut-schen Versorgungskontext übertragbar ist.</p> <p>Nach §27 SGB V sind diätetische Lebensmittel zudem von der Versorgung ausgeschlossen. Nach § 25 der Arzneimittelrichtlinie sind hypokalorische Lösungen (Energiedichte < 1 kcal/ml) aufgrund ihrer Zusammensetzung</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			nicht verordnungsfähig.
10.12	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	Anlage 1, 1.5.3 (Zeile 150) Basierend auf der aktuellen Evidenzlage können wir beiden Vorschlägen zustimmen.	Dank und Kenntnisnahme.
10.13	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	Anlage 1, 1.5.5 (Zeile 168) Position von KBV und PatV . Medikamentöse Optionen zur Gewichtsreduktion stellen einen wichtigen Baustein bei der Behandlung der Adipositas dar und sind von zunehmender Bedeutung. Die diesbezügliche klinisch-wissenschaftliche Evidenz ist eindeutig; medikamentöse Optionen können und dürfen Patienten mit Adipositas, bei denen Ernährungs- und Lebensstilmaßnahmen nicht ausreichend oder nicht erfolgreich sind, nicht vorenthalten werden. Die Erstattungsfähigkeit ist davon unabhängig zu betrachten.	KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Aufgrund dieser und ähnlich lautender SN hat sich die DKG der Position von KBV und PatV angeschlossen. 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. Der G-BA kann sich bei seinen Beschlüssen nur auf bereits erfolgte gesetzliche Änderungen stützen

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
10.14	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	<p>Anlage 1, 1.5.6 (Zeile 171)</p> <p>Wir stimmen dem Vorschlag der DKG bei. Entsprechend der aktuellen S3 Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas (5.42) [7] soll eine chirurgische Therapie bei schwerer Adipositas erwogen werden. Da eine lebenslange Nachsorge durchgeführt werden muss (S3-Leitlinie, 5.50), sollte der Patient auf diese rechtzeitig hingewiesen werden.</p> <p>Ergänzungsvorschlag der DGE zusätzlich zu der Position der DKG:</p> <p>Ergänzend (entsprechend dem Vorschlag von KBV und PatV): Es ist auf die Notwendigkeit einer Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie hinzuweisen. Bestandteil der Nachsorge sind insbesondere der Ernährungszustand (Makro- und Mikronährstoffe), klinische Beschwerden / Gesundheitszustand, Lebensqualität, die psychologische Situation, Gewichtsverlauf und Status/Medikation von Begleiterkrankungen.</p>	<p>KBV, PatV: Der Beschlussentwurf wurde entsprechend der Leitlinien und unter Berücksichtigung einer Entscheidung des Ersten Senats des Bundessozialgerichts vom 22. Juni 2022 (Az. B 1 KR 19/21 R) angepasst. Auf die Notwendigkeit einer lebenslangen Nachsorge wird hingewiesen.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Im Vorschlag des GKV-SV wird auf die Notwendigkeit einer lebenslangen Langzeittherapie hingewiesen.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Den Stellungnehmern wurde gefolgt und der Beschlussentwurf entsprechend angepasst. Die Inhalte der Nachuntersuchungen sind im BE der DKG explizit in einem eigenen Kapitel „Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie“ (1.5.6.3) aufgeführt.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
10.15	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	<p>Anlage 1, 1.5.6 (Zeile 174)</p> <p>Position von DGK und PatV</p> <p>Als Teil der postoperativen Langzeitbetreuung sollte Patienten, die nach einer bariatrischen Operation und initial erfolgreicher Gewichtsreduktion wieder an Gewicht zunehmen, die Teilnahme an einem Schulungsprogramm ermöglicht werden, da die Langzeitergebnisse einer Gewichtsreduktion im besonderen Maße vom langfristigen Betreuungskonzept bestimmt werden (S3-Leitlinie, 5.4.8) [7].</p> <p>Ergänzungsvorschlag der DGE zusätzlich zu der Position DKG/PatV:</p> <p>Als Teil der postoperativen Langzeitbetreuung sollte Patienten, die nach einer bariatrischen Operation und initial erfolgreicher Gewichtsreduktion wieder an Gewicht zunehmen, die Teilnahme an einem Schulungsprogramm angeboten werden. Dies sollte Teil der bariatrischen Nachsorge sein</p>	<p>KBV: Spezifische Regelungen zur Adipositas-Chirurgie werden nicht im DMP getroffen. Auch Vor-und Nachsorge werden nicht explizit adressiert. Somit wurden OP-vorbereitende (oder nachbereitende) Schulungen wie beispielsweise „BMI-Zirkel“ hier nicht berücksichtigt. Zudem können nur Schulungen empfohlen werden, die evaluiert und publiziert sind bzw. für die ein Evaluationskonzept vorliegt (vgl. §4 DMP-A-Richtlinie).</p> <p>GKV-SV: Spezifische Regelungen zur Adipositas-Chirurgie werden nicht im DMP getroffen. Auch Vor-und Nachsorge werden nicht explizit adressiert.</p> <p>DKG, PatV: Die Position der DKG und der Patientenvertretung sieht eine postoperative Langzeitbetreuung vor. Die Wiederholung einer Schulungsmaßnahme im DMP ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen. Aus diesem Grund bedarf es für die beschriebene Situation keinen zusätzlichen Passus.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
10.16	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	Anlage 1, 1.6 (Zeile 176) Aufgrund der aktuellen Evidenzlage stimmen wird den Ausführungen der KBV, DKG und PatV zu; unten DKG .	Dank und Kenntnisnahme. Die spezifische perioperative Betreuung ist nicht Gegenstand des DMP.
10.17	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	Anlage 1, 1.8.1 (Zeile 208) Position der KBV und PatV Eine Begrenzung der Teilnahme am DMP durch Hausärzte ist kontraproduktiv. Gerade viele jüngere Patient*innen werden ausschließlich von Pädiatern und Spezialistinnen und Spezialisten der Inneren Medizin (z.B. Endokrinologen oder Diabetologen) betreut, auch diese Menschen müssen einen einfachen Zugang zum DMP haben.	KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Wie in den Tragenden Gründen dargelegt, verfolgen DMP grundsätzlich einen niedrigschwelligen integrativen Versorgungsansatz mit langfristiger Patientenbegleitung unter Berücksichtigung bestehender Komorbiditäten. Entsprechend § 73 SGB V werden diese Aufgaben der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben, an der unter anderem Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt teilnehmen. Die Verfügbarkeit von fachärztlichem Spezialwissen zu einzelnen Fragestellungen wird durch Überweisungsregelungen an entsprechende Fachärztinnen oder Fach-ärzte sichergestellt. Darüber hinaus kann in Aus-nahmefällen auch ein Facharzt

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>oder eine Fachärztin für Innere Medizin oder eine entsprechend qualifizierte zugelassene Einrichtung koordinierend tätig sein. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Darüber hinaus ist anzumerken, dass sich der vorliegende Beschlussentwurf an erwachsene Patientinnen und Patienten richtet. Ein DMP für Kinder und Jugendliche mit Adipositas wird noch erarbeitet.</p> <p>DKG: Es wird einerseits dem Umstand Rechnung getragen, dass das Ziel, Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, die an einem DMP teilnehmen durch kontinuierliche Behandlung und Betreuung langfristig zu begleiten, um das Fortschreiten der Erkrankung kontinuierlich positiv beeinflussen zu können und der Entstehung von Folgeerkrankungen vorzubeugen. Für diese langfristige und kontinuierliche Betreuung ist der Hausarzt der geeignete Adressat und von zentraler Bedeutung. Des Weiteren befürworten wir eine Öffnung dahingehend, dass nicht allein</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>Internistinnen und Internisten, sondern auch andere Facharztgruppen die Behandlung, Betreuung und Koordination der Patientinnen und Patienten im DMP Adipositas übernehmen können, und zwar insbesondere dann, wenn sie diese bereits dauerhaft betreut haben. Unter diesen Voraussetzungen kann davon ausgegangen werden, dass sie sich mit der Behandlung des komplexen Krankheitsbildes bereits auseinandergesetzt haben und eine fundierte Kenntnis über den Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten und deren Bedarfe erlangen konnten. Für den Fall, dass im Zuge der Langzeitbehandlung und -betreuung ein bestimmter Kompetenzbereich fachlich nicht abgedeckt werden kann, hat die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt die Möglichkeit auf die Überweisungsregeln (1.8.2) zurückzugreifen.</p>
10.18	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)	Anlage 1, 1.8.2 (Zeile 238 und 245) Position der DGK, KBV und PatV	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Die genannten Überweisungskriterien sind nicht abschließend. Weitere Überweisungsanlässe sind daher</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	e.V. vom 28.08.2023		ebenfalls individuell zu prüfen. Der GKV-SV hält die vorgenommene Schwerpunktsetzung für angemessen.
10.19	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	Anlage 1, 1.8.3 (Zeile 255) Position der DGK, KBV und PatV	KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Patientinnen und Patienten mit einer Adipositas, die zur Immobilität führt, sind nicht Zielgruppe des DMP. Eine wesentliche Voraussetzung ist die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme an einer Patientenschulung. Selbst, wenn diese Voraussetzung hier nicht einschlägig wäre, ist zweifelhaft, ob für die Gruppe überhaupt (akut)stationäre Einrichtungen für eine konservative Behandlung in Frage kämen oder vorrangig eine spezialisierte Rehabilitationsbehandlung stattfinden müsste. Der GKV-SV bleibt daher bei seiner Positionierung.
10.20	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	Anlage 1, 2, (Zeile 285) Wir schließen uns KBV und DKG an: Vermeidung eines manifesten Diabetes mellitus Typ 2 und seiner schwerwiegenden Folgeerkrankungen bei bestehendem Prädiabetes bei Einschreibung	KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Folgedissens zu 1.2, da der Prädiabetes keine Einschreibebegründende Komorbidität ist.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
10.21	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	<p>Anlage 1, 4.2, (Zeile 313 ff) und Anlage 2, 4.2. (Zeile 615)</p> <p>Stellungnahme und Ergänzung der DGE und mit Begründung:</p> <p>Alle 3 Patientenschulungsprogramme (Change your Life, DocWeight 2.3, ZEPmax) sind interdisziplinäre Programme, die die Module Ernährung, Bewegung und Verhaltenstraining beinhalten und deren Grundstruktur im ambulanten Setting umgesetzt werden kann. Limitierender Faktor wird für alle 3 Programme die räumlich-materielle Infrastruktur sein: a) Stühle, Untersuchungsliegen und Wagen etc., die für Patienten mit Adipositas geeignet sind, für eine Gruppe von Patienten und b) Kooperation mit Sportstätten. Für beides sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es Hausärzten ermöglichen, diese Strukturen zu schaffen. Bei allen Programmen können inhaltlich/personell geringe Anpassungen vorgenommen werden um die Tauglichkeit in der hausärztlichen Versorgung zu gewährleisten ohne den Nutzen zu beeinträchtigen. Wir schließen uns somit der Auswahl dieser 3 Patientenschulungsprogramme an und empfehlen für die praktische Umsetzung der Programme in der hausärztlichen Versorgung in Dialog mit den</p>	<p>GKV-SV: zu Change your Life, DocWeight 2.3, ZEPmax (1. Absatz): Die Tragenden Gründe wurden angepasst. Darin findet sich eine ausführliche Begründung, warum die derzeitigen Schulungsprogramme jeweils als nicht geeignet angesehen werden und welche Voraussetzungen für eine Eignung erfüllt sein müssten.</p> <p>zu Nachsorges Schulungsprogrammen (2. Absatz): Die langfristige Nachsorge findet im DMP insbesondere im Rahmen der regelmäßigen Verlaufsuntersuchungen statt. Darüber hinaus sind auch Wiederholungsschulungen nicht ausgeschlossen. In den vom IQWiG bewerteten Leitlinien finden sich keine Empfehlungen zu Nachsorges Schulungen.</p> <p>PatV: Auch aus Sicht der Patientenvertretung sind die drei genannten Schulungsprogramme geeignete Schulungen im Rahmen dieses DMPs.</p> <p>Zu den Nachsorgeprogrammen: siehe 10.1.</p> <p>KBV, DKG: In der KBV-Position wurden bewusst zunächst alle drei Schulungen genannt, um Hinweise aus Stellungnahmen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Programmentwicklern zu treten.</p> <p>Keines der Programme beinhaltet eine strukturierte Nachsorge, obwohl über 50% der Patienten nach erfolgreicher Gewichtsreduktion nach etwa 3-5 Jahren wieder ihr Ausgangsgewicht erreichen [5] bzw. langfristig nur ca. 17% eine Gewichtsreduktion um 10% ihres Körpergewichts halten können[6]. Entsprechend der S3-Leitlinie [7] sollten Maßnahmen zur langfristigen Gewichtsreduktion Aspekte der Ernährungstherapie, der Bewegungstherapie und der Verhaltenstherapie berücksichtigen sowie langfristige Behandlungs- und Kontaktangebote inklusive Wiegen/Umfangsmessung beinhalten. Damit das DMP Adipositas eine langfristige Gewichtsreduktion und somit Risikoreduktion erreicht, sollten strukturierte interdisziplinäre Gruppennachsorgeprogramme, welche die regelmäßigen ärztlichen DMP-Termine ergänzen, die Anschlussversorgung nach Abschluss eines Schulungsprogramms darstellen. Um die Eigenverantwortung der Patienten zu steigern, sollte dabei die Betreuungsintensität sukzessive reduziert werden, ggf.</p>	<p>berücksichtigen zu können. Hieraus ergab sich in der abschließenden Bewertung, dass mit „Change your life“ ein publiziertes, evaluiertes und grundsätzlich geeignetes Schulungsprogramm vorliegt, das flächendeckend jedoch nicht umsetzbar sein wird. Um die Möglichkeit für ein flächendeckendes Schulungsangebot zu schaffen, sollen weitere Schulungsprogramme gemäß § 4 Absatz 3 Satz 5 und 6 DMP-A-RL zum Gegenstand der Verträge gemacht werden können, wenn sie zum Zeitpunkt der ersten Vertragsabschlüsse noch nicht evaluiert sind. Dies gilt für DocWeight 2.3, für das ein geeignetes Evaluationskonzept vorliegt.</p> <p>Zu den Nachsorgeprogrammen: siehe 10.1.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		ergänzt um elektronische Unterstützung/Erinnerungen. Aktuell in der Evaluierung befindliche Nachsorgeprogramme wurden z.B. an der Uniklinik Köln entwickelt. Analog zu den Schulungsprogrammen sollten die Nachsorgeprogramme spätestens mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes einleiten.	
10.22	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	Anlage 1, (Zeile 332 und 333 ff) Aufgrund der aktuellen Evidenzlage stimmen wird den Ausführungen der KBV, DKG und PatV	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Der Beschlussentwurf wurde angepasst und Aspekte beider Positionen berücksichtigt. Das beinhaltet die expertengestützte Differenzierung der Alltagsaktivität und des körperlichen Trainings sowie die Abbildung der Leitlinienempfehlungen zu Art, Dauer und Intensität des Trainings.</p> <p>GKV-SV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, werden in den einbezogenen Leitlinien keine Empfehlungen für spezifische Bewegungsarten gegeben. Es wird lediglich auf einen zeitlichen Mindestumfang und die „moderate Intensität“ abgestellt. Hieraus ergibt sich, dass, ausgehend vom individuellen Trainingszustand sowohl „Alltags-</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			aktivitäten“ als auch Sportarten im engeren Sinne geeignet sein können, diese moderate Intensität zu erreichen. Allerdings erscheint eine diskriminierte Erfassung dieser Modalitäten in der Praxis kaum darstellbar.
10.23	Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) e.V. vom 28.08.2023	Literaturverzeichnis (Literatur in Anlage) <ol style="list-style-type: none"> 1. Styne, D.M., et al., Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab, 2017. 102(3): p. 709-757. 2. Farooqi, I.S., Monogenic human obesity syndromes. Handb Clin Neurol, 2021. 181: p. 301-310. 3. Giordano, R., et al., Metabolic and cardiovascular outcomes in patients with Cushing's syndrome of different aetiologies during active disease and 1 year after remission. Clin Endocrinol (Oxf), 2011. 75(3): p. 354-60. 4. Barahona, M.J., et al., Persistent body fat mass and inflammatory marker increases after long-term cure of Cushing's syndrome. J Clin Endocrinol Metab, 2009. 94(9): 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>3365-71.</p> <p>5. Bischoff, S.C., et al., Multicenter evaluation of an interdisciplinary 52-week weight loss program for obesity with regard to body weight, comorbidities and quality of life—a prospective study. <i>Int J Obes (Lond)</i>, 2012. 36(4): p. 614-24.</p> <p>6. Kraschnewski, J.L., et al., Long-term weight loss maintenance in the United States. <i>Int J Obes (Lond)</i>, 2010. 34(11): p. 1644-54.</p> <p>7. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas , Version 2.0</p>	
11	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV) vom 28.08.2023		
11.1	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV) vom 28.08.2023	<p>Z 87</p> <p>Abschnitt 1.3</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen ausdrücklich die Aufnahme der Steigerung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf beeinflussbare</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV: Der BE wurde aufgrund dieser und anderer Stellungnahmen angepasst.</p> <p>GKV-SV: Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz kann als ein übergeordnetes Ziel der DMP verstanden werden. Dies wird auch deutlich durch den Stellenwert, den gerade</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Faktoren in die Therapieziele (Vorschlag von DKG + PatV)</p> <p>Die Bedeutung individueller Gesundheitskompetenz insbesondere auch für die Nachhaltigkeit von Versorgungsleistungen sollte auch im Rahmen dieses DMP Berücksichtigung finden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags von DKG+PatV</p>	<p>Schulungsprogramme innerhalb der DMP haben. Allerdings handelt es sich hierbei um einen mehrdimensionalen Begriff, dessen Messbarkeit im Rahmen der DMP QS, anders als bei den anderen berücksichtigten Zielen, nicht realisierbar erscheint (Siehe Nr. 2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V) im Beschlussentwurf). Daher wird auf die Nennung unter 1.3 verzichtet.</p> <p>DKG: Eine erneute Befassung mit der Thematik aufgrund des Stellungnahmeverfahrens führte im Ergebnis zu einer Streichung dieses Therapieziels auch in der DKG-Position. Die Begründung siehe bitte Auswertung der Stellungnahme seitens des GKV-SV.</p>
11.2	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV) vom 28.08.2023	<p>Z 145</p> <p>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</p>	<p>GKV-SV, PatV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, werden in den einbezogenen Leitlinien keine Empfehlungen für spezifische Bewegungsarten gegeben. Es wird lediglich auf einen zeitlichen Mindestumfang und die „moderate Intensität“ abgestellt. Hieraus ergibt sich, dass, ausgehend vom individuellen Trainingszustand sowohl „Alltagsaktivitäten“ als auch Sportarten im engeren Sinne</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>dar. Insbesondere der Hinweis auf die Verordnungsfähigkeit von Rehabilitationssport wird begrüßt.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme Vorschlag GKV mit Ergänzung folgender Textabschnitte von DKG, KBV, PatV: „Eine Steigerung der körperlichen Aktivität kann bereits mit einer Erhöhung der Alltagsaktivitäten (z. B. Gartenarbeit, Treppensteigen, Spaziergehen) beginnen und sollte durch sportliches Training, weiter gesteigert werden.“ „Nach Erreichen einer Gewichtsreduktion soll zur Stabilisierung des Gewichts die vermehrte körperliche Aktivität mindestens beibehalten werden.“</p>	<p>geeignet sein können, diese moderate Intensität zu erreichen. Dennoch erscheint die Anregung der Stellungnehmer sinnvoll, da hierdurch eine hilfreiche Illustration der abstrakten Empfehlung erfolgen kann. Im Text wird daher ergänzt, dass zur Zielerreichung sowohl eine Steigerung der körperlichen Aktivität in Alltag und Beruf als auch ein gezieltes körperliches Training in der Freizeit beitragen können.</p> <p>Die Empfehlung zur Beibehaltung der körperlichen Aktivität findet sich zwar ebenfalls in den einbezogenen Leitlinien, allerdings nicht mit demselben hohen Empfehlungsgrad wie die aufgeführten.</p> <p>Die zitierte deutsche S3-Leitlinie ist abgelaufen, eine Aktualisierung ist noch nicht publiziert und daher im Zuge dieser DMP-Richtlinienerstellung nicht verfügbar.</p> <p>KBV, DKG: Dank und Kenntnisnahme. Der Beschlussentwurf wurde angepasst und Aspekte beider Positionen berücksichtigt. Das beinhaltet die expertengestützte Differenzierung der Alltagsaktivität und des körperlichen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Grundlage für die Ergänzung der Textabschnitte sind folgende Empfehlungen aus der S3-Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Adipositas“:</p> <p>„Menschen mit Übergewicht und Adipositas sollen dazu motiviert werden, ihre körperliche Aktivität im Alltag zu steigern.“¹</p> <p>„Vermehrte körperliche Aktivität soll zur Gewichtsstabilisierung nach Gewichtsreduktion empfohlen werden.“²</p> <p>-----</p> <p>¹[1], S.51</p> <p>²[1], S. 51</p>	<p>Trainings sowie die Abbildung der Leitlinienempfehlungen zu Art, Dauer und Intensität des Trainings.</p>
11.3	Spitzenverband der	Z 279	DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Das Kapitel ist als

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Heilmittelverbände e. V. (SHV) vom 28.08.2023	<p>Abschnitt 1.9</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen ausdrücklich die Aufnahme dieses Abschnitts zu digitalen medizinischen Anwendungen. Auch das DMP Adipositas sollte hier die Potenziale der digitalen Entwicklungen nutzen. Durch die Aufnahme dieses Abschnitts, kann die systematische Berücksichtigung dieses Themas gesichert werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme des Abschnitt 1.9</p>	<p>Bestandteil des DMP vorgesehen.</p> <p>KBV:</p> <p>Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Bei der Prüfung digitaler medizinischer Anwendungen (DimAs) gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB bezüglich Ihrer Eignung für die Aufnahme in das DMP Adipositas konnte von Seiten des GKV-SV keine DimA identifiziert werden, die für eine Aufnahme geeignet ist. Entsprechend bedarf es aus Sicht des GKV-SV auch nicht der Aufnahme eines Kapitels für „Geeignete digitale medizinische Anwendungen“ im Beschlusstext.</p>
11.4	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV) vom 28.08.2023	<p>Z 332</p> <p>Abschnitt 5</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag von KBV, DKG und PatV der Ausdifferenzierung der Auswertungsparameter in g) und h). Damit wird deutlich, dass Bewegung zwei wesentliche</p>	<p>KBV, PatV, DKG:</p> <p>Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Der Stellungnahme wird gefolgt, der GKV-SV ändert seine Positionierung zugunsten einer differenzierten Erfassung verschiedener Aktivitätsarten. Siehe Ausführungen zu 11.2: Eine Differenzierung der Intensität von körperlicher</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Elemente umfasst, die individuell sehr unterschiedlich ausfallen können und damit ggf. auch unterschiedliche Handlungsoptionen öffnen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme Vorschlag von KBV, DKG und PatV der Ausdifferenzierung der Auswertungsparameter in g) körperliche Alltagsaktivitäten h) sportliches Training</p>	<p>Aktivität findet sich in den zu Grunde liegenden Leitlinien nicht und schlägt sich daher auch nicht in den Evaluationsparametern in der Version des GKV-SV nieder.</p>
11.5	<p>Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV) vom 28.08.2023</p>	<p>Literaturverzeichnis [1] Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. (2011-2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
12	Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie (CAADIP) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) vom 28.08.2023		
12.1	Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie (CAADIP) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) vom 28.08.2023	<p>Unsere Fachgesellschaft kann einer Veröffentlichung des vorliegenden DMP in dieser Form nicht zustimmen.</p> <p>Das DMP sollte eine Präambel enthalten, in der ausformuliert wird, dass Adipositas eine chronische Erkrankung ist, Maßnahmen der Prävention bis dato gescheitert sind und die Inzidenz zunimmt. Betroffene leiden unabhängig von assoziierten Begleiterkrankungen an einer reduzierten Lebensqualität, reduzierter Teilhabe, einer reduzierten Lebenserwartung (z.B. BMI 50kg/m² 10 bis 12Jahre) etc., was auch erheblich sozioökonomische Kosten verursacht (erhöhte Arbeitslosigkeit, Krankenstand, Frühberentung, Behandlungskosten etc.).</p> <p>Die soll die Notwendigkeit des Handlungs- bzw. Behandlungsbedarfs unterstreichen.</p> <p>Vor dem Hintergrund, dass die Adipositaschirurgie die Therapieoption mit der höchsten Effektstärke und vermutlich</p>	<p>Kenntnisnahme. Siehe hierzu 12.3-12.7. (Auswertungen zu den konkreten Änderungsvorschlägen) sowie 8.7.</p> <p>KBV: Weitere Ergänzungen: Die Formulierung zur Indikation zur Adipositas-Chirurgie wurde im BE gemäß der Leitlinien und unter Berücksichtigung einer Entscheidung des Ersten Senats des Bundessozialgerichts vom 22. Juni 2022 (Az. B 1 KR 19/21 R) angepasst.</p> <p>KBV, PatV, DKG: Die Empfehlungen zur Möglichkeit einer adjuvanten medikamentösen Therapie wurden unter Berücksichtigung des IQWiG-Berichtes aus Sicht der KBV adäquat adressiert (siehe hierzu auch 3.5.).</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>die einzig nachhaltige ist; die metabolische Chirurgie die einzige Option ist, einen (auch fortgeschrittenen) Typ 2 Diabetes in einem hohen Prozentsatz in Remission zu bringen, ist es verwunderlich, mit welcher Ausschließlichkeit die konservative (und dabei nicht einmal die medikamentöse) Therapie betrachtet wird. Unsere Fachgesellschaft ist jederzeit bereit, sich konstruktiv insbesondere bezüglich adipositaschirurgischer Eingriffe (von der Indikationsstellung bis zur Nachsorge) wissenschaftlich fundiert einzubringen.</p> <p>Das DMP erscheint unwissenschaftlich in der Überbewertung bzw. Fokussierung auf die konservative Therapie, für die es bezüglich in Effektstärke und Nachhaltigkeit keinerlei Daten aus wissenschaftlichen Studien gibt, die diese befürworten.</p> <p>Die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ Leitlinie“, die auch so in die neue DAG-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ übernommen werden, sollten inhaltlich weder in der Formulierung noch im Empfehlungsgrad geändert werden. Es handelt sich hierbei um eine interdisziplinäre S3-Leitlinie der AWMF, die auch zukünftig die Grundlage ärztlichen Handelns sein wird und es gibt auch keine neuen wissenschaftlichen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Erkenntnisse, die diese Empfehlungen in Frage stellen.</p> <p>Wenn es neue wissenschaftliche Daten bezüglich der Indikationsstellung für adipositaschirurgische oder metabolische Operationen gibt, dann sollten diese an die Leitlinienkommission herangetragen werden und dann nach Diskussion in Form eines Leitlinienamendements in diese implementiert werden</p> <p>Bezüglich der BMI-Grenzen und der Notwendigkeit einer vorgeschalteten konservativen Therapie sehen die neuen Empfehlungen der American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) und der International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) z.B. die Adipositas oder Metabolische Chirurgie indiziert ab einem BMI $\geq 35\text{kg/m}^2$, ohne dass im Vorfeld eine konservative Therapie erfolgen muss, da es für letztere keinerlei Evidenz gibt.</p> <p>Literatur:</p> <p>Eisenberg D et al., 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO):</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. Surg Obes Relat Dis. 2022 Dec;18(12):1345-1356. doi: 10.1016/j.soard.2022.08.013.</p> <p>Die Pharmakotherapie, die adjuvant oder im niedrigen BMI-Bereich durchaus eine Berechtigung zu haben scheint und sich etabliert, wird gänzlich vernachlässigt.</p>	
12.2	<p>Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositastrapie und metabolische Chirurgie (CAADIP) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) vom 28.08.2023</p>	<p>Eine regelmäßige Nachsorge und damit fortwährende konservative Betreuung nach Adipositas-chirurgischen Eingriffen ist ein wichtigstes Element in der komplexen Behandlung der Adipositas-Erkrankung. Es ist davon auszugehen, dass nach einer erfolgreichen bariatrischen Therapie die Erkrankung Adipositas bestehen bleibt. Somit ist die Betreuung nicht nur wichtig, sondern vor allem notwendig. Nur somit ist der langfristige Erfolg zu gewährleisten.</p> <p>Entscheidende Aspekte der Nachbetreuung sind zunächst die Erkennung von möglichen Früh- bzw. Spätkomplikationen. Entscheidender ist aber den gewünschten Gewichtsverlust zu</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, PatV: Siehe hierzu 12.3-12.7. (Auswertungen zu den konkreten Änderungsvorschlägen), sowie 21.2.</p> <p>GKV-SV: Siehe hierzu ab 12.3 (Auswertungen zu den konkreten Änderungsvorschlägen)</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>optimieren und zu stabilisieren. Darüber hinaus sollten Fehl- und Mangelernährung vermieden werden.</p> <p>Neben der Begleitung der Gewichtsreduktion muss die Therapie der Adipositas bedingten Begleiterkrankungen der Verbesserung des Allgemeinzustandes der Patienten angepasst werden. Dies gilt nicht nur für den Bluthochdruck und den Diabetes, sondern für alle anderen Verbesserungen, die sich nach einer bariatrischen Therapie einstellen.</p> <p>Die Durchführung regelmäßiger Laboruntersuchungen, sowie die Erkennung und Supplementation bei Mangelerkrankungen aufgrund einer Malabsorption muss gewährleistet werden.</p> <p>Ein weiterer wichtiger Aspekt welcher vollständig unberücksichtigt bleibt ist die Wiederherstellung und Rekonstruktion der Körperform nach starker Gewichtsreduktion welche oft trotz erfolgreicher Gewichtsreduktion zusätzlich medizinisch indiziert ist, um die massiven funktionellen Einschränkungen durch das überschüssige Gewebe am Körper operativ nachhaltig zu verbessern. In der Praxis ist insbesondere 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Kostenübernahme durch die Kassen oft strittig und teilweise von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Es ist wissenschaftlich belegt, dass konturwiederherstellende Operationen nach massiver Gewichtsreduktion zur funktionellen Besserung, psychischen Besserung und Steigerung der Lebensqualität / Teilhabe / Reintegration etc. beitragen. Diesbezüglich wird eine eigene Stellungnahme der Fachgesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie (DGPRÄC) folgen.</p>	
12.3	<p>Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie (CAADIP) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) vom 28.08.2023</p>	<p>1.4.2 Therapieplanung Stellungnahme mit Begründung: Nach Einschluss des Patienten in ein DMP Adipositas ist selbstverständlich eine Therapieplan notwendig. Diese kann aber nicht nur Ernährungsberatung, Bewegungstherapie und Verhaltensmodifikation beinhalten. In Abhängigkeit von Begleiterkrankung und der Ausprägung des Übergewichtes, ist eine frühzeitige chirurgische und/oder medikamentöse Einbeziehung notwendig. Letztlich sind nur diese beiden Therapien Evidenz basiert in der Lage dauerhaft die</p>	<p>Die chirurgische Therapie der Adipositas wird in dem entsprechenden Kapitel der spezifischen therapeutischen Maßnahmen adressiert. Da die Schulung die zentrale Maßnahme dieses DMP darstellt liegt für das Kapitel der Therapieplanung der Fokus auf den konservativen 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Erkrankung behandeln zu können. Die Look-AHEAD-Studie ist die größte prospektive, randomisiert kontrollierte Studie zu verhaltensorientierten Gewichtsreduktionsmaßnahmen (bei mehr als 5.000 Patienten mit mäßiger Adipositas und durchschnittlichem BMI 36 kg/m² und Diabetes mellitus Typ 2). In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass trotz erheblicher Anstrengungen, einschließlich intensiver Einzel- und Gruppenbetreuung, kostenloser Ersatzmahlzeiten, Motivationswettbewerben zur Gewichtsreduktion und mehr als 200 Minuten Sport pro Woche, nach acht Jahren ein durchschnittlicher Unterschied in der Gewichtsabnahme von weniger als 3 % zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Die Kontrollgruppe erhielt lediglich regulär vorgesehene Betreuung im Rahmen ihrer Diabeteserkrankung. Konsequenterweise führte dieser geringe Gewichtsunterschied zwischen den beiden Studiengruppen dazu, dass die Studie wegen fehlenden zu erwartenden Effektes in Bezug auf ihre Fähigkeit, Unterschiede in der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität zwischen den beiden Gruppen nachzuweisen, nach 11,5 Jahren abgebrochen wurde (1). Die bisher besten Daten</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>zur konservativen Adipositas therapie zeigen folglich eine begrenzte Wirksamkeit dieses Ansatzes bei Menschen mit moderater Adipositas.</p> <p>Maßnahmen die auf eine negative Kalorienbilanz abzielen, stützen sich auf Willenskraft und kognitive Kontrolle. Dieser Ansatz berücksichtigt nicht das zugrundeliegende homöostatische System, welches das Körpergewicht schützt (1/2). Kalorienrestriktion führt zu einer gegenteiligen Regulation und wird immer dazu führen das der Körper mit einer biologischen Antwort dem Gewichtsanstieg entgegensteuert. Je größer der Gewichtsverlust ist, desto stärker ist die gegenläufige Reaktion. Aus diesem Grund sind Studien die die konservative Therapie untersuchten negativ ausgefallen. Gerade ausgeprägte Begleiterkrankungen sollten selbst bei einem relativ niedrigen Body Maß Index frühzeitig die therapeutischen chirurgischen Alternativen aufgezeigt bekommen. So konnte Schauer zeigen, dass selbst bei BMI 27 Patienten mit Diabetes mellitus dauerhaft von der chirurgischen Therapie profitieren. Patienten, die eine bariatrischen Operation erhielten, haben weniger Risiko ein Leberzellkarzinom zu entwickeln. Diese Beispiele sollen 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>exemplarisch für viele stehen die die positiven Effekte der operierten Patienten aufzeigen. Behandlungsalternativen müssen frühzeitig dem Patienten aufgezeigt werden, sind sie doch den konservativen Therapien deutlich überlegen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Patienten mit einem BMI über 35 kg/m² und Begleiterkrankungen oder einem BMI über 40 kg/m² sollten zusätzlich frühzeitig chirurgisch durch ein DGAV zertifiziertes Adipositaszentrum mitbehandelt werden.</p>	<p>Zur Zertifizierung: Der G-BA verweist in seinen Richtlinien grundsätzlich nicht auf Zertifikate anderer Organisationen, unabhängig davon, ob sie inhaltlich sachgerecht wären oder nicht. Derartige Verweise wären insofern dynamisch, als eine Dritte, ausstellende Organisation die Anforderungen des Zertifikats jederzeit ändern kann. Von Gesetzes wegen hat der G-BA die Aufgabe gut begründet bestimmte Anforderungen normativ festzulegen, eine Delegation auf externe „Zertifikateanbieter“ schließt sich daher rechtlich aus.</p>
12.4	Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie (CAADIP)	<p>1.5.1 Basismaßnahmen</p> <p>Basismaßnahmen sollten immer Teil einer Übergewichtsbehandlung sein. Wichtig ist sich klarzumachen, dass die Effektstärke welche von diesen Maßnahmen ausgeht als extrem gering eingeschätzt werden muss. Das bedeutet,</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	<p>der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) vom 28.08.2023</p>	<p>dass der Aufwand den wir einsetzen um jeden Patienten mit einem BMI von 30kg/m² oder größer eine Ernährungsberatung, Bewegungstherapie und Verhaltensmodifikation zukommen zu lassen immens ist, der Gewinn an Lebensqualität und Lebensjahren ohne weitere Maßnahmen gering. Bezugnehmend auf die schon zitierte Look-AHEAD-Studie sollten Basismaßnahmen als Grundlage verstanden werden auf die eine gewichtsreduzierende Therapie (medikamentös oder chirurgisch) aufsetzen kann. Aus diesem Grund ist es wichtig Patienten aufzuklären, dass es auch operative Möglichkeiten gibt und wenn Patienten langfristig, konservativ nicht erfolgreich sind frühzeitig chirurgisch angebunden werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zeile 121</p> <p>Der Patient oder die Patientin soll darüber aufgeklärt werden, dass mit diesen Maßnahmen über die Gewichtsabnahme hinaus auch eine dauerhafte Verbesserung des Gesundheitsstatus bzw. Verringerung der Krankheitslast</p>	<p>DKG, PatV, GKV-SV, KBV: In seinen Beschlusstexten hat sich der G-BA an Empfehlungen aus einschlägigen Leitlinien orientiert. Aus diesen Empfehlungen geht hervor, dass eine Umstellung von Bewegung, Ernährung und Verhalten als Fundament dafür gesehen wird, den Gesundheitsstatus der Patientinnen und Patienten langfristig positiv zu beeinflussen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>angestrebt wird. Ferner soll darüber aufgeklärt werden, dass nach der Phase der Gewichtsabnahme weitere Maßnahmen zur dauerhaften Gewichtsstabilisierung erforderlich sind.</p> <p>Auch sollte der Patient darüber aufgeklärt werden, dass nach der derzeit gültigen S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ Adipositas- oder Metabolische Chirurgie ab einem BMI über 35 kg/m² mit Begleiterkrankungen oder einem BMI über 40 kg/m² eine chirurgische Therapieoption besteht und eine Vorstellung in einem operativen Zentrum möglich ist.</p> <p>Zeile 128-130</p> <p>Zusätzlich</p> <p>BMI ≥ 40 kg/m²: ≥ 20 % des Ausgangsgewichts</p> <p>Patienten die nach initial, konservativer Therapie mit erfolgreicher Gewichtsabnahme einen erheblichen, erneuten Gewichtsanstieg verzeichnen, sollten frühzeitig für</p>	<p>Die Möglichkeit bariatrischer Eingriffe als Therapieoption inklusive der unterschiedlichen Voraussetzungen finden im Kapitel Chirurgische Therapie Erwähnung.</p> <p>KBV: Die Angabe für einen Zielwert zur Gewichtsabnahme von ≥ 20 % des Ausgangsgewichts bei einem BMI ≥ 40 kg/m² lässt sich aus den Leitlinien nicht ableiten.</p> <p>DKG, GKV-SV: Bei den Angaben zu den empfohlenen Gewichtsreduktionen in Zeile 128-130 des BE, hat sich der G-BA an Empfehlungen aus einschlägigen Leitlinien orientiert.</p> <p>DKG, PatV, GKV-SV, KBV: Die beschriebene Situation wird in Kapitel 1.8.2 Zeile 244 adressiert (Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>weiterführende Maßnahmen (medikamentös oder chirurgisch) an ein operatives Adipositaszentrum überwiesen werden.</p> <p>Literaturverzeichnis</p> <p>1 Look, A.R.G., Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. Obesity (Silver Spring), 2014. 22(1): p. 5-13.</p> <p>2 Bluher, M., Obesity: global epidemiology and pathogenesis. Nat Rev Endocrinol, 2019. 15(5): p. 288-298.</p> <p>3 Sumithran, P. and J. Proietto, The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss. Clin Sci (Lond), 2013. 124(4): p. 231-41.</p> <p>4 Schauer, P.R., et al., Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes - 5-Year Outcomes. N Engl J Med, 2017. 376(7): p. 641-651.</p> <p>5 Ramai, D. et al., Systematic review with meta-analysis:</p>	<p>jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung bzw. zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten)</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>bariatric surgery reduces the incidence of hepatocellular carcinoma. Aliment Pharmacol Ther. 2021 May;53(9):977-984.</p> <p>6 Look, A.R.G., Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. Obesity (Silver Spring), 2014. 22(1): p. 5-13.</p> <p>7 Bluher, M., Obesity: global epidemiology and pathogenesis. Nat Rev Endocrinol, 2019. 15(5): p. 288-298.</p> <p>8 Sumithran, P. and J. Proietto, The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss. Clin Sci (Lond), 2013. 124(4): p. 231-41.</p> <p>9 Schauer, P.R., et al., Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes - 5-Year Outcomes. N Engl J Med, 2017. 376(7): p. 641-651.</p> <p>10 Ramai, D. et al., Systematic review with meta-analysis: bariatric surgery reduces the incidence of hepatocellular carcinoma. Aliment Pharmacol Ther. 2021 May;53(9):977-984.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
12.5	Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie (CAADIP) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) vom 28.08.2023	1.5.6 Chirurgische Therapie Stellungnahme mit Begründung: Die Empfehlungen der aktuell gültigen S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ sollten nicht verändert werden; weder sollten die Formulierungen noch der Empfehlungsgrad geändert werden. Es handelt sich bei der Leitlinie um eine interdisziplinäre S3-Leitlinie der AWMF, die auch zukünftig die Grundlage ärztlichen Handelns sein wird und auch es gibt auch keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse, die diese Empfehlungen in Frage stellen. (Wenn es neue wissenschaftliche Daten bezüglich der Indikationsstellung für adipositaschirurgische oder metabolische Operationen gibt, dann sollten diese an die Leitlinienkommission herangetragen werden und durch diese in Form eines Leitlinienamendements in diese implementiert werden	GKV-SV: Die Position des GKV-SV basiert auf Bewertung der Empfehlungen der Leitliniensynopse des IQWiG internationaler Leitlinien und nicht nur auf der deutschen chirurgischen Leitlinie.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Änderungsvorschlag für das gesamte Kapitel:</p> <p>Definitionen:</p> <p>Adipositaschirurgie:</p> <p>Unter Adipositaschirurgie versteht man einen operativen Eingriff (z.B. Schlauchmagenbildung), durch den über eine nachhaltige Gewichtsreduktion eine Verbesserung von Komorbiditäten bzw. deren Prophylaxe und eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden soll.</p> <p>Metabolische Chirurgie:</p> <p>Unter Metabolischer Chirurgie werden operative Eingriffe wie oben verstanden, jedoch wird hier die Indikation primär zur Verbesserung der glykämischen Stoffwechsellage bei einem vorbestehenden Typ 2 Diabetes gestellt. Für andere mit der Adipositas bzw. mit dem metabolischen Syndrom assoziierte Erkrankungen gibt es derzeit keine ausreichenden Daten, um primär wegen dieser Erkrankungen die Indikation für einen operativen (metabolischen) Eingriff zu stellen.</p>	<p>DKG: Empfehlungen aus einschlägigen Leitlinien bilden die Grundlage zahlreicher Empfehlungen und Erläuterungen für das chirurgische Kapitels in diesem DMP. Die Darstellung erfolgte stellenweise pointiert, da insbesondere Begriffsdefinitionen oder Verfahrenserläuterungen hier nicht in Gänze abgebildet werden können. Die Darstellung der unterschiedlichen OP-Indikationen, die Kontraindikationen für adipositaschirurgische oder metabolische Operationen, sowie die Definition „Erschöpfung der konservativen Therapie“ orientiert sich in der Position der DKG eng an aktuellen LL- Empfehlungen. Die Ausführungen zu den chirurgischen und endoskopischen Verfahren wurden aufgrund ihres für die koordinierende Ärztin, den koordinierenden Arztes eher informativen Charakters gesamthaft vom BE in die TrGr verschoben.</p> <p>PatV: Die Aufnahme von Begriffsdefinitionen im Beschlussentwurf erscheint nicht zielführend.</p> <p>Bzgl. der Indikation für einen adipositaschirurgischen Eingriff</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Die Indikation für einen adipositaschirurgischen Eingriff ist unter folgenden Bedingungen gegeben:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bei Patienten mit einem BMI ≥ 40 kg/m² ohne Begleiterkrankungen und ohne Kontraindikationen ist nach Erschöpfung der konservativen Therapie nach umfassender Aufklärung eine adipositaschirurgische Operation indiziert. Patienten mit einem BMI ≥ 35 kg/m² mit einer oder mehreren Adipositas-assoziierten Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Hyperlipidämie, arterieller Hypertonus, Nephropathie, Obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), Adipositas-Hypoventilationssyndrom, Pickwick Syndrom, nicht alkoholische Fettleber (NAFLD) oder nicht alkoholische Fettleberhepatitis (NASH), Pseudotumor cerebri, Gastroösophageale Refluxerkrankung (GERD), Asthma, chronisch venöse Insuffizienz, Harninkontinenz, immobilisierende Gelenkerkrankung, Einschränkungen der Fertilität oder polyzystisches Ovarialsyndrom sollte eine adipositaschirurgische Operation angeboten werden, wenn die konservative Therapie erschöpft ist. 	<p>wurde diesem Änderungsvorschlag grundsätzlich gefolgt (jedoch nicht in dieser Detailtiefe).</p> <p>KBV: Die Formulierung zur Indikation zur Adipositas-Chirurgie wurde im BE gemäß den Leitlinien und unter Berücksichtigung einer Entscheidung des Ersten Senats des Bundessozialgerichts vom 22. Juni 2022 (Az. B 1 KR 19/21 R) angepasst.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>3. Unter bestimmten Umständen kann eine Primärindikation zu einem adipositaschirurgischen Eingriff gestellt werden, ohne dass vorher ein konservativer Therapieversuch erfolgte. Die Primärindikation kann gestellt werden, wenn eine der folgenden Bedingungen gegeben ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Patienten mit einem BMI $\geq 50 \text{ kg/m}^2$ • bei Patienten, bei denen ein konservativer Therapieversuch durch das multidisziplinäre Team als nicht erfolgsversprechend bzw. aussichtslos eingestuft wurde • bei Patienten mit besonderer Schwere von Begleit- und Folgeerkrankungen, die keinen Aufschub eines operativen Eingriffs erlauben <p>Definition der Erschöpfung der konservativen Therapie:</p> <p>Zur Indikationsstellung gelten die konservativen Maßnahmen als erschöpft, wenn nach mindestens 6 Monaten umfassender Lebensstilintervention in den letzten zwei Jahren eine Reduktion des Ausgangsgewichts von >15% bei einem BMI von 35-39,9 kg/m^2 und von >20% bei einem BMI über 40</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>kg/m² nicht erreicht wurde.</p> <p>Eine Indikation ist auch gegeben, wenn obige Gewichtsreduktion durch konservative Maßnahmen erreicht werden konnte und fortbestehende adipositasassoziierte Erkrankungen durch adipositaschirurgische oder metabolische Operationen weiter verbessert werden können (Begleiterkrankungen siehe Empfehlung 4.9, Punkt 2).</p> <p>Erfolgt nach einer erfolgreichen Gewichtsreduktion wieder eine Gewichtszunahme von >10%, gilt die konservative Therapie nach einem Jahr ebenfalls als erschöpft.</p> <p>Die Indikation für einen metabolischen Eingriff ist unter folgenden Bedingungen gegeben:</p> <p>Ab einem BMI ≥ 40 kg/m² und koexistierendem Typ 2 Diabetes soll dem Betroffenen eine metabolische Operation als mögliche Therapieoption empfohlen werden, unabhängig von der glykämischen Kontrolle oder der Komplexität der antidiabetischen Medikation. Neben dem antidiabetischen Effekt hat der Patient zusätzlich die positiven Effekte, 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>durch die nachhaltige Gewichtsreduktion erzielt werden.</p> <p>2. Betroffenen mit einem BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ und $< 40 \text{ kg/m}^2$ und koexistierendem Typ 2 Diabetes soll eine metabolische Operation als mögliche Therapieoption empfohlen werden, wenn es nicht gelingt, die diabetesspezifischen individuellen Zielwerte gemäß der Nationalen Versorgungsleitlinie zur Therapie des Typ-2-Diabetes zu erreichen.</p> <p>3. Metabolische Chirurgie sollte als mögliche Therapieoption in Erwägung gezogen werden für Erwachsene mit einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ und $< 35 \text{ kg/m}^2$ und koexistierendem Typ 2 Diabetes, wenn es nicht gelingt, die diabetesspezifischen individuellen Zielwerte gemäß der Nationalen Versorgungsleitlinie zur Therapie des Typ-2-Diabetes zu erreichen.</p> <p>4. Metabolische Chirurgie für Erwachsene mit einem BMI $< 30 \text{ kg/m}^2$ und koexistierendem Typ 2 Diabetes sollte nur im Rahmen wissenschaftlicher Studien erfolgen.</p> <p>5. Für Patienten asiatischer Herkunft ist die BMI-Grenze jeweils 2,5 Punkte niedriger.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>6. Zur Indikationsstellung für einen metabolischen Eingriff bei BMI < 40 kg/m² soll ein in der Diabetologie versierter Arzt (Diabetologe) hinzugezogen werden.</p> <p>Kontraindikationen für adipositaschirurgische oder metabolische Operationen stellen dar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instabile psychopathologische Zustände, eine unbehandelte Bulimia nervosa, aktive Substanzabhängigkeit • Konsumierende Grunderkrankungen, maligne Neoplasien, unbehandelte endokrine Ursachen, chronische Erkrankungen, die sich durch einen postoperativen katabolen Stoffwechsel verschlechtern • Vorliegende oder unmittelbar geplante Schwangerschaft <p>Können die als Kontraindikationen genannten Erkrankungen und Zustände erfolgreich behandelt werden oder können psychopathologische Zustände in einen stabilen Zustand überführt werden, sollte eine Re-Evaluation erfolgen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Bezüglich spezieller Aspekte bei der Indikationsstellung (junges oder hohes Alter, Begleiterkrankungen etc.) verweisen wir auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ unter: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/088-001.html</p>	
12.6	<p>Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie (CAADIP) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) vom 28.08.2023</p>	<p>1.5.6.1 Chirurgische Verfahren Änderungsvorschlag: Nach der aktuellen Leitlinie gelten als Standardverfahren: - die Schlauchmagenbildung, - der proximal Roux-en-Y Magenbypass, - der Omega-Loop- Magenbypass und - die Biliopankreatische Diversion mit/ohne Duodenal Switch (BPD-DS).</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Der Änderungsvorschlag entspricht inhaltlich der ursprünglichen DKG- Textierung (BE Zeile 173, TG Zeile 425). Die Ausführungen zu den chirurgischen und endoskopischen Verfahren wurde aufgrund ihres für die koordinierende Ärztin, den koordinierenden Arztes eher informativen Charakters gesamthaft vom BE in die TrGr verschoben.</p> <p>KBV, GKV-SV, PatV: Dieser Detaillierungsgrad ist für ein ambulantes DMP zu hoch und kann nicht Gegenstand der Beratung durch koordinierende Ärztinnen und Ärzte 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Die Verfahrenswahl orientiert sich an Begleiterkrankungen, Ausgangsgewicht und Therapieziel etc. unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz.</p> <p>Bezüglich spezieller Aspekte der Verfahrenswahl verweisen wir auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ unter: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/088-001.htm</p> <p>Das Magenband sollte nur nach besonderer Abwägung und Wunsch der Patientin oder des Patienten mit einem BMI < 50 kg/ m² in Erwägung gezogen werden.</p> <p>Zweizeitige Konzepte (Stufenkonzepte) sind in der Lage, das perioperative Risiko zu senken, und können besonders bei Patienten mit Extremformen der Adipositas und / oder erheblicher somatischer Komorbidität erwogen werden.</p>	
12.7	Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie	1.5.6.3 Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie Stellungnahme mit Begründung:	KBV: Auf die Notwendigkeit einer lebenslangen Nachsorge wird im Kapitel 1.5.6 hingewiesen. Es können jedoch keine Regelungen formuliert werden, die übergeordneten

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	<p>und metabolische Chirurgie (CAADIP) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) vom 28.08.2023</p>	<p>Postoperativ ist eine Nachbetreuung erforderlich, um Mangelzustände rechtzeitig zu detektieren, um bei Rückfall in alte Essgewohnheiten rechtzeitig zu interventionieren, zur Anpassung von Medikamenten, zur proaktiven Befragung bei anamnestisch selbstschädigenen Handlungen etc..</p> <p>Über die Notwendigkeit der Nachsorge besteht interdisziplinärer Konsens, auch bei Kostenträgern. Nur leider ist die Nachsorge problematisch in der Umsetzung, da sie bis dato nicht vergütet wird.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Postoperativ müssen alle Patientinnen oder Patienten hinsichtlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gewichtsverlauf - Klinische Beschwerden - Gesundheitszustand 	<p>rechtlichen Regelungen entgegenstehen (z. B. leistungsrechtliche Einschränkungen und Ausschlüsse).</p> <p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Der Änderungsvorschlag entspricht inhaltlich der Textierung von DKG und PatV (BE Zeile 175)</p> <p>GKV-SV: Auch bei vorliegenden Empfehlungen in Leitlinien kann eine Richtlinie zu einem DMP keine Regelungen treffen, die übergeordneten rechtlichen Regelungen entgegenstehen (z. B. leistungsrechtliche Einschränkungen und Ausschlüsse).</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<ul style="list-style-type: none"> - Status / Medikation von Begleiterkrankungen - Ernährungszustand (Makro- und Mikronährstoffe) - Laborkontrolle - Kontrolle Supplementation - Lebensqualität <p>lebenslang nachbetreut werden. Im ersten Jahr nach der Operation sollte die Nachbetreuung zweimal erfolgen, anschließend reicht eine einmalig Nachbetreuung im Jahr aus. Bei stärker malabsorptiven Eingriffen ist eine häufigere Konsultation erforderlich.</p> <p>Bezüglich spezieller Aspekte bei der Nachsorge (z.B. zu bestimmende Laborwerte, psychologische Aspekte etc.) verweisen wir auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ unter http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/088-001.html</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Literaturverzeichnis 1 Chiapetta S, Stier C, Weiner RA: How can we manage long-term follow-up after Obesity and Metabolic Surgery? Obesity Surgery 2018; 28: 253 – 254 2 Hellbardt M, Schilling-Maßmann B, Stöckmann B, et al.: Evaluation eines zweijährigen strukturierten, ambulanten, bariatrischen Nachsorgeprogramms: Vergleich zu einer Minimalnachsorge. Adipositas 2014; 8: 137 - 146 Look, A.R.G., Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. Obesity (Silver Spring), 2014. 22(1): p. 5-13.	
13	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. vom 28.08.2023		
13.1	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. vom 28.08.2023	Adipositas ist eine chronisch fortschreitende Erkrankung, die etwa jeden vierten Erwachsenen und damit circa 15 Millionen Menschen in Deutschland betrifft. Sie ist aufgrund der zahlreichen Folge- und Begleiterkrankungen die wichtigste Ursache für Lebensjahre mit Gesundheitseinschränkungen	Wir nehmen die einleitenden Ausführungen zur Kenntnis und würdigen die Stellungnahmen an den diesbezüglich konkret aufgeführten Stellen im BE und in den TrGr.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>und eine reduzierte Lebenserwartung.</p> <p>Der Gesetzgeber hat mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) die Erarbeitung eines DMP Adipositas beauftragt und eine interdisziplinäre, leitliniengerechte Versorgung eingefordert. Hierzu zitieren wir einleitend aus der Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung¹ vom 19.02.2021:</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. (...)</i></p> <p><i>Zu einer leitlinienkonformen Adipositastherapie gehören individuelle und Gruppentherapien, ergänzende pharmakologische Therapien, die sogenannte bariatrische Chirurgie mit postoperativer Langzeittherapie und ggf.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p><i>Supplementationstherapie bei starker Gewichtsreduktion.</i></p> <p><i>Die Versorgungsrealität wird jedoch den besonderen Bedürfnissen von Versicherten mit Adipositas oftmals nicht gerecht. (...) 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</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p><i>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>An diesem gesetzlichen Auftrag muss sich das DMP Adipositas messen lassen.</p> <p>Die Ernährungstherapie, die Bewegungstherapie, die Verhaltensmodifikation, die begleitende Arzneimitteltherapie, chirurgische und endoskopische Verfahren, sowie die Nachsorge nach einer chirurgischen Therapie sind leitliniengerechte Bestandteile einer multiprofessionellen Adipositasbehandlung.²</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Im Gegensatz zu vielen anderen Krankheiten, bei denen die erforderlichen Therapiebestandteile bereits leistungsrechtlich abgedeckt werden, so dass ein DMP lediglich den entsprechenden Rahmen setzen und den Pfad der Patienten durch das Gesundheitswesen definieren muss, sind diese Voraussetzungen im Fall von Adipositas nicht gegeben.</p> <p>In der Konsequenz muss der Patientenpfad lückenhaft bleiben oder mit einer Reihe von Stationen versehen, an denen der Betroffene die gemäß Leitlinien erforderlichen Leistungen selbst einkaufen muss.</p> <p>Insofern muss das DMP Adipositas unter den aktuellen Gegebenheiten hinter dem vom Gesetzgeber formulierten Anspruch zurückbleiben und sich auf Definition von Patienten-schulungen beschränken, sowie allenfalls die Schnittstellen zu den – bereits erstattungsfähigen – DIGA und der Adipositaschirurgie definieren.</p> <p>Aus Sicht der Patienten fehlen damit im eigentlich zunehmend gut gefüllten Werkzeugkasten der Adipositastherapie-Optionen eine ganze Reihe relevanter Werkzeuge.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Entsprechend fordern wir als deutschlandweit tätige Patientenorganisation und in Vertretung der Millionen von Menschen, die in Deutschland mit der Krankheit Adipositas leben, das DMP Adipositas zum Anlass zu nehmen, seitens des Gesetzgebers und des G-BA den Zugang und die Erstattung der leitliniengerechten und evidenzbasierten Behandlungsmethoden der Adipositas grundlegend neu zu regeln. In der Folge ist dann das DMP Adipositas zu überarbeiten, um dem ursprünglichen Anliegen des Gesetzgebers gerecht zu werden.</p> <p>Die erforderlichen Neuregelungen betreffen insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernährungstherapie (Vorschlag: Aufnahme der Indikation Adipositas in den Heilmittelkatalog) • Leitliniengerechte Mahlzeitenersatzprodukte zur Gewichtsreduktion (Total diet replacement for weight control mit Zusammensetzung nach EU Verordnung - max. 3 Monate) • Bewegungstherapie (Vorschlag: Aufnahme der Indikation Adipositas in den Heilmittelkatalog) 	

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<ul style="list-style-type: none"> • Begleitende Arzneimitteltherapie (Vorschlag: Anpassung des §34 Abs. 1 Satz 7 SGB V, um den von Adipositas Betroffenen, zumindest aber jenen, die im DMP Adipositas eingeschrieben sind, die Kostenerstattung zu ermöglichen) • Erstattung sämtlicher erforderlicher Voruntersuchungen zum Ausschluss von Kontraindikationen und seltener genetisch bedingter Adipositasformen vor Adipositas- und metabolisch-chirurgischen Eingriffen • Gesicherte Nachsorge nach Adipositas- und metabolisch-chirurgischen Eingriffen einschließlich des Labor-Monitorings möglicher Mangelzustände an Vitaminen und Spurenelementen (Vorschlag: Schaffung einer Laborausnahmeziffer analog zu Diabetes mellitus) <p>Leitliniengerechte Erstattungsfähigkeit von Vitaminen und Mineralstoffen nach Adipositas- und metabolisch-chirurgischen Eingriffen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Erst mit der Sicherstellung von Zugang und Erstattung der vorgenannten leitliniengerechten Therapieoptionen der Adipositas kann ein DMP Adipositas die beabsichtigte Wirkung entfalten.</p>	
13.2	<p>Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>Zu 1.2. Einschreibekriterien Nummer 47-53</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der Gesetzgeber hat im Rahmen des GVWG den G-BA mit der Schaffung eines DMP Adipositas beauftragt und nicht etwa mit einem DMP Begleiterkrankungen der Adipositas.</p> <p>In der Gesetzesbegründung wird als Zielsetzung die Verbesserung der Versorgung von „Versicherten mit krankhaftem Übergewicht“, „Versicherten mit Adipositas“ beziehungsweise „Patientinnen und Patienten mit Adipositas“ angeführt.</p>	<p>KBV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt lässt sich aus dem BMI alleine die individuelle Krankheitslast nicht ausreichend bestimmen. Auch in internationalen Leitlinien befürworten die Autoren die Berücksichtigung von Risikofaktoren und Komorbiditäten zur Klassifikation der Krankheitslast. Der in dieser und anderen Stellungnahmen vertretenen Argumentation wird Rechnung getragen, in dem die KBV vorsieht, ab einem BMI von 35 kg/m² keine weiteren Einschränkungen vorzunehmen.</p> <p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, vertritt der GKV-SV die Position, dass der BMI alleine die individuelle Krankheitslast nicht ausreichend anzeigt. Deshalb sieht auch</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Insbesondere wird explizit darauf hingewiesen, dass <i>„Ein krankhaftes Übergewicht bzw. eine Adipositas besteht, wenn das Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße ein bestimmtes Maß überschreitet“</i> und im Weiteren ohne Einschränkung des Schweregrads auf die ICD-Klassifikation verwiesen, gemäß derer Adipositas mit einem BMI von 30 kg/m² beginnt.</p> <p>Engere Einschreibekriterien Aufgrund von Begleiterkrankungen werden in der Gesetzesbegründung sogar ausdrücklich ausgeschlossen:</p> <p><i>„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.“³</i></p> <p>Das Bundesamt für Soziale Sicherung schreibt:</p> <p><i>„Vorrangiges Ziel der DMP ist die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Versicherter. Insbesondere sollen durch die chronische Krankheit bedingte Folgeschäden und Komplikationen bei den betroffenen Versicherten</i></p>	<p>der GKV-SV neben dem BMI Komorbiditäten zur Klassifikation der Krankheitslast vor. Auch in internationalen Leitlinien befürworten die Autoren die Berücksichtigung von Komorbiditäten.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p><i>vermieden werden.</i>⁴</p> <p>Wenn im Widerspruch dazu bereits Folgeschäden und Komplikationen vorliegen müssten, würde die originäre Zielsetzung von DMPs verfehlt.</p> <p>Aus unserer Jahrzehntelangen Erfahrung in der Arbeit mit Menschen, die von Adipositas betroffen sind, können wir sagen, dass sich die Begegnungen der Patienten mit dem Gesundheitssystem mit „Too little too late“ überschreiben lassen. Die Adipositas wird in aller Regel zu spät diagnostiziert und die Betroffenen werden oftmals mit Ratschlägen nach Hause geschickt. Die Chance, frühzeitig gegenzusteuern, würde mit einer Einschränkung der Einschreibekriterien vertan – im Gegenteil: es würde ein fatales Signal an die Betroffenen gesendet: „ohne Begleiterkrankung kein Behandlungsbedarf“!</p> <p>Warum soll hier der Entscheidungsspielraum von Arzt und Patient, die die konkrete Einzelsituation gut kennen, durch eine willkürliche Liste von Begleiterkrankungen künstlich eingeengt werden?</p> <p>Die etwaige Befürchtung, dass auf einmal Millionen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Betroffener sich in das DMP Adipositas einschreiben lassen, nur um in den Genuss einer Patientenschulung zu gelangen, teilen wir auf jeden Fall nicht.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von PatV, DKG empfohlen): Als krankheitsbezogenes Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gilt ein BMI ≥ 30 kg/m².</p>	
13.3	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. vom 28.08.2023	<p>Zu 1.3. Therapieziele Nummern 78ff</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Auch wenn bei Patienten häufig das Gewicht im Fokus steht, ist es am Ende doch die Verbesserung der Lebensqualität, welcher die wesentliche Bedeutung zukommt. Entsprechend wird diese im Text (Nummer 79) zu Recht als eine wichtige Zielsetzung der Adipositastherapie beschrieben, fehlt aber bei den nachfolgenden, spezifischen Therapiezielen.</p>	<p>KBV: Das Therapieziel Lebensqualität wird als übergeordnete Formulierung besonders hervorgehoben.</p> <p>DKG, PatV: Die Lebensqualität ist als übergeordnetes Therapieziel zu betrachten. Die explizit aufgelisteten Therapieziele sollen dazu beitragen, die Lebensqualität insgesamt zu erhalten oder zu verbessern.</p> <p>GKV-SV: Die Verbesserung der Lebensqualität ist als übergeordnetes Therapieziel hervorgehoben. Eine weitere Nennung in anderer Gliederungsform wird als redundant angesehen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Aufnahme des Therapieziels</p> <p>Erhalt oder Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL)</p>	
13.4	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. vom 28.08.2023	<p>Zu 1.5.5. Adjuvante medikamentöse Therapie Nummer 168</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Zu einer leitliniengerechten Adipositaschirurgie gehören ebenso „ergänzende pharmakologische Therapien“, die auch in der Gesetzesbegründung zum GVWG mit angeführt werden.</p> <p>Aus Sicht der Patienten haben sich über die Jahre sowohl die Sicherheit als auch die Wirksamkeit der medikamentösen Therapie der Adipositas durch die Einführung neuer Wirkstoffe verbessert.</p> <p>Insofern sollten die Patienten definitiv auf die Option der medikamentösen Behandlung hingewiesen werden.</p>	<p>KBV, PatV, DKG: Dank und Kenntnisnahme. Aus einer Ergänzung mit „derzeit“ ergeben sich aus Sicht der KBV und Patientenvertretung keine zusätzlichen relevanten Informationen. Alle Bezüge zu geltenden Regelungen beziehen sich immer auf die aktuelle Rechtslage.</p> <p>DKG: Aufgrund dieser und ähnlich lautender SN hat sich die DKG der Position von KBV und PatV angeschlossen.</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. Der G-BA kann sich bei seinen Beschlüssen nur auf bereits erfolgte gesetzliche Änderungen 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Dass eine Erstattung aufgrund der Gesetzeslage derzeit nicht erfolgen kann, stellt aus unserer Sicht dafür keinen Hinderungsgrund für eine Empfehlung dar. Aus Transparenzgründen sollten die Patienten aber auf diesen Umstand hingewiesen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie KBV/PatV mit einer Ergänzung in fett):</p> <p>Zur Unterstützung einer Gewichtsreduktion oder eines Gewichtserhalts kann - begleitend zur leitliniengerechten konservativen Therapie - eine medikamentöse Therapie erwogen werden. Wenn eine Empfehlung zur Pharmakotherapie erfolgt, sollen bei der Wahl des Medikaments die patientenindividuellen Therapieziele, die Komorbiditäten, die Wirkmechanismen sowie die Verträglichkeit und Sicherheit der Wirkstoffe und das individuelle Ansprechen auf die Medikation berücksichtigt werden.</p> <p>Patientinnen und Patienten sollen dabei darüber informiert werden, dass die medikamentöse Therapie der Adipositas</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		gemäß § 34 Absatz 1 Satz 7 SGB V derzeit nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann.	
13.5	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. vom 28.08.2023	<p>Zu 1.5.5.Chirurgische Therapie Nummern 170-173</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Entsprechend der S3-Leitlinie der CAADIP⁵ soll nach Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichen eine chirurgische Therapie bei schwerer Adipositas (BMI ≥ 40 kg/m²) bzw. bei Adipositas Grad II mit schwerer Komorbidität erwogen werden. Der Textvorschlag der DKG bildet dies korrekt ab.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übernahme des Textvorschlags der DKG mit Ergänzung „In Einzelfällen können auch endoskopische Verfahren eine Option darstellen“ zu Nummer 170 	<p>KBV, PatV: Der Vorschlag wurde berücksichtigt und der Beschlussentwurf entsprechend der Leitlinienempfehlungen und unter Berücksichtigung einer Entscheidung des Ersten Senats des Bundessozialgerichts vom 22. Juni 2022 (Az. B 1 KR 19/21 R) modifiziert.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Der Änderungsvorschlag bildet sich in der DKG- Position unter ab. Die Ausführungen zu den chirurgischen und endoskopischen Verfahren wurde aufgrund ihres für die koordinierende Ärztin, den koordinierenden Arztes eher informativen Charakters gesamthaft vom BE in die TrGr verschoben.</p> <p>GKV-SV: Die Aussage, dass nach Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten bei einem BMI ≥ 40 kg/m² oder bei einem BMI ≥35 kg/m² mit erheblichen Komorbiditäten, die durch eine Gewichtsabnahme positiv beeinflusst werden können, ein chirurgischer Eingriff erwogen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<ul style="list-style-type: none"> - Keine Übernahme der einzelnen Verfahren (wie PatV) zu Nummern 172/173 	<p>werden kann. begründet sich vor allem durch die deutlich abweichenden Empfehlungsstärken der in dem IQWiG-Bericht dargestellten Leitlinien-Empfehlungen.</p> <p>So wird nur in einer von fünf LL eine starke Empfehlung („soll“) für eine Indikation zur Chirurgie bei einem BMI ≥ 35 kg/m² und erheblichen Komorbiditäten gegeben. Drei LL enthalten dazu nur schwache Empfehlungen („kann“). Auch in der deutschen S3-LL DGAV 2018 ist die Empfehlung zur Indikationsstellung ab einem BMI ≥ 35 kg/m² abgeschwächt (Expertenkonsens mit „soll-te“). Dabei ist anzumerken, dass die Empfehlungen der deutschen S3-LL zur Indikationsstellung zum Teil auf nicht mehr gültigen Empfehlungen der amerikanischen AACE-LL aus dem Jahr 2013 beruhen. Die überarbeitete Version der AACE-LL aus dem Jahr 2020, die in den IQWiG-Bericht eingeschlossen wurde, gibt in Bezug auf eine Indikationsstellung ab einem BMI ≥ 35 kg/m² nur noch schwache Empfehlungen statt wie in 2013 eine starke Empfehlung.</p> <p>Auch zur Indikationsstellung bei einem BMI ≥ 40 kg/m² weichen die Empfehlungsstärken (und auch die Evidenzlevel) der LL voneinander ab. So vergeben 3 LL eine starke</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			Empfehlung und 2 LL eine schwache Empfehlung. Aufgrund dieser Inkonsistenzen erscheint auch in diesem Fall eine mehr zurückhaltende (kann) Formulierung gerechtfertigt.
13.6	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. vom 28.08.2023	<p>Zu 1.5.6.3. Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie. Nummer 174</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Gemäß Gesetzesbegründung zum GVWG gehört auch die „bariatrische Chirurgie mit postoperativer Langzeittherapie und ggf. Supplementationstherapie bei starker Gewichtsreduktion“ zur leitlinienkonformen Adipositasstherapie.</p> <p>Während in der Vergangenheit die chirurgischen Adipositaszentren eine Langzeitbetreuung oft freiwillig (im Interesse einer guten Patientenversorgung oder auch im Rahmen von Studien) geleistet haben, geht dies immer mehr zurück. Im ambulanten Sektor wird die entstehende Lücke aktuell aber nicht gut aufgefangen, so werden zum Beispiel notwendige Laboruntersuchung mit Blick aufs Budget verweigert oder dem Patienten berechnet. Im Ergebnis führt</p>	<p>KBV: Siehe hierzu Nr. 12.7.</p> <p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Die Notwendigkeit einer lebenslangen Nachsorge findet sich auch in der Position des GKV-SV unter 1.5.6.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>das dazu, dass die Patienten sich allein gelassen fühlen, Untersuchungen ausbleiben und damit auch Folgeschäden durch unzureichende Supplementation in Kauf genommen werden. Weiter werden eine Wiederrücknahme oder andere Komplikationen oft zu spät erkannt.</p> <p>Die Abbildung der Langzeitbetreuung im DMP Adipositas kann dazu beitragen, den Zugang der Patienten zu einer leitliniengerechten Versorgung nach bariatrischer Chirurgie zu verbessern.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übernahme des Textvorschlags von DKG/PatV 	
13.7	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. vom 28.08.2023	<p>Zu 1.8.2. Überweisung zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt / Einrichtung Nummer 245</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Analog der Ausführungen zu 1.5.6.3/Nummer 174 ist die</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Aus Sicht des GKV-SV ist die multimodale Schulung mit dem Fokus auf dem Selbstmanagement und einer anhaltenden Selbstbefähigung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung zentrale Maßnahme des DMP. Spezifische Regelungen zur operativen Therapie der Adipositas und den Möglichkeiten der plastischen Chirurgie</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Aufnahme der postoperativen Nachsorge nach chirurgischer Therapie unabdingbar.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von DKG, KBV, PatV empfohlen): Zur postoperativen Nachsorge nach adipositaschirurgischem oder metabolischem Eingriff</p>	<p>nach Gewichtsabnahme sowie der postoperativen Nachsorge nach werden daher nicht formuliert. Vor diesem Hintergrund hält der GKV-SV die Schwerpunktsetzung bei den Überweiskriterien ohne konkrete Nennung der postoperativen Nachsorge für angemessen. Weitere Überweiskriterien sind nicht ausgeschlossen und individuell zu prüfen.</p>
13.8	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. vom 28.08.2023	<p>Zu 1.9. Geeignete digitale medizinische Anwendungen Nummer 279</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Für die Indikation Adipositas liegen zwei dauerhaft vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistete DiGA vor.</p> <p>Das BfArM hat die vorliegende Evidenz als ausreichend bewertet, um eine Behandlung der Adipositas zu Lasten der GKV zu ermöglichen. Entsprechend sollte auf die gelisteten DiGA auch hingewiesen werden.</p> <p>DiGA können insbesondere vor dem Hintergrund der aktuell</p>	<p>KBV: Der Beschlussentwurf wurde angepasst und eine hinreichend offene Formulierung gewählt. S. hierzu auch Nr. 3.6.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Aufgrund unterschiedlich lautender SN im Hinblick darauf, ob eine DIMA ein sinnvolles Add-on zu einer Schulung sein kann, wurde die entsprechende Ausführung zu diesem Thema mit dem Ziel einer hinreichend offenen Formulierung in der Position der DKG im BE gestrichen.</p> <p>PatV: Die Patientenvertretung schließt sich der DKG Position</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>bei weitem nicht flächendeckenden Versorgung mit multimodalen Basisprogrammen eine sinnvolle Ergänzung darstellen.</p> <p>Wir sind nicht der Auffassung, dass sich die Nutzung einer DiGA und eine Patientenschulung generell gegenseitig ausschließen. Ob der zeitgleiche Einsatz im konkreten Fall sinnvoll ist kann sicher im Gespräch zwischen Arzt und Patient ermittelt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Fassung von DKG übernehmen</p>	<p>an.</p> <p>GKV-SV: Bei der Prüfung digitaler medizinischer Anwendungen (DimAs) gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB bezüglich Ihrer Eignung für die Aufnahme in das DMP Adipositas konnte von Seiten des GKV-SV keine DimA identifiziert werden, die für eine Aufnahme geeignet ist. Entsprechend bedarf es aus Sicht des GKV-SV auch nicht der Aufnahme eines Kapitels für „Geeignete digitale medizinische Anwendungen“ im Beschlusstext.</p>
13.9	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. vom 28.08.2023	<p>Zu 4.2. Schulungen der Versicherten Nummer 319</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Bei einer Schulung geht es nicht nur um eine Vermittlung von Wissen, die mit einmaliger Teilnahme in allen Fällen abgeschlossen ist.</p>	<p>KBV: Der G-BA schließt Wiederholungsschulungen nicht aus. Regelungen dazu sind Bestandteil der regionalen Programme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Da der G-BA Wiederholungsschulungen nicht ausschließt und eine explizite Erwähnung daher nicht erforderlich scheint, hat sich die DKG der Position von KBV und GKV-SV angeschlossen.</p> <p>GKV-SV: Durch die Nichtaufnahme des Satzes „Eine Schulung</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Unsere langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Patienten zeigt, dass eine Wiederholung im Bedarfsfall sinnvoll ist, insbesondere wenn es um Einübung und Festigung von Verhaltensweisen geht.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von PatV, DKG): Eine Schulung kann bei Bedarf wiederholt werden.</p>	<p>kann bei Bedarf wiederholt werden“ werden Wiederholungsschulungen nicht ausgeschlossen.</p>
13.10	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. vom 28.08.2023	<p>Nummern 56-77, 86-90, 130-151, 176, 186, 205-256, 303, 332-334</p> <p>Tragende Gründe</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Bei allen verbleibenden und nebenstehend aufgelisteten Nummern des Beschlussentwurfs sowie den tragenden</p>	<p>KBV: 56: Indikationsspezifische Anamnese: In der KBV-Position ist die Indikationsspezifische Anamnese gleichermaßen vorgesehen, jedoch unter 1.4 Allgemeine Grundsätze der Therapie verortet. Dies soll der Tatsache Rechnung tragen, dass es sich hierbei um ein sehr ausführliches und aufwendiges Gespräch handelt und als Teil der Behandlung verstanden wird. Hier werden die Grundlagen für alle weiteren, individuell angepassten Maßnahmen und für eine bestmögliche Patientenadhärenz geschaffen.</p> <p>KBV, DKG:</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Gründen in Gänze schließen wir uns den Vorschlägen und Argumenten der PatV an.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme des Vorschlags der PatV</p>	<p>61: zusätzlicher Bauchumfang bei einem BMI bis 35 kg/m²: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV:</p> <p>61: Es erfolgt eine Anpassung des BE, Übernahme der Messung des Buchumfangs auch in der Position der GKV-SV.</p> <p>KBV, DKG:</p> <p>70-77, 86: Folgedissense zu 1.2</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: 87: Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz kann als ein übergeordnetes Ziel der DMP verstanden werden. Dies wird auch deutlich durch den Stellenwert, den gerade Schulungsprogramme innerhalb der DMP haben. Allerdings handelt es sich hierbei um einen mehrdimensionalen Begriff, dessen Messbarkeit im Rahmen der DMP QS, anders als bei den anderen berücksichtigten Zielen, nicht realisierbar erscheint (Siehe Nr. 2 Qualitätssichern-de Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V) im Beschlussentwurf). Daher wird auf die Nennung unter 1.3 verzichtet.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>KBV: 89: s. oben Auswertung der Zeile 56 90: Patientenfragebogen: Dank und Kenntnisnahme. Der Patientenfragebogen gehört zur indikationsspezifischen Anamnese und ist in der KBV-Position dementsprechend verortet.</p> <p>GKV-SV: Für die Verwendung eines Fragebogens findet sich im IQWiG-Bericht keine leitliniengestützte Empfehlung, daher wird dies vom GKV-SV abgelehnt.</p> <p>KBV: 130: Folgedissens zu 1.2</p> <p>KBV: 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144: Ernährung: Dank und Kenntnisnahme. 150: Bewegung: Dank und Kenntnisnahme. Der BE wurde angepasst und Aspekte beider Positionen 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>176: Komorbiditäten. Dank und Kenntnisnahme. Regelungen zur Adipositas-Chirurgie sowie spezifische präoperative Maßnahmen nicht Gegenstand dieses DMP.</p> <p>GKV-SV: 176: Wie in den TrGr beschrieben, ist die Auflistung der Komorbiditäten in 1.6 nicht abschließend und beschränkt sich in der Position des GKV-SV insbesondere auf die Nennung der Komorbiditäten, die auch für die Einschlusskri-terien gewählt wurden und für die in der Leitli-niensynopse des IQWiG Berichts DMP relevante Empfehlungen beschrieben wurden</p> <p>KBV: 186: es erfolgt eine Anpassung des BE, Übernahme der Messung des Buchumfangs auch in der Position der GKV-SV 186: Bauchumfangsmessung in den Verlaufsuntersuchungen: Dank und Kenntnisnahme 205-224 koordinierende Ärztinnen und Ärzte: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: 205-224: Die Begründung für die Position des GKV-SV finden sich in den TrGr</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>KBV: 238: Überweisungskriterien: Hinweis auf krankheitsunterhaltende Belastungen: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: 238: Der alleinige Hinweis auf krankheitsunterhaltende Belastungen oder der Umstand, dass ein Patient einen adipositaschirurgischen oder metabolischem Eingriff erhalten hat, stellt aus Sicht der GKV-SV keinen Schwerpunkt bei den Überweisungskriterien dar. Die genannten Überweisungskriterien sind nicht abschließend. Weitere Überweisungsanlässe sind daher ebenfalls zu prüfen.</p> <p>KBV: 245: Spiegelstrich „-zur postoperativen Nachsorge nach adipositaschirurgischem oder metabolischem Eingriff“: Dank und Kenntnisnahme 255: Einweisung ins Krankenhaus: immobile extrem adipöse Patientinnen und Patienten: 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>KBV/GKV-SV: 303: Teilnahmevoraussetzung: Der Satz „Kommen die Ärztin oder der Arzt und die Patientin oder der Patient zu dem Ergebnis, dass dies nicht mehr der Fall ist, so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die Krankenkasse.“ Regelt lediglich das Verfahren eine Teilnahmebeendigung, wenn die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten entschieden haben, dass die Patientin oder der Patient von einer Teilnahme nicht mehr profitiert. Bei bestehender Schwangerschaft oder Stillzeit ist eine Einschreibung aus Sicht der KBV nicht zielführend, da hier abweichende Empfehlungen gelten. Eine Ausschreibung bei auftretender Schwangerschaft ist hingegen nicht vorgesehen (s. auch Auswertung STN BAS). 332: körperliche Alltagsaktivität, sportliches Training: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV: 333: Auftreten eines DM2: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV:</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>Folgedissens zu 1.2</p> <p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme zu der zustimmenden SN ausgewählter gemeinsamer PatV und DKG Positionen:</p> <p>56-57 86-90 130-151 176 185-6 226-256 303 332-334</p> <p>Zu 205-224 Es wird einerseits dem Umstand Rechnung getragen, dass das Ziel, Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, die an einem DMP teilnehmen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>durch kontinuierliche Behandlung und Betreuung langfristig zu begleiten, um das Fortschreiten der Erkrankung kontinuierlich positiv beeinflussen zu können und der Entstehung von Folgeerkrankungen vorzubeugen. Für diese langfristige und kontinuierliche Betreuung ist der Hausarzt der geeignete Adressat und von zentraler Bedeutung. Wir befürworten des Weiteren eine Öffnung dahingehend, dass nicht allein Internistinnen und Internisten, sondern auch andere Facharztgruppen die Behandlung, Betreuung und Koordination der Patientinnen und Patienten im DMP Adipositas übernehmen können, und zwar insbesondere dann, wenn sie diese bereits dauerhaft betreut haben. Unter diesen Voraussetzungen kann davon ausgegangen werden, dass sie sich mit der Behandlung des komplexen Krankheitsbildes bereits auseinandergesetzt haben und eine fundierte Kenntnis über den Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten und deren Bedarfe erlangen konnten.</p>
13.11	Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V. vom	<p>Literatur</p> <p>1 Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	28.08.2023	<p>(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Drucksache 19/26822. Stand: 19.02.2021. Vom Deutschen Bundestag beschlossen am 11.06.2021. (Seite 97 unten/98 oben) Zum Vorgang: https://dip.bundestag.de/vorgang/.../272225</p> <p>2 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG (2022). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene Abschlussbericht. Auftrag V21-05. IQWiG-Berichte – Nr. 1408 (Seite 20ff.), Stand: 18.08.2022.</p> <p>3 Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Drucksache 19/26822. Stand: 19.02.2021. Vom Deutschen Bundestag beschlossen am 11.06.2021. (Seite 98 unten) Zum Vorgang: https://dip.bundestag.de/vorgang/.../272225</p> <p>4 Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). DMP – Grundlegende Informationen. Stand: Januar 2023. Abgerufen am 25.08.2023: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/dis</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		ease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/ 5 AWMF – DGAV/CAADIP: S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. Stand: V2.3 (Februar 2018)	
14	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V. vom 28.08.2023		
14.1	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V. vom 28.08.2023	Ergebnisse des Reviews von Haracz, Ryan et al. (2013) ergaben, dass die Ergotherapie eine umfangreiche Rolle bei der Erkrankung Adipositas einnehmen kann. Diese kann sich in der Prävention sowie im Umgang mit der gegenwärtigen Situation für Klient*innen mit Adipositas als auch im darauffolgenden Behandlungsverlauf widerspiegeln (2). Im Bereich der Prävention können Ergotherapeut*innen einen wertvollen Beitrag durch Edukation und frühzeitige Einführung von gesunden Routinen gemeinsam mit Klient*innen z. B. nach Erkrankung/ Unfall erarbeiten, um	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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Adipositas vorzubeugen.</p> <p>In der gegenwärtigen Situation gilt es Klient*innen mit Adipositas zunächst dort abzuholen, wo sie stehen und gemeinsam mit ihnen den Alltag zu reflektieren. Beispielsweise können mithilfe von Tagesprotokollen Alltagssituationen identifiziert werden, in denen Probleme auftreten und ggf. mit Hilfsmitteln gelöst werden (z.B. Gurtverlängerung beim Autofahren). Gleichzeitig können jedoch auch Alltagssituationen herausgenommen werden, um Gewohnheiten zu verändern und mehr Bewegung in den schon bestehenden Alltag zu integrieren. Es ist wichtig, Erwachsenen mit Adipositas Teilhabe zu ermöglichen. Adipositas geht häufig einher mit einer eingeschränkten Teilhabe an Lebensgeschehnissen, die bedeutend für die physische, psychische und berufliche Entwicklung sind. Forahn et al. (2011) sprechen von einem Ungleichgewicht in der Betätigungsbalance insbesondere bei Erwachsenen mit Adipositas eines höheren Grades. Die Ergotherapie kann dabei unterstützen, die vorhandene Energie gezielt auf die Selbstversorgung und Teilhabe an Arbeit und Freizeit zu</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>lenken (1).</p> <p>Eine ambulante ergotherapeutische Intervention legt den Schwerpunkt auf die Erzielung von Betätigungsergebnissen, um so die Motivation für nachhaltige Veränderungen im Gesundheitsverhalten zu erhöhen. Die Klient*innen werden so befähigt, selbstbestimmt die richtigen Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen (3).</p> <p>Eine zufriedenstellende Teilhabe trägt immens zu einer höheren Lebensqualität bei und kann das Risiko von Folgeerkrankungen (z. B. Depression) verringern.</p> <p>Ein weiterer wichtiger Aspekt, bei dem Ergotherapie Klient*innen unterstützen kann, ist der Umgang mit der Stigmatisierung durch Adipositas. Gemeinsam erarbeitete Strategien für Situationen, die Betroffenen bereits unangenehm waren, können helfen z. B. sozialem Rückzug und Isolation entgegenzuwirken. Jedoch nicht nur Klient*innen leiden aufgrund der Stigmatisierung. Auch deren</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Angehörige können davon betroffen sein. Whitney und Eisler (2005) fanden heraus, dass Angehörige oftmals aus Sorge vor Vorverurteilung und Schuldzuweisungen nicht in der Öffentlichkeit darüber sprechen. Das bedeutet, dass auch sie in einer ergotherapeutischen Intervention dahingehend bedacht werden (4).</p> <p>Eine Besonderheit der Ergotherapie im Vergleich mit anderen Interventionen ist die Umfeldberatung. Hier arbeiten die Ergotherapeut*innen nicht nur mit einzelnen Klient*innen, sondern mit Familien und/oder Gemeinschaften zusammen, um die Risiken für die Entwicklung einer Adipositas zu identifizieren und zu überwinden. Betätigungsgewohnheiten und -routinen können so positiv beeinflusst werden.</p> <p>Gerade aufgrund der Tatsache, dass die Ergotherapie trotz dieser Erkenntnisse bislang noch keinen Eingang in die Leitlinie gefunden hat, plädieren wir dafür, die ergotherapeutischen Interventionen bei 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Therapieansätzen im Rahmen des DMP zu berücksichtigen.	
14.2	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V. vom 28.08.2023	<p>1.2 Einschreibekriterien</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV und der KBV legt den Schwerpunkt in der Formulierung auf das Eingrenzen, während der Vorschlag der DKG und der PatV auf die Möglichkeit der Einschreibung abstellt. Wir tendieren zu der positiveren Formulierung.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Vorschlag DKG, PatV: Einschreibekriterien</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, GKV-SV: 1.2 Einschreibekriterien</p> <p>Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt lässt sich aus dem BMI alleine die individuelle Krankheitslast nicht ausreichend bestimmen. Auch in internationalen Leitlinien befürworten die Autoren die Berücksichtigung von Risikofaktoren und Komorbiditäten zur Klassifikation der Krankheitslast.</p> <p>KBV: Der in dieser und anderen Stellungnahmen vertretenen Argumentation wird Rechnung getragen, in dem die KBV vorsieht, ab einem BMI von 35 keine weiteren Einschränkungen vorzunehmen.</p>
14.3	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V. vom 28.08.2023	<p>1.4 Therapieziele</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>In den tragenden Gründen wird zurecht auf die Bedeutung der Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne einer selbstbestimmten Lebensführung hingewiesen.</p>	<p>Die Differenzierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist als übergeordnetes Ziel in den TrGr adäquat verortet.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Aus unserer Sicht wird dieser Aspekt in der täglichen Praxis häufig vernachlässigt. Gerade im Kontext der Adipositas wird Betätigung eher im sportlichen Umfeld verortet. Deshalb schlagen wir vor, dieses Therapieziel explizit zu benennen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung aus den tragenden Gründen: Einfügen bei Nr. 88:</p> <p>Als wichtigste längerfristige Therapieziele sind die Verminderung des Risikos für vorzeitige Sterblichkeit, die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie die Verringerung der Morbidität anzusehen. Dies beinhaltet die Verbesserung beeinträchtigter Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne einer selbstbestimmten Lebensführung.</p>	
14.4	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>1. Forhan M et al (2011) Participation profile of adults with class III obesity. Occupation, Participation and Health</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	<p>Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV) vom 28.08.2023</p>	<p>SGB V wird derzeit für Menschen mit Adipositas unterschritten. Wir begrüßen, dass aus diesem Grund im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) die Entwicklung eines strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) für Menschen mit Adipositas angestoßen wurde (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).</p> <p>Gemäß § 137f Abs. 2 S.2, Nr. 1 SGB V sollen chronisch erkrankte Patient*innen, deren kontinuierliche und sektorenübergreifende Behandlung im Rahmen eines Disease Management Programmes strukturiert ist, nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft behandelt werden. Der hier vorliegende Stand der medizinischen Erkenntnisse wurde vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in der Leitliniensynopse Adipositas für Erwachsene zusammengestellt. Diese beschreibt zusammenfassend, dass eine Stufentherapie von multimodaler Basistherapie, adjuvanter medikamentöser Therapie und chirurgischer Therapie bei Adipositas indiziert sei (IQWiG, 2022).</p> <p>Menschen mit Adipositas haben aktuell unzureichenden</p>	<p><i>Zum letzten Absatz:</i> Eine Klarstellung bw. Abgrenzung zwischen digitalen medizinischen Anwendungen und Digitalen Gesundheitsanwendungen obliegt dem Gesetzgeber und kann nicht vom G-BA vorgenommen werden. § 1a der DMP-A-RL ist nicht Bestandteil des Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der G-BA hat im Rahmen der Erstfassung der Anforderungen an ein DMP Adipositas digitale medizinische Anwendungen (DimAs) bezüglich Ihrer Eignung für die Aufnahme in das DMP gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V geprüft. Von Seiten des GKV-SV konnte keine DimA identifiziert werden, die für eine Aufnahme in das DMP Adipositas geeignet ist. Der genannte Prüfprozess im G-BA findet unabhängig vom Prüfprozess für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) statt, der beim BfArM angesiedelt ist. Ein allgemeiner Hinweis auf die Möglichkeit der Verordnung und der Nutzung von DiGAs ist entbehrlich, da die Regelungen gemäß § 139e SGB V für Patientinnen und Patienten unabhängig von einer DMP Teilnahme gelten.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Zugang zur indizierten Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V). Der Zugang zu Ernährungstherapie als Teil der multimodalen Basistherapie wird nur hilfsweise über § 43 SGB V ermöglicht, hängt von der individuellen Satzungsleistung der Krankenkassen ab und ist damit nicht flächendeckend. Auch zur Bewegungstherapie und Verhaltensmodifikationen stehen den behandelnden Ärzt*innen in der analogen Versorgung keine erstattungsfähigen Therapieoptionen zur Verfügung. Die Versorgung mit Arzneimitteln zur Behandlung von Adipositas ist nach § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 SGB V in Verbindung mit § 14 Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sogar ausgeschlossen.</p> <p>Eine Ausnahme bilden hier digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 33a Abs. 1 SGB V. Für diese besteht für Versicherte ein flächendeckender, rechtlicher Anspruch auf die Versorgung mit einer für die jeweils vorliegende Indikation bestimmten DiGA. DiGA, die durch das BfArM positiv bewertet worden sind und somit in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen worden sind, stellen eine Gruppe geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen dar,</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>welche im Rahmen der Entwicklung des DMP geprüft werden.</p> <p>Digitale medizinische Anwendungen</p> <p>Geeignete digitale medizinische Anwendungen erweitern die bisher unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten von Patient*innen mit Adipositas in der ambulanten Versorgung.</p> <p>Wird die Eignung einer DiGA im Rahmen dieser medizinisch-inhaltlichen Prüfung festgestellt, so sollte diese DiGA Gegenstand des entsprechenden DMP sein, also explizit aufgeführt werden. Dies gilt insbesondere, wenn die DiGA durch die dauerhafte Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis bereits endgültiger Bestandteil der ambulanten GKV-Versorgung ist (vgl. § 1a Abs. 4 DMP-A-RL).</p> <p>Darüber hinaus stellt sich am Beispiel der Aktualisierung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) die Frage, wie sich die Verknüpfung zwischen den Anforderungen an digitale medizinische Anwendungen (gemäß § 1a DMP-A-RL) und den Anforderungen gemäß der Digitalen Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) und dem DiGA-Verzeichnis gestaltet. Im Kontext eines agilen Umfelds, in dem kontinuierlich neue digitale</p>	<p>KBV, PatV, DKG: Eine Klarstellung bw. Abgrenzung zwischen digitalen medizinischen Anwendungen und Digitalen Gesundheitsanwendungen obliegt dem Gesetzgeber und kann nicht vom G-BA vorgenommen werden.</p> <p>§ 1a der DMP-A-RL ist nicht Bestandteil des Stellungnahmeverfahrens.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Gesundheitsanwendungen zugelassen werden, kann die in größeren Abständen stattfindende Aktualisierung der jeweiligen Anlagen zur DMP-A-RL in der aktuellen Form dieser Entwicklung nicht Schritt halten. Hier könnte eine Verbindung der in den Anlagen der DMP-A-RL gelisteten digitalen medizinischen Anwendungen an das DiGA-Verzeichnis sinnvoll sein.</p>	
15.2	<p>Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV) vom 28.08.2023</p>	<p>BE, Zeile 47 + 52</p> <p><i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Adipositas ist eine eigenständige, chronische Erkrankung und als solche international anerkannt (WHO Regional Office for Europe, 2022). Die vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) und Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorgeschlagene Beschränkung des Zugangs auf Menschen mit Adipositas und spezifischen Komorbiditäten verfehlt den gesetzlichen Auftrag zur Entwicklung eines strukturierten Behandlungsprogramm. Dieses lautet wie folgt: “Die Entwicklung eines eigenständigen DMP Adipositas wird angestoßen, damit von Adipositas Betroffene dauerhaft, strukturiert, qualitätsgesichert, multimodal und</p>	<p>KBV, GKV-SV:</p> <p>Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt lässt sich aus dem BMI alleine die individuelle Krankheitslast nicht ausreichend bestimmen. Auch in internationalen Leitlinien befürworten die Autoren die Berücksichtigung von Risikofaktoren und Komorbiditäten zur Klassifikation der Krankheitslast.</p> <p>KBV: Der in dieser und anderen Stellungnahmen vertretenen Argumentation wird Rechnung getragen, in dem die KBV vorsieht, ab einem BMI von 35 kg/m² keine weiteren Einschränkungen vorzunehmen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>transsektoral versorgt werden können.” (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).</p> <p>Gleichzeitig führt eine Einschränkung der DMP-Zielgruppe auf adipöse Menschen mit relevanten Komorbiditäten auch dazu, dass das Präventionspotential für Folgeerkrankungen z.B. bei Vorliegen eines Prädiabetes nur unzureichend ausgeschöpft wird.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i> Abschnitt 1.2 zu den Einschreibekriterien sollte wie folgt gefasst werden: “Als krankheitsbezogenes Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gilt ein BMI ≥ 30 kg/m².”</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Der Änderungsvorschlag entspricht der PatV und DKG Position</p>
15.3	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV) vom 28.08.2023	<p>BE, Zeile 87</p> <p><i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Die Steigerung der Gesundheitskompetenz ist ein relevantes Ziel der Adipositas therapie und kann nicht nur zur Sekundärprävention beitragen, sondern auch zur Reduktion der Krankheitslast bei Adipositas. Ein systematisches Review von Michou et al. 2018 zeigte, dass eine verhältnismäßig geringe Gesundheitskompetenz mit übermäßigem Körpergewicht einhergeht und die Verbesserung der Gesundheitskompetenz ein nützliches Instrument zum Gewichtsmanagement sein kann (Michou et al., 2018).</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme Eine erneute Befassung mit der Thematik aufgrund des Stellungnahmeverfahrens führte im Ergebnis zu einer Streichung dieses Therapieziels auch in der DKG-Position. Die Begründung siehe bitte Auswertung der Stellungnahme seitens des GKV-SV.</p> <p>GKV-SV, DKG, KBV: Die Verbesserung der</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p><i>Änderungsvorschlag:</i> In Abschnitt 1.3 zu den Therapiezielen sollte die “Steigerung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf beeinflussbare Faktoren” aufgeführt werden.</p>	<p>Gesundheitskompetenz kann als ein übergeordnetes Ziel der DMP verstanden werden. Dies wird auch deutlich durch den Stellenwert, den gerade Schulungsprogramme innerhalb der DMP haben. Allerdings handelt es sich hierbei um einen mehrdimensionalen Begriff, dessen Messbarkeit im Rahmen der DMP QS, anders als bei den anderen berücksichtigten Zielen, nicht realisierbar erscheint (Siehe Nr. 2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V) im Beschlussentwurf). Daher wird auf die Nennung unter 1.3 verzichtet.</p>
15.4	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV) vom 28.08.2023	<p>TrG, Zeile 44ff.</p> <p><i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Wie in den tragenden Gründen (TrG) von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Patientenvertretung (PatV) beschrieben, werden die im DMP zu beschließenden Empfehlungen dadurch limitiert, dass zum Zeitpunkt der Beschlussfassung sowohl Adipositas-Medikamente als auch individuelle Therapiekonzepte zur multimodalen Basistherapie von der Erstattungsfähigkeit ausgeschlossen sind. Daraus ergibt sich für die Adipositas eine Sondersituation im Vergleich zu anderen Indikationsgebieten, da</p>	<p>GKV-SV: Ein allgemeiner Hinweis auf die Möglichkeit der Verordnung und der Nutzung von DiGAs ist entbehrlich, da die Regelungen gemäß § 139e SGB V für Patientinnen und Patienten unabhängig von einer DMP Teilnahme gelten.</p> <p>KBV, PatV, DKG: Dank und Kenntnisnahme. Die Ergänzung wird nicht aufgenommen, da der vorliegende Beschlussentwurf Leistungen zur Adipositasbehandlung enthält, z.B. multimodale Schulungen, Reha-Sport,</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>sich die Leitlinienempfehlungen nur unzureichend in das strukturierte Behandlungsprogramm und damit in die Versorgungspraxis übersetzen lassen.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i> Die beschriebene Limitation ist wie von PatV und KBV vorgeschlagen in den TrG zu dokumentieren, um den Kontext der DMP-Empfehlungen vollständig zu beschreiben und insbesondere Abweichungen zwischen den vorliegenden Leitlinien und den im DMP zu beschließenden Empfehlungen ausreichend zu erklären.</p> <p>Ergänzend sollte aufgeführt werden: "Eine Ausnahme bilden hier digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a Abs. 1 SGB V. Versicherte mit Adipositas können mit dem flächendeckenden, rechtlichen Anspruch auf DiGA Zugang zu einem multimodalen, leitliniengerechten Therapiekonzept haben."</p>	<p>umfassende Beratungsleistungen. Digitale Anwendungen sind nicht die einzigen im Rahmen des DMP zur Verfügung stehenden Leistungen.</p>
15.5	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV) vom	<p><i>Stellungnahme mit Begründung:</i></p> <p>In Abwesenheit eines flächendeckenden Zugangs zu erstattungsfähigen Therapiekonzepten für Ernährungstherapie sowie Verhaltensmodifikation im Rahmen einer Psychotherapie</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt: Bei der Prüfung digitaler medizinischer Anwendungen (DimAs) gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB bezüglich Ihrer Eignung 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	28.08.2023	(vgl. TrG Zeile 44ff) stellen die Schulungen grundsätzlich eine sinnvolle und niederschwellige Maßnahme dar. Zur Umsetzung der leitliniengerechten, multimodalen Basistherapie empfiehlt der Beschlussentwurf eine multimodale Schulung.	die Aufnahme in das DMP Adipositas konnte von Seiten des GKV-SV keine DimA identifiziert werden, die für eine Aufnahme geeignet ist. Entsprechend bedarf es aus Sicht des GKV-SV auch nicht der Aufnahme eines Kapitels für „Geeignete digitale medizinische Anwendungen“ im Beschlusstext.
15.6	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV) vom 28.08.2023	<p>BE, Zeile 279</p> <p><i>Stellungnahme mit Begründung:</i></p> <p>Digitale medizinische Anwendungen ermöglichen ein flexibles und niederschwelliges Angebot, zu dem Patient*innen unabhängig von Ort und Öffnungszeiten gleichermaßen Zugang haben. Der Einsatz von DiGA in der Basisversorgung von Menschen mit Adipositas sollte Eingang in die zukünftigen Anforderungen des G-BA an das DMP Adipositas finden.</p> <p>Als Teilgruppe der digitalen medizinischen Anwendungen stehen in der Adipositastherapie DiGA gemäß §33a SGB V zur Verfügung, deren Qualität und Wirksamkeit vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geprüft wurde und dauerhaft/endgültig in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen werden.</p>	<p>KBV, DKG: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Vielmehr wurde die Formulierung aufgrund anderer Stellungnahmen angepasst, um Missverständnissen vorzubeugen. Digitale medizinische Anwendungen sollen eine Schulungsmaßnahme nicht im Sinne des § 4 der DMP-A-RL ersetzen.</p> <p>PatV: Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass der Prüfauftrag gemäß § 137f Abs.8 SGB V von einer dauerhaften oder vorläufigen Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis unberührt bleibt. Auch eine Bevorzugung bestimmter digitaler Anwendungen lässt sich aus den gesetzlichen Vorgaben nicht ableiten.</p> <p>GKV-SV: Bei der Prüfung digitaler medizinischer Anwendungen (DimAs) gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB bezüglich Ihrer</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Im Rahmen des DMP Adipositas sind zur Umsetzung der Basismaßnahmen solche digitalen medizinischen Anwendungen als geeignet anzusehen, die ein multimodales, leitliniengerechtes Therapiekonzept abbilden.</p> <p>Dabei stellen digitale medizinische Anwendungen gemäß §DMP-RL einen eigenständigen Bestandteil der DMP-Empfehlungen dar und sind separat von Patientenschulungen nach § 137f SGB V zu betrachten. Die inhaltlichen Mindestanforderungen an Patientenschulungen (vgl. TrG Zeile 611ff.) werden durch aktuell zur Verfügung stehende DiGA grundsätzlich erfüllt, da sie leitliniengerecht entwickelt wurden. Doch insbesondere die Übertragung der strukturellen Anforderungen von Patientenschulungen auf DiGA ist nicht zweckmäßig.</p> <p>Durch die eigenständige Nutzung können DiGA Menschen mit Adipositas tagtäglich beim Erlernen und Festigen von Verhaltensänderungen in den Bereichen Ernährung und Bewegung unterstützen.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i> Abschnitt 1.9 zu geeigneten digitalen medizinischen Anwendungen ist wie folgt zu fassen:</p>	<p>Eignung für die Aufnahme in das DMP Adipositas konnte von Seiten des GKV-SV keine DimA identifiziert werden, die für eine Aufnahme geeignet ist. Entsprechend bedarf es aus Sicht des GKV-SV auch nicht der Aufnahme eines Kapitels für „Geeignete digitale medizinische Anwendungen“ im Beschlusstext.</p> <p>DKG: _Aufgrund unterschiedlich lautender SN im Hinblick darauf, ob eine DIMA ein sinnvolles Add-on zu einer Schulung sein kann, wurde im BE in der Position der DKG die entsprechende Ausführung zu diesem Thema gestrichen.</p> <p>PatV: Gemäß Position der Patientenvertretung kann auf geeignete digitale medizinische Anwendungen hingewiesen werden. Bevor Patientenschulungen und DIMAS gleichzeitig angewendet werden, sollten Patientin oder Patienten gemeinsam mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt prüfen inwieweit das zielführend 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>“Es soll auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden, sowohl begleitend zur Patientenschulung als auch wenn eine Teilnahme an einer Patientenschulung gemäß Nummer 4.2 nicht möglich ist. Es sind bevorzugt solche digitale medizinischen Anwendungen berücksichtigt werden, die die Anforderungen nach §33a SGB V und der DiGAV erfüllen.”</p>	
15.7	<p>Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV) vom 28.08.2023</p>	<p>TrG Zeile 85, zu Oviva Direkt für Adipositas Stellungnahme mit Begründung: Zu folgenden Punkten bzgl. der Prüfung von Oviva Direkt für Adipositas als geeignete digitale medizinische Anwendung wird Stellung genommen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abbildung der multimodalen Basistherapie 2. Vorliegender Nachweis der Wirksamkeit 3. Name der digitalen medizinischen Anwendung <p>Zu 1) Oviva Direkt für Adipositas ist ein digitales, multimodales Therapieprogramm bestehend aus Ernährungs- und Bewegungstherapie sowie Verhaltensmodifikation und erfüllt</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Patientenvertretung benennt Oviva Direkt für Adipositas in den Tragenden Gründen.</p> <p>KBV, GKV-SV, DKG:</p> <p>Zu 1) Es handelt sich bei diesem IQWiG-Bericht nicht um eine Evidenzbewertung zu diagnostischen oder therapeutischen Methoden. Die IQWiG-Leitliniensynopse beinhaltet lediglich eine Extraktion von Leitlinienempfehlungen aus qualitativ als ausreichend bewerteten Leitlinien. Eine Bewertung der für die LL-Empfehlungen herangezogenen Studienlage ist nicht Teil dieses Berichts. Insofern handelt es sich hier nicht um 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>damit die Anforderungen internationaler Leitlinien an die Basistherapie für Erwachsene mit Adipositas. Durch einen verhaltensbasierten Ansatz zielt die DiGA auf eine nachhaltige Gewichtsreduktion ab.</p> <p>Entsprechend bestätigt das IQWiG in seiner Evidenzsynopse: „Oviva Direkt für Adipositas soll die Menschen im Alltag über einen multimodalen Ansatz dabei unterstützen, Gewohnheiten zu ändern und ihr Gewicht zu reduzieren. Folglich ermöglicht diese App eine Umsetzung der im vorliegenden Bericht identifizierten Empfehlungen aus internationalen Leitlinien“ (IQWiG, 2022).</p> <p>Basierend auf den Wirkkomponenten Selbstmonitoring, Selbstmanagement und Edukation ermöglicht Oviva Direkt für Adipositas den Patient*innen das Erlernen und Festigen von gesunden Gewohnheiten zur nachhaltigen Gewichtsreduktion. Dabei erfüllt Oviva Direkt für Adipositas die Anforderungen an Ziele und Inhalte für Patientenschulungsmaßnahmen nach §43 SGB V:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als multimodales Programm sind Ernährungs- und Bewegungstherapie sowie Verhaltensmodifikation beinhaltet 	<p>„Evidenzsynopse“.</p> <p>Die Einschätzung, dass die genannten digital medizinischen Anwendungen eine Umsetzung der im vorliegenden Bericht identifizierten Empfehlungen aus internationalen Leitlinien ermöglichen ist nicht Teil der eigentlichen Leitliniensynopse. Sie beruht auf Angaben aus dem DiGAV. Dies ersetzt nicht die medizinisch-inhaltliche Prüfung gemäß § 137f Abs.8 SGB V (s. hierzu auch unten zu 2)).</p> <p>Zu 2)</p> <p>Gemäß 6. Kapitel § 4 Abs. 2 Nr. 5 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) haben auch digital medizinische Anwendungen die Anforderungen nach Absatz 1 zu erfüllen:</p> <p>„Für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen sollen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein.“ (6. Kapitel §4 Abs. 1 VerfO).</p> <p>Weiter heißt es „Die medizinisch inhaltliche Prüfung auf Eignung der digitalen medizinischen Anwendung für das DMP</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<ul style="list-style-type: none"> ● Eine Qualitätssicherung erfolgt durch Standardisierungen und regelmäßige Überprüfung der Aktualität der Inhalte ● Die DiGA wurde interdisziplinär von Expert*innen aus Medizin, Psychologie und Ernährungswissenschaften entwickelt ● Die Wirksamkeit wurde im Rahmen einer randomisierten, klinischen Studie untersucht und vom BfArM bestätigt ● Die Inhalte der DiGA sind ausgerichtet an den Bedürfnissen von Menschen mit Adipositas und gehen personalisiert auf die individuelle Motivation der Patient*innen, ihr soziales Umfeld und persönliche Hindernisse bei der Gewichtsreduktion ein <p>Zu 2) Nach erfolgter Nachweisführung zum medizinischen Nutzen wurde Oviva Direkt für Adipositas am 30. Juni 2023 dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen.</p> <p>Der medizinische Nutzen von Oviva Direkt für Adipositas wurde im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie untersucht (registriert im dt. Register für klinische Studien unter DRKS00025291). Die Studie schloss insgesamt 168</p>	<p>erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss insbesondere gemäß §§ 4, 5 und 6.“ (6. Kapitel § 4 Abs. 2 Nr. 5 VerfO) In 6. Kapitel § 6 VerfO wird die Bewertung der Evidenz wie folgt geregelt: „Die Ermittlung des Stellenwertes von diagnostischen und therapeutischen Methoden, die in die Richtlinien zur Ausgestaltung strukturierter Behandlungsprogramme eingehen sollen, orientiert sich im Vordergrund an evidenzbasierten Leitlinien. Sofern eine Bewertung der Evidenz, die einer Empfehlung zugrunde liegt, vorgenommen wird, erfolgt diese nach den Methoden der evidenzbasierten Medizin.“ (6. Kapitel § 6 VerfO).</p> <p>Eine Evidenzbewertung kann ausschließlich an einer vollständig publizierten Studie erfolgen. Eine Studiensynopse ist hierfür nicht ausreichend.</p> <p>Zu 3) Die Anpassung wurde 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Patient*innen mit BMI 30-40 kg/m² ein, die im Verhältnis 1:1 in die Interventions- oder Vergleichsgruppe randomisiert wurden. Die Interventionsgruppe erhielt Zugang zur Standardversorgung und zur DiGA. Die Kontrollgruppe erhielt Zugang zur Standardversorgung. Die Regelversorgung der Patient*innen der Kontrollgruppe wurde als Wartegruppe unter Fortführung des bisherigen Lebensstils umgesetzt, was im Rahmen der bestehenden Versorgungslücke die Versorgungsrealität von Menschen mit Adipositas reflektiert.</p> <p>Die Studie zeigte, dass die Therapie mit Oviva Direkt für Adipositas bei den App-Nutzer*innen innerhalb von 12 Wochen zu einer medizinisch-relevanten mittleren Gewichtsreduktion von 3.2 Prozent ± 3.0 zum Ausgangsgewicht führt - statistisch signifikant mehr als die Kontrollgruppe (p < 0,001). Follow-Up-Daten nach 24 Wochen zeigen, dass der Großteil der Patient*innen die Gewichtsreduzierung halten oder weiter steigern konnte. Die darüber hinaus gezeigten Wirksamkeitsnachweise werden in den tragenden Gründen treffend durch die Patientenvertretung beschrieben.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Die von GKV-SV, KBV und DKG angemerkte Limitation, dass noch keine vollständige Publikation der Evaluationsstudie vorliegt, ist nicht zulässig. Die Erfordernis eines vollständig publizierten Manuskripts zur Aufnahme einer digitalen medizinischen Anwendung ist von der G-BA Verfahrensordnung nicht abgedeckt. Vielmehr beschreibt § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V, dass zur Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen die bereits vorliegenden Erkenntnissen in einer am PICO-Schema orientierten Fassung berücksichtigt werden sollen. Entsprechend hat die Oviva AG dem G-BA am 25. Januar 2023 eine umfangreiche Studiensynopse zur Verfügung gestellt. Die Oviva AG hat den G-BA am 16. August 2023 darüber informiert, dass das Manuskript nach erfolgreich abgeschlossener Studie kürzlich zur Publikation eingereicht wurde. Als Anhang zur vorliegenden Stellungnahme wird eine aktualisierte Studiensynopse eingereicht, die die vom BfArM bewerteten Ergebnisse der Studie beschreibt.</p> <p>Zu 3)</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Die DiGA Oviva Direkt für Adipositas ist ein leitliniengerechtes, multimodales Therapieprogramm, das technisch auf der Oviva Direkt App basiert. Die korrekte Bezeichnung der DiGA lautet Oviva Direkt für Adipositas.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zu 1) In den Tragenden Gründen ist die mögliche Umsetzung der leitliniengerechten, multimodalen Basistherapie durch Oviva Direkt für Adipositas zu dokumentieren.</p> <p>Zu 2) Die medizinisch-inhaltliche Eignung von Oviva Direkt für Adipositas ist basierend auf den vom BfArM veröffentlichten Angaben zur Evaluationsstudie sowie der eingereichten Studiensynopse zu bewerten.</p> <p>Zu 3) Wir bitten um vollständige Benennung der DiGA im Rahmen der Tragenden Gründe als "Oviva Direkt für Adipositas".</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
15.8	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV) vom 28.08.2023	<p>TrG Zeile 87, zu zanadio</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Zu folgenden Punkten bzgl. der Prüfung von zanadio als geeignete digitale medizinische Anwendung wird Stellung genommen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vorliegender Nachweis der Wirksamkeit/Kritik des GKV-SV 2. Abbildung der multimodalen Basistherapie <p>Zu 1) Für die dauerhaft zugelassene DiGA zanadio wurden zwei medizinische Nutzen durch das BfArM aufgrund der Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Evaluationsstudie anerkannt: die Verbesserung des Gesundheitszustands (operationalisiert durch Gewichtsänderung) und die Verbesserung der Lebensqualität. Dass eine Bewertung anhand des RoB2-Tools vom G-BA überhaupt vorgenommen wurde, ist aus der vorgelegten Dokumentation nicht ersichtlich. Es ist daher bereits fraglich, wo die dargestellte Einschätzung herrühren soll und ob sie überhaupt zutreffend dargestellt ist. Inhaltlich ist sie jedenfalls nicht haltbar, denn hinsichtlich des</p>	<p>KBV, PatV, DKG:</p> <p>Die Umsetzungsmöglichkeit digitaler Anwendungen ist nicht für alle Patientinnen und Patienten gegeben. Ein Beleg für die Überlegenheit von digitalen Anwendungen im Vergleich zu persönlicher Leistungserbringung liegt nicht vor.</p> <p>KBV, DKG: Zu 1) Dank und Kenntnisnahme (s. hierzu auch unten zu 2)).</p> <p>KBV, DKG: Zu 2) Der G-BA hat eine Prüfung von Zanadio gemäß § 137f Abs.8 SGB V vorgenommen und in den Tragenden Gründen entsprechend dargestellt.</p> <p>GKV-SV: zu 1) und 2): In Bezug auf die Beschreibung der zu Grunde liegenden Evidenz werden die Tragenden Gründe noch angepasst und auf die detaillierte Bewertung einzelner Aspekte verzichtet. Im Ergebnis bleibt der GKV-SV jedoch bei seiner Auffassung, dass sich kein klarer Stellenwert der</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Verzerrungspotentials der Endpunkte ist zu beachten, dass es sich bei den anthropometrischen Messungen (Gewicht und Taille-Größe Verhältnis) nicht um PROMs (patient-reported Outcomes) im Sinne des Cochrane RoB2 Standards handelt. Dort bezieht sich der Begriff auf selbstberichtete Einschätzungen z.B. zu Körperfunktionen oder dem subjektiven Befinden der Patienten. Bei einer Messung handelt es sich hingegen nicht um eine Einschätzung. Da die Probanden ihr Gewicht vorliegend von einer Waage ablesen und das Wissen um die Gruppenzugehörigkeit keinen Einfluss auf die Waage hat, kann ein Verzerrungspotenzial ausgeschlossen werden. Lediglich bei den sekundären Endpunkten "Wohlbefinden" und "Lebensqualität" erscheint es möglich, dass Patienten der Interventionsgruppe den Behandlungseffekt überschätzen. Somit sind ausschließlich bei diesen Endpunkten Bedenken (mittleres Verzerrungspotenzial) hinsichtlich einer möglichen Verzerrung angebracht.</p> <p>Hinsichtlich des langfristigen Effektes der digitalen Gesundheitsanwendung zanadio ist klarzustellen, dass sich</p>	<p>digitalen medizinischen Anwendung „Zanadio“ im DMP Adipositas eruieren lässt.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Patientenvertretung hat zandadio in den Tragenden Gründen aufgeführt.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>der Gesundheitszustand in der Interventionsgruppe hinsichtlich des Körpergewichts über alle Zeitpunkte hinweg (3, 6, 9 und 12 Monate) kontinuierlich verbessert. Im Gegensatz dazu ist ein initialer Gewichtsverlust in der Kontrollgruppe nach 6 Monaten wieder rückläufig. Die größte Gewichtsänderung innerhalb der Interventionsgruppe ist nach 3 Monaten zu beobachten (-5.14%, $p < 0.0001$) und ist signifikant besser verglichen mit der Kontrollgruppe (MW-Differenz = -4.06%, $p < 0.0001$). Auch zwischen der empfohlenen minimalen Anwendungsdauer von 6 Monaten und der Gesamtdauer des Programms von 12 Monaten ist eine signifikante, Gruppen-kontrollierte Gewichtsänderung zu beobachten (-3.27%, $p < 0.0001$). Damit ist die nachgewiesene kontinuierliche Gewichtsreduktion über 12 Monate hinweg als Erfolg zu bewerten. Bei einer kontinuierlichen Gewichtsreduktion über einen Zeitraum von 12 Monaten kann von einer nachhaltigen Therapie ausgegangen werden.</p> <p>Zu 2) Den Aussagen des GKV-SV, denen zufolge zanadio nicht als Schulungsprogramm geeignet ist, wird widersprochen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>zanadio entspricht der aktuellen S3 Leitlinie Adipositas. Es handelt sich um ein multimodales Programm, das Inhalte aus den Bereichen Ernährung, Bewegung und Verhalten umfasst. Das Programm umfasst die Phasen Selbstbeobachtung, Verhaltensänderung und Stabilisierung. In jeder dieser Phasen erhalten die Patient:innen Inhalte aus allen drei Bereichen, sodass die Multimodalität über die gesamte Programmdauer hinweg gewährleistet ist.</p> <p>Entsprechend der Leitlinie ist eine Mindesttherapiedauer von 6 Monaten vorgesehen, das Curriculum ist auf insgesamt 12 Monate ausgelegt, um eine nachhaltige Verhaltensänderung und Gewichtsreduktion zu erreichen.</p> <p>Ein gemäß Leitlinien geforderter klinisch relevanter Gewichtsverlust von min. 5-10% in 12 Monaten konnte in der randomisiert-kontrollierten Evaluationsstudie nachgewiesen werden. Mit einem durchschnittlichen, langsamen und konstanten Gewichtsverlust von 8% zeigt sich die Intervention mittels zanadio als hocheffektiv. Hervorzuheben ist, dass auch anhand von Echtweltdaten (konkret für männliche Patienten) gezeigt werden konnte, dass 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>genannten Effekte nicht nur im Studiensetting, sondern auch in der Versorgungsrealität erreicht werden.</p> <p>Der Umstand, dass dies - gemäß der Natur von digitalen Gesundheitsanwendungen - ohne individuelle persönliche Beratungen erreicht wird, unterstreicht die besondere Eignung von zanadio für den Einsatz im DMP Adipositas. Es ist gerade Anforderung nach Kapitel 6 Abs. 2 Nr. 5 S.3 VerfO G-BA, dass die Zweckbestimmung insbesondere die Förderung des Krankheitsmanagements “durch den Patienten selbst” erfasst und der “primäre Anwender” der “Patient selbst” ist. Soweit der GKV-SV bemängelt, dass zanadio keine persönlich erbrachte, individuelle Beratungsleistung umfasst, steht diese Anforderung im Widerspruch zur in Kapitel 6 Abs. 2 Nr. 5 VerfO G-BA angelegten Intention, dass DiGA als digitale medizinische Anwendungen Teil einer DMP werden können, denn die persönliche Leistungserbringung ist DiGA gerade nicht eröffnet, was die Verfahrensordnung, wie dargelegt, auch anerkennt. Die Kritik des GKV-SV führt hingegen zu einem Zirkelschluss und geht daher fehl.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Darüber hinaus bildet zanadio die Inhalte der vom GKV-SV herausgegebenen Rahmenvereinbarungen für Schulungsmaßnahmen nach § 43 SGB V ab.</p> <p>zanadio erfüllt die Qualitätsanforderungen, die an strukturierte Adipositas-Schulungen gestellt werden, insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnisorientierte Inhalte (Berücksichtigung von Vorlieben, Lebensbedingungen und körperlicher Verfassung) • Erstellung der Inhalte durch Fachkräfte (Ernährungsfachkräfte, Psycholog:innen, Physiotherapeut:innen) • Systematische Datendokumentation (Bewegungs-/ Ernährungs-/Gewichtstracking) • Kognitive Umstrukturierung und Rückfallprävention <p>Es handelt sich um die digitale Abbildung einer leitliniengerechten, multimodalen Basistherapie, deren Inhalte auf die Förderung der Eigenverantwortung der Patient:innen ausgerichtet sind. Dies ist bei einer Adipositastherapie unerlässlich.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>zanadio ermöglicht es, Patient:innen, denen bisher kein Zugang zu Therapiemöglichkeiten gegeben war, flächendeckend zu versorgen. Dies geschieht durch die digitale Darreichungsform zeit- und ortsunabhängig. zanadio bietet somit einen klaren Mehrwert im Vergleich zu einer persönlichen Leistungserbringung, der insbesondere bei einer Anleitung zur Verhaltensänderung von entscheidendem Vorteil ist.</p> <p>Änderungsvorschlag: Zu 1) Die medizinisch-inhaltliche Eignung von zanadio ist basierend auf der vom BfArM veröffentlichten Angaben zur Evaluationsstudie sowie der entsprechenden Veröffentlichung gegeben (Roth et al., 2023).</p> <p>Zu 2) In den Tragenden Gründen ist die mögliche Umsetzung der leitliniengerechten, multimodalen Basistherapie durch zanadio zu dokumentieren.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
15.9	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV) vom 28.08.2023	<p>TrG Zeile 88, zu Vitadio</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Zu den fehlenden klinischen Nachweisen für Vitadio werden folgende Punkte angemerkt: Vitadio hat die Ergebnisse von zwei klinischen Studien (beide nach dem PICO-Schema konzipiert) veröffentlicht. Die Studien zeigen eine positive Wirkung der digitalen Gesundheitsanwendung Vitadio auf mehrere metabolische Parameter.</p> <p>Die erste Studie wurde vom Universitätsklinikum Olomouc (Tschechien) durchgeführt und im November 2022 abgeschlossen. Es handelte sich um eine randomisierte kontrollierte Studie, in der die Wirkung der Anwendung von Vitadio bei Menschen mit Adipositas (BMI über 30 kg/m²) untersucht wurde. In der Studie wurde Vitadio mit einem intensiven Adipositas-Management-Programm verglichen. Die Kontrollgruppe erhielt fünf persönliche Lebensstilberatungen, ein Online-Tagebuch zur Aufzeichnung der Mahlzeiten und hatte die Möglichkeit, den Berater</p>	<p>Auch aus dieser Stellungnahme geht - wie in den Tragenden Gründen bereits dargelegt - hervor, dass für die digitale medizinische Anwendung „Vitadio“ zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vorliegt. Bei der zweiten zitierten Quelle handelt es sich lediglich um eine Pilotstudie die nicht adipositasspezifisch ausgerichtet ist.</p> <p>Sofern zu einem späteren Zeitpunkt eine vollständig publizierte Evaluationsstudie vorliegt, wird der G-BA spätestens bei Aktualisierungen der Anforderungen die Geeignetheit dieser digitalen medizinischen Anwendung medizinisch-inhaltlich prüfen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>während der gesamten Studiendauer um zusätzliche Unterstützung (remote) zu bitten. Der primäre Endpunkt war die Reduzierung des Körpergewichts. Die vorläufigen Studienergebnisse wurden im April 2022 im Journal nutrients veröffentlicht (Moravcová et al., 2022). Die Studie ist nun abgeschlossen und ein Manuskript mit den endgültigen Ergebnissen wird für die Veröffentlichung erstellt.</p> <p>Die zweite Studie wurde von der Technischen Universität Dresden auf Anforderung des BfArM durchgeführt, um die Evidenz von Vitadio bei Menschen mit Typ-2-Diabetes zu erweitern. Es handelte sich um eine Beobachtungsstudie mit einer intraindividuellen Kontrollgruppe, in der die Auswirkungen der Verwendung von Vitadio bei Menschen mit Typ-2-Diabetes untersucht wurden. In der Studie wurde Vitadio mit retrospektiv erhobenen intraindividuellen Daten aus dem DMP Diabetes verglichen. Der primäre Endpunkt war die Senkung des HbA1c-Wertes. Die endgültigen Ergebnisse wurden ebenfalls im April 2022 im Journal nutrients veröffentlicht (Bretschneider et al., 2022).</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Neben diesen beiden veröffentlichten Studien ist Vitadio Gegenstand einer laufenden randomisierten klinischen Studie, in der die Wirkung der Anwendung von Vitadio bei Menschen mit Typ-2-Diabetes untersucht wird. Die Studie ist beim Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS00027405) registriert und wird voraussichtlich im November 2023 abgeschlossen sein.</p>	
15.10	<p>Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV) vom 28.08.2023</p>	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>Bretschneider, M. P., Klásek, J., Karbanová, M., Timpel, P., Herrmann, S., & Schwarz, P. E. H. (2022). Impact of a Digital Lifestyle Intervention on Diabetes Self-Management: A Pilot Study. <i>Nutrients</i>, 14(9), 1810. https://doi.org/10.3390/nu14091810</p> <p>Bundesministerium für Gesundheit. (2020, Oktober 23). Referentenentwurf: Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz. Retrieved August 28, 2023, from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/G</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>VWG_RefE.pdf</p> <p>IQWiG. (2022, August 18). V21-05 - Leitliniensynopse Adipositas Erwachsene - Abschlussbericht - Version 1.0. IQWiG Website. Retrieved August 28, 2023, from https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf</p> <p>Michou, M., Panagiotakos, D. B., & Costarelli, V. (2018, Sept 30). Low health literacy and excess body weight: a systematic review. <i>Cent Eur J Public Health</i>, 26(3), 234-241. 10.21101/cejph.a5172</p> <p>Moravcová, K., Karbanová, M., Bretschneider, M. P., Sovová, M., Ozana, J., & Sovová, E. (2022). Comparing Digital Therapeutic Intervention with an Intensive Obesity Management Program: Randomized Controlled Trial. <i>Nutrients</i>, 14(10), 2005. https://doi.org/10.3390/nu14102005</p> <p>Roth, L., Ordnung, M., Forkmann, K., Mehl, N., & Horstmann, A. (2023, May). A randomized-controlled trial to evaluate the app-based multimodal weight loss program zanadio for patients with obesity. <i>Obesity</i>, 31(5), 1300-1310.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>https://doi.org/10.1002/oby.23744 WHO Regional Office for Europe. (01, 01 2022).</p> <p>WHO European Regional Obesity Report 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. World Health Organization. Retrieved August 28, 2023, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf</p>	
16	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) vom 28.08.2023		
16.1	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) vom 28.08.2023	<p>... wir danken Ihnen als Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) für die Möglichkeit zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Anlage 2 der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) durch die Ergänzung der Anlagen 23 (DMP Adipositas) und 24 (Adipositas Dokumentation) Stellung zu nehmen.</p> <p>Als maßgebliche Verbände im Bereich Ernährungstherapie (VDD, VDOE, VFED) und für diesen Bereich einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften (DAG, DDG, DGSP und DGEM) haben wir den Beschlussentwurf gemeinsam erörtert</p>	Wir nehmen die einleitenden Ausführungen dankend zur Kenntnis und würdigen die Stellungnahmen an den diesbezüglich konkret aufgeführten Stellen im BE und in den TrGr.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>und unsere Stellungnahmen erarbeitet, was Sie an zum Teil gleichlautenden Formulierungen erkennen werden.</p> <p>Folgende Punkte möchten wir hiermit noch einmal besonders betonen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alleiniges Einschlusskriterium für das DMP Adipositas: BMI ≥ 30 kg/m². 2. Alle Therapieoptionen mit hoher Evidenz der Leitlinien müssen sich im DMP Adipositas wiederfinden. 3. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas beschrieben werden. 4. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Menschen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden. 5. Die Indikation Adipositas sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden.	
16.2	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) vom 28.08.2023	<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 12. Juli 2023 den „Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.</p> <p>Hiermit nehmen wir als der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) in Abstimmung mit dem Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) die Gelegenheit zur Stellungnahme wahr.</p> <p>Zum o. g. Dokument, Stand 19.07.2023 [1] und unter Bezugnahme auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • die „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf [2]“ und • die „Abschlussberichte der IQWiG-Leitliniensynopsen 	<p>Wir nehmen die einleitenden Ausführungen und Kernbotschaften dankend zur Kenntnis und würdigen die Stellungnahmen an den diesbezüglich konkret aufgeführten Stellen im Beschlussentwurf und in den Tragenden Gründen.</p> <p>Den Ausführungen der Stellungnehmer im Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen, kann nicht gefolgt werden, da dies nicht dem Regelungsbereich des G-BA unterfällt.</p> <p>GKV-SV, DKG: Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden.</p> <p>Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Adipositas, Stand 18.08.2022 [3, 4]“ mit „den Stellungnahmen der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET) in der Dokumentation der Anhörungen zu den Vorberichten der IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas, Stand 18.08.2022 [5, 6]“</p> <p>bitten wir um Berücksichtigung folgender Vorbemerkungen, Kernbotschaften und Anmerkungen:</p> <p>Vorbemerkungen</p> <p>1. Überall, wo wir in unserer Stellungnahme die „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ erwähnen, sind Diätassistentinnen/Diätassistenten oder vergleichbar 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. Ärztinnen/Ärzte mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß Curriculum Ernährungsmedizinische Grundversorgung Bundesärztekammer [7-9] sind als</p>	<p>KBV: Zu den Anmerkungen zu den Leitlinien: der G-BA kann ausschließlich publizierte und aktuell gültige Leitlinien in deutscher oder englischer Sprache (Volltext) berücksichtigen.</p> <p>Zu 1. Im Beschlussentwurf werden qualifizierte Ernährungsfachkräfte nicht erwähnt.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Ernährungsmedizinerinnen/ Ernährungsmediziner für die ernährungsmedizinische Diagnostik und Therapie befähigt [10].</p> <p>3. Wir weisen in unserer Stellungnahme auf eine neue Leitlinie [11] hin, die über die IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas – Abschlussberichte [3, 4] hinausgeht bzw. neuer ist und somit damals noch nicht inkludiert werden konnte.</p> <p>4. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen grün unterstrichen hervorgehoben.</p> <p>5. Die Volltexte der erwähnten Literatur haben wir verlinkt. Das rechtswissenschaftliche Gutachten zur „Öffentlich-rechtlichen Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe“ von Prof. Dr. iur. Gerhard Igl [12] wird dem G-BA rechtzeitig vom VDD zugeschickt. Nicht frei zugängliche Quellen der Literaturliste haben wir als PDF angehängt.</p> <p>6. Wir bitten darum, dass die in Kürze in neuer Auflage vorliegende „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Prävention und Therapie der Adipositas“ vollumfänglich berücksichtigt wird.</p> <p>Kernbotschaften</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alleiniges Einschlusskriterium für das DMP Adipositas: BMI ≥ 30 kg/m². 2. Alle Therapieoptionen mit hoher Evidenz der Leitlinien [3, 4] müssen sich im DMP Adipositas wiederfinden. 3. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas beschrieben werden. 4. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Menschen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden. 5. Die Indikation Adipositas sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden.</p> <p>Allgemeine Anmerkungen</p> <p>Im Hinblick auf die Gesetzesbegründung bleibt der vorgelegte Beschlussentwurf [1] weit hinter unseren Erwartungen und sicher auch denen des Gesetzgebers zurück. Der gesetzliche Auftrag an den G-BA kann aus unserer Sicht mit dieser ersten Fassung des DMP Adipositas nicht als erfüllt angesehen werden.</p> <p>Wir kritisieren insbesondere den inkonsequenten Ansatz des Beschlussentwurfs hinsichtlich Leitliniengestützter bedarfsorientierter Basisempfehlungen zur Ernährungsumstellung.</p> <p>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.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Damit ist die vom Gesetzgeber eingeforderte, „leitliniengerechte und bedarfsorientierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas“ nicht gewährleistet. Aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage können nur einmalige Patientenschulungen und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) für ein DMP berücksichtigt werden. Hier ist zu bedenken, dass deren Wirksamkeit vor allem langfristig nicht ausreichend belegt ist.</p> <p>Für eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit Adipositas ist es unumgänglich, die leistungsrechtlichen Beschränkungen aufzuheben.</p> <p>Daher fordern wir insbesondere und nachdrücklich die Aufnahme der Indikation Adipositas in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V).</p> <p>Einbindung weiterer Fachdisziplinen:</p> <p>Das DMP Adipositas soll die Versorgung von Betroffenen durch die Strukturierung einer bedarfsorientierten</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>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 den IQWiG Abschlussberichten, Kapitel Basistherapie – Ernährungstherapie (Tabelle 7, S. 24, Tabelle 56, S. 148) [3], Kapitel Ernährungstherapie (Tabelle 6, S. 19, Tabelle 31, S. 79) [4] und in den Stellungnahmen der AG EMET [5, 6] – jedoch nicht berücksichtigt.</p> <p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Patientenvereinigung (PatV) weisen auf S. 2, Z. 44 der Tragenden Gründe [2] ebenfalls auf die starken Leitlinienempfehlungen in den IQWiG-Abschlussberichten [3, 4] hin.</p> <p>Während in den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas hinsichtlich Ernährung explizit qualifizierte Ernährungsfachkräfte gefordert werden [13, 14], wird für die Feststellung individueller Ziele der Ernährungsumstellung im Beschlussentwurf [1] das Fachpersonal nicht berücksichtigt.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Stattdessen soll dies Aufgabe der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes sein.</p> <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 [14] als auch im Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Diätassistentengesetz – DiätAssG) [15] ist diese klar beschrieben und gefordert.</p> <p>Im rechtswissenschaftlichen Gutachten von Prof. Dr. iur. Gerhard Igl [12] zum im öffentlichen Recht geregelten Berufsrecht des nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufs der Diätassistentinnen und Diätassistenten steht unter 4.1.5.2.2. Art der Durchführung der Tätigkeit, 4.1.5.2.2.1 Bereich der diättherapeutischen und ernährungsmedizinischen Maßnahmen, S. 27/28, u. a.: „Das Gesetz sieht hier den Diätassistenten in einem Handlungsverbund mit dem Arzt. Dass der Diätassistent aber eine Position als eigenverantwortlicher Leistungserbringer hat, wird aus der</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Formulierung „eigenverantwortliche Durchführung der Maßnahmen“ deutlich. Dies bedeutet nichts anderes, als dass der Diätassistent mit dem Arzt in der Weise kooperiert, dass der Arzt den Anlass für die Maßnahmen gibt, und dass der Diätassistent kraft seiner Fachlichkeit die Maßnahmen in Kooperation mit dem Arzt oder alleine definiert.“</p> <p>Fazit: Nur die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und der vergleichbar qualifizierten 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 wurde. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens nach dem German-Nutrition Care Process (G-NCP)-Modell zum beruflichen Standard [10, 12, 14-16]. Aus diesem Grund fordern wir, dass ausschließlich qualifizierte Ernährungsfachkräfte die im DMP Adipositas vorgesehenen Ernährungsinterventionen ausführen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Es sollte daher beim DMP Adipositas 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. Dies entspräche dem Positionspapier der AG EMET [10] und dem interdisziplinären Ansatz, der bei Schulungsprogrammen ausdrücklich gefordert ist.</p> <p>Im Beschlussentwurf [1] sollte klar definiert sein, wann, bzw. bei welchem Gesundheitsrisiko (z.°B. BMI, Taillenumfang und Komorbiditäten) die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt im Rahmen interprofessioneller Behandlung an qualifizierte Ernährungsfachkräfte für eine individuelle Ernährungstherapie verweisen soll (vgl. Tabelle 13.1, S. 195 [11]).</p> <p>Berücksichtigung individueller Aspekte der Ernährungsumstellung</p> <p>Im Beschlussentwurf [1] wird unter 1.3.1 durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und PatV bzw. unter 1.4</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die KBV eine ausführliche Erstanamnese beschrieben. Diese befürworteten wir grundsätzlich sehr, weil Adipositas verschiedene Ursachen hat und entsprechend individuell therapiert werden muss. Wir können bei der Betonung einer Therapie mit individuellen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten nicht nachvollziehen, warum Patientinnen und Patienten nur eine einheitliche multimodale strukturierte Schulung bekommen sollen. Immer, wenn auch individualisierte, personbezogene Empfehlungen zum Ernährungsverhalten notwendig sind, sollte eine qualifizierte Ernährungsfachkraft für individuelle Ernährungstherapie als Ergänzung zur Gruppentherapie hinzugezogen werden.</p> <p>Der IQWiG-Abschlussbericht Leitliniensynopse Adipositas Erwachsene listet die individuelle Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte als einen der potenziell DMP-relevanten Inhalte auf (Tabelle 7, S. 24-25) [3].</p> <p>Multimodale Schulungsprogramme für Patientengruppen, die allgemeine Ernährungsempfehlungen enthalten, haben eine andere Effektivität als intensive individualisierte/personbezogene Ernährungsmaßnahmen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte, insbesondere wenn diese die Verbesserung der Insulinsensitivität als Ziel haben [17-19]. Die aktuelle niederländische multidisziplinäre Leitlinie Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen und Kindern 2023 [11] berücksichtigt dies. Deshalb ist ein Schulungsprogramm stets mit einer individuellen Ernährungsberatung zu kombinieren. Dies zeigen auch die in den Tragenden Gründen [2] unter 4.2. Schulungen der Versicherten erwähnten Gruppenschulungsprogramme (S. 60-61). Sie enthalten alle ergänzend zum Schulungsprogramm Einzelberatung zur Ernährungsumstellung.</p> <p>Eine Schulung ist in erster Linie ein zielorientierter didaktischer Prozess dessen Schwerpunkt eher auf Wissens- und Kompetenzerwerb abzielt. Eine Beratung hingegen ist ein ergebnisoffener Dialog, mit dem Ziel, Information und Therapiepläne mit individuellem Verhalten in Einklang zu bringen. Beim Anstreben einer Problemlösung stehen Ratsuchende und deren Alltagssituationen im Mittelpunkt. Der Unterschied wird im vorliegenden Beschlussentwurf trotz Betonung der individuellen Ursachen und Therapieziele nicht berücksichtigt. Das gilt auch für das DMP Diabetes mellitus</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Typ 2, DMP-A-RL Anlage 1 [20], wo es unter 1.4.1 Ernährungsberatung lediglich heißt: „Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erhalten Zugang zu einer qualifizierten krankheitsspezifischen Ernährungsberatung im Rahmen eines strukturierten Schulungs und Behandlungsprogramms (siehe Nummer 4.2).“ Hier wird ebenfalls Ernährungsschulung mit Beratung gleichgesetzt, was nicht der Definition entspricht.</p> <p>Zudem weisen wir im Hinblick auf die Gleichstellung darauf hin, dass für Menschen mit fehlender Schulungsfähigkeit (z. B. durch ungenügende Sprachkenntnisse) Alternativangebote zu Schulungsprogrammen vorzuhalten sind.</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 1.8.1 im Beschlussentwurf [1]. Es ist deshalb unverständlich, dass die individuelle Ernährungstherapie trotzdem nicht Bestandteil des DMP ist, wie DKG und PatV in den Tragenden Gründen (Z. 44, S. 2) [2] schreiben. Die DKG, KBV und PatV weisen im Beschlussentwurf (Z. 144, S. 10) darauf hin, dass (individuelle)</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Ernährungstherapie bei Adipositas keine Regelleistung der GKV ist, aber auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleistung (zum Teil) bewilligt werden kann [1].</p> <p>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 Menschen mit Adipositas gewährleistet.</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 dauerhafte Therapie notwendig. Dies führt dazu, dass es Menschen mit Adipositas unbedingt ermöglicht werden muss, Ernährungsinterventionen (Schulungen, individuelle Ernährungsberatungen) regelmäßig zu erhalten. Deshalb schließen wir uns der Forderung von PatV und DKG an, dass ernährungstherapeutische Maßnahmen bei Bedarf wiederholt in Anspruch genommen werden können.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
16.3	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	<p>II. 1.2 Z. 47, S. 2 Z. 52, S. 2</p> <p>Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV:</p> <p>1.2 Einschreibekriterien und „Als krankheitsbezogenes Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gilt ein BMI \geq 30 kg/m².“</p> <p>Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ein BMI \geq 30 kg/m² ist die Definition/Klassifikation der Adipositas laut WHO, wie im IQWiG-Bericht Nr. 1408 Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene, Abschlussbericht (S. 1) [3] und in den Tragenden Gründen (S. 17) [2], beschrieben. – Erörterung der DKG und PatV in den Tragenden Gründen (S. 18-20) [2]. 	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, GKV-SV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt lässt sich aus dem BMI alleine die individuelle Krankheitslast nicht ausreichend bestimmen. Auch in internationalen Leitlinien befürworten die Autoren die Berücksichtigung von Risikofaktoren und Komorbiditäten zur Klassifikation der Krankheitslast.</p> <p>KBV: Der in dieser und anderen Stellungnahmen vertretenen Argumentation wird Rechnung getragen, in dem die KBV vorsieht, ab einem BMI von 35 kg/m² keine weiteren Einschränkungen vorzunehmen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
16.4	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) vom 28.08.2023	II. 1.2/II. 1.3 Z. 56, S. 3 Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV: 1.3 Diagnostik 1.3.1 Indikationsspezifische Erstanamnese 1.3.2 Standarddiagnostik Begründung: – Die DKG und PatV-Erörterung in den Tragenden Gründen (Z. 306, S.26-27) [2]. – Diese Einteilung stimmt auch mit den Kapiteln „Diagnostik“ der niederländischen multidisziplinären Leitlinie Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen und Kindern 2023 überein [11].	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, KBV: Da die Eingrenzung der Zielgruppe nicht allein auf Basis des BMI erfolgt, sondern das Vorliegen bestimmter Komorbiditäten voraussetzt, ist in den Entwürfen von GKV-SV/KBV eine andere Gliederung erforderlich.</p> <p>DKG: Die DKG hat sich aufgrund weiterer anderslautender SN der Position von KBV, GKV-SV und PatV angeschlossen. Die indikationsspezifische Erstanamnese kann in diesem DMP aufgrund ihres deutlich erhöhten Zeitaufwandes bereits als therapeutische Maßnahme betrachtet werden.</p>
16.5	Verband der Diätassistenten –	II. 1.2/II. 1.3	<p>DKG, PatV: Die Erfassung von Essstörungen ist über die umfassende Erhebung des Essverhaltens indirekt</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	Z. 56, S. 4 Stellungnahme: Wir haben Ergänzungsvorschläge unter 1.3.1 Indikationsspezifische Erstanamnese. Begründung: Vorhandene Indikationen sollen konkretisiert werden. Änderungsvorschlag: – Gewichtsverlauf und bereits erfolgte Maßnahmen zum Gewichtsmanagement (sowohl selbstinitiierte als auch ärztlich verordnete, verhaltensbezogene, diätetische und medikamentöse Maßnahmen, erfolgte Operationen, <u>weitere Maßnahmen</u> (z. B. Magenballon), höchstes und niedrigstes Gewicht, größte Gewichtsreduktion Änderungsvorschlag: – Psychischer Befund, Einstufung der Motivation, <u>Essstörungen</u>	implementiert. GKV-SV, KBV: Nach Auffassung des GKV-SV und der KBV beinhaltet die Abfrage des aktuellen Essverhaltens auch die Einschätzung möglicher Essstörungen. KBV: Bei Verdacht auf eine Essstörung erfolgt weitreführende Diagnostik nach Ermessen der koordinierenden Ärztinnen und Ärzte. Dem ersten Vorschlag wird nicht gefolgt, da die Erfassung eines Magenballons über die Erhebung stattgehabter Maßnahmen umfasst wird. Eine abschließende Aufzählung kann an dieser Stelle nicht erfolgen.
16.6	Verband der Diätassistenten –	II. 1.2/II. 1.3.2 Z. 61, S. 4	Die Eingrenzung der Messung des Bauchumfanges bei einem BMI bis 35 kg/m ² orientiert sich in der Position von DKG 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV , aber empfehlen „bei einem BMI bis 35 kg/m ² “ zu streichen, da für eine Verlaufsdokumentation auch bei der Erstanamnese eine Messung des Bauchumfangs indiziert ist. Änderungsvorschlag: KBV, DKG, PatV , zusätzlich Bauchumfang <u>bei einem BMI bis 35 kg/m²</u>	KBV eng an der kanadischen Leitlinie OC 2020“. Dort wird dargelegt, dass ab einem BMI von 35 auch unabhängig des Bauchumfangs ein erhöhtes kardiometabolisches Risiko besteht. GKV-SV: Aufgrund der Stellungnahme wird die Position geändert und die der anderen Bänke angenommen.
16.7	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	II. 1.3.2 Z. 70, S. 5 Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG, PatV, mit einer Textergänzung, an. Begründung: Bei der Adipositastherapie geht es auch um Vorbeugung von	DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme Dem Vorschlag der Stellungnehmer wird gefolgt und der Beschlussentwurf an entsprechender Stelle angepasst. GKV-SV: Da die Eingrenzung der Zielgruppe nicht allein auf Basis des BMI erfolgt, sondern das Vorliegen bestimmter Komorbiditäten voraussetzt, erfolgt die Erfassung relevanter Komorbiditäten schon vor Einschluss in das DMP.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Komorbidität</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Patientinnen und Patienten mit Adipositas haben ein erhöhtes Risiko für weitere chronische Erkrankungen. Diese Folge- und Begleiterkrankungen müssen bei der Therapie der Adipositas berücksichtigt werden, so dass deren <u>Prävention bzw. frühzeitige Diagnose</u> wesentlicher Bestandteil des DMP Adipositas ist.“</p>	<p>KBV: In der KBV-Position ist unter Nr. 1.2 eine gesicherte Diagnose einer adipositas-spezifischen Komorbidität zu der Adipositas-Diagnose (für Adipositas Grad 1) erforderlich. Daher ist eine spezifische Fokussierung auf Begleit- und Folgeerkrankungen im Rahmen der Diagnostik, wie sie in der Position der DKG/PatV beschrieben wird, nicht vorgesehen. Für andere Konstellationen liegt die Erweiterung der Diagnostik im Ermessen der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes.</p>
16.8	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.3/II. 1.4, 1.4.1 Z. 77, S. 5 Z. 89-90, S. 6</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV an: 1.4 Therapie 1.4.1 Therapieziele, als Konsequenz der obengenannten Einteilung mit 1.3, 1.3.1 und 1.3.2. In der Liste sollten die Therapieziele (Zeile 82-88) ergänzt werden um „Verbesserung oder Erhalt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“. Zur systematischen</p>	<p>DKG, KBV, PatV: Die Lebensqualität ist als übergeordnetes Therapieziel zu betrachten. Die explizit aufgelisteten Therapieziele sollen dazu beitragen, die Lebensqualität insgesamt zu erhalten oder zu verbessern.</p> <p>GKV-SV: Die Verbesserung der Lebensqualität ist als übergeordnetes Therapieziel hervorgehoben. Eine weitere Nennung in anderer Gliederungsform wird als redundant angesehen.</p> <p>Für die Verwendung eines Fragebogens findet sich im IQWiG-Bericht keine leitliniengestützte Empfehlung, daher wird dies</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Erfassung der anamnestischen Angaben und um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu ermitteln soll unterstützend ein entsprechender Patientenfragebogen eingesetzt werden.	vom GKV-SV abgelehnt.
16.9	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	<p>II. 1.4.2 Z. 108-112, S. 7</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Laut 1.4.1 Therapieplanung und 1.5.2 Ernährung, S. 7-8 [1], soll die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit „individuellen“ Zielen zur Ernährungsumstellung erstellen, festlegen und regelmäßig überprüfen. Wie unter den Allgemeinen Anmerkungen bemerkt, steht dies im Widerspruch mit den per Gesetz festgelegten Aufgaben der Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten [12, 15] bzw. vergleichbar qualifizierten Ernährungsfachkräften. Wir plädieren gemäß Vereinbarungen zur Qualitätssicherung für Kooperation zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und Ernährungsfachkräften [10, 14].</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>II. 1.4.2 Z. 108-114, S. 7 Änderungsvorschlag: „Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt soll in <u>Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft</u> gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit individuellen Zielen, insbesondere zur Ernährungsumstellung und zur körperlichen Aktivität, 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</u> Therapieziele sollen im Verlauf regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.“</p>	<p>DKG, PatV: Dem Stellungnehmer kann nicht gefolgt werden, da dies leistungsrechtlich nicht abgebildet ist.</p> <p>GKV-SV, KBV: Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.</p>
16.10	Verband der	II. 1.5.1	„Eine Änderung der Ernährung“ inkludiert aufgrund ihrer

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. vom (VDD) 28.08.2023	Z. 117-118, S.7 Stellungnahme mit Begründung: Eine Änderung der Ernährung kann eine qualitative und/oder eine quantitative Änderung der Ernährung sein. Änderungsvorschlag: „Basismaßnahmen des Adipositasmanagements sind eine <u>qualitative bzw. quantitative Änderung</u> der Ernährung, eine Steigerung der körperlichen Aktivität einschließlich Verhaltensmodifikationen.“	allgemein gehaltenen Formulierung beide Möglichkeiten, also Ernährung sowohl im Hinblick auf die Qualität, als auch auf Quantität zu verändern.
16.11	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. vom (VDD) 28.08.2023	II. 1.5.1 Z. 130, S.7-8 Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV an.	DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme KBV, GKV-SV: Der Beschlussentwurf wurde angepasst
16.12	Verband der Diätassistenten –	II. 1.5.2	GKV-SV, KBV, DKG: Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen, kann nicht

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) vom 28.08.2023	Z. 136-139, S.8 Stellungnahme mit Begründung: Individualisierte, personbezogene Empfehlungen sind um Ernährungsverhalten während Gruppenschulungen kaum umsetzbar. Die Schulung formt die Basis. Wir plädieren dafür, dass, in Übereinstimmung mit den Leitlinien (IQWiG-Abschlussbericht, Tabelle 7, S. 24 und Tabelle 56, S. 148 [3] und AG EMET-Stellungnahme [5]), Patientinnen und Patienten bei entsprechender Indikation intensive Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erhalten können. Änderungsvorschlag: <u>„Jede Patientin und jeder Patient soll bei entsprechender Indikation, zusätzlich zur Gruppenschulung und in enger Abstimmung mit der koordinierenden Ärztin/Arzt, Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft mit individualisierten/ personbezogenen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten erhalten. Dabei soll über die Bedeutung einer adäquaten</u>	gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Ernährungsumstellung sowohl im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion, als auch auf positive metabolische und kardiovaskuläre Effekte informiert werden. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten soll die Ärztin oder der Arzt in Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung festlegen und regelmäßig überprüfen.“	
16.13	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	<p>II. 1.5.2 Z. 139-141, S. 8-10</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns den Vorschlägen der DKG, KBV und PatV an. Im Wesentlichen folgen wir der Formulierung, die an die Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas angepasst ist.</p> <p>Z.141, S. 9-10 Änderungsvorschlag: DKG, KBV, PatV</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Der Vorschlag des GKV-SV basiert auf den derzeit gültigen Leitlinienempfehlungen, die im IQWiG-Abschlussbericht zusammengestellt sind. Wesentlicher Unterschied zur (abgelaufenen) deutschen S-3-Leitlinie ist, dass hier kein Energiedefizit quantifiziert wird, sondern lediglich eine „negative Energiebilanz“ empfohlen wird.</p> <p>Dennoch wurde in den Beschlussentwurf eine Ergänzung eingefügt, in der die in der deutschen Leitlinie genannte Wert als Richtwert benannt wird. Dies wurde in den Beratungen mit den Sachverständigen überzeugend als sinnvoll beschrieben.</p> <p>In Bezug auf die aufgezählten möglichen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>„[...] Wenn Formuladiäten eingesetzt werden, soll dies zeitlich begrenzt (in der Regel maximal 12 Wochen) und medizinisch <u>und möglichst ernährungstherapeutisch</u> begleitet werden.“</p>	<p>Ernährungsstrategien unterschieden sich die Entwürfe von GKV-SV inhaltlich allenfalls unwesentlich von denen der KBV/DKG/PatV. Daher wurde der Entwurf des GKV-SV entsprechend angepasst und hier die alternative Darstellung der Ernährungsstrategien übernommen.</p> <p>Zu den Formuladiäten: Beide im IQWiG-Bericht zitierten Leitlinien benennen außerdem Mahlzeitenersatz-Strategien als eine weitere Option. Die kanadische Leitlinie konstatiert hier einen hohen Evidenzgrad, allerdings liegt auch hierfür, ebenso wie für die einzelnen aufgezählten Beispiele kein hoher Empfehlungsgrad vor. Es bleibt jedoch unklar, welche Arten von Produkten bzw. welche Strategie hiermit beschrieben wird, welchen Regularien diese unterliegen und ob diese Empfehlung auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar ist.</p> <p>Nach §27 SGB V sind diätetische Lebensmittel zudem von der Versorgung ausgeschlossen. Nach § 25 der Arzneimittelrichtlinie sind hypokalorische Lösungen (Energiedichte < 1 kcal/ml) aufgrund ihrer Zusammensetzung nicht verordnungsfähig.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>DKG, KBV, PatV: Dieser Änderungsvorschlag ist nicht grundsätzlich leistungsrechtlich abgedeckt, deshalb kann an dieser Stelle keine konkrete Empfehlung aufgenommen werden.</p>
16.14	<p>Verband der Diätassistenten Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.5.2 Z. 144, S. 10</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV, schlagen aber eine Textänderung vor, weil die individuelle/personbezogene Ernährungstherapie eine wichtige ergänzende Maßnahme zur Umsetzung dieser Empfehlungen ist. Im DMP soll klar dargestellt werden, dass die ergänzende Einzelberatung durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte dazu gehört. Einzelberatung kann nach § 43 SGB 5 im Rahmen des DMPs durchgeführt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG, KBV, PatV</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>PatV: dem Änderungsvorschlag wird teilweise gefolgt. Auch die Patientenvertretung sieht die ind. Ernährungstherapie als wichtige Maßnahme an, auf die die Patientinnen und Patienten hingewiesen werden sollte.</p> <p>GKV-SV: Eine Ernährungstherapie ist laut Heilmittel-Richtlinie lediglich bei seltenen angeborenen Stoffwechselstörungen und bei Mukoviszidose GKV-Leistung, aber nicht für die Indikation Adipositas.</p> <p>KBV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, um nicht zu suggerieren, dass hierfür eine andere Rechtsgrundlage gilt als die in Auswertung zu 16.12 beschriebene.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>„Eine individuelle Ernährungstherapie kann <u>ist eine wichtige ergänzende Maßnahme</u> zur Umsetzung dieser Empfehlungen eine sinnvolle Maßnahme sein. Ernährungstherapie ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, weil zurzeit kein zugelassenes Heilmittel, wird <u>kann</u> aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleistung bewilligt werden.“</p>	
16.15	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.5.4 Z. 152, S. 12 Z.159-167, S. 12 Stellungnahme mit Begründung: 1.5.4 Verhaltensmodifikation Wir unterstreichen die in Z. 159-167 genannten Interventionen; sie sind in jedem Programm zur Veränderung des Ernährungsverhaltens essenziell, sie sollten in jedem Ernährungsberatungskonzept enthalten sein.</p>	Dank und Kenntnisnahme
16.16	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher</p>	<p>II. 1.5.5 Z. 168, S. 13 Stellungnahme:</p>	<p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme DKG: Aufgrund der SN hat sich die DKG der Position von KBV</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	Wir schließen uns dem ausführlicheren Vorschlag von KBV und PatV an.	und PatV angeschlossen. GKV-SV: Aus Sicht des GKV-SV sollen Arzneimittel, die gemäß § 34 SGB V bzw. gemäß § 14 Arzneimittel-RL ausgeschlossen sind, keine Erwähnung in dieser DMP-Richtlinie finden.
16.17	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	<p>II. 1.5.6 Z. 170, S. 14 Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV und PatV, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p> <p>II. 1.5.6 Z. 170, S. 14 Änderungsvorschlag: PatV „Bei Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer Adipositas, bei denen die Voraussetzungen für eine Primärindikation zu einer chirurgischen Therapie im Sinne einer adipositaschirurgischen oder metabolischen Operation bestehen, kann diese auch ohne einen vorherigen konservativen Therapieversuch erfolgen, jedoch mit einer</p>	<p>DKG: Dem in der Stellungnahmeadressierten Änderungsvorschlag, dass vor chirurgischen oder metabolischen Eingriffen über eine Ernährungsumstellung aufgeklärt werden soll, wird in der Position der DKG im Rahmen der Überweisungsregeln unter 1.8.2 Rechnung getragen.</p> <p>PatV: Dem Änderungsvorschlag wird gefolgt.</p> <p>KBV: Die Primärindikation zur Adipositas-Chirurgie wird in der KBV-Position nicht adressiert.</p> <p>GKV-SV: Es ist aus der Stellungnahme nicht ersichtlich, warum dem Vorschlag der KBV/PatV gefolgt 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		vorbereitenden ärztlichen Aufklärung zur notwendigen Ernährungsumstellung, <u>die von einer qualifizierten Ernährungsfachkraft begleitet werden muss.</u> “	
16.18	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	<p>II. 1.5.6.2 Z. 173, S. 15 Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p> <p>Z. 173, S. 15 Änderungsvorschlag: DKG „Der Magenballon kann Patientinnen oder Patienten mit Adipositas nach Versagen einer konservativen Therapie und bei Ablehnung einer Operation bzw. bei Kontraindikationen für eine Operation im Rahmen eines angemessenen begleitenden Programms <u>inklusive ernährungstherapeutischer Begleitung</u> angeboten werden.“</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Bedeutung einer diesbezüglichen ernährungstherapeutischen Begleitung wird nicht in Abrede gestellt. Da diese in der DGAV LL „Empfehlung 5.3“ jedoch nicht abgebildet ist, wurde sie im RL-Entwurf nicht explizit mit aufgenommen.</p> <p>GKV-SV: Aus Sicht des GKV-SV sind in einer DMP-Richtlinie lediglich die Schnittstellen zu weiterführenden Therapiemaßnahmen bzw. Versorgungssektoren zu definieren. Detaillierte Ausführungen zu spezifischen chirurgischen Verfahren sind daher nicht Gegenstand einer grundsätzlich hausärztlich orientierten Richtlinie.</p> <p>KBV: Aus Sicht der KBV sind in einer DMP-Richtlinie lediglich die Schnittstellen zu weiterführenden Therapiemaßnahmen bzw. Versorgungssektoren zu definieren. Detaillierte Ausführungen zu spezifischen chirurgischen Verfahren sind daher nicht Gegenstand dieser 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
16.19	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	<p>II. 1.5.6.3 Z. 174, S. 16</p> <p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an. Z. 174, S. 16</p> <p>Änderungsvorschlag: DKG, PatV „.....regelmäßig lebenslang nachuntersucht <u>und therapiert</u> werden.“</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG, PatV: Beim Entwurf des RL- Textes hat sich die DKG und PatV eng an dem Wortlaut der DGAV LL (Empfehlung 7.13) orientiert.</p> <p>GKV-SV, KBV: Die Notwendigkeit der lebenslangen Nachsorge wird auch im Entwurf des GKV-SV bzw. der KBV unter 1.5.6 adressiert.</p> <p>Der differenzierte Einsatz adipositas-chirurgischer Maßnahmen sowie auch prä- und postoperative Maßnahmen sind nicht Gegenstand des DMP. Die fehlende Abbildung einer (vor allem anfangs) hochfrequenten postoperativen, lebenslangen Nachsorge in der Regelleistung kann von Empfehlungen im Rechtsrahmen des DMP nicht beeinflusst werden. Somit können entsprechende Laborkontrollen und Supplementationen in der DMP-A-Richtlinie von den koordinierenden Ärztinnen und Ärzten nicht gefordert werden. Die zentrale Maßnahme des DMP Adipositas ist die Schulung wie unter 4. beschrieben.</p> <p>GKV-SV: Eine Erweiterung der Einschreibekriterien 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			operierte Patientinnen und Patienten unabhängig des BMI ist nicht vorgesehen.
16.20	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. vom (VDD) 28.08.2023	<p>II. 1.6 (1.6.1-1.6.5) Z. 176, S. 16-19</p> <p>II. 1.6.5 Z. 176, S. 19</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV, DKG und PatV, mit einer Textänderung unter 1.6.5 Verdauungssystem, an. Die Gewichtsreduktion ist nicht die Maßnahme, sondern das Ergebnis der Adipositas-spezifischen Maßnahmen. Den Kasten von PatV und DKV kommentieren wir nicht.</p> <p>II. 1.6.5 Z. 176, S. 19</p> <p>Änderungsvorschlag: KBV, DKG, PatV „Adipositas-spezifische Maßnahmen, insbesondere zur Gewichtsreduktion, sind wichtigster Bestandteil der Therapie einer Nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung.“</p>	<p>PatV, KBV, DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Der Änderungsvorschlag wurde unter Nummer 1.6.5 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
16.21	Verband der Diätassistenten Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	<p>II. 1.7 Z. 185, S. 19 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV, DKG und PatV, mit einer Textergänzung bezüglich einer jährlichen Messung der Körperzusammensetzung mittels BIA zur Verlaufskontrolle an. Bei einer Gewichtsreduktion</p> <p>II. 1.7 Z. 185, S. 19 sollte die Körperzusammensetzung sich nicht verschlechtern, deshalb sollte eine Vor- und Nachkontrolle in Betracht gezogen werden [11]. Änderungsvorschlag: KBV, DKG, PatV „ - Bei einem BMI bis 35 kg/m²: Messung des Bauchumfangs einmal jährlich. <u>Ergänzend sollte ebenfalls einmal jährlich eine Messung der Körperzusammensetzung mittels BIA durchgeführt werden.</u>“</p>	<p>DKG, KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Bezüglich der grundsätzlichen Durchführung der Messung des Bauchumfangs ändert der GKV-SV seine Positionierung und stimmt der der anderen Bänke zu.</p> <p>GKV-SV, KBV: Die Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) ist keine Leistung der GKV und kann daher auch im DMP keine Anwendung finden.</p>
16.22	Verband der	<p>II. 1.7 Z. 200, S. 20</p>	Die vorangestellte Formulierung „in den entsprechenden

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. vom (VDD) 28.08.2023	Stellungnahme mit Begründung: Laborparameter können auch öfter als jährlich erhoben werden, wenn indiziert. Z. 200, S. 20 Änderungsvorschlag: „(beispielsweise jährlich oder seltener <u>oder auch öfter, wenn (bei Kontrollterminen) indiziert).</u> “	Intervallen, die für diese Konstellation empfohlen werden“ schließt auch eine Durchführung in höherer als jährlicher Frequenz nicht grundsätzlich aus. Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt.
16.23	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. vom (VDD) 28.08.2023	II. 1.8.1 Z. 209, S. 20 Stellungnahme mit Begründung: Die Angabe von nur „§ 73 SGB V“ in Zeile 209, S. 20, ist sehr oberflächlich. Dadurch ist (auf Anhieb) nicht deutlich, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt bei Bedarf auch präventive und rehabilitative Maßnahmen einleiten oder nichtärztliche Hilfe und flankierende Dienste wie ergänzende individuelle/personbezogene Ernährungstherapie (nach §43 SBG V) in die Behandlungsmaßnahmen integrieren kann. Hier befürworten wir eine Ergänzung mit § 73 Abs. 1.4 und Abs. 2.5. Z. 209, S. 20	Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt, da im Beschlussentwurf dieser Aspekt unter Nummer 1.5.2 und Nummer 1.8.4 geregelt ist.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Änderungsvorschlag: „... der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. <u>Insbesondere sei 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>	
16.24	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.8.1 Z. 210-218, S. 20 Stellungnahme mit Begründung: In den Zeilen 210-218, S. 20, soll nochmals deutlich auf die im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben hingewiesen werden. Z. 210-218, S. 20 Änderungsvorschlag: „In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten</p>	<p>DKG, KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Der Änderungsvorschlag entspricht der Position der DKG, KBV und PatV (Zeile 211-2019)</p> <p>GKV-SV: In der Position des GKV-SV soll grundsätzlich die Koordinierung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V erfolgen. Hierzu heißt es in den Tragenden Gründen: „Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt stimmt die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen aufeinander ab, bezieht gegebenenfalls auch nichtärztliche Hilfen und flankierende Dienste mit ein, führt die Befunde zusammen und bewertet sie auch mit der Patientin oder dem Patienten</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>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>zusammen und dokumentiert diese. Eine Überführung dieser Ausführungen in den Beschlussentwurf hält der GKV-SV für nicht erforderlich und zu weitgehend.</p>
16.25	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.8.2 Z. 226-229, S. 21 Stellungnahme: In den Zeilen 226-229 (Überschrift 1.8: Kategorie „Kooperation der Versorgungssektoren“) soll Punkt 1.8.2 um den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ ergänzt werden. Z. 226-229, S. 21</p> <p>Änderungsvorschlag: 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung bzw. zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten</p>	<p>Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Psychotherapeuten – <u>und/oder eine Zuweisung zu einer qualifizierten Ernährungsfachkraft.</u>	
16.26	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	<p>II. 1.9 Z. 279, S. 23 Stellungnahme: Wir unterstreichen den Vorschlag der PatV.</p>	<p>DKG: Aufgrund der SN schließt sich die DKG der Position der PatV an.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Bei der Prüfung digitaler medizinischer Anwendungen (DimAs) gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB bezüglich Ihrer Eignung für die Aufnahme in das DMP Adipositas konnte von Seiten des GKV-SV keine DimA identifiziert werden, die für eine Aufnahme geeignet ist. Entsprechend bedarf es aus Sicht des GKV-SV auch nicht der Aufnahme eines Kapitels für „Geeignete digitale medizinische Anwendungen“ im Beschlusstext.</p> <p>KBV: Der Beschlussentwurf wurde angepasst und eine hinreichend offene Formulierung gewählt. S. hierzu auch Nr. 3.6.</p>
16.27	Verband der Diätassistenten –	II. 2 Lfd. Nr. 1 und 2	Die Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) ist keine Leistung der GKV und kann daher auch im DMP keine Anwendung

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	Z. 285, S. 24 Lfd. Nr. 2 Z. 285, S. 24 Stellungnahme mit Begründung: Als Qualitätsziel sollte nicht allein die prozentuale Gewichtsreduktion ausschlaggebend sein, sondern auch eine Veränderung der Körperfettverteilung und der Körperzusammensetzung (zumindest des Bauchumfangs, idealerweise auch der WHR, und/oder der prozentualen Fettmasse und fettfreien Masse (Tabelle 3, S. 12 des IQWiG-Abschlussberichts Leitlinien-Synopse Adipositas - Erwachsene [3] und [11]) betrachtet werden. Lfd. Nr. 1 Z. 285, S. 24 Änderungsvorschlag: „Gewichtsreduktion von mindestens 5 % bei Adipositas Grad I, Verbesserte Werte der Körperfettverteilung und Körperzusammensetzung (adäquater Anteil)“ Lfd. Nr. 2	finden. KBV: Aus den Leitlinien lassen sich keine konkreten Zielwerte für eine Verbesserung des Bauchumfangs/ WHR ableiten.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Z. 285, S. 24 Änderungsvorschlag: „Gewichtsreduktion von mindestens 10 % bei Adipositas Grad II und höher, Verbesserte Werte der Körperfettverteilung und Körperzusammensetzung (adäquater Anteil)“	
16.28	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023	<p>II. 2 Lfd. Nr. 7 Z. 285, S. 25 Stellungnahme mit Begründung: Es wird im Beschlussentwurf nicht deutlich wie die individuellen Ziele zum Ernährungsverhalten operationalisiert werden sollen. Der Hinweis auf § 2 der DMP-A-RL in Z. 283-284 ist nicht ausreichend. Die in bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen beschriebene sektorenübergreifende Kooperation [10, 14] bei der Feststellung von individuellen Zielen wird nicht deutlich.</p> <p>II. 2 Z. 283-284, S. 24 Änderungsvorschlag:</p>	Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<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 Ärztin/des koordinierenden Arztes mit den jeweiligen Fachkräften wie Ernährungsfachkräfte und Physiotherapeuten beim Feststellen der individuellen Ziele, im Rahmen des sektorenübergreifenden Ansatzes, hervorgehoben.</u>“</p>	
16.29	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>II. 4 Z. 306-307, S. 26 Stellungnahme mit Begründung: Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote informiert werden. Die in den Tragenden Gründen unter 4.2. Schulungen der Versicherten erwähnten Gruppenschulungsprogramme (S.60-61) [2] enthalten alle - ergänzend zum Schulungsprogramm - Einzelberatung zur Ernährungsumstellung. Die Möglichkeit der Einzelberatung sollte elementarer Bestandteil des DMP sein.</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG: Aus der Stellungnahme geht nicht hervor, was unter „ergänzende Angebote“ zu verstehen ist.</p> <p>GKV-SV: Aus Sicht der Krankenkassen kann sich eine Verpflichtung zur Information lediglich auf Leistungen der GKV erstrecken.</p> <p>PatV: Aus Sicht der Patientenvertretung sollte auch auf die Möglichkeit der individuellen Ernährungstherapie als Satzungsleistung hingewiesen werden. Der Beschlussentwurf wurde im Kapitel 1.5.2. Ernährung angepasst.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Z. 306-307, S. 26 Änderungsvorschlag: Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme <u>und ergänzender Angebote</u>. [...]"</p>	
16.30	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>II. 4.2 Z. 315-316, S. 26 Stellungnahme mit Begründung: Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote informiert werden. Wir unterschreiben den Vorschlag der KBV, DKG.</p> <p>Z. 315-316, S. 26 Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten <u>und über begleitende und ergänzende Angebote informiert werden.</u>“</p>	<p>KBV, DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Aus der Stellungnahme geht nicht hervor, was unter „ergänzende Angebote“ zu verstehen ist.</p> <p>GKV-SV: Aus Sicht der Krankenkassen kann sich eine Verpflichtung zur Information lediglich auf Leistungen der GKV erstrecken.</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Zum Schulungsprogramm „Ich nehme ab“: die Zielgruppe des Programms entspricht nicht der Zielgruppe des DMP in den Entwürfen von GKV-SV und KBV.</p> <p>PatV: Unter der Annahme, dass unter begleitende und ergänzende Angebote die individuelle Ernährungstherapie zu</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Ergänzung: In die Liste der Schulungsprogramme sollte das Programm „ICH nehme ab“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V.“, das sich an Menschen mit Präadipositas oder Adipositas Grad 1 ohne Komorbiditäten richtet, aufgenommen werden. Die Wirksamkeit dieses multimodalen Basisprogramms wurde in einer Studie mit 116 Teilnehmenden nachgewiesen. Nach einem Jahr haben die Frauen im Mittel 2,3 kg und die Männer im Mittel 4,1 kg abgenommen [21].</p>	<p>verstehen ist, wird dies im Kapitel 1.5.2 Ernährung adressiert. Das Schulungsprogramm „Ich nehme ab“ entspricht der Zielgruppe im Entwurf der PatV und wird daher aufgenommen.</p>
16.31	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>Anlage 24 Lfd. Nr. 4a + 4b, S. 29 Stellungnahme mit Begründung: Für die Dokumentation der therapeutischen Maßnahmen ist es wichtig zu wissen, ob eine Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt ist.</p> <p>Lfd. Nr. 4a, S. 29 Änderungsvorschlag:</p>	<p>Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>„Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/ nicht erfolgt.</u>“</p> <p>Lfd. Nr. 4b, S. 29</p> <p>Änderungsvorschlag: „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung seit der letzten Dokumentation. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u>“</p>	
16.32	<p>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation), Stand: 19.07.2023. Berlin: G-BA; 2023.</p> <p>2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation), Stand: 19.07.2023. Berlin: G-BA; 2023.</p> <p>3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Abschlussbericht; Auftrag V21-05 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 08.08.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1408). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf.</p> <p>4. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche; Abschlussbericht; Auftrag V21-07 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 08.08.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1406). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_abschlussbericht_v1-0.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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>5. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht; Auftrag: V21-05, Version: 1.0, Stand: 18.08.2022 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 09.08.2023]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_da-vorbericht_v1-0.pdf.</p> <p>6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche; Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht; Auftrag: V21-07, Version: 1.0, Stand: 18.08.2022 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 09.08.2023]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_da-vorbericht_v1-0.pdf.</p> <p>7. Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM). Strukturierte curriculäre Fortbildung „ERNÄHRUNGSMEDIZIN“. Lehr- und Lerninhalte für die Fortbildungskurse zur Ernährungsmedizin nach den Richtlinien der Bundesärztekammer. 2. Auflage, Juli 2007. Aktualisierte Fassung 11.02.2015 (eLearning-Anteil bei Blended Learning). Berlin: BÄK, DGEM; 2015. 1-35. [Zugriff:</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Ordner/Fortbildung/Ernaehrungsmedizin.pdf.</p> <p>8. Bundesärztekammer. (Muster-)Kursbuch Ernährungsmedizin auf der Grundlage der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018. 2. Auflage. Berlin: BÄK; 17./18.02.2022. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Kursbuecher/2018/20220217_18_MKB_Ernaehrungsmedizin.pdf.</p> <p>9. Bundesärztekammer. BÄK-Curriculum Ernährungsmedizinische Grundversorgung. 1. Auflage. Berlin: BÄK; 23.09.2022. 1-14. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_Ernaehrungsmed_Grundversorgung.pdf.</p> <p>10. Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Ernährungstherapie (AG EMET): DGEM, VDOE, BDEM, VDD, DAEM. Positionspapier: Zusammenarbeit in der ambulanten ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Versorgung. 2021. 1-10. [Zugriff: 21.08.2023]. URL: https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf.</p> <p>11. Federatie Medisch Specialisten, Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), Care for Obesity (C4O)/de 16 Vrije Universiteit van Amsterdam. Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. [Translation VDD: The Dutch Adult and Children Overweight and Obesity Multidisciplinary Clinical Practice Guideline]. Amsterdam: Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten, PON, Vrije Universiteit (C4O); Juli 2023. p. 1-324. [Zugriff: 31.07.2023]. (Empfehlungen und Zusammenfassungen in Englisch). URL: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/startpagina_richtlijn_overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen.html. („Download richtlijn“</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>anklicken, „Genereer“ anklicken). PDF zusätzlich angefügt.</p> <p>12. Igl, G. Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie. Kapitel 4: Diätassistentinnen und Diätassistenten. S. 23-39. München: Springer Medizin © Urban & Vogel GmbH; 2010. ISBN 978-3-89935-265-8. Das rechtswissenschaftliche Gutachten wird dem G-BA rechtzeitig vom VDD zugeschickt.</p> <p>13. GKV-Spitzenverband. Anlage 5: Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung [online]. 2022 [Zugriff: 21.08.2023]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20220421_Lesefassung_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf.</p> <p>14. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 29.04.2019. p. 1-21. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/19-04-29-KoKreis-EB-RV.pdf.</p> <p>15. Deutscher Bundestag. Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Artikel 1 des Gesetzes über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten und zur Änderung verschiedener Gesetze über den Zugang zu anderen Heilberufen) (Diätassistentengesetz - DiätAssG). Diätassistentengesetz vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/DiätAssG.pdf.</p> <p>16. 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. PDF 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>freundlicher Genehmigung vom Herausgeber angefügt.</p> <p>17. Govers E, Bouwman W, Lourens A, Verkoelen H, Jaime B, Schweitzer D. Medical Nutritional Therapy Laid in Expert Hands to Strongly Suppress Insulin Resistance and to Restore Metabolic Health; a Review of the Evidence. EC Nutrition 2021;17(7):06-19. [Zugriff: 31.07.2023]. URL: https://www.researchgate.net/profile/Elisabeth-Govers-2/publication/353581909_Medical_Nutritional_Therapy_Laid_in_Expert_Hands_to_Strongly_Suppress_Insulin_Resistance_and_to_Restore_Metabolic_Health_a_Review_of_the_Evidence/links/610415d2169a1a0103c8d72c/Medical-Nutritional-Therapy-Laid-in-Expert-Hands-to-Strongly-Suppress-Insulin-Resistance-and-to-Restore-Metabolic-Health-a-Review-of-the-Evidence.pdf.</p> <p>18. Govers E, Wiggers I, Verkoelen H, Schweitzer D. Insulin Resistance in Primary Dietary Care Practice. Review of the Evidence and a Proposal for Daily Use. EC Nutrition 2021;16(7):125-38. [Zugriff: 31.07.2023]. URL: https://www.researchgate.net/publication/353581687_EC_NUTRITION_Review_Article_Insulin_Resistance_in_Primary_Dietary_Care_Practice_Review_of_the_Evidence_and_a_Proposal_for_Daily_Use</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>w_of_the_evidence_and_a_proposal_for_daily_use.</p> <p>19. Govers E, Otten A, Schuling B, Bouwman W, Lourens A, Visscher TLS. Effectiveness of the 6 x 6 Dieet® in Obese DMT2 Patients. Effectiveness of a Very Low Carbohydrate Ketogenic Diet Compared to a Low 17 Carbohydrate and Energy-Restricted Diet in Overweight/Obese Type 2 Diabetes Patients. Int J Endocrinol Metab Disord 2019;5(2):1-10. DOI: 10.16966/2380-548X.158. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: https://www.efad.org/wp-content/uploads/2021/11/6x6-dieet-ijemd158-september-2019.pdf.</p> <p>20. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014, zuletzt geändert am 19. Januar 2023. Anlage 1 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2. S. 1-32, S. 82-84. Berlin: G-BA; 2023. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3197/DMP-A-RL_2023-01-19_iK-2023-07-01.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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		21. Scholz GH, Flehmig G, Scholz M, Klepzig Y, Gutknecht D, Kellner K, et al. Evaluation des DGE-Selbsthilfeprogramms "ICH nehme ab". Ernährungs-Umschau 2005;52(6):226-31. [Zugriff: 14.08.2023]. URL: https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2005/06_2005/EU_06_05_226_231.pdf .	
17	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023		
17.1	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für	Adipositas ist eine chronisch fortschreitende Erkrankung, die etwa jeden vierten Erwachsenen und damit circa 15 Millionen Menschen in Deutschland betrifft. ¹ Aufgrund der vielfältigen Folge- und Begleiterkrankungen gilt Adipositas als wichtigste Ursache für Lebensjahre mit Gesundheitseinschränkungen (Years Lived with Disability, YLDs) in Europa. ² Etwa 11 Prozent der Todesfälle in Deutschland sind auf Adipositas zurückzuführen. ³ Die WHO bewertet die Verbesserung des Zugangs zu Therapieangeboten im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung als zentrale Maßnahme zur Eindämmung der Adipositas-Epidemie. ⁴ Aktuell erhält jedoch	Wir nehmen die einleitenden Ausführungen dankend zur Kenntnis und würdigen die Stellungnahmen an den diesbezüglich konkret aufgeführten Stellen im BE und in den TrGr.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023	<p>nur ein Bruchteil der Betroffenen eine Versorgung gemäß medizinisch-wissenschaftlicher Leitlinien.⁵ Folgerichtig hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheits-versorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) die Erarbeitung eines DMP Adipositas beauftragt und eine interdisziplinäre, leitliniengerechte Versorgung eingefordert. An diesem gesetzlichen Auftrag muss sich das DMP Adipositas messen lassen. Daher möchten wir einleitend aus der Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung⁶ vom 19.02.2021 zitieren:</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 Adipositastherapie gehören individuelle und Gruppentherapien, ergänzende pharmakologische Therapien, die sogenannte bariatrische Chirurgie mit postoperativer Langzeittherapie und ggf.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p><i>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 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.</i></p> <p><i>Die Entwicklung eines eigenständigen DMP Adipositas wird angestoßen, damit von Adipositas Betroffene dauerhaft,</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p><i>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 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</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Erkrankung anerkannt war. So begrüßenswert diese neue Weichenstellung auch ist: Mit Blick auf die zitierte Gesetzesbegründung bleibt das DMP Adipositas in seiner aktuellen ersten Fassung dennoch weit hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurück. Der gesetzliche Auftrag kann mit dieser ersten Fassung des neuen DMP noch nicht als erfüllt angesehen werden.</p> <p>Die Ernährungstherapie, die Bewegungstherapie, die Verhaltensmodifikation, die begleitende Arzneimitteltherapie und auch die Nachsorge nach einer chirurgischen Therapie sind leitliniengerechte Bestandteile einer multiprofessionellen Adipositasbehandlung.⁷ Aufgrund der aktuellen leistungsrechtlichen Limitationen kann der Großteil dieser Behandlungsoptionen jedoch vorerst nicht leitliniengerecht im Rahmen des DMP abgebildet werden. Damit ist die vom Gesetzgeber eingeforderte, „leitliniengerechte und bedarfsorientierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas“ unmöglich. Lediglich für Patientenschulungen und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) kann unter den gegebenen Bedingungen ein Anspruch verankert werden, wobei deren</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Wirksamkeit in Bezug auf Verbesserungen der Adipositas-Erkrankung, Gewichtsreduktion und die Verbesserung von Adipositas-assoziierten Erkrankungen bisher vor allem langfristig nicht ausreichend belegt wurden.</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. Die benötigten Neuregelungen betreffen insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ernährungstherapie (Vorschlag: Aufnahme der Indikation Adipositas in den Heilmittelkatalog) ▪ Leitliniengerechte Mahlzeitenersatzprodukte zur Gewichtsreduktion (Total diet replacement for weight control mit Zusammensetzung nach EU Verordnung - max. 3 Monate) ▪ Bewegungstherapie (Vorschlag: Aufnahme der Indikation Adipositas in den Heilmittelkatalog) 	

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Begleitende Arzneimitteltherapie (Vorschlag: Anpassung des §34 Abs. 1 Satz 7 SGB V, um zumindest einem Teil der Betroffenen einen Zugang zu ermöglichen) ▪ Gesicherte Nachsorge nach Adipositas- und metabolisch-chirurgischen Eingriffen einschließlich des Labor-Monitorings möglicher Mangelzustände an Vitaminen und Spurenelementen (Vorschlag: Schaffung einer Laborausnahmeziffer analog zu Diabetes mellitus) ▪ Leitliniengerechte Erstattungsfähigkeit von Vitaminen und Mineralstoffen nach adipositaschirurgischen Eingriffen <p>Erst wenn die leistungsrechtlichen Limitationen überwunden sind, kann eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung für Menschen mit Adipositas im Rahmen eines DMP Adipositas sichergestellt werden.</p>	
17.2	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche	<p>Zu 1.2. Krankheitsbezogene Einschlusskriterien</p> <p>Nummer 52</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Eine Eingrenzung der krankheitsbezogenen</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, GKV-SV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt lässt sich aus dem BMI alleine die individuelle Krankheitslast nicht ausreichend bestimmen. Auch in internationalen Leitlinien</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	<p>Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023</p>	<p>Einschlusskriterien auf Betroffene mit manifesten Begleiterkrankungen steht im Widerspruch zum gesetzlichen Auftrag aus dem GVWG. In der Gesetzesbegründung beschreibt der Gesetzgeber die Zielsetzung die Versorgung von „Versicherten mit krankhaftem Übergewicht“, „Versicherten mit Adipositas“ beziehungsweise „Patientinnen und Patienten mit Adipositas“ zu verbessern. Es ist nicht die Rede von „Versicherten mit Adipositas und assoziierten Begleiterkrankungen“.</p> <p>Zur Definition der Zielpopulation zieht der Gesetzentwurf das Verhältnis zwischen Körpergewicht und Körpergröße, den Body-Mass-Index (BMI), heran und keine sonstigen Parameter. Demnach liegt ab einem BMI von 30 kg/m² oder höher eine Adipositas vor. Die Gesetzesbegründung spricht von einer behandlungsbedürftigen, chronischen Erkrankung, die besteht, „wenn das Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße ein bestimmtes Maß überschreitet“. Der Krankheitsbegriff und die Behandlungsbedürftigkeit werden allein vom Vorliegen eines krankhaft erhöhten Körpergewichts abhängig gemacht. Auch im Internationalen System zur statistischen Klassifikation der Krankheiten und</p>	<p>befürworten die Autoren die Berücksichtigung von Risikofaktoren und Komorbiditäten zur Klassifikation der Krankheitslast.</p> <p>KBV: Der in dieser und anderen Stellungnahmen vertretenen Argumentation wird Rechnung getragen, in dem die KBV vorsieht, ab einem BMI von 35 kg/m² keine weiteren Einschränkungen vorzunehmen.</p> <p>Die Auswahl der Komorbiditäten leitet sich aus den EOSS-Kriterien Stadium 2 ab. Vor dem Hintergrund, dass es starke Evidenz dafür gibt, dass ein Adipositas-Management die Progression vom Prädiabetes zum Diabetes mellitus Typ 2 verzögern kann, wird das Vorhandensein eines Prädiabetes als weitere mögliche Konstellation, die die Teilnahme am DMP Adipositas ermöglicht, definiert (s. hierzu auch Tragende Gründe zu 1.2).</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10-GM, dem gesetzlich vorgeschriebenen Maßstab für die Kodierung ärztlicher Diagnosen, wird die Diagnose Adipositas entsprechend des vorliegenden BMI gestellt und beginnt mit einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ - ohne, dass weitere Komorbiditäten vorliegen müssen.</p> <p>Eine Eingrenzung des DMP auf Betroffene mit manifesten Begleiterkrankungen wird in der Gesetzesbegründung sogar explizit ausgeschlossen:</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.“⁸</i></p> <p>Eine enge Eingrenzung der Einschlusskriterien stünde zudem auch im Widerspruch zum Sinn und Zweck von DMP 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Allgemeinen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung beschreibt deren Sinn und Zweck so:</p> <p>„Vorrangiges Ziel der DMP ist die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Versicherter. Insbesondere sollen durch die chronische Krankheit bedingte Folgeschäden und Komplikationen bei den betroffenen Versicherten vermieden werden.“⁹</p> <p>Wenn Betroffene bereits manifeste Folgeschäden vorweisen müssten, um am DMP teilnehmen zu dürfen, wird der zentralen Zielsetzung, Folgeschäden und Komplikationen der Adipositas zu „vermeiden“, direkt widersprochen. Das gilt insbesondere für den Vorschlag des GKV-SV, wonach eine von fünf manifesten Begleiterkrankungen vorliegen müsse, von denen es für drei bereits eigene DMP gibt oder deren Einführung beschlossen ist (vorhanden: Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit; beschlossen: Herzinsuffizienz).</p> <p>Bei Menschen mit Übergewicht oder Adipositas kann eine Gewichtsreduktion die Entstehung eines Diabetes mellitus Typ 2 wirksam verhindern oder verzögern – das gilt insbesondere bei Menschen mit Adipositas und Prädiabetes</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>sowie Menschen mit metabolischem Syndrom. Mehrere bedeutende, randomisierte klinische Studien – das Diabetes-Präventionsprogramm (DPP)^{10,11,12}, die finnische Diabetes-Präventionsstudie^{13,14,15} die Prädiabetes-Lebensstil-Interventions-Studie (PLIS)¹⁶ und die Da Qing Diabetes-Präventionsstudie^{17,18} haben allesamt die Wirksamkeit der Gewichtsreduktion zur Vorbeugung des Diabetes mellitus Typ 2 eindrücklich aufgezeigt. Gleichzeitig verbesserte die Gewichtsreduktion auch die Insulinsensitivität und reduzierte Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen (CVD), darunter Verbesserungen bei Blutdruck, Lipiden und Entzündungsmarkern. Vergleichbare Daten für ein Studienkollektiv mit Adipositas, aber ohne manifestierte Folgekrankheiten (wie Typ 2 Diabetes) gibt es hinsichtlich der Typ-2-Diabetes-Prävention und Verbesserung kardiometabolischer Risikoparameter auch für die medikamentöse Therapie der Adipositas, zum Beispiel mit Liraglutid 3mg oder Semaglutid 2,4mg.^{19,20,21,22} Wenn dieses Präventionspotenzial mit dem neuen DMP Adipositas aufgrund einer zu eng gefassten Zielpopulation nicht genutzt wird, entspricht dies nicht dem aktuellen wissenschaftlichen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Kenntnisstand. Menschen mit Adipositas würde ein nachgewiesener Nutzen vorenthalten.</p> <p>Auch mit Blick auf das Ziel der langfristigen Gewichtsreduktion ist eine frühzeitige und niedrigschwellige Intervention geboten. Der menschliche Körper verteidigt sehr effektiv sein erreichtes, zumeist höchstes, Körpergewicht. Je höher der BMI, desto schwieriger ist es für die Betroffenen, ein gesundes Körpergewicht zu erreichen und dieses auch dauerhaft zu halten.^{23,24,25,26,27} Der Gesetzgeber hat dem auch Rechnung getragen durch die Formulierung: „<i>Es ist deshalb wichtig, dass Betroffene eine frühe und auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Behandlung erhalten.</i>“</p> <p>All das spricht eindeutig für die von der Patientenvertretung (nachfolgend PatV) sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (nachfolgend DKG) empfohlenen Einschlusskriterien (BMI ≥ 30 kg/m²).</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von PatV, DKG empfohlen): Als krankheitsbezogenes Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gilt ein BMI ≥ 30 kg/m².</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Ergänzende Ausführungen</p> <p>Wenn eine weitere Eingrenzung der Zielpopulation unerlässlich sein sollte, um eine Umsetzung des DMP Adipositas in der Fläche nicht zu gefährden, sollten und dürfen die Zugangskriterien aus o.g. Gründen nicht ausschließlich manifeste Begleiterkrankungen voraussetzen. Für die präventive Ausrichtung des DMP wäre es unerlässlich, dass zusätzlich auch die Vorstufen der mit Blick auf die Krankheitslast bedeutsamsten Begleiterkrankungen einbezogen werden – insbesondere Prädiabetes, Prähypertonie bzw. hochnormaler Blutdruck sowie Insulinresistenz. Zudem hat sich die Kombination des BMI mit Messungen des Bauch- bzw. Taillenumfangs laut der WHO als ein besserer Prädiktor für Folgeerkrankungen als der BMI allein erwiesen.²⁸ Demzufolge könnte der Bauch bzw. Taillenumfang ein weiterer, medizinisch-wissenschaftlich begründbarer Risikomarker für eine Eingrenzung der Zielpopulation sein – ohne dass die zentrale Zielsetzung des DMP Adipositas, Folgeschäden zu vermeiden, gefährdet wird.</p> <p>Wie eine solche, denkbare Alternative der Zugangskriterien gestaltet konkret sein könnte, ist nachfolgend dargelegt. 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>der untenstehenden Tabelle wird ersichtlich, wie groß die jeweiligen Teilpopulationen sind – so sind etwa 15 Mio. Erwachsene im Alter von 18-79 Jahren von Adipositas (BMI $\geq 30 \text{ kg / m}^2$) betroffen. Etwa 4,2 Mio. Menschen mit Adipositas sind gleichzeitig von Prädiabetes betroffen, etwa 2,4 Mio. von einem (bekannten) Diabetes mellitus Typ 2.</p> <p>Denkbare Alternative zum o.g. Änderungsvorschlag:</p> <p>Als krankheitsbezogene Einschlusskriterien für das DMP Adipositas gelten ein BMI größer oder gleich 30 kg/m^2 bei gleichzeitigem Vorliegen von mindestens zwei der folgenden Komorbiditäten oder Risikoparametern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prädiabetes (Nüchtern-Plasmaglukose $5,6\text{-}6,9 \text{ mmol/l}$) - Insulinresistenz (HOMA-Index > 2) - Hochnormaler Blutdruck ($130\text{-}139/85\text{-}89 \text{ mmHg}$) - Abdominale Adipositas (Taillenumfang $\geq 88 \text{ cm}$ bei Frauen bzw. $\geq 102 \text{ cm}$ bei Männern) - Diabetes mellitus Typ 2 - Arterielle Hypertonie 	

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<ul style="list-style-type: none"> - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom - stabile koronare Herzkrankheit - stabile chronische Herzinsuffizienz - Gonarthrose - Coxarthrose - Chronische Rückenschmerzen - Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung - Polyzystisches Ovarialsyndrom <p>Schätzungen zur Größe der Zielpopulation</p> <p>Laut den letzten belastbaren, repräsentativen Erhebungen des Robert-Koch-Instituts nach DEGS1 (2008-2011)²⁹ sind etwa 24 Prozent der Erwachsenen im Alter von 18-79 Jahren von Adipositas (BMI \geq 30 kg/m²) betroffen. Umgerechnet auf die Bevölkerung entspricht das etwa 15 Millionen Erwachsenen. Die Diagnosehäufigkeit der Adipositas liegt weit darunter, wie Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland zeigen. Demnach lag im Jahr 2018 „nur“ bei etwa 11 Prozent der gesetzlich</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Krankenversicherten die Diagnose Adipositas vor.³⁰ Diese erhebliche Lücke dokumentiert, dass ein Szenario, in welchem ein Großteil der etwa 15 Millionen Erwachsenen mit Adipositas ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen könnte, wenig wahrscheinlich ist. Vor diesem Hintergrund sind die nachfolgenden Schätzungen zur Größe der Zielpopulation deutlich zu diskontieren.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)																		
		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="551 507 792 624">Anzahl der Betroffenen 18-79 Jahre mit</th> <th data-bbox="792 507 1048 624">Prävalenz % (95%-KI)</th> <th data-bbox="1048 507 1361 624">Population gerundet n (95%-KI)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td data-bbox="1048 624 1361 692">(Bevölkerungsstand 31.12.2010)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="551 692 792 761">Adipositas (BMI ≥ 30)</td> <td data-bbox="792 692 1048 761">23,6% (22,1-25,2)³¹</td> <td data-bbox="1048 692 1361 761">15 Mio. (13,7-16,2)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="551 761 792 861">Adipositas Grad II und III (BMI ≥ 35)</td> <td data-bbox="792 761 1048 861">6,6% (5,9-7,3)³²</td> <td data-bbox="1048 761 1361 861">4,2 Mio. (3,6-4,7)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="551 861 792 1102">Adipositas (BMI ≥ 30) und gleichzeitig vorliegende abdominale Adipositas (Taillenumfang Frauen ≥ 88 cm, Männer ≥ 102 cm)</td> <td data-bbox="792 861 1048 1102">21,8% (20,4-23,2)³³</td> <td data-bbox="1048 861 1361 1102">13,7 Mio. (12,6-14,9)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="551 1102 792 1257">Diabetes mellitus (bekannt) bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30)</td> <td data-bbox="792 1102 1048 1257">15,9% (13,6%-18,5%)³⁴</td> <td data-bbox="1048 1102 1361 1257">15,9% von 15 Mio. = 2,4 Mio</td> </tr> </tbody> </table>	Anzahl der Betroffenen 18-79 Jahre mit	Prävalenz % (95%-KI)	Population gerundet n (95%-KI)			(Bevölkerungsstand 31.12.2010)	Adipositas (BMI ≥ 30)	23,6% (22,1-25,2) ³¹	15 Mio. (13,7-16,2)	Adipositas Grad II und III (BMI ≥ 35)	6,6% (5,9-7,3) ³²	4,2 Mio. (3,6-4,7)	Adipositas (BMI ≥ 30) und gleichzeitig vorliegende abdominale Adipositas (Taillenumfang Frauen ≥ 88 cm, Männer ≥ 102 cm)	21,8% (20,4-23,2) ³³	13,7 Mio. (12,6-14,9)	Diabetes mellitus (bekannt) bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30)	15,9% (13,6%-18,5%) ³⁴	15,9% von 15 Mio. = 2,4 Mio	
Anzahl der Betroffenen 18-79 Jahre mit	Prävalenz % (95%-KI)	Population gerundet n (95%-KI)																			
		(Bevölkerungsstand 31.12.2010)																			
Adipositas (BMI ≥ 30)	23,6% (22,1-25,2) ³¹	15 Mio. (13,7-16,2)																			
Adipositas Grad II und III (BMI ≥ 35)	6,6% (5,9-7,3) ³²	4,2 Mio. (3,6-4,7)																			
Adipositas (BMI ≥ 30) und gleichzeitig vorliegende abdominale Adipositas (Taillenumfang Frauen ≥ 88 cm, Männer ≥ 102 cm)	21,8% (20,4-23,2) ³³	13,7 Mio. (12,6-14,9)																			
Diabetes mellitus (bekannt) bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30)	15,9% (13,6%-18,5%) ³⁴	15,9% von 15 Mio. = 2,4 Mio																			

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)									
		<table border="1" data-bbox="562 523 1348 975"> <tr> <td data-bbox="562 523 792 708">Diabetes mellitus (bekannt oder unerkannt) bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30)</td> <td data-bbox="792 523 1048 708">21,0% (18,4%-23,9%)³⁵</td> <td data-bbox="1048 523 1348 708">21,0% von 15 Mio. = 3,2 Mio</td> </tr> <tr> <td data-bbox="562 708 792 836">Prädiabetes bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30)</td> <td data-bbox="792 708 1048 836">27,9% (24,7%-31,4%)³⁶</td> <td data-bbox="1048 708 1348 836">27,9% von 15 Mio. = 4,2 Mio</td> </tr> <tr> <td data-bbox="562 836 792 975">Insulinresistenz bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30)</td> <td data-bbox="792 836 1048 975">Ca. 75%³⁷</td> <td data-bbox="1048 836 1348 975">75% von 15 Mio. = ca. 11,25 Mio.</td> </tr> </table> <p data-bbox="562 995 1348 1150">Wie groß die Zielpopulation wird, wenn sowohl ein BMI ≥ 30 kg/m² als auch zwei oder mehr der o.g. Komorbiditäten / Risikoparameter vorliegen, kann auf Basis der uns vorliegenden Daten nicht genau beziffert werden.</p>	Diabetes mellitus (bekannt oder unerkannt) bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30)	21,0% (18,4%-23,9%) ³⁵	21,0% von 15 Mio. = 3,2 Mio	Prädiabetes bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30)	27,9% (24,7%-31,4%) ³⁶	27,9% von 15 Mio. = 4,2 Mio	Insulinresistenz bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30)	Ca. 75% ³⁷	75% von 15 Mio. = ca. 11,25 Mio.	
Diabetes mellitus (bekannt oder unerkannt) bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30)	21,0% (18,4%-23,9%) ³⁵	21,0% von 15 Mio. = 3,2 Mio										
Prädiabetes bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30)	27,9% (24,7%-31,4%) ³⁶	27,9% von 15 Mio. = 4,2 Mio										
Insulinresistenz bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30)	Ca. 75% ³⁷	75% von 15 Mio. = ca. 11,25 Mio.										
17.3	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.	Zu 1.3.2. Standarddiagnostik Nummer 61 Stellungnahme mit Begründung:	<p data-bbox="1370 1203 1935 1238">KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p data-bbox="1370 1262 2168 1334">GKV-SV: Aufgrund der Stellungnahme wird die Position geändert und die der anderen Bänke angenommen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	(DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023	<p>Bei einer stammbetonten Fettverteilung („Apfeltyp“) ist das Risiko für Stoffwechselerkrankungen deutlich höher als bei Fettpolstern an Gesäß und Oberschenkeln („Birnentyp“). Ab einem Taillenumfang von 80 Zentimetern bei Frauen und von 94 Zentimetern bei Männern gilt das Risiko für Folgekrankheiten wie Herzkrankheiten, Schlaganfälle und Typ-2-Diabetes als erhöht. Ab einem Taillenumfang von 88 Zentimetern bei Frauen und 102 Zentimetern bei Männern beginnt die sogenannte stammbetonte Adipositas, die das Risiko für die genannten Folgekrankheiten deutlich (mindestens 2-fach) erhöht.</p> <p>Das viszerale Fett, das im Bauchraum sitzt, ist wie ein eigenes Organ zu betrachten. Es ist kein passiver Energiespeicher, sondern stoffwechselaktiv, produziert Hormone und Substanzen, die Entzündungen fördern und das Immunsystem schwächen. So entsteht eine chronische Entzündung, mit der der Körper dauerhaft zu kämpfen hat. Zudem wird die Insulinresistenz erhöht und Bluthochdruck begünstigt. In Summe erhöht das innere Bauchfett das Risiko für Herzkrankheiten, Typ-2-Diabetes und vorzeitigen Tod.³⁸</p> <p>Um das individuelle Risiko für Folgekrankheiten genauer zu</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>bestimmen, sind daher Messungen des Taillenumfangs Teil der Standarddiagnostik und insbesondere bei Menschen mit Adipositas Grad I zu empfehlen. Wie oben bereits erwähnt, ist die Kombination des BMI mit Messungen des Taillenumfangs laut der WHO ein besserer Prädiktor für Folgeerkrankungen als der BMI allein.³⁹</p> <p>Dies spricht dafür, den von PatV, DKG empfohlene Ergänzung anzunehmen.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von KBV, DKG, PatV empfohlen mit angepasstem Wording): , zusätzlich Taillenumfang bei einem BMI bis 35 kg/m²</p>	
17.4	<p>Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für</p>	<p>Zu 1.3. Therapieziele Nummern 78ff</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität wird im Fließtext zu Recht als eine wichtige Zielsetzung der Adipositastherapie beschrieben. Bei den nachfolgenden, spezifischen Therapiezielen fehlt dieser Parameter jedoch.</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Bezüglich des zweiten Spiegelstriches wurde den SN gefolgt und der BE entsprechend angepasst.</p> <p>DKG, KBV, PatV: Die Lebensqualität ist als übergeordnetes Therapieziel zu betrachten. Die explizit aufgelisteten Therapieziele sollen dazu beitragen, die Lebensqualität insgesamt zu erhalten oder zu verbessern.</p> <p>GKV-SV: Die Verbesserung der Lebensqualität ist 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023	Weiterhin wäre die „langfristige Änderung des Lebensstils in Bezug auf Ernährungs-, Bewegungs- bzw. sitzendes Verhalten“ eine sinnvolle und leitliniengerechte Ergänzung der Therapieziele. Änderungsvorschläge: Aufnahme der Therapieziele - Erhalt oder Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL) - Langfristige Änderung des Lebensstils in Bezug auf Ernährungs-, Bewegungs- bzw. sitzendes Verhalten	übergeordnetes Therapieziel hervorgehoben. Eine weitere Nennung in anderer Gliederungsform wird als redundant angesehen.
17.5	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für	Zu Indikationsspezifische Erstanamnese (je nach Vorschlag unter 1.3 Diagnostik oder 1.4. Allgemeine Grundsätze der Therapie) Stellungnahme mit Begründung: Ungeachtet der Verortung unter 1.3. oder 1.4. möchten wir bzgl. der indikationsspezifischen Erstanamnese sprachliche Präzisierungen sowie die Ergänzung des Risikofaktors	GKV-SV: Der Stellungnahme wird gefolgt, der GKV-SV ändert seine Positionierung zugunsten einer differenzierten Erfassung verschiedener Aktivitätsarten sowohl bei der Erstanamnese als auch bei der Erhebung der Qualitätsparameter. Außerdem wird die Erstanamnese um die Abfrage bewegungsbezogener Maßnahmen ergänzt. DKG, KBV, PatV: Den SN wurde teilweise gefolgt und der BE entsprechend angepasst

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin Prävention (DGSP) vom 28.08.2023	<p>Sitzzeiten anregen. Das sogenannte sedentäre Verhalten gilt heutzutage als eigenständiger Risikofaktor für die Entwicklung nicht-übertragbarer Erkrankungen.⁴⁰</p> <p>Änderungsvorschläge:</p> <p>Ergänzung „bewegungsbezogene“ beim ersten Spiegelstrich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gewichtsverlauf und bereits erfolgte Maßnahmen zum Gewichtsmanagement (sowohl selbstinitiierte als auch ärztlich verordnete, verhaltensbezogene, bewegungsbezogene, diätetische und medikamentöse Maßnahmen, erfolgte Operationen), höchstes und niedrigstes Gewicht, größte Gewichtsreduktion <p>Sprachliche Präzisierung beim zweiten Spiegelstrich und Ergänzung des (vermeidbaren) Sitzverhaltens als eigenen Faktor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktuelles Essverhalten; Bewegungsumfänge in Alltag, Freizeit und Beruf; Sitzzeiten v.a. in der Freizeit unter besonderer Berücksichtigung audiovisueller bzw. vermeidbarer Sitzzeiten 	<p>Aus Sicht von KBV und DKG, Patientenvertretung ist es sinnvoll, die zwei Aspekte der Bewegung entsprechend des Kapitels „Bewegung“ in den therapeutischen Maßnahmen und entsprechend der Qualitätsziele gesondert abzufragen (Alltagsaktivität, sportliches Training), um konkrete Ansatzpunkte für eine Steigerung der Bewegung zu adressieren.</p> <p>PatV zusätzlich: Dem Risikofaktor „Sitzzeit“ wird im neu aufgenommen Therapieziel „Langfristige Änderung des Lebensstils in Bezug auf Ernährungs, Bewegungs- bzw. sitzendes Verhalten“ Rechnung getragen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
17.6	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) vom 28.08.2023	Zur Aufnahme eines unterstützenden „Patientenfragebogen“ (je nach Vorschlag an unterschiedlichen Stellen verortet) Stellungnahme mit Begründung: Da die gesundheitsbezogene Lebensqualität subjektiv ist, kann diese ausschließlich über Patientenfragebögen erfasst werden. Sollte der G-BA dem o.g. Änderungsvorschlag folgen und das Therapieziel „Erhalt oder Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ aufnehmen, wäre die Nutzung von Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) essentiell und damit auch im Rahmen der anamnestischen Angaben von Bedeutung. Änderungsvorschlag: Aufnahme des Satzes: Zur systematischen Erfassung der anamnestischen Angaben und um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu ermitteln sollen unterstützend entsprechende allgemeine sowie adipositasspezifische Patientenfragebögen eingesetzt werden.	KBV, DKG, PatV: Der Hinweis auf entsprechende Patientenfragebögen ist aus Sicht von KBV und DKG und PatV ausreichend. Eine konkrete Regulierung ist hier nicht vorgesehen, da eine umfangreiche und aufwendige strukturierte Befragung keine Leistung der GKV ist. GKV-SV: Für die Verwendung eines Fragebogens findet sich im IQWiG-Bericht keine leitliniengestützte Empfehlung, daher wird dies vom GKV-SV abgelehnt.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
17.7	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023	Zu 1.5.2. Ernährung Nummern 136-139 Stellungnahme mit Begründung: Individualisierte, personbezogene Empfehlungen zum Ernährungsverhalten sind während Gruppenschulungen kaum umsetzbar. Eine fundierte Schulung bildet die Basis für eine erfolgreiche Gewichtsreduktion. Wir plädieren dafür, dass Patient:innen bei entsprechender Indikation eine intensive Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erhalten. Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient soll bei entsprechender Indikation, zusätzlich zur Gruppenschulung und in enger Abstimmung mit der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt, Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierten Ernährungsfachkraft mit individualisierten/ personenbezogenen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten erhalten. Dabei soll über die Bedeutung einer adäquaten Ernährungsumstellung sowohl im Hinblick	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die individuelle Ernährungstherapie als sinnvolle Maßnahme zur Umsetzung der Empfehlungen zur Ernährung wird in der KBV und DKG-Position, PatV bereits adressiert. Da eine Ernährungstherapie bei Adipositas keine Regelleistung der GKV ist, wird sie hier nicht explizit gefordert.</p> <p>GKV-SV: Eine Ernährungstherapie ist laut Heilmittel-Richtlinie lediglich bei seltenen angeborenen Stoffwechselstörungen und bei Mukoviszidose GKV-Leistung, aber nicht für die Indikation Adipositas, deshalb wird sie hier nicht explizit gefordert.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>auf eine Gewichtsreduktion, als auch auf positive metabolische und kardiovaskuläre Effekte informiert werden. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten soll die Ärztin oder der Arzt in Kooperation mit der Ernährungsfachkraft individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung festlegen und regelmäßig überprüfen.“</p>	
17.8	<p>Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V.</p>	<p>Zu 1.5.2. Ernährung Nummer 139-141 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns den Vorschlägen der DKG, KBV und PatV an. Im Wesentlichen folgen wir der Formulierung die an die Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas angepasst ist. Änderungsvorschlag (überwiegend wie von KBV, PatV empfohlen, mit Anpassungen): „[...] Wenn Formuladiäten eingesetzt werden, soll dies zeitlich begrenzt (in der Regel maximal 12 Wochen) und medizinisch</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Siehe zudem Nr. 17.7 GKV-SV: Der Vorschlag des GKV-SV basiert auf den derzeit gültigen Leitlinienempfehlungen, die im IQWiG-Abschlussbericht zusammengestellt sind. Wesentlicher Unterschied zur (abgelaufenen) Deutschen S-3-Leitlinie ist, dass hier kein Energiedefizit quantifiziert wird, sondern lediglich eine „negative Energiebilanz“ empfohlen wird. Dennoch wurde in den Beschlussentwurf eine Ergänzung eingefügt, in der die in der deutschen Leitlinie genannte Wert als Richtwert benannt wird. Dies wurde in den Beratungen mit den Sachverständigen überzeugend als sinnvoll beschrieben.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	(DGSP) vom 28.08.2023	und möglichst ernährungstherapeutisch begleitet werden.“	In Bezug auf die aufgezählten möglichen Ernährungsstrategien unterschieden sich die Entwürfe von GKV-SV inhaltlich allenfalls unwesentlich von denen der KBV/DKG/PatV. Daher wurde der Entwurf des GKV-SV entsprechend angepasst und hier die alternative Darstellung der Ernährungsstrategien übernommen.
17.9	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V.	Zu 1.5.2. Ernährung Nummer 144 Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV, aber schlagen eine Textänderung vor, weil die individuelle/ personenbezogene Ernährungstherapie eine wichtige ergänzende Maßnahme zur Umsetzung dieser Empfehlungen ist. Im DMP soll klar dargestellt werden, dass für die Ernährung auch die ergänzende Einzelberatung durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte dazu gehört. Einzelberatung kann nach § 43 SGB 5 im Rahmen des DMPs	KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Siehe zudem Nr. 17.7 GKV-SV: Eine Ernährungstherapie ist laut Heilmittel-Richtlinie lediglich bei seltenen angeborenen Stoffwechselstörungen und bei Mukoviszidose GKV-Leistung, aber nicht für die Indikation Adipositas.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	(DGSP) vom 28.08.2023	<p>durchgeführt werden. Zu prüfen ist zudem, inwiefern analog zum DMP Diabetes mellitus Typ II auch Einzelberatungen vergütet werden können.⁴¹</p> <p>Änderungsvorschlag (überwiegend wie von KBV, PatV empfohlen, mit Anpassungen):</p> <p>„Eine individuelle Ernährungstherapie kann ist eine wichtige ergänzende Maßnahme zur Umsetzung dieser Empfehlungen eine sinnvolle Maßnahme sein. Ernährungstherapie ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, wird kann aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleistung bewilligt werden.“</p>	
17.10	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für	<p>Zu 1.5.4 Verhaltensmodifikation Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstreichen die in Z. 159-167 genannten Interventionen; sie sind in jedem Programm zur Lebensstilintervention essenziell.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023		
17.11	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V.	<p>Zu 1.5.3. Bewegung</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Begrifflichkeiten Bewegung, körperliche oder sportliche Aktivität werden in dem gesamten Entwurf eher willkürlich verwendet. Ergänzt werden sollte stets auch (vermeidbare) Sitzzeiten und/oder sedentäres Verhalten.</p> <p>Körperliche Bewegung ist unabhängig von der Gewichtsreduktion mit gesundheitlichen Vorteilen verbunden.⁴² Die kardiorespiratorische und muskuläre Fitness als Surrogatparameter für eine geringere kardiometabolische</p>	<p>GKV-SV, PatV: Die Argumentation der Stellungnahme ist unklar, insbesondere, weil sich die genannte quantitative Empfehlung in sämtlichen Positionen wiederfindet. Hier wird auch explizit NICHT auf eine bestimmte Art des Trainings abgestellt, weil sich dies, wie in den tragenden Gründen dargestellt, aus den einbezogenen Leitlinien nicht ableiten lässt. Es ist außerdem nicht klar, was mit „zusätzlich genannten Umfängen“ gemeint ist. Alle Empfehlungen entstammen Leitlinien zur Behandlung der Adipositas und beziehen sich nicht auf die Allgemeinbevölkerung („Exercise training in the management of overweight and obesity in adults“, EASO 2021, OC 2020).</p> <p>Wenngleich die Empfehlung als korrekt betrachtet wird, so</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	(DGSP) vom 28.08.2023	<p>Morbidität und Mortalität werden durch alle Arten von Training gesteigert.⁴³ Als Bewegungsdauer (Umfänge) werden >30 bis 60 min/Tag an wenigstens fünf Tagen pro Woche empfohlen⁴⁴; daher sollte der Empfehlung der DKG, KBV, PatV gefolgt werden; die Umfänge , die von Seiten des GKV-SV zusätzlich genannt werden, beziehen sich auf die Prävention bzw. Allgemeinbevölkerung (s.a. Bull et al. 2020) und sollten hier nicht aufgeführt werden.</p> <p>Nicht korrekt ist allerdings der Hinweis auf Krafttraining unter Berücksichtigung möglicher Kontraindikationen sowie der individuellen Belastbarkeit; denn diese beiden Aspekte gelten ausdrücklich für jede Form der körperlichen Aktivität, v.a. bei höheren Intensitäten, und sind bei Menschen mit Hypertonie oder kardiovaskulären Krankheiten klinisch relevant.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Textvorschlags von DKG, KBV, PatV mit folgenden Anpassungen: - Absatz streichen: „Für eine Gewichtsabnahme sollte man sich täglich insgesamt</p>	<p>wird diese Trainingsform angesichts der Zielgruppe des DMP als nicht vorrangig betrachtet. Diese Nennung wurde im Beschlussentwurf gestrichen.</p> <p>PatV: Als zusätzliches Therapieziel wurde aufgenommen: „Langfristige Änderung des Lebensstils in Bezug auf Ernährungs-, Bewegungs- bzw. des sitzendes Verhalten“.</p> <p>KBV, DKG: Der Stellungnahme wurde teilweise gefolgt und der BE angepasst.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>> 30 bis 60 Minuten bewegen. Darin enthalten sein sollte ein mindestens moderates Training beispielsweise an zwei Tagen pro Woche. Ein Krafttraining kann unter Berücksichtigung von Kontraindikationen sowie der individuellen Belastbarkeit empfohlen werden.“</p> <p>- Absatz einfügen</p> <p>„Für eine Gewichtsabnahme sollte man sich täglich insgesamt > 30 bis 60 Minuten bewegen. Darin enthalten sein sollte ein moderates aerobes Training beispielsweise an mindestens zwei Tagen pro Woche sowie Krafttraining beispielsweise einmal pro Woche. Jede Form des Trainings kann unter Berücksichtigung von Kontraindikationen sowie der individuellen Belastbarkeit empfohlen werden.“</p> <p>- Absatz ergänzen:</p> <p>Patienten und Patientinnen sollte geraten werden, die Umfänge an (vermeidbarer) Sitzzeit am Tag zu reduzieren bzw. „langanhaltende“ Sitzphasen regelmäßig, z.B. alle 30 min zu unterbrechen.⁴⁵</p> <p>Anmerkung zum Textvorschlag des GKV-SV</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Im Textvorschlag des GKV-SV ist der wiederkehrende Satzteil "sowohl Ausdauer- als auch Krafttraining einzeln oder in Kombination sowie ein hochintensives Intervalltraining (HIIT) ..." irreführend, denn ein HIIT kann sowohl im Ausdauer-, wie auch Kraftbereich durchgeführt werden und ist somit keine eigenständige Bewegungsintervention. Sollte sich für diese Formulierung entschieden werden, müsste dies korrigiert werden.</p>	<p>GKV-SV: Die Nennung des „Hochintensiven Intervalltrainings“ im beanstandeten Kontext entstammt einer der einbezogenen Leitlinien und ist eine wörtliche Übersetzung aus dem Englischen Originaltext ("Advise any type of exercise training (aerobic, resistance, and combined aerobic or resistance) or HIIT (after thorough assessment of cardiovascular risk and under supervision“, EASO 2021, Empfehlungsgrad A, LoE high)).</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
17.12	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023	<p>Zu 1.5.5. Adjuvante medikamentöse Therapie</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Dem gesetzlichen Auftrag aus dem GVWG folgend, gehören zu einer leitlinienkonformen Adipositastherapie auch „ergänzende pharmakologische Therapien“. Der Gesetzgeber begründet im Gesetzentwurf das „erhebliche Verbesserungspotenzial der Versorgungsqualität“ mit dem Umstand, dass nur eine kleine Minderheit der Betroffenen von einer „individuellen, interdisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlung unter Berücksichtigung verhaltensmodifizierender, medikamentöser und nötigenfalls auch chirurgischer Interventionen“ profitiert. Vor diesem Hintergrund wäre es ein Widerspruch mit dem gesetzlichen Auftrag, wenn an dieser Stelle – wie vom GKV-SV vorgeschlagen – ein bloßer Verweis auf den gesetzlichen Ausschluss von Arzneimitteln zur Regulierung des Körpergewichts aus der Versorgung zu Lasten der Krankenkassen erfolgt.</p> <p>Die modernen Wirkstoffe der begleitenden medikamentösen Adipositastherapie ermöglichen den Betroffenen den</p>	<p>KBV, PatV, DKG: Die Empfehlungen zur Möglichkeit einer adjuvanten medikamentösen Therapie wurden unter Berücksichtigung des IQWiG-Berichtes aus Sicht der KBV adäquat adressiert. Empfehlungen zur chirurgischen Therapie werden im entsprechenden Kapitel formuliert. Eine Aufnahme des Begriffes „derzeit“ ist aus Sicht der KBV redundant, da sich alle Bezüge zu geltenden Regelungen sich immer auf die aktuelle Rechtslage beziehen.</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. Der G-BA kann sich bei seinen Beschlüssen nur auf bereits erfolgte gesetzliche Änderungen 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Studiendaten zufolge bei relativ guter Verträglichkeit und in Kombination mit einer Lebensstilintervention eine Gewichtsreduktion, die deutlich über die Effekte früherer Wirkstoffe hinaus geht.^{46,47,48,49,50,51} In Anbetracht der wachsenden und vielversprechenden Evidenz sollte die begleitende medikamentöse Therapie nicht grundsätzlich aus dem DMP Adipositas ausgeschlossen werden. Das gilt umso mehr vor dem Hintergrund, dass im Rahmen der SELECT-Studie für Semaglutid (2,4 mg) erstmals eine signifikante Verringerung kardiovaskulärer Ereignisse gezeigt werden konnte.⁵²</p> <p>Dass eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen aufgrund der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen aktuell nicht möglich scheint, sollte einer Aufnahme der Behandlungsoption nicht im Weg stehen. Wie das DMP Diabetes mellitus Typ 2 mit Bezug auf die Raucherberatung zeigt, können auch Arzneimittel, für deren Kosten Patientinnen und Patienten selbst aufkommen müssen, im Rahmen eines DMP grundsätzlich abgebildet werden. Demnach sollen ausstiegsbereiten Rauchern „wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung“ angeboten werden. „Dazu gehören</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>(...) geeignete Medikamente, auch soweit deren Kosten von Patientinnen und Patienten selbst zu tragen sind.“⁵³</p> <p>Änderungsvorschlag (überwiegend wie von KBV, PatV empfohlen, mit Ergänzung in fett): Zur Unterstützung einer Gewichtsreduktion oder eines Gewichtserhalts kann – begleitend zur leitliniengerechten konservativen Therapie – eine medikamentöse Therapie erwogen werden. Patienten mit Adipositas, bei denen Maßnahmen zur Verhaltensänderung nicht zum Erreichen individueller Gesundheits- und Gewichtsreduktionsziele ausgeschöpft wurden, sollen über weitere Therapiemöglichkeiten der Adipositas wie die adjuvante Pharmakotherapie und Adipositas-Chirurgie aufgeklärt werden. Wenn eine Empfehlung zur Pharmakotherapie erfolgt, sollen bei der Wahl des Medikaments die patientenindividuellen Therapieziele, die Komorbiditäten, die Wirkmechanismen sowie die Verträglichkeit und Sicherheit der Wirkstoffe und das individuelle Ansprechen auf die Medikation berücksichtigt werden. Patientinnen und Patienten sollen dabei darüber informiert werden, dass die medikamentöse Therapie der Adipositas gemäß § 34 Absatz 1 Satz 7 SGB V derzeit 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann.	
17.13	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023	<p>Zu 1.5.6. Chirurgische Therapie</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Entsprechend der S3-Leitlinie der CAADIP soll nach Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten eine chirurgische Therapie bei schwerer Adipositas (BMI ≥ 40 kg/m²) bzw. bei Adipositas Grad II mit schwerer Komorbidität erwogen werden. Der Textvorschlag der DKG bildet dies ab.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>- Übernahme des Textvorschlags der DKG</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, PatV: Leitlinienempfehlungen und unter Berücksichtigung einer Entscheidung des Ersten Senats des Bundessozialgerichts vom 22. Juni 2022 (Az. B 1 KR 19/21 R) modifiziert.</p> <p>GKV-SV: Die Aussage, dass nach Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten bei einem BMI ≥ 40 kg/m² oder bei einem BMI ≥ 35 kg/m² mit erheblichen Komorbiditäten, die durch eine Gewichtsabnahme positiv beeinflusst werden können, ein chirurgischer Eingriff erwogen werden kann, begründet sich vor allem durch die deutlich abweichenden Empfehlungsstärken der in dem IQWiG-Bericht dargestellten Leitlinien-Empfehlungen.</p> <p>So wird nur in einer von fünf LL eine starke Empfehlung („soll“) für eine Indikation zur Chirurgie bei einem BMI ≥ 35 kg/m² und erheblichen Komorbiditäten gegeben. Drei LL enthalten dazu nur schwache Empfehlungen („kann“). Auch in der deutschen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>S3-LL DGAV 2018 ist die Empfehlung zur Indikationsstellung ab einem BMI ≥ 35 kg/m² abgeschwächt (Expertenkonsens mit „sollte“). Dabei ist anzumerken, dass die Empfehlungen der deutschen S3-LL zur Indikationsstellung zum Teil auf nicht mehr gültigen Empfehlungen der amerikanischen AACE-LL aus dem Jahr 2013 beruhen. Die überarbeitete Version der AACE-LL aus dem Jahr 2020, die in den IQWiG-Bericht eingeschlossen wurde, gibt in Bezug auf eine Indikationsstellung ab einem BMI ≥ 35 kg/m² nur noch schwache Empfehlungen statt wie in 2013 eine starke Empfehlung.</p> <p>Auch zur Indikationsstellung bei einem BMI ≥ 40 kg/m² weichen die Empfehlungsstärken (und auch die Evidenzlevel) der LL voneinander ab. So vergeben 3 LL eine starke Empfehlung und 2 LL eine schwache Empfehlung. Aufgrund dieser Inkonsistenzen erscheint auch in diesem Fall eine mehr zurückhaltende (kann) Formulierung gerechtfertigt.</p>
17.14	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-	Zu 1.5.6.3. Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie.	DKG: 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023	Nummer 174 Stellungnahme mit Begründung: Der Gesetzgeber hat in seinem Beschluss für das GVWG beschrieben, dass zu einer „leitlinienkonformen Adipositas therapie“ auch die „sogenannte bariatrische Chirurgie mit postoperativer Langzeittherapie und ggf. Supplementationstherapie bei starker Gewichtsreduktion“ gehört. Ein DMP Adipositas könnte dazu beitragen, die bisher unzureichende (und nicht im GKV-Leistungskatalog abgebildete) Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie zu verbessern – sofern diese im DMP abgebildet wird. Dass in allen Vorschlägen die lebenslange Nachsorge gefordert wird, aber die Kosten hierfür offenbleiben, ist inkonsequent und entspricht nicht den aktuellen Leitlinienstandards. Änderungsvorschlag: - Übernahme des Textvorschlags der DKG	KBV: Die Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie wird in der KBV-Position unter 1.5.6 adressiert. PatV: Die Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie wird in der PatV-Position unter 1.5.6 und unter 15.6.3 adressiert. GKV-SV: Auch bei vorliegenden Empfehlungen in Leitlinien kann eine Richtlinie zu einem DMP keine Regelungen treffen, die übergeordneten rechtlichen Regelungen entgegen stehen (z. B. leistungsrechtliche Einschränkungen und Ausschlüsse).
17.15	Gemeinsame Stellungnahme	Zu 1.6. Komorbiditäten Nummer 176	KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Wie in den TrGr beschrieben, ist die Auflistung der

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023	Stellungnahme mit Begründung: Adipositas gilt als eine wichtige Ursache für zahlreiche Folgekrankheiten mit erheblicher Bedeutung für die allgemeine Krankheitslast. Vor diesem Hintergrund erschließt sich nicht, weshalb an dieser Stelle des Richtlinien textes lediglich eine unvollständige Auswahl manifester Folgekrankheiten Erwähnung finden soll, wie vom GKV-SV vorgeschlagen. Dieses Kapitel sollte den Anspruch haben, die bedeutsamsten Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas abzubilden. Es darf sich nicht an den, wahrscheinlich notgedrungen enger gefassten, Einschlusskriterien orientieren. Eine solche Vorgehensweise würde Sinn und Zweck von DMP im Allgemeinen und der Gesetzesbegründung des GVGW im Speziellen widersprechen, wonach Folgeschäden und Komplikationen durch das DMP vermieden werden sollen. Der IQWiG Abschlussbericht, Leitliniensynopse Adipositas Erwachsene, hat im Kapitel 4.4.6. die relevantesten Komorbiditäten beschrieben und eine Vielzahl potenziell DMP-relevanter sowie additiver Inhalte identifiziert. ⁵⁴ Der Vorschlag von KBV, DKG, PatV bildet diese umfassende Darstellung der	Komorbiditäten in 1.6 nicht abschließend und beschränkt sich in der Position des GKV-SV insbesondere auf die Nennung der Komorbiditäten, die auch für die Einschlusskriterien gewählt wurden und für die in der Leitliniensynopse des IQWiG Berichts DMP relevante Empfehlungen beschrieben wurden.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		vorliegenden Evidenz am besten ab. Änderungsvorschlag: - Fassung von KBV, DKG, PatV übernehmen	
17.16	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023	Zu 1.7. Verlaufsuntersuchungen Nummern 184ff Stellungnahme mit Begründung: Im Rahmen der Verlaufsuntersuchungen zum Monitoring von Fettleberkrankungen sollten sich die empfohlenen Untersuchungen und Untersuchungsintervalle an der aktualisierten S2k-Leitlinie nicht-alkoholische Fettlebererkrankung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) orientieren. ⁵⁵ Bei allen Patienten mit Adipositas und nicht-alkoholischer Fettlebererkrankung oder Non-Alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) – bzw. metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) ⁵⁶ – sollen klinische und laborchemische Verlaufskontrollen durchgeführt werden. Umfang und	Die spezifische Betreuung einer Fettlebererkrankung ist nicht Gegenstand des DMP. Weiterführende Diagnostik bzw. Therapie adipositas-assoziiierter Komorbiditäten liegen im Ermessen der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Intervalle sollten sich nach Auftreten von Komorbiditäten sowie Ausprägung der Lebererkrankung richten und alle 6 Monate, jährlich oder alle 2–3 Jahre durchgeführt werden. Bei Patienten mit inzidentell diagnostizierter NAFLD ohne fortgeschrittene Fibrose und ohne typische Begleiterkrankungen sollten die Verlaufsuntersuchungen jeweils die Evaluation von metabolischen Komorbiditäten beinhalten.</p> <p>Die Basisdiagnostik für das NAFLD Langzeitmanagement umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Körperliche Untersuchung mit Bestimmung von: – BMI – Taillenumfang – Blutdruck ▪ Laborchemische Untersuchung: – ALT, AST, γGT, Bilirubin, AP – Blutbild (Thrombozyten) – Lipidstatus (Triglyceride, Cholesterin, HDL-, LDL-Cholesterin) – Nüchternblutzucker, HbA1c und Berechnung des FIB-4 Index <p>Bei erhöhtem Risiko und nachgewiesener NASH kann für die Verlaufsbeurteilung eine Elastographie und/oder CAP verwendet 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigung der o.g. Parameter bei der Verlaufsuntersuchung 	
17.17	<p>Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023</p>	<p>Zu 1.8.1. Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt Nummer 208</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Hausärztinnen und Hausärzte nehmen in Deutschland gemäß § 73b SGB V die Funktion eines Lotsen bzw. Gatekeepers ein und sind damit auch die erste medizinische Anlaufstelle für Patient:innen mit Adipositas. Zugleich spielt die Adipositastherapie in der medizinischen Ausbildung bisher eine untergeordnete Rolle, sodass das Wissen in der Ärzteschaft über moderne, multiprofessionelle Behandlungsmethoden nicht sehr weit verbreitet ist.⁵⁷ Neue Fortbildungsangebote wie der Kurs DAG-DDG Adiposilog*in⁵⁸, in welchen in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachgesellschaften Inhalte aus den im nachfolgenden Kapitel genannten (Zusatz-)Weiterbildungen</p>	<p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt.</p> <p>In den Tragenden Gründe ist ausgeführt, dass eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas in Ausnahmefällen auch eine zugelassene oder ermächtigte Fachärztin/einen Facharzt für Innere Medizin insbesondere wenn eine Zusatz-Weiterbildung „Diabetologie“ oder Schwerpunkt „Diabetologie/Endokrinologie“ oder „Gastroenterologie“ vorliegt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen kann, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt. Für diese genannten Bezeichnungen setzt die Musterweiterbildungsordnung ausdrücklich Erfahrungen und Fertigkeiten in der Behandlung von Adipositas voraus.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>integriert wurden, sollen dazu dienen, dass auch Hausärztinnen und Hausärzten vermehrt Adipositas-spezifische Qualifikationen erwerben können. Entsprechend spezifisch qualifizierte Hausärztinnen und Hausärzte werden aber zum Start des neuen DMP nicht flächendeckend in Deutschland verfügbar sein.</p> <p>Vor diesem Hintergrund könnten unseres Erachtens Fachärzt:innen nicht nur „im Ausnahmefall“ eine koordinierende Funktion übernehmen.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von KBV, PatV vorgeschlagen):</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] gemäß § 73 SGB V oder durch die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärztin bzw. den Facharzt für Innere Medizin, mit oder ohne Schwerpunkt, entsprechend der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.“</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.</p> <p>Grundsätzlich verfolgen DMP aber einen niedrighschwelligen integrativen Versorgungsansatz mit langfristiger Patientenbegleitung unter Berücksichtigung bestehender Komorbiditäten. Entsprechend § 73 SGB V werden diese Aufgaben der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben, an der unter anderem Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt teilnehmen.</p> <p>DKG: Es wird einerseits dem Umstand Rechnung getragen, dass das Ziel, Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, die an einem DMP teilnehmen durch kontinuierliche Behandlung und Betreuung langfristig zu</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>begleiten, um das Fortschreiten der Erkrankung kontinuierlich positiv beeinflussen zu können und der Entstehung von Folgeerkrankungen vorzubeugen. Für diese langfristige und kontinuierliche Betreuung ist der Hausarzt der geeignete Adressat und von zentraler Bedeutung. Des Weiteren befürworten wir eine Öffnung dahingehend, dass nicht allein Internistinnen und Internisten, sondern auch andere Facharztgruppen die Behandlung, Betreuung und Koordination der Patientinnen und Patienten im DMP Adipositas übernehmen können, und zwar insbesondere dann, wenn sie diese bereits dauerhaft betreut haben. Unter diesen Voraussetzungen kann davon ausgegangen werden, dass sie sich mit der Behandlung des komplexen Krankheitsbildes bereits auseinandergesetzt haben und eine fundierte Kenntnis über den Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten und deren Bedarfe erlangen konnten. Für den Fall, dass im Zuge der Langzeitbehandlung und -betreuung ein bestimmter Kompetenzbereich fachlich nicht abgedeckt werden kann, hat die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt die Möglichkeit auf die Überweisungsregeln (1.8.2) zurückzugreifen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
17.18	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023	Zu 1.8.1. Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt Nummer 219 Stellungnahme mit Begründung: In den bereits über längere Zeit etablierten Zusatzweiterbildungen der „Diabetologie“ und der „Ernährungsmedizin“ sowie der Facharzt-Weiterbildung „Endokrinologie und Diabetologie“ spielt die Adipositas als eng mit dem Typ-2-Diabetes bzw. der Ernährungsweise verbundene Erkrankung eine zentrale Rolle, sodass in den entsprechenden Praxen – ob hausärztlich oder fachärztlich tätig – bereits eine umfassende Expertise über das Krankheitsbild und die Behandlung der Adipositas vorhanden ist. Selbiges gilt für Fachärzt:innen in DGAV zertifizierten Adipositaszentren bzw. DGAV zertifizierte Chirurg:innen. Auch die Sportmedizin ist eng in die Behandlung von Patient:innen mit Adipositas eingebunden, da die Bewegungstherapie integraler Bestandteil der multimodalen Adipositasbehandlung ist. Auf diese umfangreiche Expertise und vorhandene	<p>KBV, PatV: In der KBV-Position sind Diabetologinnen und Diabetologen und Endokrinologinnen und Endokrinologen bereits als koordinierende Ärztinnen und Ärzte vorgesehen. Andere ärztliche Fachrichtungen bzw. Einrichtungen können sich ebenfalls beteiligen, wenn sie dafür qualifiziert sind und für die vorgesehenen Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind.</p> <p>DKG: Die DKG befürwortet im Hinblick auf die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt insbesondere für diejenigen Fachärztinnen und Fachärzte eine Öffnung, die adipöse Patientinnen und Patienten bereits vor der Einschreibung dauerhaft betreut haben. Unter diesen Voraussetzungen kann davon ausgegangen werden, dass man sich mit der Behandlung des komplexen Krankheitsbildes bereits auseinandergesetzt hat und eine fundierte Kenntnis über den Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten und deren Bedarfe erlangt wurde. Für den Fall, dass im Zuge der Langzeitbehandlung und -betreuung ein bestimmter Kompetenzbereich fachlich nicht abgedeckt werden kann, hat die koordinierende Ärztin, der koordinierende Arzt darüber hinaus die Möglichkeit, auf die Überweisungsregeln (1.8.2)</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Versorgungsstrukturen gilt es im neuen DMP Adipositas zurück zu greifen – insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Vermeidung des Diabetes mellitus Typ 2 bei vorhandenem Prädiabetes ein zentrales Ziel des DMP Adipositas darstellen sollte.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Eine entsprechend qualifizierte Fachärztin oder ein entsprechend qualifizierter Facharzt ist insbesondere beim Vorliegen der Weiterbildungen „Diabetologie“, „Endokrinologie und Diabetologie“, „Ernährungsmedizin“, „Sportmedizin“ sowie bei Fachärzt:innen in DGAV zertifizierten Adipositaszentren bzw. DGAV-zertifizierten Chirurg:innen gegeben.“</p>	<p>zurückzugreifen.</p> <p>GKV-SV: Aufgrund der bisher geringen Anzahl von Ärztinnen und Ärzten soll die Zusatzweiterbildung“ „Ernährungsmedizin derzeit nicht zwingend zu einer ergänzenden Voraussetzung für die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt gemacht werden. Der darüber hinaus gehenden vorgeschlagenen Erweiterung des Kreises koordinierende Ärztinnen und Ärzte wird aus den unter 17.17 beschriebenen Gründen nicht gefolgt. Die Verfüg-barkeit von fachärztlichem Spezialwissen zu einzelnen Fragestellungen wird durch Überweisungsregelungen an entspre-chende Fachärztinnen oder Fachärzte sichergestellt.</p>
17.19	<p>Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft</p>	<p>Zu 1.8.2. Überweisung zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt / Einrichtung</p> <p>Nummer 245</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wie das Kapitel „A 3.5.5 Langzeitbetreuung nach chirurgischer</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Aus Sicht des GKV-SV ist die multimodale Schulung mit dem Fokus auf dem Selbstmanagement und einer anhaltenden Selbstbefähigung zum Umgang mit der</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) vom 28.08.2023	Therapie“ der IQWiG Leitliniensynopse, Erwachsene, darlegt, wird gemäß internationaler Leitlinien einhellig eine strukturierte Nachsorge nach bariatrischer bzw. metabolischer Chirurgie empfohlen. Gemäß DGAV-Leitlinie (2018) sollte die Vorstellung „mindestens einmal jährlich bei einem Arzt, der mit der Behandlung von Adipositas und adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Eingriffen vertraut ist“ und „kann an der operierenden Einrichtung oder bei Kooperationspartnern“ erfolgen. Vor diesem Hintergrund wäre es leitlinienkonform, den von DKG, KBV, PatV empfohlenen Überweisungsgrund aufzunehmen. Änderungsvorschlag (wie von DKG, KBV, PatV empfohlen): - Zur postoperativen Nachsorge nach adipositaschirurgischem oder metabolischem Eingriff	chronischen Erkrankung zentrale Maßnahme des DMP. Spezifische Regelungen zur operativen Therapie der Adipositas und den Möglichkeiten der plastischen Chirurgie nach Gewichtsabnahme sowie der postoperativen Nachsorge nach werden daher nicht formuliert. Vor diesem Hintergrund hält der GKV-SV die Schwerpunktsetzung bei den Überweiskriterien ohne konkrete Nennung der postoperativen Nachsorge für angemessen. Weitere Überweisungsanlässe sind nicht ausgeschlossen und individuell zu prüfen.
17.20	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche	Zu 1.8.3. Einweisung in ein Krankenhaus Nummer 255 Stellungnahme mit Begründung: Aus adipositastherapeutischer Sicht ist eine Einweisung von	KBV: Die Stellungnahme wurde berücksichtigt und der Beschlussentwurf entsprechend angepasst. 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023	Patient:innen zur stationären konservativen Therapie nur nach ausreichender Evaluation des Patienten erforderlich. Es ist auch in Frage zu stellen, ob dies eine stationäre Leistung der Krankenhäuser ist oder in einen Rehabilitationsbereich mit besonderer Spezialisierung gehört. Wesentlich erscheint eine ausreichende Evaluation der Patient:innen im häuslichen Umfeld. Änderungsvorschlag (wie von GKV-SV empfohlen): Keine Aufnahme	<p>DKG, PatV: Die Ausführungen in den TrGr zu diesem Kriterium implizieren den schleichenden Prozeß, der hinter dieser Gewichtsentwicklung steht. Ein intensiver und fortlaufender Abwägungsprozeß im Hinblick auf eine stationäre Behandlungserfordernis ist im Zuge dessen immanent und bedarf aus Sicht der DKG keiner zusätzlichen Ausführungen.</p> <p>PatV: Es gibt Patientinnen und Patinten, die immobil und extrem adipös sind. Sie sind nicht in der Lage an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen und brauchen eine stationäre Einweisung.</p>
17.21	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für	Zu 1.9. Geeignete digitale medizinische Anwendungen Nummer 279 Stellungnahme mit Begründung: Aktuell liegen für die Indikation Adipositas zwei dauerhaft in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) vor. Das BfArM	<p>KBV: Dank und Kenntnisnahme. Die Formulierung wurde aufgrund anderer Stellungnahmen angepasst, um Missverständnissen vorzubeugen. Digitale medizinische Anwendungen sollen eine Schulungsmaßnahme nicht im Sinne des §4 der DMP-A-RL ersetzen.</p> <p>DKG: Aufgrund unterschiedlich lautender SN im Hinblick darauf, ob eine DIMA ein sinnvolles Add-on zu einer Schulung sein kann, wurde im BE in der Position der DKG 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023	<p>hat die vorliegende Evidenz als ausreichend bewertet, um eine Behandlung der Adipositas zu Lasten der GKV zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, weshalb nicht auf geeignete DiGA im Rahmen eines DMP als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden sollte – schließlich sind DiGA die einzige Regelleistung im ambulanten Bereich. Auch wenn die Wirksamkeit in Bezug auf Verbesserungen der Adipositas-Erkrankung, Gewichtsreduktion und die Verbesserung von Adipositas-assoziierten Erkrankungen bisher vor allem langfristig nicht ausreichend belegt wurden, könnten DiGA vor dem Hintergrund der aktuell bei weitem nicht flächendeckenden Versorgung mit multimodalen Basisprogrammen eine sinnvolle Ergänzung darstellen.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von KBV empfohlen):</p> <p>„Es kann auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden, insbesondere wenn die Teilnahme an einer Patientenschulung gemäß Nummer 4.2 nicht möglich ist. Eine gleichzeitige Inanspruchnahme der Patientenschulung und einer digitalen medizinischen Anwendung wird aufgrund</p>	<p>entsprechende Ausführung zu diesem Aspekt gestrichen.</p> <p>GKV-SV: Bei der Prüfung digitaler medizinischer Anwendungen (DimAs) gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB bezüglich Ihrer Eignung für die Aufnahme in das DMP Adipositas konnte von Seiten des GKV-SV keine DimA identifiziert werden, die für eine Aufnahme geeignet ist (s. Ausführungen in den Tragenden Gründen). Entsprechend bedarf es aus Sicht des GKV-SV auch nicht der Aufnahme eines Kapitels für „Geeignete digitale medizinische Anwendungen“ im Beschlusstext.</p> <p>PatV: Auch aus Sicht der PatV können DIMAs eine sinnvolle Ergänzung zur Patientenschulung 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		potentiell unterschiedlicher inhaltlicher Konzepte nicht empfohlen.“	
17.22	Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom 28.08.2023	Zu 4.2. Schulungen der Versicherten Nummer 319 Stellungnahme mit Begründung: Adipositas stellt eine chronische Erkrankung mit einer hohen Rezidivneigung dar. ⁵⁹ Eine kurzfristige Senkung des Körpergewichts ist weniger das Problem. Die längerfristige, dauerhafte Veränderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten sowie eine damit einhergehende Gewichtsstabilisierung (weight loss maintenance) stellen die größere Herausforderung dar. ⁶⁰ Folglich empfiehlt das Regionalbüro der WHO für Europa im Europäischen Adipositasbericht 2022 einen Zugang zu einer dauerhaften Behandlung: „There is a need to provide care for those living with obesity, with treatment recommended to follow a “chronic care” approach in which the choice of treatment is dependent on	KBV, GKV-SV: Der G-BA schließt Zweitschulungen nicht aus. PatV: Dank und Kenntnisnahme DKG: Da der G-BA Wiederholungsschulungen im DMP nicht ausschließt und eine explizite Erwähnung daher nicht erforderlich scheint, hat sich die DKG der Position von KBV und GKV-SV angeschlossen.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>the severity of obesity, along with a number of other personal factors.“61</p> <p>Vor diesem Hintergrund sollte eine mehrfache Teilnahme an einer Patientenschulung nicht ausgeschlossen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag (wie von PatV, DKG empfohlen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Schulung kann bei Bedarf wiederholt werden. 	
17.23	<p>Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) vom 28.08.2023</p>	<p>Zu 5. Evaluation Nummern 332, 333</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Den vorgeschlagenen Einschlusskriterien (s.o.) folgend, schließen wir uns dem Vorschlag von KBV; DKG, PatV an, das Auftreten eines manifesten Diabetes mellitus Typ 2 bei bestehendem Prädiabetes im Verlauf als Parameter in der Evaluation zu berücksichtigen. Dies sollte ein wesentliches Ziel des DMP Adipositas darstellen und der Erfolg diesbezüglich sollte auch entsprechend evaluiert werden (betrifft Nummer 333). Auch Remissionen der Erkrankung, bei Personen mit zur Einschreibung in das DMP Adipositas bereits bestehenden</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Position von KBV, DKG und Patientenvertretung sieht vor, gemäß den Kapiteln zu therapeutischen Maßnahmen und den Qualitätszielen die zwei Aspekte körperliche Alltagsaktivität und sportliches Training gesondert zu evaluieren.</p> <p>GKV-SV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, werden in den einbezogenen Leitlinien keine Empfehlungen für spezifische Bewegungsarten gegeben. Es wird lediglich auf einen zeitlichen Mindestumfang und die „moderate Intensität“ abgestellt. Hieraus ergibt sich, dass, ausgehend vom individuellen Trainingszu-stand sowohl „Alltagsaktivitäten“ als auch Sportarten im engeren Sinne geeignet sein können, diese moderate Intensität zu erreichen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Diabetes mellitus Typ 2, sollte im Rahmen der Evaluation untersucht werden.</p> <p>Bei der Evaluation der Bewegung sollte zudem zwingend sowohl das Aktivitätslevel sowie das sitzende Verhalten evaluiert werden. Da weniger „regelmäßige Bewegung“ (wie von GKV-SV vorgeschlagen), sondern eher generell das Bewegungsverhalten evaluiert werden sollte, schlagen wir folgende Begrifflichkeit für Nummer 332 vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewegungsverhalten in Alltag, Freizeit und Beruf 	<p>Dennoch ändert der GKV-SV hierzu seine Positionierung: Es erscheint sinnvoll, im Rahmen von Erstanamnese und der späteren Evaluation die Aufmerksamkeit darauf zu lenken, dass die Steigerung des Bewegungsumfangs sich eben auf verschiedene Szenarien (Alltagsaktivität, körperliches Training) beziehen kann. Der Beschlussentwurf folgt an dieser Stelle nunmehr dem von KBV/DKG/PatV.</p>
17.24	<p>Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) vom</p>	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>¹ Mensink GBM, Schienkiewitz A et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6: 786-794.</p> <p>² Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015. Available from http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare</p> <p>³ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015. Available from http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	28.08.2023	<p>⁴ WHO Regional Office for Europe (2022). Media release: New WHO report: Europe can reverse its obesity “epidemic”. https://www.who.int/europe/news/item/03-05-2022-new-who-report--europe-can-reverse-its-obesity--epidemic</p> <p>⁵ Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, DAK-Gesundheit (2016). Versorgungsreport Adipositas - Chancen für mehr Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 15).</p> <p>⁶ Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Drucksache 19/26822. Stand: 19.02.2021. Vom Deutschen Bundestag beschlossen am 11.06.2021. Zum Vorgang: https://dip.bundestag.de/vorgang/.../272225</p> <p>⁷ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG (2022). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene Abschlussbericht. Auftrag V21-05. IQWiG-Berichte – Nr. 1408, Stand: 18.08.2022.</p> <p>⁸ Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Drucksache 19/26822. Stand: 19.02.2021. Vom Deutschen Bundestag beschlossen am 11.06.2021. Zum Vorgang: https://dip.bundestag.de/vorgang/.../272225</p> <p>⁹ Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). DMP – Grundlegende Informationen. Stand: Januar 2023. Abgerufen am 24.07.2023: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/</p> <p>¹⁰ Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002;346(6): 393-403.</p> <p>¹¹ Hamman RF, Wing RR, Edelstein SL, et al. Effect of weight loss with lifestyle intervention on risk of diabetes. Diabetes Care. 2006;29(9):2102-2107.</p> <p>¹² Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, et al. Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. Lancet. 2009;374(9702):1677-1686.</p> <p>¹³ Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med. 2001; 344(18):1343-1350.</p> <p>¹⁴ Laaksonen DE, Lindström J, Lakka TA, et al. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. Diabetes. 2005;54(1):158-165.</p> <p>¹⁵ Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet. 2006;368(9548):1673-1679.</p> <p>¹⁶ Fritsche, A. et al.: Different effects of lifestyle intervention in high- and low-risk prediabetes. In: Diabetes, 2021, 70: 2785-2795</p> <p>¹⁷ Pan XR, Li GW, Hu YH, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Care. 1997;20(4):537-544</p> <p>¹⁸ Li G, Zhang P, Wang J, et al. Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: a 23-year followup study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2014;2(6): 474- 480.</p> <p>¹⁹ le Roux CW, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Lau DCW, Van Gaal L, Ortiz RV, Wilding JPH, Skjøth TV, Manning LS, Pi-Sunyer X; SCALE Obesity Prediabetes NN8022-1839 Study Group. 3 years of liraglutide versus placebo for type 2 diabetes risk reduction and weight management in individuals with prediabetes: a randomised, double-blind trial. Lancet. 2017 Apr 8;389(10077):1399-1409. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30069-7. Epub 2017 Feb 23. Erratum in: Lancet. 2017 Apr 8;389(10077):1398. PMID: 28237263.</p> <p>²⁰ Davies MJ, Aronne LJ, Caterson ID, Thomsen AB, Jacobsen PB, Marso SP; Satiety and Clinical Adiposity - Liraglutide Evidence in individuals with and without diabetes (SCALE) study groups. Liraglutide and cardiovascular outcomes in adults with overweight or obesity: A post hoc analysis from SCALE randomized controlled trials. Diabetes Obes Metab. 2018 Mar;20(3):734-739. doi: 10.1111/dom.13125. Epub 2017 Nov 1. PMID: 28950422; PMCID: PMC5836948.</p> <p>²¹ McGowan BM, Houshmand-Oeregaard A, Laursen PN, Zeuthen N, Baker-Knight J. Impact of BMI and comorbidities on efficacy of once-weekly semaglutide: Post hoc analyses of the STEP 1 randomized trial. Obesity (Silver Spring). 2023 Apr;31(4):990-999. doi: 10.1002/oby.23732. Epub 2023 Mar 6. PMID: 36876594.</p> <p>²² https://www.nature.com/articles/d41586-023-02528-2</p> <p>²³ Sumithran, P., Prendergast, LA, Delbridge, E, Purcell, K, Shulkes, A, Kriketos, A, Proietto, J. N Engl J Med. (2011) Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. Oct 27;365(17):1597-604.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>24 Pasman, WJ. (1999) Predictors of weight maintenance. <i>Obes Res.</i> 1999 Jan;7(1):43-50.</p> <p>25 Schwartz, A. (2010) Relative changes in resting energy expenditure during weight loss: a systematic review. <i>Obes Rev.</i> 2010 Jul;11(7):531-47.</p> <p>26 Dulloo, A. (2021) Physiology of weight regain: Lessons from the classic Minnesota Starvation Experiment on human body composition regulation. <i>Obes Rev.</i> 2021 Mar;22 Suppl 2:e13189.</p> <p>27 Martins C, Dutton GR, Hunter GR, Gower BA. Revisiting the Compensatory Theory as an explanatory model for relapse in obesity management. <i>Am J Clin Nutr.</i> 2020 Nov 11;112(5):1170-1179.</p> <p>28 WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.</p> <p>29 Mensink GBM, Schienkiewitz A et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). <i>Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz</i> 5/6: 786-794.</p> <p>30 Steffen A, Holstiege J, Akmatov MK, Bätzing J. Trends in der Diagnoseprävalenz der Adipositas in der vertragsärztlichen Versorgung von 2009 bis 2018. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). <i>Versorgungsatlas-Bericht Nr. 21/10.</i> Berlin 2021. URL: https://doi.org/10.20364/VA-21.10</p> <p>classic Minnesota Starvation Experiment on human body composition regulation. <i>Obes Rev.</i> 2021 Mar;22 Suppl 2:e13189.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>³¹ Martins C, Dutton GR, Hunter GR, Gower BA. Revisiting the Compensatory Theory as an explanatory model for relapse in obesity management. Am J Clin Nutr. 2020 Nov 11;112(5):1170-1179.</p> <p>³² WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.</p> <p>³³ Mensink GBM, Schienkiewitz A et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6: 786-794.</p> <p>³⁴ Steffen A, Holstiege J, Akmatov MK, Bätzing J. Trends in der Diagnoseprävalenz der Adipositas in der vertragsärztlichen Versorgung von 2009 bis 2018. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 21/10. Berlin 2021. URL: https://doi.org/10.20364/VA-21.10</p> <p>cca & Haftenberger, Marjolein & Rathmann, Wolfgang & Scheidt-Nave, C. (2015). Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: Findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997-1999 and 2008-2011. Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association. 33. 10.1111/dme.13008.</p> <p>³⁶ Heidemann, Christin & Du, Y & Paprott, Rebecca & Haftenberger, Marjolein & Rathmann, Wolfgang & Scheidt-Nave, C. (2015). Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: Findings from the German Health Interview and</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Examination Surveys in 1997-1999 and 2008-2011. Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association. 33. 10.1111/dme.13008.</p> <p>³⁷ Berechnungen des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen (IDM), Helmholtz Zentrum München an der Universität Tübingen, für die DAG auf Basis einer Kohorte mit hohem Risikoprofil (nicht repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung)</p> <p>³⁸ World Health Organization (2011) Waist Circumference and waist- hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008.</p> <p>³⁹ WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.</p> <p>⁴⁰ Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, Carty C, Chaput JP, Chastin S, Chou R, Dempsey PC, DiPietro L, Ekelund U, Firth J, Friedenreich CM, Garcia L, Gichu M, Jago R, Katzmarzyk PT, Lambert E, Leitzmann M, Milton K, Ortega FB, Ranasinghe C, Stamatakis E, Tiedemann A, Troiano RP, van der Ploeg HP, Wari V, Willumsen JF. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020 Dec;54(24):1451-1462. doi: 10.1136/bjsports-2020-102955. PMID: 33239350; PMCID: PMC7719906.</p> <p>⁴¹ Vgl. Abrechnungsziffern DMP Diabetes mellitus Typ II im Bereich der KV Hessen Gültig ab 01. Oktober 2021 sowie Übersicht zur Abrechnung und Vergütung der Betreuung und Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und DMP Diabetes mellitus Typ 2 der KVBW</p> <p>⁴² Gaesser GA, Angadi SS. Obesity treatment: Weight loss versus increasing fitness and physical activity for reducing health risks. iScience. 2021; 24(10):102995. doi: 10.1016/j.isci.2021.102995.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>⁴³ van Baak MA, Pramono A, Battista F, Beaulieu K, Blundell JE, Busetto L, Carraça EV, Dicker D, Encantado J, Ermolao A, Farpour-Lambert N, Woodward E, Bellicha A, Oppert JM. Effect of different types of regular exercise on physical fitness in adults with overweight or obesity: Systematic review and meta-analyses. <i>Obes Rev.</i> 2021 Jul;22 Suppl 4(Suppl 4):e13239.</p> <p>⁴⁴ Bellicha A, van Baak MA, Battista F, Beaulieu K, Blundell JE, Busetto L, Carraça EV, Dicker D, Encantado J, Ermolao A, Farpour-Lambert N, Pramono A, Woodward E, Oppert JM. Effect of exercise training before and after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. <i>Obes Rev.</i> 2021; 22 Suppl 4(Suppl 4):e13296. doi: 10.1111/obr.13296.</p> <p>⁴⁵ Vgl. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, Collins BS, Hilliard ME, Isaacs D, Johnson EL, Kahan S, Khunti K, Leon J, Lyons SK, Perry ML, Prahalad P, Pratley RE, Seley JJ, Stanton RC, Young-Hyman D, Gabbay RA, on behalf of the American Diabetes Association. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes-2023. <i>Diabetes Care.</i> 2023 Jan 1;46(Supple 1):S68-S96. doi: 10.2337/dc23-S005. PMID: 36507648; PMCID: PMC9810478.</p> <p>⁴⁶ Chakhtoura M, Haber R, Ghezzawi M, Rhayem C, Tcheroyan R, Mantzoros CS. Pharmacotherapy of obesity: an update on the available medications and drugs under investigation. <i>EclinicalMedicine.</i> 2023 Mar 20;58:101882. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.101882. PMID: 36992862; PMCID: PMC10041469.</p> <p>⁴⁷ Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, Buscemi S, Christensen LN, Frias JP, Jódar E, Kandler K, Rigas G, Wadden TA, Wharton S; STEP 5 Study Group.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity: the STEP 5 trial. Nat Med. 2022 Oct;28(10):2083-2091. doi: 10.1038/s41591-022-02026-4. Epub 2022 Oct 10. PMID: 36216945; PMCID: PMC9556320.</p> <p>⁴⁸ Wadden TA, Bailey TS, Billings LK, Davies M, Frias JP, Koroleva A, Lingvay I, O'Neil PM, Rubino DM, Skovgaard D, Wallenstein SOR, Garvey WT; STEP 3 Investigators. Effect of Subcutaneous Semaglutide vs Placebo as an Adjunct to Intensive Behavioral Therapy on Body Weight in Adults With Overweight or Obesity: The STEP 3 Randomized Clinical Trial. JAMA. 2021 Apr 13;325(14):1403-1413. doi: 10.1001/jama.2021.1831. PMID: 33625476; PMCID: PMC7905697.</p> <p>⁴⁹ Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, Gies I, Hesse D, Jeppesen OK, Kelly AS, Mastrandrea LD, Sørrig R, Arslanian S; STEP TEENS Investigators. N Engl J Med. 2022 Dec 15;387(24):2245-2257.</p> <p>⁵⁰ Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, Kiyosue A, Zhang S, Liu B, Bunck MC, Stefanski A; SURMOUNT-1 Investigators. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. N Engl J Med. 2022 Jul 21;387(3):205-216. doi: 10.1056/NEJMoa2206038. Epub 2022 Jun 4. PMID: 35658024.</p> <p>⁵¹ le Roux CW, Hankosky ER, Wang D, Malik R, Yu M, Hickey A, Kan H, Bunck MC, Stefanski A, Garcia-Perez LE, Wharton S. Tirzepatide 10 and 15 mg compared with semaglutide 2.4 mg for the treatment of obesity: An indirect treatment comparison. Diabetes Obes Metab. 2023 Sep;25(9):2626-2633. doi: 10.1111/dom.15148. Epub 2023 Jun 21. PMID: 37344384.</p> <p>⁵² https://www.nature.com/articles/d41586-023-02528-2</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>⁵³ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 27. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2), der Anlage 2 (Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)) und der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation)</p> <p>⁵⁴ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG (2022). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene Abschlussbericht. Auftrag V21-05. IQWiG-Berichte – Nr. 1408, Stand: 18.08.2022.</p> <p>⁵⁵ Roeb E et al. Aktualisierte S2k-Leitlinie nicht-alkoholische Fettlebererkrankung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Z Gastroenterol 2022; 60: 1346–1421 https://register.awmf.org/assets/guidelines/021-025l_S2k_NAFLD-Nicht-alkoholische-Fettlebererkrankungen_2022-10.pdf</p> <p>⁵⁶ https://www.aasld.org/new-nafl-d-nomenclature</p> <p>⁵⁷ Vgl. Nationaler Lernzielkatalog für das Medizinstudium: https://medizinische-fakultaeten.de/themen/studium/nklm-nklz/</p> <p>⁵⁸ Weitere Informationen und Kursprogramm unter: www.adipositas-fortbildung.de</p> <p>⁵⁹ Wilding JPH, Batterham RL, Davies M, Van Gaal LF, Kandler K, Konakli K, Lingvay I, McGowan BM, Oral TK, Rosenstock J, Wadden TA, Wharton S, Yokote K, Kushner RF; STEP 1 Study Group. Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: The STEP 1 trial extension. Diabetes Obes Metab. 2022 Aug;24(8):1553-1564. doi: 10.1111/dom.14725. Epub 2022 May 19. PMID: 35441470; PMCID: PMC9542252.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>⁶⁰ Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. Am J Clin Nutr. 2001;74(5):579–584.</p> <p>⁶¹ Vgl. 1.6 Tackling obesity in individuals; WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.</p>	
18	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023		
18.1	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>...für den Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) danke ich Ihnen für die Möglichkeit zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) durch die Ergänzung der Anlagen 23 (DMP Adipositas) und 24 (Adipositas Dokumentation) Stellung zu nehmen.</p> <p>Wir haben den Beschlussentwurf als maßgebliche Verbände im Bereich Ernährungstherapie (VDD, VDOE, VFED) und für diesen Bereich einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften (DAG, DDG, DGSP und DGEM) gemeinsam erörtert und unsere Stellungnahmen erarbeitet, was Sie an</p>	Wir nehmen die einleitenden Ausführungen dankend zur Kenntnis und würdigen die Stellungnahmen an den diesbezüglich konkret aufgeführten Stellen im BE und in den TrGr.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>zum Teil gleichlautenden Formulierungen erkennen werden.</p> <p>Folgende Punkte möchten wir hiermit besonders betonen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alleiniges Einschlusskriterium für das DMP Adipositas: BMI \geq 30 kg/m². 2. Alle Therapieoptionen mit hoher Evidenz der Leitlinien müssen sich im DMP Adipositas wiederfinden. 3. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas beschrieben werden. 4. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Menschen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden. 5. Die Indikation Adipositas sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 	

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden. [...]	
18.2	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 12. Juli 2023 den „Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen. Hiermit nehmen wir als der Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) in Abstimmung mit dem Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) die Gelegenheit zur Stellungnahme wahr. Zum o. g. Dokument, Stand 19.07.2023 [1] und unter Bezugnahme auf <ul style="list-style-type: none"> • die „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf [2]“ und • die „Abschlussberichte der IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas, Stand 18.08.2022 [3, 4]“ mit „den Stellungnahmen der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und 	<p>GKV-SV, PatV, DKG: Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.</p> <p>KBV: siehe Würdigung zu 16.2.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Ernährungstherapie (AG EMET) in der Dokumentation der Anhörungen zu den Vorberichten der IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas, Stand 18.08.2022 [5, 6]“ bitten wir um Berücksichtigung folgender Vorbemerkungen, Kernbotschaften und Anmerkungen:</p> <p>Vorbemerkungen</p> <p>1. Überall, wo wir in unserer Stellungnahme die „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ erwähnen, sind Diätassistentinnen/Diätassistenten oder vergleichbar 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. Ärztinnen/Ärzte mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß Curriculum Ernährungsmedizinische Grundversorgung der Bundesärztekammer [7-9] sind als Ernährungsmedizinerinnen/ Ernährungsmediziner für die ernährungsmedizinische Diagnostik und Therapie befähigt [10].</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>3. Wir weisen in unserer Stellungnahme auf eine neue Leitlinie [11] hin, die über die IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas – Abschlussberichte [3, 4] hinausgeht bzw. neuer ist und somit damals noch nicht inkludiert werden konnte.</p> <p>4. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen <u>grün unterstrichen</u> hervorgehoben.</p> <p>5. Die Volltexte der erwähnten Literatur haben wir verlinkt. Das rechtswissenschaftliche Gutachten zur „Öffentlich-rechtlichen Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe“ von Prof. Dr. iur. Gerhard Igl [12] wird dem G-BA rechtzeitig vom VDD zugeschickt. Nicht frei zugängliche Quellen der Literaturliste haben wir als PDF angehängt.</p> <p>6. Wir bitten darum, dass die in Kürze in neuer Auflage vorliegende „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas“ vollumfänglich berücksichtigt wird.</p> <p>Kernbotschaften</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>1. Alleiniges Einschlusskriterium für das DMP Adipositas: BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$.</p> <p>2. Alle Therapieoptionen mit hoher Evidenz der Leitlinien [3, 4] müssen sich im DMP Adipositas wiederfinden.</p> <p>3. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas beschrieben werden.</p> <p>4. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Menschen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden.</p> <p>5. Die Indikation Adipositas sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden.</p> <p>Allgemeine Anmerkungen Im Hinblick auf die Gesetzesbegründung bleibt der vorgelegte Beschlussentwurf [1] weit hinter unseren Erwartungen und sicher auch denen des Gesetzgebers zurück. Der gesetzliche</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Auftrag an den G-BA kann aus unserer Sicht mit dieser ersten Fassung des DMP Adipositas nicht als erfüllt angesehen werden.</p> <p>Wir kritisieren insbesondere den inkonsequenten Ansatz des Beschlussentwurfs hinsichtlich Leitliniengestützter bedarfsorientierter Basisempfehlungen zur Ernährungsumstellung.</p> <p>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. Aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage können nur einmalige Patientenschulungen und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) für ein DMP berücksichtigt</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>werden. Hier ist zu bedenken, dass deren Wirksamkeit vor allem langfristig nicht ausreichend belegt ist.</p> <p>Für eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit Adipositas ist es unumgänglich, die leistungsrechtlichen Beschränkungen aufzuheben. Daher fordern wir insbesondere und nachdrücklich die Aufnahme der Indikation Adipositas in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V).</p> <p>Einbindung weiterer Fachdisziplinen:</p> <p>Das DMP Adipositas 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 den IQWiG Abschlussberichten, Kapitel Basistherapie – Ernährungstherapie (Tabelle 7, S. 24, Tabelle 56, S. 148) [3], Kapitel Ernährungstherapie (Tabelle 6, S. 19,</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Tabelle 31, S. 79) [4] und in den Stellungnahmen der AG EMET [5, 6] – jedoch nicht berücksichtigt.</p> <p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Patientenvereinigung (PatV) weisen auf S. 2, Z. 44 der Tragenden Gründe [2] ebenfalls auf die starken Leitlinienempfehlungen in den IQWiG-Abschlussberichten [3, 4] hin.</p> <p>Während in den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas hinsichtlich Ernährung explizit qualifizierte Ernährungsfachkräfte gefordert werden [13, 14], 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> <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</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>[14] als auch im Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Diätassistentengesetz – DiätAssG) [15] ist diese klar beschrieben und gefordert.</p> <p>Im rechtswissenschaftlichen Gutachten von Prof. Dr. iur. Gerhard Igl [12] zum im öffentlichen Recht geregelten Berufsrecht des nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufs der Diätassistentinnen und Diätassistenten steht unter 4.1.5.2.2. Art der Durchführung der Tätigkeit, 4.1.5.2.2.1 Bereich der diättherapeutischen und ernährungsmedizinischen Maßnahmen, S. 27/28, u. a.: <i>„Das Gesetz sieht hier den Diätassistenten in einem Handlungsverbund mit dem Arzt. Dass der Diätassistent aber eine Position als eigenverantwortlicher Leistungserbringer hat, wird aus der Formulierung „eigenverantwortliche Durchführung der Maßnahmen“ deutlich. Dies bedeutet nichts anderes, als dass der Diätassistent mit dem Arzt in der Weise kooperiert, dass der Arzt den Anlass für die Maßnahmen gibt, und dass der Diätassistent kraft seiner Fachlichkeit die Maßnahmen in Kooperation mit dem Arzt oder alleine definiert.“</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Fazit: Nur die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und der vergleichbar qualifizierten 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 wurde. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens nach dem German-Nutrition Care Process (G-NCP)-Modell zum beruflichen Standard [10, 12, 14-16]. Aus diesem Grund fordern wir, dass ausschließlich qualifizierte Ernährungsfachkräfte die im DMP Adipositas vorgesehenen Ernährungsinterventionen ausführen.</p> <p>Es sollte daher beim DMP Adipositas 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. Dies</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>entspräche dem Positionspapier der AG EMET [10] und dem interdisziplinären Ansatz, der bei Schulungsprogrammen ausdrücklich gefordert ist.</p> <p>Im Beschlussentwurf [1] sollte klar definiert sein, wann, bzw. bei welchem Gesundheitsrisiko (z.°B. BMI, Taillenumfang und Komorbiditäten) die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt im Rahmen interprofessioneller Behandlung an qualifizierte Ernährungsfachkräfte für eine individuelle Ernährungstherapie verweisen soll (vgl. Tabelle 13.1, S. 195 [11]).</p> <p>Berücksichtigung individueller Aspekte der Ernährungsumstellung</p> <p>Im Beschlussentwurf [1] wird unter 1.3.1 durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und PatV bzw. unter 1.4 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die KBV eine ausführliche Erstanamnese beschrieben. Diese befürworten wir grundsätzlich sehr, weil Adipositas verschiedene Ursachen hat und entsprechend individuell therapiert werden muss. Wir können bei der Betonung einer Therapie mit individuellen Empfehlungen zum</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Ernährungsverhalten nicht nachvollziehen, warum Patientinnen und Patienten nur eine einheitliche multimodale strukturierte Schulung bekommen sollen. Immer, wenn auch individualisierte, personbezogene Empfehlungen zum Ernährungsverhalten notwendig sind, sollte eine qualifizierte Ernährungsfachkraft für individuelle Ernährungstherapie als Ergänzung zur Gruppentherapie hinzugezogen werden.</p> <p>Der IQWiG-Abschlussbericht Leitliniensynopse Adipositas Erwachsene listet die individuelle Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte als einen der potenziell DMP-relevanten Inhalte auf (Tabelle 7, S. 24-25) [3].</p> <p>Multimodale Schulungsprogramme für Patientengruppen, die allgemeine Ernährungsempfehlungen enthalten, haben eine andere Effektivität als intensive individualisierte/personbezogene Ernährungsmaßnahmen durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte, insbesondere wenn diese die Verbesserung der Insulinsensitivität als Ziel haben [17-19]. Die aktuelle niederländische multidisziplinäre Leitlinie Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen und Kindern 2023 [11] berücksichtigt dies. Deshalb ist 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Schulungsprogramm stets mit einer individuellen Ernährungsberatung zu kombinieren. Dies zeigen auch die in den Tragenden Gründen [2] unter 4.2. Schulungen der Versicherten erwähnten Gruppenschulungsprogramme (S. 60-61). Sie enthalten alle ergänzend zum Schulungsprogramm Einzelberatung zur Ernährungsumstellung.</p> <p>Eine Schulung ist in erster Linie ein zielorientierter didaktischer Prozess dessen Schwerpunkt eher auf Wissens- und Kompetenzerwerb abzielt. Eine Beratung hingegen ist ein ergebnisoffener Dialog, mit dem Ziel, Information und Therapiepläne mit individuellem Verhalten in Einklang zu bringen. Beim Anstreben einer Problemlösung stehen Ratsuchende und deren Alltagssituationen im Mittelpunkt. Der Unterschied wird im vorliegenden Beschlussentwurf trotz Betonung der individuellen Ursachen und Therapieziele nicht berücksichtigt. Das gilt auch für das DMP Diabetes mellitus Typ 2, DMP-A-RL Anlage 1 [20], wo es unter 1.4.1 Ernährungsberatung lediglich heißt: <i>„Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erhalten Zugang zu einer qualifizierten krankheitsspezifischen Ernährungsberatung im Rahmen eines strukturierten Schulungsund</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p><i>Behandlungsprogramms</i> (siehe Nummer 4.2).“ Hier wird ebenfalls Ernährungsschulung mit Beratung gleichgesetzt, was nicht der Definition entspricht.</p> <p>Zudem weisen wir im Hinblick auf die Gleichstellung darauf hin, dass für Menschen mit fehlender Schulungsfähigkeit (z. B. durch ungenügende Sprachkenntnisse) Alternativangebote zu Schulungsprogrammen vorzuhalten sind.</p> <p>Eine ergänzende individuelle/personbezogene Ernährungstherapie nach § 43 SBG V wäre eine rehabilitative Maßnahme oder nicht-ärztliche Hilfe im Sinne § 73 SGB V, Absatz 1.4 und damit beschrieben unter Punkt 1.8.1 im Beschlussentwurf [1]. Es ist deshalb unverständlich, dass die individuelle Ernährungstherapie trotzdem nicht Bestandteil des DMP ist, wie DKG und PatV in den Tragenden Gründen (Z. 44, S. 2) [2] schreiben. Die DKG, KBV und PatV weisen im Beschlussentwurf (Z. 144, S. 10) darauf hin, dass (individuelle) Ernährungstherapie bei Adipositas keine Regelleistung der GKV ist, aber auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleitung (zum Teil) bewilligt werden kann [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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>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 Menschen mit Adipositas gewährleistet.</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 dauerhafte Therapie notwendig. Dies führt dazu, dass es Menschen mit Adipositas unbedingt ermöglicht werden muss, Ernährungsinterventionen (Schulungen, individuelle Ernährungsberatungen) regelmäßig zu erhalten. Deshalb schließen wir uns der Forderung von PatV und DKG an, dass ernährungstherapeutische Maßnahmen bei Bedarf wiederholt in Anspruch genommen werden können.</p>	
18.3	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom	<p>II. 1.2 Z. 47, S. 2 Z. 52, S. 2 Stellungnahme:</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, lässt sich aus dem BMI alleine die individuelle Krankheitslast 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	28.08.2023	<p>Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV: 1.2 Einschreibekriterien und „Als krankheitsbezogenes Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gilt ein BMI \geq 30 kg/m².“ Begründung: – Ein BMI \geq 30 kg/m² ist die Definition/Klassifikation der Adipositas laut WHO, wie im IQWiG-Bericht Nr. 1408 Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene, Abschlussbericht (S. 1) [3] und in den Tragenden Gründen (S. 17) [2], beschrieben. – Erörterung der DKG und PatV in den Tragenden Gründen (S. 18-20) [2].</p>	<p>ausreichend bestimmen. Auch in internationalen Leitlinien befürworten die Autoren die Berücksichtigung von Risikofaktoren und Komorbiditäten zur Klassifikation der Krankheitslast. KBV: siehe Würdigung zu 16.3.</p>
18.4	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 1.2/II. 1.3 Z. 56, S. 3 Stellungnahme: Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV: 1.3 Diagnostik 1.3.1 Indikationsspezifische Erstanamnese 1.3.2 Standarddiagnostik Begründung:</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV, KBV: Da die Eingrenzung der Zielgruppe nicht allein auf Basis des BMI erfolgt, sondern das Vorliegen bestimmter Komorbiditäten voraussetzt, ist in den Entwürfen von GKV-SV/KBV eine andere Gliederung erforderlich.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>– Die DKG und PatV-Erörterung in den Tragenden Gründen (Z. 306, S. 26-27) [2].</p> <p>– Diese Einteilung stimmt auch mit den Kapiteln „Diagnostik“ der niederländischen multidisziplinären Leitlinie Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen und Kindern 2023 überein [11].</p>	
18.5	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.2/II. 1.3 Z. 56, S. 4 Stellungnahme: Wir haben Ergänzungsvorschläge unter 1.3.1 Indikationsspezifische Erstanamnese. Begründung: Vorhandene Indikationen sollen konkretisiert werden.</p> <p>Z. 56, S. 4 Änderungsvorschlag: – Gewichtsverlauf und bereits erfolgte Maßnahmen zum Gewichtsmanagement (sowohl selbstinitiierte als auch ärztlich verordnete, verhaltensbezogene, diätetische und medikamentöse Maßnahmen, erfolgte Operationen, <u>weitere</u></p>	<p>DKG, PatV: Die Erfassung von Essstörungen ist über die umfassende Erhebung des Essverhaltens indirekt implementiert.</p> <p>GKV-SV: Nach Auffassung des GKV-SV beinhaltet die Abfrage des aktuellen Essverhaltens auch die Einschätzung möglicher Essstörungen.</p> <p>KBV: siehe Würdigung zu 16.5.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Maßnahmen (z. B. Magenballon), höchstes und niedrigstes Gewicht, größte Gewichtsreduktion</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Psychischer Befund, Einstufung der Motivation, <u>Essstörungen</u> 	
18.6	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.2/II. 1.3.2 Z. 61, S. 4 Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV, aber empfehlen „bei einem BMI bis 35 kg/m²“ zu streichen, da für eine Verlaufsdokumentation auch bei der Erstanamnese eine Messung des Bauchumfangs indiziert ist. Z. 61, S. 4 Änderungsvorschlag: KBV, DKG, PatV , zusätzlich Bauchumfang bei einem BMI bis 35 kg/m²</p>	<p>Die Eingrenzung der Messung des Bauchumfangs bei einem BMI bis 35 kg/m² orientiert sich in der Position von DKG und KBV eng an der kanadischen Leitlinie OC 2020“. Dort wird dargelegt, dass ab einem BMI von 35 auch unabhängig des Bauchumfangs ein erhöhtes kardiometabolisches Risiko besteht.</p> <p>GKV-SV: Aufgrund der Stellungnahme wird die Position geändert und die der anderen Bänke angenommen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
18.7	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 1.3.2 Z. 70, S. 5 Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG, PatV, mit einer Textergänzung, an. Begründung: Bei der Adipositas therapie geht es auch um Vorbeugung von Komorbidität</p> <p>Z. 70, S. 5 Änderungsvorschlag: „Patientinnen und Patienten mit Adipositas haben ein erhöhtes Risiko für weitere chronische Erkrankungen. Diese Folge- und Begleiterkrankungen müssen bei der Therapie der Adipositas berücksichtigt werden, so dass deren <u>Prävention bzw.</u> frühzeitige Diagnose wesentlicher Bestandteil des DMP Adipositas ist.“</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Dem Ergänzungsvorschlag wurde gefolgt. Dem Vorschlag der Stellungnehmer wird gefolgt und der Beschlussentwurf an entsprechender Stelle angepasst.</p> <p>GKV-SV: Da die Eingrenzung der Zielgruppe nicht allein auf Basis des BMI erfolgt, sondern das Vorliegen bestimmter Komorbiditäten voraussetzt, erfolgt die Erfassung relevanter Komorbiditäten schon vor Einschluss in das DMP.</p> <p>KBV: In der KBV-Position ist unter Nr. 1.2 eine gesicherte Diagnose einer adipositas-spezifischen Komorbidität zu der Adipositas-Diagnose (für Adipositas Grad 1) erforderlich. Daher ist eine spezifische Fokussierung auf Begleit- und Folgeerkrankungen im Rahmen der Diagnostik, wie sie in der Position der DKG/PatV beschrieben wird, nicht vorgesehen. Für andere Konstellationen liegt die Erweiterung der Diagnostik im Ermessen der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
18.8	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 1.3/II. 1.4, 1.4.1 Z. 77, S. 5 Z. 89-90, S. 6 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV an: 1.4 Therapie 1.4.1 Therapieziele, als Konsequenz der obengenannten Einteilung mit 1.3, 1.3.1 und 1.3.2. In der Liste sollten die Therapieziele (Zeile 82-88) ergänzt werden um „Verbesserung oder Erhalt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“. Zur systematischen Erfassung der anamnestischen Angaben und um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu ermitteln soll unterstützend ein entsprechender Patientenfragebogen eingesetzt werden.</p>	<p>DKG, KBV, PatV: Die Lebensqualität ist als übergeordnetes Therapieziel zu betrachten. Die explizit aufgelisteten Therapieziele sollen dazu beitragen, die Lebensqualität insgesamt zu erhalten oder zu verbessern.</p> <p>GKV-SV: Die Verbesserung der Lebensqualität ist als übergeordnetes Therapieziel hervorgehoben. Eine weitere Nennung in anderer Gliederungsform wird als redundant angesehen.</p> <p>Für die Verwendung eines Fragebogens findet sich im IQWiG-Bericht keine leitliniengestützte Empfehlung, daher wird dies vom GKV-SV abgelehnt.</p> <p>KBV: siehe Würdigung zu 16.8.</p>
18.9	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 1.4.2 Z. 108-112, S. 7 Stellungnahme mit Begründung: Laut 1.4.1 Therapieplanung und 1.5.2 Ernährung, S. 7-8 [1], soll die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit „individuellen“ Zielen zur Ernährungsumstellung erstellen, festlegen und regelmäßig überprüfen.</p> <p>Wie unter den Allgemeinen Anmerkungen bemerkt, steht dies im Widerspruch mit den per Gesetz festgelegten Aufgaben der Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten [12, 15] bzw. vergleichbar qualifizierten Ernährungsfachkräften. Wir plädieren gemäß Vereinbarungen zur Qualitätssicherung für Kooperation zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und Ernährungsfachkräften [10, 14].</p> <p>II. 1.4.2 Z. 108-114, S. 7 Änderungsvorschlag: „Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt soll in <u>Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft</u> gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit individuellen Zielen, insbesondere zur Ernährungsumstellung und zur körperlichen Aktivität,</p>	<p>DKG: Dem Stellungnehmer kann nicht gefolgt werden, da dies leistungsrechtlich nicht abgebildet ist.</p> <p>GKV-SV, PatV, KBV: Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie des G-BA sieht eine Ernährungstherapie nicht für die Indikation Adipositas vor. In der DMP-A-RL können keine eigenständigen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>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>leistungsrechtlichen Regelungen getroffen werden, die von den Regelungen anderer G-BA Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.</p>
18.10	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.5.1 Z. 117-118, S.7 Stellungnahme mit Begründung: Eine Änderung der Ernährung kann eine qualitative und/oder eine quantitative Änderung der Ernährung sein.</p> <p>Z. 117-118, S.7 Änderungsvorschlag: „Basismaßnahmen des Adipositasmanagements sind eine <u>qualitative bzw. quantitative Änderung</u> der Ernährung, eine Steigerung der körperlichen Aktivität einschließlich Verhaltensmodifikationen.“</p>	<p>„Eine Änderung der Ernährung“ inkludiert aufgrund ihrer allgemein gehaltenen Formulierung beide Möglichkeiten, also Ernährung sowohl im Hinblick auf die Qualität, als auch auf Quantität zu 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
18.11	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 1.5.1 Z. 130, S.7-8 Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV an.</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme KBV, GKV-SV: Der Beschlussentwurf wurde angepasst.</p>
18.12	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 1.5.2 Z. 136-139, S.8 Stellungnahme mit Begründung: Individualisierte, personbezogene Empfehlungen sind um Ernährungsverhalten während Gruppenschulungen kaum umsetzbar. Die Schulung formt die Basis. Wir plädieren dafür, dass, in Übereinstimmung mit den Leitlinien (IQWiG-Abschlussbericht, Tabelle 7, S. 24 und Tabelle 56, S. 148 [3] und AG EMET-Stellungnahme [5]), Patientinnen und Patienten bei entsprechender Indikation intensive Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erhalten können. II. 1.5.2 Z.136-139, S. 8 Änderungsvorschlag:</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV: Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen, kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen. PatV: siehe Auswertung zu 16.4.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>„Jede Patientin und jeder Patient soll <u>bei entsprechender Indikation, zusätzlich zur Gruppenschulung und in enger Abstimmung mit der koordinierenden Ärztin/Arzt, Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft mit individualisierten/ personbezogenen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten erhalten. Dabei soll über die Bedeutung einer adäquaten Ernährungsumstellung sowohl im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion, als auch auf positive metabolische und kardiovaskuläre Effekte informiert werden. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten soll die Ärztin oder der Arzt in Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung festlegen und regelmäßig überprüfen.“</u></p>	
18.13	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.5.2 Z. 139-141, S. 8-10 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns den Vorschlägen der DKG, KBV und PatV an. Im Wesentlichen folgen wir der Formulierung, die an die Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas angepasst ist.</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV: Der Vorschlag des GKV-SV basiert auf den derzeit gültigen Leitlinienempfehlungen, die im IQWiG-Abschlussbericht zusammengestellt sind. Wesentlicher Unterschied zur (abgelaufenen) deutschen S-3-Leitlinie ist, dass hier kein Energiedefizit quantifiziert wird, sondern</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Z.141, S. 9-10 Änderungsvorschlag: DKG, KBV, PatV „[...] Wenn Formuladiäten eingesetzt werden, soll dies zeitlich begrenzt (in der Regel maximal 12 Wochen) und medizinisch <u>und möglichst ernährungstherapeutisch</u> begleitet werden.“</p>	<p>lediglich eine „negative Energiebilanz“ empfohlen wird. Dennoch wurde in den Beschlussentwurf eine Ergänzung eingefügt, in der die in der deutschen Leitlinie genannte Wert als Richtwert benannt wird. Dies wurde in den Beratungen mit den Sachverständigen überzeugend als sinnvoll beschrieben.</p> <p>In Bezug auf die aufgezählten möglichen Ernährungsstrategien unterschieden sich die Entwürfe von GKV-SV inhaltlich allenfalls unwesentlich von denen der KBV/DKG/PatV. Daher wurde der Entwurf des GKV-SV entsprechend angepasst und hier die alternative Darstellung der Ernährungsstrategien übernommen.</p> <p>Zu den Formuladiäten: Beide im IQWiG-Bericht zitierten Leitlinien benennen außerdem Mahlzeitenersatz-Strategien als eine weitere Option. Die kanadische Leitlinie konstatiert hier einen hohen Evidenzgrad, allerdings liegt auch hierfür, ebenso wie für die einzelnen aufgezählten Beispiele kein hoher Empfehlungsgrad vor. Es bleibt jedoch unklar, welche Arten von Produkten bzw. welche Strategie hiermit beschrieben wird, welchen Regularien diese unterliegen 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>ob diese Empfehlung auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar ist.</p> <p>Nach § 27 SGB V sind diätetische Lebensmittel zudem von der Versorgung ausgeschlossen. Nach § 25 der Arzneimittelrichtlinie sind hypokalorische Lösungen (Energiedichte < 1 kcal/ml) aufgrund ihrer Zusammensetzung nicht verordnungsfähig.</p> <p>DKG, KBV, PatV: Dieser Änderungsvorschlag ist grundsätzlich nicht leistungsrechtlich abgedeckt, deshalb kann an dieser Stelle keine konkrete Empfehlung aufgenommen werden.</p>
18.14	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.5.2 Z. 144, S. 10 Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV, schlagen aber eine Textänderung vor, weil die individuelle/personbezogene Ernährungstherapie eine wichtige ergänzende Maßnahme zur Umsetzung dieser Empfehlungen ist. Im DMP soll klar dargestellt werden, dass die ergänzende Einzelberatung durch qualifizierte</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Siehe Würdigung der STN 16.14</p> <p>GKV-SV: Ernährungstherapie (ET) gem. HeilM-RL ist ausschließlich bei CF (Mukoviszidose) und SAS (seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen) verordnungsfähig. Elemente der Ernährungsberatung sind ein wesentlicher Bestandteil von ambulanten strukturierten Patientenschulungsmaßnahmen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Ernährungsfachkräfte dazu gehört. Einzelberatung kann nach § 43 SGB 5 im Rahmen des DMPs durchgeführt werden.</p> <p>II. 1.5.2 Z. 144, S. 10 Änderungsvorschlag: DKG, KBV, PatV</p> <p>„Eine individuelle Ernährungstherapie kann <u>ist eine wichtige ergänzende Maßnahme zur Umsetzung dieser Empfehlungen eine sinnvolle Maßnahme sein.</u> Ernährungstherapie ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, <u>weil zurzeit kein zugelassenes Heilmittel, wird</u> kann aber <u>zum Teil</u> auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V als Satzungsleistung bewilligt werden.“</p>	<p>KBV: siehe Würdigung zu 16.14.</p>
18.15	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.5.4 Z. 152, S. 12 Z.159-167, S. 12 Stellungnahme mit Begründung: 1.5.4 Verhaltensmodifikation</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Wir unterstreichen die in Z. 159-167 genannten Interventionen; sie sind in jedem Programm zur Veränderung des Ernährungsverhaltens essenziell, sie sollten in jedem Ernährungsberatungskonzept enthalten sein.	
18.16	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 1.5.5 Z. 168, S. 13 Stellungnahme: Wir schließen uns dem ausführlicheren Vorschlag von KBV und PatV an.</p>	<p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme DKG: Aufgrund dieser und ähnlich lautender SN hat sich die DKG der Position von KBV und PatV angeschlossen. GKV-SV: Aus Sicht des GKV-SV sollen Arzneimittel, die gemäß § 34 SGB V bzw. gemäß § 14 Arzneimittel-RL ausgeschlossen sind, keine Erwähnung in dieser DMP-Richtlinie finden.</p>
18.17	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 1.5.6 Z. 170, S. 14 Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV und PatV, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p> <p>II. 1.5.6 Z. 170, S. 14</p>	<p>DKG: Dem in der Stellungnahme adressierten Änderungsvorschlag, dass vor chirurgischen pder metabolischen Eingriffen über eine Ernährungsumstellung aufgeklärt werden soll, wird im Beschlussentwurf der DKG im Rahmen der Überweisungsregeln unter 1.8.2 Rechnung getragen.</p> <p>PatV: Die Patientenvertretung folgt dem Änderungsvorschlag</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Änderungsvorschlag: PatV „Bei Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer Adipositas, bei denen die Voraussetzungen für eine Primärindikation zu einer chirurgischen Therapie im Sinne einer adipositaschirurgischen oder metabolischen Operation bestehen, kann diese auch ohne einen vorherigen konservativen Therapieversuch erfolgen, jedoch mit einer vorbereitenden ärztlichen Aufklärung zur notwendigen Ernährungsumstellung, <u>die von einer qualifizierten Ernährungsfachkraft begleitet werden muss.</u>“</p>	<p>GKV-SV: Es ist aus der Stellungnahme nicht ersichtlich, warum dem Vorschlag der KBV/PatV gefolgt wird. KBV: siehe Würdigung zu 16.17.</p>
18.18	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.5.6.2 Z. 173, S. 15 Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an. Z. 173, S. 15 Änderungsvorschlag: DKG</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Bedeutung einer diesbezüglichen ernährungstherapeutischen Begleitung wird nicht in Abrede gestellt. Da diese in der DGAV LL „Empfehlung 5.3“ jedoch nicht abgebildet ist, wurde sie im RL-Entwurf nicht explizit mit aufgenommen. GKV-SV: Aus Sicht des GKV-SV sind in einer DMP-Richtlinie lediglich die Schnittstellen zu weiterführenden Therapiemaßnahmen bzw. Versorgungssektoren zu definieren. Detaillierte Ausführungen zu spezifischen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>„Der Magenballon kann Patientinnen oder Patienten mit Adipositas nach Versagen einer konservativen Therapie und bei Ablehnung einer Operation bzw. bei Kontraindikationen für eine Operation im Rahmen eines angemessenen begleitenden Programms <u>inklusive ernährungstherapeutischer Begleitung</u> angeboten werden.“</p>	<p>chirurgischen Verfahren sind daher nicht Gegenstand einer grundsätzlich hausärztlich orientierten Richtlinie. KBV: siehe Würdigung zu 16.18.</p>
18.19	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.5.6.3 Z. 174, S. 16 Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an. Z. 174, S. 16 Änderungsvorschlag: DKG, PatV „.....regelmäßig lebenslang nachuntersucht <u>und therapiert</u> werden.“</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Beim Entwurf des RL- Textes hat sich die DKG eng an dem Wortlaut der DGAV LL (Empfehlung 7.13) orientiert. GKV-SV: Die Notwendigkeit der lebenslangen Nachsorge wird auch im Entwurf des GKV-SV unter 1.5.6 adressiert. Der differenzierte Einsatz adipositas-chirurgischer Maßnahmen sowie auch prä- und postoperative Maßnahmen sind nicht Gegenstand des DMP. Die fehlende Abbildung einer (vor allem anfangs) hochfrequenten postoperativen, lebenslangen Nachsorge in der Regelleistung kann von Empfehlungen im Rechtsrahmen des DMP nicht beeinflusst werden. Somit können entsprechende Laborkontrollen und Supplementationen in der DMP-A-Richtlinie 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>koordinierenden Ärztinnen und Ärzten nicht gefordert werden. Die zentrale Maßnahme des DMP Adipositas ist die Schulung wie unter 4. beschrieben. Eine Erweiterung der Einschreibekriterien auf operierte Patientinnen und Patienten unabhängig des BMI ist nicht vorgesehen.</p> <p>KBV: siehe Würdigung zu 16.19.</p>
18.20	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.6 (1.6.1-1.6.5) Z. 176, S. 16-19 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV, DKG und PatV, mit einer Textänderung unter 1.6.5 Verdauungssystem, an. Die Gewichtsreduktion ist nicht die Maßnahme, sondern das Ergebnis der Adipositas-spezifischen Maßnahmen. Den Kasten von PatV und DKV kommentieren wir nicht.</p> <p>II. 1.6.5 Z. 176, S. 19 Änderungsvorschlag: KBV, DKG, PatV</p>	<p>PatV, KBV, DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Der Änderungsvorschlag wurde unter Nummer 1.6.5 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		„Adipositas-spezifische Maßnahmen, insbesondere zur Gewichtsreduktion, sind wichtigster Bestandteil der Therapie einer Nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung.“	
18.21	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 1.7 Z. 185, S. 19 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV, DKG und PatV, mit einer Textergänzung bezüglich einer jährlichen Messung der Körperzusammensetzung mittels BIA zur Verlaufskontrolle an. Bei einer Gewichtsreduktion sollte die Körperzusammensetzung sich nicht verschlechtern, deshalb sollte eine Vor- und Nachkontrolle in Betracht gezogen werden [11].</p> <p>II. 1.7 Z. 185, S. 19 Änderungsvorschlag: KBV, DKG, PatV „ - Bei einem BMI bis 35 kg/m²: Messung des Bauchumfangs einmal jährlich. <u>Ergänzend sollte ebenfalls einmal jährlich eine</u></p>	<p>DKG, KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Bezüglich der grundsätzlichen Durchführung der Messung des Bauchumfangs ändert der GKV-SV seine Positionierung und stimmt der der anderen Bänke zu.</p> <p>GKV-SV, KBV: Die Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) ist keine Leistung der GKV und kann daher auch im DMP keine Anwendung 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<u>Messung der Körperzusammensetzung mittels BIA durchgeführt werden.“</u>	
18.22	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 1.7 Z. 200, S. 20 Stellungnahme mit Begründung: Laborparameter können auch öfter als jährlich erhoben werden, wenn indiziert.</p> <p>Z. 200, S. 20 Änderungsvorschlag: „(beispielsweise jährlich oder seltener <u>oder auch öfter, wenn (bei Kontrollterminen) indiziert).</u>“</p>	Die vorangestellte Formulierung „in den entsprechenden Intervallen, die für diese Konstellation empfohlen werden“ schließt auch eine Durchführung in höherer als jährlicher Frequenz nicht grundsätzlich aus. Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt.
18.23	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 1.8.1 Z. 209, S. 20 Stellungnahme mit Begründung: Die Angabe von nur „§ 73 SGB V“ in Zeile 209, S. 20, ist sehr oberflächlich. Dadurch ist (auf Anhieb) nicht deutlich, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt bei Bedarf auch präventive und rehabilitative Maßnahmen einleiten oder nichtärztliche Hilfe und flankierende Dienste</p>	Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt, da im Beschlussentwurf dieser Aspekt unter Nummer 1.5.2 und Nummer 1.8.4 geregelt ist.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>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>Z. 209, S. 20 Änderungsvorschlag: „... der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. <u>Insbesondere sei 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>	
18.24	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 1.8.1 Z. 210-218, S. 20</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: In den Zeilen 210-218, S. 20, soll nochmals deutlich auf die im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben hingewiesen werden.</p>	<p>DKG, PatV, KBV: Dank und Kenntnisnahme. Der Änderungsvorschlag entspricht der Position der DKG, PatV und KBV Position. (Zeile 211-2019)</p> <p>GKV-SV: Der Ergänzungsvorschlag „entsprechend §73 SGB V“ wird nicht aufgenommen, da es an dieser Stelle gerade nicht um die Hausärzte nach §73 SGB V geht, sondern um</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Z. 210-218, S. 20 Änderungsvorschlag: „In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine 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>Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin insbesondere mit einer Zusatz-Weiterbildung „Diabetologie“ oder Schwerpunkt „Diabetologie/Endokrinologie“ oder „Gastroenterologie“ geht, die in Ausnahmefällen die Koordinationsfunktion im DMP übernehmen können.</p>
18.25	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.8.2 Z. 226-229, S. 21 Stellungnahme: In den Zeilen 226-229 (Überschrift 1.8: Kategorie „Kooperation der Versorgungssektoren“) soll Punkt 1.8.2 um</p>	<p>Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ ergänzt werden. Z. 226-229, S. 21 Änderungsvorschlag: 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung bzw. zur jeweils qualifizierten Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten – <u>und/oder eine Zuweisung zu einer qualifizierten Ernährungsfachkraft.</u></p>	<p>den Regelungen anderer G-BA Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.</p>
18.26	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.9 Z. 279, S. 23 Stellungnahme: Wir unterstreichen den Vorschlag der PatV.</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme DKG: Aufgrund dieser und ähnlich lautender SN hat sich die DKG der Position der PatV angeschlossen. GKV-SV: Bei der Prüfung digitaler medizinischer Anwendungen (DimAs) gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB bezüglich Ihrer Eignung für die Aufnahme in das DMP Adipositas konnte von Seiten des GKV-SV keine DimA identifiziert werden, die für eine Aufnahme geeignet ist. Entsprechend bedarf es aus Sicht des GKV-SV auch nicht der</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			Aufnahme eines Kapitels für „Geeignete digitale medizinische Anwendungen“ im Beschlusstext. KBV: siehe Würdigung zu 16.26.
18.27	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 2 Lfd. Nr. 1 und 2 Z. 285, S. 24 Lfd. Nr. 2 Z. 285, S. 24</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Als Qualitätsziel sollte nicht allein die prozentuale Gewichtsreduktion ausschlaggebend sein, sondern auch eine Veränderung der Körperfettverteilung und der Körperzusammensetzung (zumindest des Bauchumfangs, idealerweise auch der WHR, und/oder der prozentualen Fettmasse und fettfreien Masse (Tabelle 3, S. 12 des IQWiG-Abschlussberichts Leitlinien-Synopse Adipositas - Erwachsene [3] und [11]) betrachtet werden.</p> <p>Lfd. Nr. 1</p>	Die Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) ist keine Leistung der GKV und kann daher auch im DMP keine Anwendung finden. KBV: siehe Würdigung zu 16.27.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Z. 285, S. 24 Änderungsvorschlag: „Gewichtsreduktion von mindestens 5 % bei Adipositas Grad I, Verbesserte Werte der Körperfettverteilung und Körperzusammensetzung (adäquater Anteil)“</p> <p>Lfd. Nr. 2 Z. 285, S. 24 Änderungsvorschlag: „Gewichtsreduktion von mindestens 10 % bei Adipositas Grad II und höher, Verbesserte Werte der Körperfettverteilung und Körperzusammensetzung (adäquater Anteil)“</p>	
18.28	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>II. 2 Lfd. Nr. 7 Z. 285, S. 25 Stellungnahme mit Begründung: Es wird im Beschlussentwurf nicht deutlich wie die individuellen Ziele zum Ernährungsverhalten operationalisiert werden sollen. Der Hinweis auf § 2 der DMP-A-RL in Z. 283-284 ist nicht ausreichend. Die in bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen beschriebene</p>	Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		sektorenübergreifende Kooperation [10, 14] bei der Feststellung von individuellen Zielen wird nicht deutlich. Änderungsvorschlag: II. 2 Z. 283-284, S. 24 „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 Ärztin/des koordinierenden Arztes mit den jeweiligen Fachkräften wie Ernährungsfachkräfte und Physiotherapeuten beim Feststellen der individuellen Ziele, im Rahmen des sektorenübergreifenden Ansatzes, hervorgehoben.</u> “	
18.29	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	II. 4 Z. 306-307, S. 26 Stellungnahme mit Begründung: Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote	GKV-SV, DKG, KBV: Aus der Stellungnahme geht nicht hervor, was unter „ergänzende Angebote“ zu verstehen ist. GKV-SV: Aus Sicht der Krankenkassen kann sich eine Verpflichtung zur Information lediglich auf Leistungen der

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>informiert werden. Die in den Tragenden Gründen unter 4.2. Schulungen der Versicherten erwähnten Gruppenschulungsprogramme (S.60-61) [2] enthalten alle - ergänzend zum Schulungsprogramm - Einzelberatung zur Ernährungsumstellung. Die Möglichkeit der Einzelberatung sollte elementarer Bestandteil des DMP sein.</p> <p>Z. 306-307, S. 26 Änderungsvorschlag: Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme und ergänzender Angebote. [...]"</p>	<p>GKV erstrecken. PatV: siehe Würdigung zu Lfd. Zeilennr. 16.29</p>
18.30	<p>Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 4.2 Z. 315-316, S. 26 Stellungnahme mit Begründung: Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote informiert werden. Wir unterschreiben den Vorschlag der KBV, DKG. Z. 315-316, S. 26</p>	<p>GKV-SV, DKG: Aus der Stellungnahme geht nicht hervor, was unter „ergänzende Angebote“ zu verstehen ist. GKV-SV: Aus Sicht der Krankenkassen kann sich eine Verpflichtung zur Information lediglich auf Leistungen der GKV erstrecken. GKV-SV, DKG: Zum Schulungsprogramm „Ich nehme ab“: die Zielgruppe des Programms entspricht nicht der Zielgruppe 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten <u>und über begleitende und ergänzende Angebote informiert werden.</u>“</p> <p>Ergänzung: In die Liste der Schulungsprogramme sollte das Programm „ICH nehme ab“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V.“, das sich an Menschen mit Präadipositas oder Adipositas Grad 1 ohne Komorbiditäten richtet, aufgenommen werden. Die Wirksamkeit dieses multimodalen Basisprogramms wurde in einer Studie mit 116 Teilnehmenden nachgewiesen. Nach einem Jahr haben die Frauen im Mittel 2,3 kg und die Männer im Mittel 4,1 kg abgenommen [21].</p>	<p>DMP in den Entwürfen von GKV-SV und KBV. PatV, KBV: siehe Würdigung LfD Zeilen Nr. 16.30</p>
18.31	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>Anlage 24 Lfd. Nr. 4a + 4b, S. 29 Stellungnahme mit Begründung: Für die Dokumentation der therapeutischen Maßnahmen ist es wichtig zu wissen, ob eine Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt ist.</p>	<p>Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie des G-BA sieht eine Ernährungstherapie nicht für die Indikation Adipositas vor. In der DMP-A-RL können keine eigenständigen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Lfd. Nr. 4a, S. 29 Änderungsvorschlag: „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/ nicht erfolgt.</u>“</p> <p>Lfd. Nr. 4b, S. 29 Änderungsvorschlag: „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung seit der letzten Dokumentation. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.</u>“</p>	<p>leistungsrechtlichen Regelungen getroffen werden, die von den Regelungen anderer G-BA Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.</p>
18.32	Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) vom 28.08.2023	<p>Literatur</p> <p>Literaturverzeichnis</p> <p>1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation), Stand: 19.07.2023. Berlin: G-BA; 2023.</p> <p>2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation), Stand: 19.07.2023. Berlin: G-BA; 2023.</p> <p>3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Abschlussbericht; Auftrag V21-05 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 08.08.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1408). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf.</p> <p>4. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>– Kinder und Jugendliche; Abschlussbericht; Auftrag V21-07 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 08.08.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1406). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_abschlussbericht_v1-0.pdf.</p> <p>5. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht; Auftrag: V21-05, Version: 1.0, Stand: 18.08.2022 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 09.08.2023]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_davorbericht_v1-0.pdf.</p> <p>6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche; Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht; Auftrag: V21-07, Version: 1.0, Stand: 18.08.2022 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 09.08.2023]. URL:</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_da-vorbericht_v1-0.pdf.</p> <p>7. Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM). Strukturierte curriculäre Fortbildung „ERNÄHRUNGSMEDIZIN“. Lehr- und Lerninhalte für die Fortbildungskurse zur Ernährungsmedizin nach den Richtlinien der Bundesärztekammer. 2. Auflage, Juli 2007. Aktualisierte Fassung 11.02.2015 (eLearning-Anteil bei Blended Learning). Berlin: BÄK, DGEM; 2015. 1-35. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Ernaehrungsmedizin.pdf.</p> <p>8. Bundesärztekammer. (Muster-)Kursbuch Ernährungsmedizin auf der Grundlage der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018. 2. Auflage. Berlin: BÄK; 17./18.02.2022. [Zugriff: 13.08.2023]. URL:</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Kursbuecher/2018/20220217_18_MKB_Ernaehrungsmedizin.pdf.</p> <p>9. Bundesärztekammer. BÄK-Curriculum Ernährungsmedizinische Grundversorgung. 1. Auflage. Berlin: BÄK; 23.09.2022. 1-14. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_Ernaehrungsmed_Grundversorgung.pdf.</p> <p>10. Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET): DGEM, VDOE, BDEM, VDD, DAEM. Positionspapier: Zusammenarbeit in der ambulanten ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Versorgung. 2021. 1-10. [Zugriff: 21.08.2023]. URL: https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>11. Federatie Medisch Specialisten, Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), Care for Obesity (C4O)/de Vrije Universiteit van Amsterdam. Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. [Translation VDD: The Dutch Adult and Children Overweight and Obesity Multidisciplinary Clinical Practice Guideline]. Amsterdam: Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten, PON, Vrije Universiteit (C4O); Juli 2023. p. 1-324. [Zugriff: 31.07.2023]. (Empfehlungen und Zusammenfassungen in Englisch). URL: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/startpagina_richtlijn_overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen.html. („Download richtlijn“ anklicken, „Genereer“ anklicken). PDF zusätzlich angefügt.</p> <p>12. Igl, G. Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie. Kapitel 4: Diätassistentinnen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>und Diätassistenten. S. 23-39. München: Springer Medizin © Urban & Vogel GmbH; 2010. ISBN 978-3-89935-265-8. Das rechtswissenschaftliche Gutachten wird dem G-BA rechtzeitig vom VDD zugeschickt.</p> <p>13. GKV-Spitzenverband. Anlage 5: Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung [online]. 2022 [Zugriff: 21.08.2023]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20220421_Lesefassung_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf.</p> <p>14. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung. Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Deutschland in der Fassung vom 29.04.2019. p. 1-21. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/19-04-29-KoKreis-EB-RV.pdf.</p> <p>15. Deutscher Bundestag. Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Artikel 1 des Gesetzes über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten und zur Änderung verschiedener Gesetze über den Zugang zu anderen Heilberufen) (Diätassistentengesetz - DiätAssG). Diätassistentengesetz vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/DiätAssG.pdf.</p> <p>16. 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. PDF mit freundlicher Genehmigung vom Herausgeber angefügt.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>17. Govers E, Bouwman W, Lourens A, Verkoelen H, Jaime B, Schweitzer D. Medical Nutritional Therapy Laid in Expert Hands to Strongly Suppress Insulin Resistance and to Restore Metabolic Health; a Review of the Evidence. EC Nutrition 2021;17(7):06-19. [Zugriff: 31.07.2023]. URL: https://www.researchgate.net/profile/Elisabeth-Govers-2/publication/353581909_Medical_Nutritional_Therapy_Laid_in_Expert_Hands_to_Strongly_Suppress_Insulin_Resistance_and_to_Restore_Metabolic_Health_a_Review_of_the_Evidence/links/610415d2169a1a0103c8d72c/Medical-Nutritional-Therapy-Laid-in-Expert-Hands-to-Strongly-Suppress-Insulin-Resistance-and-to-Restore-Metabolic-Health-a-Review-of-the-Evidence.pdf.</p> <p>18. Govers E, Wiggers I, Verkoelen H, Schweitzer D. Insulin Resistance in Primary Dietary Care Practice. Review of the Evidence and a Proposal for Daily Use. EC Nutrition 2021;16(7):125-38. [Zugriff:</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>31.07.2023]. URL: https://www.researchgate.net/publication/353581687_EC_NUTRITION_Review_Article_Insulin_Resistance_in_Primary_Dietary_Care_Practice_Review_of_the_Evidence_and_a_Proposal_for_Daily_Use.</p> <p>19. Govers E, Otten A, Schuiling B, Bouwman W, Lourens A, Visscher TLS. Effectiveness of the 6 x 6 Dieet® in Obese DMT2 Patients. Effectiveness of a Very Low Carbohydrate Ketogenic Diet Compared to a Low Carbohydrate and Energy-Restricted Diet in Overweight/Obese Type 2 Diabetes Patients. Int J Endocrinol Metab Disord 2019;5(2):1-10. DOI: 10.16966/2380-548X.158. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: https://www.efad.org/wp-content/uploads/2021/11/6x6-dieet-ijemd158-september-2019.pdf.</p> <p>20. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>(DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014, zuletzt geändert am 19. Januar 2023. Anlage 1 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2. S. 1-32, S. 82-84. Berlin: G-BA; 2023. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3197/DMP-A-RL_2023-01-19_iK-2023-07-01.pdf.</p> <p>21. Scholz GH, Flehmig G, Scholz M, Klepzig Y, Gutknecht D, Kellner K, et al. Evaluation des DGE-Selbsthilfeprogramms "ICH nehme ab". Ernährungs-Umschau 2005;52(6):226-31. [Zugriff: 14.08.2023]. URL: https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2005/06_2005/EU_06_05_226_231.pdf.</p>	
19	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023		
19.1	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)	... wir danken Ihnen als Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) für die Möglichkeit, zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMO-	Wir nehmen die einleitenden Ausführungen dankend zur Kenntnis und würdigen die Stellungnahmen an den diesbezüglich konkret aufgeführten Stellen im BE und in 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	vom 28.08.2023	<p>A-RL) durch die Ergänzung der Anlagen 23 (DMP Adipositas) und 24 (Adipositas Dokumentation) Stellung zu nehmen.</p> <p>Als maßgebliche Verbände im Bereich Ernährungstherapie (VDD, VDOE, VFED) und für diesen Bereich einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften (DAG, DDG, DGSP und DGEM) haben wir den Beschlussentwurf gemeinsam erörtert und unsere Stellungnahmen erarbeitet, was Sie an zum Teil gleichlautenden Formulierungen erkennen werden. Folgende Punkte möchten wir hiermit noch einmal besonders betonen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alleiniges Einschlusskriterium für das DMP Adipositas: BMI ≥ 30 kg/m². 2. Alle Therapieoptionen mit hoher Evidenz der Leitlinien müssen sich im DMP Adipositas wiederfinden. 3. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas beschrieben werden. 4. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Menschen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden. 5. Die Indikation Adipositas sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und 	TrGr.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden.	
19.2	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 12. Juli 2023 den „Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.</p> <p>Hiermit nimmt der Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) die Gelegenheit zur Stellungnahme wahr.</p> <p>Zum o. g. Dokument, Stand 19.07.2023 [1] und unter Bezugnahme auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • die „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf [2]“ und • die „Abschlussberichte der IQWiG-Leitliniensynopsen 	<p>DKG: Wir nehmen die einleitenden Ausführungen und Kernbotschaften dankend zur Kenntnis und würdigen die Stellungnahmen an den diesbezüglich konkret aufgeführten Stellen im Beschlussentwurf und in den Tragenden Gründen.</p> <p>GKV-SV, PatV, DKG: Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.</p> <p>KBV: siehe Würdigung zu 16.2.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Adipositas, Stand 18.08.2022 [3, 4]“ mit „den Stellungnahmen der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET) in der Dokumentation der Anhörungen zu den Vorberichten der IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas, Stand 18.08.2022 [5, 6]“</p> <p>bitten wir um Berücksichtigung folgender Vorbemerkungen, Kernbotschaften und Anmerkungen:</p> <p>Vorbemerkungen</p> <p>1. Überall, wo wir in unserer Stellungnahme die „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ erwähnen, sind Diätassistentinnen/Diätassistenten oder vergleichbar qualifizierte Ökotrophologinnen/Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen/Ernährungswissenschaftler bzw. Absolventinnen/Absolventen fachverwandter Studiengänge gemeint [14]. Wir bitten darum, dass diese Definition im DMP Adipositas übernommen wird.</p> <p>2. Ärztinnen/Ärzte mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß Curriculum Ernährungsmedizinische Grundversorgung der Bundesärztekammer [7-9] sind 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Ernährungsmedizinerinnen/Ernährungsmediziner für die ernährungsmedizinische Diagnostik und Therapie befähigt [10].</p> <p>3. Wir weisen in unserer Stellungnahme auf eine neue Leitlinie [11] hin, die über die IQWiG-Leitliniensynopsen Adipositas – Abschlussberichte [3, 4] hinausgeht bzw. neuer ist und somit damals noch nicht inkludiert werden konnte.</p> <p>4. Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen grün unterstrichen hervorgehoben.</p> <p>5. Die Volltexte der erwähnten Literatur haben wir verlinkt. Das rechtswissenschaftliche Gutachten zur „Öffentlich-rechtlichen Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe“ von Prof. Dr. iur. Gerhard Igl [12] wird dem G-BA rechtzeitig vom VDD zugeschickt.</p> <p>6. Wir bitten darum, dass die in Kürze in neuer Auflage vorliegende „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas“ vollumfänglich berücksichtigt 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Kernbotschaften</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alleiniges Einschlusskriterium für das DMP Adipositas: BMI \geq 30 kg/m². 2. Alle Therapieoptionen mit hoher Evidenz der Leitlinien [3, 4] müssen sich im DMP Adipositas wiederfinden. 3. Die Leistung „Ernährungstherapie“ bzw. „Ernährungsintervention“ inklusive der Definition, wer diese erbringen kann, sollte konkret im DMP Adipositas beschrieben werden. 4. Die leistungsrechtlichen Beschränkungen, die einer leitliniengerechten, evidenzbasierten und bedarfsorientierten Versorgung von Menschen mit Adipositas entgegenstehen, sollten aufgehoben werden. 5. Die Indikation Adipositas sollte in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgenommen werden. <p>Allgemeine Anmerkungen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Im Hinblick auf die Gesetzesbegründung bleibt der vorgelegte Beschlussentwurf [1] weit hinter unseren Erwartungen und sicher auch denen des Gesetzgebers zurück. Der gesetzliche Auftrag an den G-BA kann aus unserer Sicht mit dieser ersten Fassung des DMP Adipositas nicht als erfüllt angesehen werden.</p> <p>Wir kritisieren insbesondere den inkonsequenten Ansatz des Beschlussentwurfs hinsichtlich Leitliniengestützter bedarfsorientierter Basisempfehlungen zur Ernährungsumstellung.</p> <p>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 Adipositas therapie. 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. Aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage können</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>nur einmalige Patientenschulungen und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) für ein DMP berücksichtigt werden.</p> <p>Für eine leitliniengerechte, evidenzbasierte und bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit Adipositas ist es unumgänglich, die leistungsrechtlichen Beschränkungen aufzuheben.</p> <p>Daher fordern wir insbesondere und nachdrücklich die Aufnahme der Indikation Adipositas in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel für Ernährungs- und Bewegungstherapie (Zuordnung nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V).</p> <p>Einbindung weiterer Fachdisziplinen:</p> <p>Das DMP Adipositas 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 medizinischen Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>– wie beschrieben in den IQWiG Abschlussberichten, Kapitel Basistherapie – Ernährungstherapie (Tabelle 7, S. 24, Tabelle 56, S. 148) [3], Kapitel Ernährungstherapie (Tabelle 6, S. 19, Tabelle 31, S. 79) [4] und in den Stellungnahmen der AG EMET [5, 6] – jedoch nicht berücksichtigt.</p> <p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Patientenvereinigung (PatV) weisen auf S. 2, Z. 44 der Tragenden Gründe [2] ebenfalls auf die starken Leitlinienempfehlungen in den IQWiG-Abschlussberichten [3, 4] hin.</p> <p>Während in den Qualitätsanforderungen der strukturierten Schulungsprogramme für die Therapie der Adipositas hinsichtlich Ernährung explizit qualifizierte Ernährungsfachkräfte [13,14] gefordert werden, 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> <p>Dies widerspricht dem Verständnis kooperierender</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>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 [14] als auch im Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Diätassistentengesetz – DiätAssG) [15] ist diese klar beschrieben und gefordert.</p> <p>Im rechtswissenschaftlichen Gutachten von Prof. Dr. iur. Gerhard Igl [12] zum im öffentlichen Recht geregelten Berufsrecht des nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufs der Diätassistentinnen und Diätassistenten steht unter 4.1.5.2.2. Art der Durchführung der Tätigkeit, 4.1.5.2.2.1 Bereich der diättherapeutischen und ernährungsmedizinischen Maßnahmen, S. 27/28, u. a.: <i>„Das Gesetz sieht hier den Diätassistenten in einem Handlungsverbund mit dem Arzt. Dass der Diätassistent aber eine Position als eigenverantwortlicher Leistungserbringer hat, wird aus der Formulierung „eigenverantwortliche Durchführung der Maßnahmen“ deutlich. Dies bedeutet nichts anderes, als dass der Diätassistent mit dem Arzt in der Weise kooperiert, dass der Arzt den Anlass für die Maßnahmen gibt, und dass der</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p><i>Diätassistent kraft seiner Fachlichkeit die Maßnahmen in Kooperation mit dem Arzt oder alleine definiert.“.</i></p> <p>Fazit: Nur die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und der vergleichbar qualifizierten 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 wurde. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens nach dem German-Nutrition Care Process (G-NCP)-Modell zum beruflichen Standard [10, 16]. Aus diesem Grund fordern wir, dass ausschließlich qualifizierte Ernährungsfachkräfte die im DMP Adipositas vorgesehenen Ernährungsinterventionen ausführen.</p> <p>Es sollte daher beim DMP Adipositas im interdisziplinären Rahmen strukturell zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften kooperiert werden, insbesondere auch bei der Zielsetzung 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Ernährungsumstellung, die die koordinierenden Ärztinnen/Ärzte im DMP dokumentieren und überprüfen. Dies entspräche dem Positionspapier der AG EMET [10] und dem interdisziplinären Ansatz, der bei Schulungsprogrammen ausdrücklich gefordert ist.</p> <p>Im Beschlussentwurf [1] sollte klar definiert sein, wann, bzw. bei welchem Gesundheitsrisiko (z.°B. BMI, Taillenumfang und Komorbiditäten) die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt im Rahmen interprofessioneller Behandlung an qualifizierte Ernährungsfachkräfte für eine individuelle Ernährungstherapie verweisen soll (vgl. Tabelle 13.1, S. 195 [11]).</p> <p>Berücksichtigung individueller Aspekte der Ernährungsumstellung</p> <p>Im Beschlussentwurf [1] wird unter 1.3.1 durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.°V. (DKG) und PatV bzw. unter 1.4 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die KBV eine ausführliche Erstanamnese beschrieben. Diese befürworten wir grundsätzlich sehr, weil Adipositas verschiedene Ursachen hat und entsprechend individuell</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>therapiert werden muss. Wir können bei der Betonung einer Therapie mit individuellen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten nicht nachvollziehen, warum Patientinnen und Patienten nur eine einheitliche multimodale strukturierte Schulung bekommen sollen. Immer, wenn auch individualisierte, personbezogene Empfehlungen zum Ernährungsverhalten notwendig sind, sollte eine qualifizierte Ernährungsfachkraft für individuelle Ernährungstherapie als Ergänzung zur Gruppentherapie hinzugezogen werden.</p> <p>Der IQWiG-Abschlussbericht Leitliniensynopse Adipositas Erwachsene listet die individuelle Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte als einen der potenziell DMP-relevanten Inhalte auf (Tabelle 7, S.°24-25) [3].</p> <p>Multimodale Schulungsprogramme für Patientengruppen, die allgemeine Ernährungsempfehlungen enthalten, haben eine andere Effektivität als intensive individualisierte/personbezogene Ernährungsmaßnahmen durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte, insbesondere wenn diese die Verbesserung der Insulinsensitivität als Ziel haben [17-19]. Die aktuelle niederländische multidisziplinäre Leitlinie Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Kindern 2023 [11] berücksichtigt dies. Deshalb ist ein Schulungsprogramm stets mit einer individuellen Ernährungsberatung zu kombinieren. Dies zeigen auch die in den Tragenden Gründen [2] unter 4.2. Schulungen der Versicherten erwähnten Gruppenschulungsprogramme (S. 60-61). Sie enthalten alle ergänzend zum Schulungsprogramm Einzelberatung zur Ernährungsumstellung.</p> <p>Eine Schulung ist in erster Linie ein zielorientierter didaktischer Prozess dessen Schwerpunkt eher auf Wissens- und Kompetenzerwerb abzielt. Eine Beratung hingegen ist ein ergebnisoffener Dialog, mit dem Ziel, Information und Therapiepläne mit individuellem Verhalten in Einklang zu bringen. Beim Anstreben einer Problemlösung stehen Ratsuchende und deren Alltagssituationen im Mittelpunkt. Der Unterschied wird im vorliegenden Beschlussentwurf trotz Betonung der individuellen Ursachen und Therapieziele nicht berücksichtigt. Das gilt auch für das DMP Diabetes mellitus Typ 2, DMP-A-RL Anlage 1 [20], wo es unter 1.4.1 Ernährungsberatung lediglich heißt: „Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erhalten Zugang zu einer qualifizierten</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p><i>krankheitsspezifischen Ernährungsberatung im Rahmen eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (siehe Nummer 4.2).“</i> Hier wird ebenfalls Ernährungsschulung mit Beratung gleichgesetzt, was nicht der Definition entspricht.</p> <p>Zudem weisen wir im Hinblick auf die Gleichstellung darauf hin, dass für Menschen mit fehlender Schulungsfähigkeit (z.°B. durch ungenügende Sprachkenntnisse) Alternativangebote zu Schulungsprogrammen vorzuhalten sind.</p> <p>Eine ergänzende individuelle/personbezogene Ernährungstherapie nach § 43 SGB V („Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“) wäre eine rehabilitative Maßnahme oder nicht-ärztliche Hilfe im Sinne § 73 SGB V, Absatz 1.4 und damit beschrieben unter Punkt 1.8.1 im Beschlussentwurf [1]. Es ist deshalb unverständlich, dass die individuelle Ernährungstherapie trotzdem nicht Bestandteil des DMP ist, wie DKG und PatV in den Tragenden Gründen (Z. 44, S. 2) [2] schreiben. Die DKG, KBV und PatV weisen im Beschlussentwurf (Z. 144, S. 10) darauf hin, dass (individuelle) Ernährungstherapie bei Adipositas keine Regelleistung der GKV ist, aber auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 SGB V 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Satzungsleitung (zum Teil) bewilligt werden kann [1].</p> <p>Im Rahmen des DMP Adipositas muss es möglich sein, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt eine individuelle Ernährungstherapie durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft als Satzungsleistung empfehlen kann. Nur so ist der elementare Bestandteil der Ernährungstherapie bei Menschen mit Adipositas gewährleistet.</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 dauerhafte Therapie notwendig. Dies führt dazu, dass es Menschen mit Adipositas unbedingt ermöglicht werden muss, Ernährungsinterventionen (Schulungen, individuelle Ernährungsberatungen) regelmäßig zu erhalten. Deshalb schließen wir uns der Forderung von PatV und DKG an, dass ernährungstherapeutische Maßnahmen bei Bedarf wiederholt in Anspruch genommen werden können.</p>	
19.3	Verband Ernährung für und	<p>II. 1.2</p> <p>Z. 47, S. 2</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt lässt sich</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	<p>Z. 52, S. 2</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV:</p> <p>1.2 Einschreibekriterien und „Als krankheitsbezogenes Einschlusskriterium für das DMP Adipositas gilt ein BMI ≥ 30 kg/m².“</p> <p>Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ein BMI ≥ 30 kg/m² ist die Definition/Klassifikation der Adipositas laut WHO, wie im IQWiG-Bericht Nr. 1408 Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene, Abschlussbericht (S. 1) [3] und in den Tragenden Gründen (S. 17) [2], beschrieben. <p>Erörterung der DKG und PatV in den Tragenden Gründen (S. 18-20) [2].</p>	<p>aus dem BMI alleine die individuelle Krankheitslast nicht ausreichend bestimmen. Auch in internationalen Leitlinien befürworten die Autoren die Berücksichtigung von Risikofaktoren und Komorbiditäten zur Klassifikation der Krankheitslast.</p> <p>KBV: siehe Würdigung zu 16.3.</p>
19.4	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)	<p>II. 1.2/II 1.3</p> <p>Z. 56, S. 3</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, KBV: Da die Eingrenzung der Zielgruppe nicht allein auf Basis des BMI erfolgt, sondern das Vorliegen bestimmter</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	vom 28.08.2023	<p>Stellungnahme:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der DKG und PatV:</p> <p>1.3 Diagnostik</p> <p>1.3.1 Indikationsspezifische Erstanamnese</p> <p>1.3.2 Standarddiagnostik</p> <p>Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die DKG und PatV-Erörterung in den Tragenden Gründen (Z. 306, S. 26-27) [2]. <p>Diese Einteilung stimmt auch mit den Kapiteln „Diagnostik“ der niederländischen multidisziplinären Leitlinie Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen und Kindern 2023 überein [11].</p>	<p>Komorbiditäten voraussetzt, ist in den Entwürfen von GKV-SV/KBV eine andere Gliederung erforderlich.</p>
19.5	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.2/II 1.3</p> <p>Z. 56, S. 4</p> <p>Stellungnahme:</p>	<p>DKG, PatV: Die Erfassung von Essstörungen ist über die umfassende Erhebung des Essverhaltens indirekt implementiert.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Wir haben Ergänzungsvorschläge unter 1.3.1 Indikationsspezifische Erst-anamnese.</p> <p>Begründung: Vorhandene Indikationen sollen konkretisiert werden.</p> <p>Z. 56, S. 4</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gewichtsverlauf und bereits erfolgte Maßnahmen zum Gewichtsmanagement (sowohl selbstinitiierte als auch ärztlich verordnete, verhaltensbezogene, diätetische und medikamentöse Maßnahmen, erfolgte Operationen, <u>weitere Maßnahmen (z.°B. Magenballon)</u>, höchstes und niedrigstes Gewicht, größte Gewichtsreduktion <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychischer Befund, <u>Einstufung der Motivation, Essstörungen</u> 	<p>GKV-SV: Nach Auffassung des GKV-SV beinhaltet die Abfrage des aktuellen Essverhaltens auch die Einschätzung möglicher Essstörungen.</p> <p>KBV: siehe Würdigung zu 16.5.</p>
19.6	Verband für Ernährung und	<p>II. 1.2/II 1.3.2 Z. 61, S. 4</p>	Die Eingrenzung der Messung des Bauchumfanges bei einem BMI bis 35 kg/m ² orientiert sich in der Position von DKG 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV, aber empfehlen „bei einem BMI bis 35 kg/m²“ zu streichen, da für eine Verlaufsdocumentation auch bei der Erstanamnese eine Messung des Bauchumfangs indiziert ist.</p> <p>Z. 61, S. 4</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>KBV, DKG, PatV</p> <p>, zusätzlich Bauchumfang <u>bei einem BMI bis 35 kg/m²</u></p>	<p>KBV eng an der kanadischen Leitlinie OC 2020“. Dort wird dargelegt, dass ab einem BMI von 35 auch unabhängig des Bauchumfangs ein erhöhtes kardiometabolisches Risiko besteht.</p> <p>GKV-SV: Aufgrund der Stellungnahme wird die Position geändert und die der anderen Bänke angenommen.</p>
19.7	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	<p>II. 1.3.2</p> <p>Z. 70, S. 5</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG, PatV, mit einer Textergänzung, an.</p> <p>Begründung:</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Dem Vorschlag der Stellungnehmer wird gefolgt und der Beschlussentwurf an entsprechender Stelle angepasst.</p> <p>GKV-SV: Da die Eingrenzung der Zielgruppe nicht allein auf Basis des BMI erfolgt, sondern das Vorliegen bestimmter Komorbiditäten voraussetzt, erfolgt die Erfassung relevanter</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Bei der Adipositas therapie geht es auch um Vorbeugung von Komorbidität</p> <p>Änderungsvorschlag: „Patientinnen und Patienten mit Adipositas haben ein erhöhtes Risiko für weitere chronische Erkrankungen. Diese Folge- und Begleiterkrankungen müssen bei der Therapie der Adipositas berücksichtigt werden, so dass deren <u>Prävention bzw. frühzeitige Diagnose</u> – und damit die Vermeidung von Folgeschäden – wesentlicher Bestandteil des DMP Adipositas ist.“</p>	<p>Komorbiditäten schon vor Einschluss in das DMP. KBV: siehe Würdigung zu Nr. 16.7.</p>
19.8	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	<p>II. 1.3/II 1.4, 1.4.1 Z. 77, S. 5 Z. 89-90, S. 6</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV an: 1.4 Therapie</p>	<p>DKG, KBV, PatV: Die Lebensqualität ist als übergeordnetes Therapieziel zu betrachten. Die explizit aufgelisteten Therapieziele sollen dazu beitragen, die Lebensqualität insgesamt zu erhalten oder zu verbessern.</p> <p>GKV-SV: Die Verbesserung der Lebensqualität ist als übergeordnetes Therapieziel hervorgehoben. Eine weitere Nennung in anderer Gliederungsform wird als redundant</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>1.4.1 Therapieziele, als Konsequenz der obengenannten Einteilung mit 1.3, 1.3.1 und 1.3.2. In der Liste sollten die Therapieziele (Zeile 82-88) ergänzt werden um „Verbesserung oder Erhalt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“.</p> <p>Zur systematischen Erfassung der anamnestischen Angaben und um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu ermitteln soll unterstützend ein entsprechender Patientenfragebogen eingesetzt werden.</p>	<p>angesehen.</p> <p>Für die Verwendung eines Fragebogens findet sich im IQWiG-Bericht keine leitliniengestützte Empfehlung, daher wird dies vom GKV-SV abgelehnt.</p>
19.9	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.4.2 Z. 108-112, S. 7 Stellungnahme mit Begründung: Laut 1.4.1 Therapieplanung und 1.5.2 Ernährung, S. 7-8 [1], soll die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit „individuellen“ Zielen zur Ernährungsumstellung erstellen, festlegen und regelmäßig überprüfen. Wie unter den Allgemeinen Anmerkungen bemerkt, steht dies im Widerspruch mit den per Gesetz</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>festgelegten Aufgaben der Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten [15] bzw. vergleichbar qualifizierten Ernährungsfachkräften. Wir plädieren – bezugnehmend auf u. a. die Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland – für eine Kooperation zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und Ernährungsfachkräften [10, 14].</p> <p>II. 1.4.2 Z. 108-114, S. 7</p> <p>Änderungsvorschlag: „Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt soll in <u>Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft</u> gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit individuellen Zielen, insbesondere zur Ernährungsumstellung und zur körperlichen Aktivität, 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</p>	<p>DKG, PatV: Dem Stellungnehmer kann nicht gefolgt werden, da dies leistungsrechtlich nicht abgebildet ist.</p> <p>GKV-SV, KBV: Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		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.“	den Regelungen anderer G-BA Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.
19.10	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	<p>II. 1.5.1 Z. 117-118, S.7 Stellungnahme mit Begründung: Eine Änderung der Ernährung kann eine qualitative und/oder eine quantitative Änderung der Ernährung sein.</p> <p>Z. 117-118, S.7 Änderungsvorschlag: „Basismaßnahmen des Adipositasmanagements sind eine <u>qualitative bzw. quantitative Änderung der Ernährung</u>, eine Steigerung der körperlichen Aktivität einschließlich Verhaltensmodifikationen.“</p>	„Eine Änderung der Ernährung“ inkludiert aufgrund ihrer allgemein gehaltenen Formulierung beide Möglichkeiten, also Ernährung sowohl im Hinblick auf die Qualität, als auch auf Quantität zu verändern.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
19.11	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	II. 1.5.1 Z. 130, S.7-8 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV an.	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, GKV-SV: Der Beschlussentwurf wurde angepasst.</p>
19.12	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	II. 1.5.2 Z. 136-139, S.8 Stellungnahme mit Begründung: Individualisierte, personbezogene Empfehlungen sind um Ernährungsverhalten während Gruppenschulungen kaum umsetzbar. Die Schulung formt die Basis. Wir plädieren dafür, dass, in Übereinstimmung mit den Leitlinien (IQWiG-Abschlussbericht, Tabelle 7, S. 24 und Tabelle 56, S. 148 [3] und AG EMET-Stellungnahme [5]), Patientinnen und Patienten bei entsprechender Indikation intensive Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erhalten können.	Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen, kann nicht [PatV: vollumfänglich] gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		II. 1.5.2 Z.136-139, S. 8 Änderungsvorschlag: „Jede Patientin und jeder Patient soll <u>bei entsprechender Indikation, zusätzlich zur Gruppenschulung und in enger Abstimmung mit der koordinierenden Ärztin/Arzt, Einzelberatung und Ernährungstherapie (unimodal) durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft mit individualisierten/ personbezogenen Empfehlungen zum Ernährungsverhalten erhalten</u> . Dabei soll über die Bedeutung einer adäquaten Ernährungsumstellung sowohl im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion, als auch auf positive metabolische und kardiovaskuläre Effekte informiert werden. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten soll die Ärztin oder der Arzt in Kooperation mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung festlegen und regelmäßig überprüfen.“	
19.13	Verband für Ernährung und	II. 1.5.2	DKG, PatV: 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	<p>Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023</p>	<p>Z. 139-141, S. 8-10</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns den Vorschlägen der DKG, KBV und PatV an. Im Wesentlichen folgen wir der Formulierung, die an die Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas angepasst ist.</p> <p>Z.141, S. 9-10</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>DKG, KBV, PatV</p> <p>„[...] Wenn Formuladiäten eingesetzt werden, soll dies zeitlich begrenzt (in der Regel maximal 12 Wochen) und medizinisch <u>und möglichst ernährungstherapeutisch</u> begleitet werden.“</p>	<p>GKV-SV: Der Vorschlag des GKV-SV basiert auf den derzeit gültigen Leitlinienempfehlungen, die im IQWiG-Abschlussbericht zusammengestellt sind. Wesentlicher Unterschied zur (abgelaufenen) deutschen S-3-Leitlinie ist, dass hier kein Energiedefizit quantifiziert wird, sondern lediglich eine „negative Energiebilanz“ empfohlen wird.</p> <p>Dennoch wurde in den Beschlussentwurf eine Ergänzung eingefügt, in der die in der deutschen Leitlinie genannte Wert als Richtwert benannt wird. Dies wurde in den Beratungen mit den Sachverständigen überzeugend als sinnvoll beschrieben.</p> <p>In Bezug auf die aufgezählten möglichen Ernährungsstrategien unterschieden sich die Entwürfe von GKV-SV inhaltlich allenfalls unwesentlich von denen der KBV/DKG/PatV. Daher wurde der Entwurf des GKV-SV entsprechend angepasst und hier die alternative Darstellung der Ernährungsstrategien übernommen.</p> <p>Zu den Formuladiäten: Beide im IQWiG-Bericht zitierten Leitlinien benennen außerdem Mahlzeitenersatz-Strategien als eine weitere Option. Die kanadische Leitlinie konstatiert</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>hier einen hohen Evidenzgrad, allerdings liegt auch hierfür, ebenso wie für die einzelnen aufgezählten Beispiele kein hoher Empfehlungsgrad vor. Es bleibt jedoch unklar, welche Arten von Produkten bzw. welche Strategie hiermit beschrieben wird, welchen Regularien diese unterliegen und ob diese Empfehlung auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar ist.</p> <p>Nach §27 SGB V sind diätetische Lebensmittel zudem von der Versorgung ausgeschlossen. Nach § 25 der Arzneimittelrichtlinie sind hypokalorische Lösungen (Energiedichte < 1 kcal/ml) aufgrund ihrer Zusammensetzung nicht verordnungsfähig.</p> <p>DKG, KBV, PatV: Dieser Änderungsvorschlag ist grundsätzlich nicht leistungsrechtlich abgedeckt, deshalb kann an dieser Stelle keine konkrete Empfehlung aufgenommen werden.</p>
19.14	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)	II. 1.5.2 Z. 144, S. 10	DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Der Änderungsvorschlag ist jedoch nicht grundsätzlich leistungsrechtlich abgedeckt, deshalb kann an dieser Stelle

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	vom 28.08.2023	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der KBV, DKG und PatV, schlagen aber eine Textänderung vor, weil die individuelle/personbezogene Ernährungstherapie eine wichtige ergänzende Maßnahme zur Umsetzung dieser Empfehlungen ist. Im DMP soll klar dargestellt werden, dass die ergänzende Einzelberatung durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte dazu gehört. Einzelberatung kann als Satzungsleistung im Rahmen des DMP durchgeführt werden.</p> <p>II. 1.5.2</p> <p>Z. 144, S. 10</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>DKG, KBV, PatV</p> <p>„Eine individuelle Ernährungstherapie kann ist eine wichtige <u>ergänzende Maßnahme</u> zur Umsetzung dieser Empfehlungen eine sinnvolle Maßnahme sein. Ernährungstherapie ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, <u>weil zurzeit kein zugelassenes Heilmittel, wird</u> kann aber <u>zum Teil</u> auf ärztliche</p>	<p>keine konkrete Empfehlung aufgenommen werden.</p> <p>PatV: siehe Würdigung zu lfd Zeilen-Nr. 16.14</p> <p>GKV-SV: Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen, kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.</p> <p>KBV: siehe Würdigung zu 16.14.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Empfehlung hin als Satzungsleistung bezuschusst werden.“	
19.15	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	II. 1.5.4 Z. 152, S. 12 Z.159-167, S. 12 Stellungnahme mit Begründung: 1.5.4 Verhaltensmodifikation Wir unterstreichen die in Z. 159-167 genannten Interventionen; sie sind in jedem Programm zur Veränderung des Ernährungsverhaltens essenziell, sie sollten in jedem Ernährungsberatungskonzept enthalten sein.	Dank und Kenntnisnahme
19.16	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	II. 1.5.5 Z. 168, S. 13 Stellungnahme: Wir schließen uns dem ausführlicheren Vorschlag von KBV und PatV an.	KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme DKG: Aufgrund dieser und ähnlich lautender SN hat sich die DKG der Position von KBV und PatV angeschlossen. GKV-SV: Aus Sicht des GKV-SV sollen Arzneimittel, die gemäß § 34 SGB V bzw. gemäß § 14 Arzneimittel-RL ausgeschlossen

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			sind, keine Erwähnung in dieser DMP-Richtlinie finden.
19.17	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	<p>II. 1.5.6 Z. 170, S. 14</p> <p>Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV und PatV, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p> <p>II. 1.5.6 Z. 170, S. 14</p> <p>Änderungsvorschlag: PatV „Bei Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer Adipositas, bei denen die Voraussetzungen für eine Primärindikation zu einer chirurgischen Therapie im Sinne einer adipositaschirurgischen oder</p>	<p>DKG: Dem in der Stellungnahmeadressierten Änderungsvorschlag, dass vor chirurgischen pder metabolischen Eingriffen über eine Ernährungsumstellung aufgeklärt werden soll, wird im Beschlussentwurf der DKG im Rahmen der Überweisungsregeln unter 1.8.2 Rechnung getragen.</p> <p>PatV: Dem Ergänzungsvorschlag wird gefolgt.</p> <p>GKV-SV: Es ist aus der Stellungnahme nicht ersichtlich, warum dem Vorschlag der KBV/PatV gefolgt wird.</p> <p>KBV: siehe Würdigung zu 16.17.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>metabolischen Operation bestehen, kann diese auch ohne einen vorherigen konservativen Therapieversuch erfolgen, jedoch mit einer vorbereitenden ärztlichen Aufklärung zur notwendigen Ernährungsumstellung, <u>die von einer qualifizierten Ernährungsfachkraft begleitet werden muss.</u>“</p>	
<p>19.18</p>	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.5.6.2 Z. 173, S. 15</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an.</p> <p>Z. 173, S. 15</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>DKG</p> <p>„Der Magenballon kann Patientinnen oder Patienten mit Adipositas nach Versagen einer konservativen Therapie und</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Bedeutung einer diesbezüglichen ernährungstherapeutischen Begleitung wird nicht in Abrede gestellt. Da diese in der DGAV LL „Empfehlung 5.3“ jedoch nicht abgebildet ist, wurde sie im RL-Entwurf nicht explizit mit aufgenommen.</p> <p>GKV-SV: Aus Sicht des GKV-SV sind in einer DMP-Richtlinie lediglich die Schnittstellen zu weiterführenden Therapiemaßnahmen bzw. Versorgungssektoren zu definieren. Detaillierte Ausführungen zu spezifischen chirurgischen Verfahren sind daher nicht Gegenstand einer grundsätzlich hausärztlich orientierten Richtlinie.</p> <p>KBV: siehe Würdigung zu 16.18.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>bei Ablehnung einer Operation bzw. bei Kontraindikationen für eine Operation im Rahmen eines angemessenen begleitenden <u>Programms</u> <u>inklusive ernährungstherapeutischer Begleitung</u> angeboten werden.“</p>	
19.19	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.5.6.3 Z. 174, S. 16 Stellungnahme: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG und PatV, mit einer Textergänzung zur ernährungstherapeutischen Begleitung, an. Z. 174, S. 16 Änderungsvorschlag: DKG, PatV „.....regelmäßig lebenslang nachuntersucht <u>und therapiert</u> werden.“</p>	<p>DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Beim Entwurf des RL- Textes hat sich die DKG eng an dem Wortlaut der DGAV LL (Empfehlung 7.13) orientiert. GKV-SV: Die Notwendigkeit der lebenslangen Nachsorge wird auch im Entwurf des GKV-SV unter 1.5.6 adressiert. Der differenzierte Einsatz adipositas-chirurgischer Maßnahmen sowie auch prä- und postoperative Maßnahmen sind nicht Gegenstand des DMP. Die fehlende Abbildung einer (vor allem anfangs) hochfrequenten postoperativen, lebenslangen Nachsorge in der Regelleistung kann von Empfehlungen im Rechtsrahmen des DMP nicht beeinflusst werden. Somit können entsprechende Laborkontrollen und Supplementationen in der DMP-A-Richtlinie von den koordinierenden Ärztinnen und Ärzten nicht gefordert werden. Die zentrale Maßnahme des DMP Adipositas ist 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
			<p>Schulung wie unter 4. beschrieben. Eine Erweiterung der Einschreibekriterien auf operierte Patientinnen und Patienten unabhängig des BMI ist nicht vorgesehen.</p> <p>KBV: siehe Würdigung zu 16.19.</p>
19.20	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.6 (1.6.1-1.6.5) Z. 176, S. 16-19 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV, DKG und PatV, mit einer Textänderung unter 1.6.5 Verdauungssystem, an. Die Gewichtsreduktion ist nicht die Maßnahme, sondern das Ergebnis der Adipositas-spezifischen Maßnahmen. Den Kasten von PatV und DKV kommentieren wir nicht.</p> <p>II. 1.6.5 Z. 176, S. 19 Änderungsvorschlag:</p>	<p>PatV, KBV, DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>PatV, KBV, DKG, GKV-SV: Der Änderungsvorschlag wurde unter Nummer 1.6.5 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		KBV, DKG, PatV „Adipositas-spezifische Maßnahmen, <u>insbesondere zur Gewichtsreduktion</u> , sind wichtigster Bestandteil der Therapie einer Nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung (NAFLD).“	
19.21	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	II. 1.7 Z. 185, S. 19 Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns dem Vorschlag der KBV, DKG und PatV, mit einer Textergänzung bezüglich einer jährlichen Messung der Körperzusammensetzung mittels (Bioelektrischer Impedanzanalyse) BIA zur Verlaufskontrolle an. Bei einer Gewichtsreduktion sollte die Körperzusammensetzung sich nicht verschlechtern, deshalb sollte eine Vor- und Nachkontrolle in Betracht gezogen werden [11]. II. 1.7 Z. 185, S. 19 Änderungsvorschlag:	<p>DKG, KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Bezüglich der grundsätzlichen Durchführung der Messung des Bauchumfangs ändert der GKV-SV seine Positionierung und stimmt der der anderen Bänke zu.</p> <p>GKV-SV, KBV: Die Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) ist keine Leistung der GKV und kann daher auch im DMP keine Anwendung 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		KBV, DKG, PatV „ - Bei einem BMI bis 35 kg/m ² : Messung des Bauchumfangs einmal jährlich. <u>Ergänzend sollte ebenfalls einmal jährlich eine Messung der Körperzusammensetzung mittels BIA durchgeführt werden.</u> “	
19.22	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	II. 1.7 Z. 200, S. 20 Stellungnahme mit Begründung: Laborparameter können auch öfter als jährlich erhoben werden, wenn indiziert. Z. 200, S. 20 Änderungsvorschlag: „(beispielsweise jährlich oder seltener <u>oder auch öfter, wenn (bei Kontrollterminen) indiziert.</u> “	Die vorangestellte Formulierung „in den entsprechenden Intervallen, die für diese Konstellation empfohlen werden“ schließt auch eine Durchführung in höherer als jährlicher Frequenz nicht grundsätzlich aus. Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt.
19.23	Verband für Ernährung und	II. 1.8.1	Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt, da im Beschlussentwurf dieser Aspekt unter Nummer 1.5.2 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	<p>Z. 209, S. 20</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Angabe von nur „§ 73 SGB V“ in Zeile 209, S. 20, ist sehr oberflächlich. Dadurch ist (auf Anhieb) nicht deutlich, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt 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>Z. 209, S. 20</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p><u>„... der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. Insbesondere sei diesbezüglich Absatz 1.4: „die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender</u></p>	<p>Nummer 1.8.4 geregelt 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Dienste in die Behandlungsmaßnahmen“ und Absatz 2.5: <u>„Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ erwähnt.“</u></p>	
19.24	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.8.1 Z. 210-218, S. 20 Stellungnahme mit Begründung: In den Zeilen 210-218, S. 20, soll nochmals deutlich auf die im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben hingewiesen werden. Z. 210-218, S. 20 Änderungsvorschlag: „In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine 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,</p>	<p>DKG, PatV, KBV: Dank und Kenntnisnahme. Der Änderungsvorschlag entspricht der Position der DKG, PatV und KBV- Position. (Zeile 211-2019) GKV-SV: Der Ergänzungsvorschlag „entsprechend §73 SGB V“ wird nicht aufgenommen, da es an dieser Stelle gerade nicht um die Hausärzte nach §73 SGB V geht, sondern um Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin insbesondere mit einer Zusatz-Weiterbildung „Diabetologie“ oder Schwerpunkt „Diabetologie/Endokrinologie“ oder „Gastroenterologie“ geht, die in Ausnahmefällen die Koordinationsfunktion im DMP übernehmen können.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>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>	
19.25	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 1.8.2 Z. 226-229, S. 21 Stellungnahme: In den Zeilen 226-229 (Überschrift 1.8: Kategorie „Kooperation der Versorgungssektoren“) soll Punkt 1.8.2 um den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ ergänzt werden. Z. 226-229, S. 21 Änderungsvorschlag: 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung bzw. zur jeweils qualifizierten</p>	<p>Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Psychotherapeutin oder zum qualifizierten Psychotherapeuten – <u>und/oder eine Zuweisung zu einer qualifizierten Ernährungsfachkraft.</u>	
19.26	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	II. 1.9 Z. 279, S. 23 Stellungnahme: Wir unterstreichen den Vorschlag der PatV.	<p>DKG: Aufgrund dieser und ähnlich lautender SN hat sich die DKG der Position der PatV angeschlossen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Patientenvertretung schließt sich der DKG an, weil der Textvorschlag zusätzlich konkretisiert, was bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von DIMA und Schulung zu beachten ist.</p> <p>GKV-SV: Bei der Prüfung digitaler medizinischer Anwendungen (DimAs) gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB bezüglich Ihrer Eignung für die Aufnahme in das DMP Adipositas konnte von Seiten des GKV-SV keine DimA identifiziert werden, die für eine Aufnahme geeignet ist. Entsprechend bedarf es aus Sicht des GKV-SV auch nicht der Aufnahme eines Kapitels für „Geeignete digitale medizinische Anwendungen“ im Beschlusstext.</p> <p>KBV: siehe Würdigung zu 16.26.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
19.27	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	<p>II. 2 Lfd. Nr. 1 und 2 Z. 285, S. 24</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Als Qualitätsziel sollte nicht allein die prozentuale Gewichtsreduktion ausschlaggebend sein, sondern auch eine Veränderung der Körperfettverteilung und der Körperzusammensetzung (zumindest des Bauchumfangs, idealerweise auch der WHR, und/oder der prozentualen Fettmasse und fettfreien Masse (Tabelle 3, S. 12 des IQWiG-Abschlussberichts Leitlinien-Synopse Adipositas - Erwachsene [3] und [11]) betrachtet werden.</p> <p>Lfd. Nr. 1 Z. 285, S. 24</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Gewichtsreduktion von mindestens 5 % bei Adipositas Grad I, Verbesserte Werte der Körperfettverteilung und</p>	<p>Die Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) ist keine Leistung der GKV und kann daher auch im DMP keine Anwendung finden.</p> <p>KBV: siehe Würdigung zu 16.27.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Körperzusammensetzung (adäquater Anteil)“</p> <p>Lfd. Nr. 2</p> <p>Z. 285, S. 24</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Gewichtsreduktion von mindestens 10 % bei Adipositas Grad II und höher, Verbesserte Werte der Körperfettverteilung und Körperzusammensetzung (adäquater Anteil)“</p>	
19.28	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 2</p> <p>Lfd. Nr. 7</p> <p>Z. 285, S. 25</p> <p>Stellungnahme mit 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 in Z. 283-284 ist nicht ausreichend. Die in bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen beschriebene sektorenübergreifende Kooperation [10, 14] bei der</p>	<p>Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		Feststellung von individuellen Zielen wird nicht deutlich. II. 2 Z. 283-284, S. 24 Änderungsvorschlag: <u>„Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt. Auf der Grundlage der bereits bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen Versorgungssektoren wird die Kooperation der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes mit den jeweiligen Fachkräften wie Ernährungsfachkräfte und Physiotherapeuten beim Feststellen der individuellen Ziele, im Rahmen des sektorenübergreifenden Ansatzes, hervorgehoben.“</u>	
19.29	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	II. 4 Z. 306-307, S. 26 Stellungnahme mit Begründung:	GKV-SV, DKG, KBV: Aus der Stellungnahme geht nicht hervor, was unter „ergänzende Angebote“ zu verstehen ist. GKV-SV: Aus Sicht der Krankenkassen kann sich eine Verpflichtung zur Information lediglich auf Leistungen der

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote informiert werden. Die in den Tragenden Gründen unter 4.2. Schulungen der Versicherten erwähnten Gruppenschulungsprogramme (S.60-61) [2] enthalten alle - ergänzend zum Schulungsprogramm - Einzelberatung zur Ernährungsumstellung. Die Möglichkeit der Einzelberatung sollte elementarer Bestandteil des DMP sein.</p> <p>Z. 306-307, S. 26</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme <u>und ergänzender Angebote.</u> [...]“</p>	<p>GKV erstrecken.</p> <p>PatV: siehe Würdigung zu LfD Zeilen-Nr. 16.29</p>
19.30	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023</p>	<p>II. 4.2</p> <p>Z. 315-316, S. 26</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Versicherte sollten über strukturierte Behandlungsprogramme und ergänzende Angebote</p>	<p>GKV-SV, DKG: Aus der Stellungnahme geht nicht hervor, was unter „ergänzende Angebote“ zu verstehen ist.</p> <p>GKV-SV: Aus Sicht der Krankenkassen kann sich eine Verpflichtung zur Information lediglich auf Leistungen der GKV erstrecken.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>informiert werden. Wir unterschreiben den Vorschlag der KBV, DKG.</p> <p>Z. 315-316, S. 26</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Jede Patientin und jeder Patient mit Adipositas soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten <u>und über begleitende und ergänzende Angebote informiert werden.</u>“</p> <p>Ergänzung: In die Liste der Schulungsprogramme sollte das Programm „ICH nehme ab“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V.“, das sich an Menschen mit Präadipositas oder Adipositas Grad 1 ohne Komorbiditäten richtet, aufgenommen werden. Die Wirksamkeit dieses multimodalen Basisprogramms wurde in einer Studie mit 116 Teilnehmenden</p> <p>14 nachgewiesen. Nach einem Jahr haben die Frauen im Mittel 2,3 kg und die Männer im Mittel 4,1 kg abgenommen [21].</p>	<p>Zum Schulungsprogramm „Ich nehme ab“: die Zielgruppe des Programms entspricht nicht der Zielgruppe des DMP in den Entwürfen von GKV-SV und KBV.</p> <p>PatV, KBV: siehe Würdigung Ldf Zeilen-Nr. 16.30</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
19.31	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023	<p>Anlage 24 Lfd. Nr. 4a + 4b, S. 29</p> <p>Stellungnahme mit 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>Lfd. Nr. 4a, S. 29</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>„Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung. <u>Überleitung</u></p> <p><u>an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/ nicht</u></p>	<p>Den Ausführungen der Stellungnehmer in Bezug auf leistungsrechtliche Implikationen kann nicht gefolgt werden. Die Heilmittelrichtlinie 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 Richtlinien (z.B. der Heilmittelrichtlinie des G-BA) abweichen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p><u>erfolgt.“</u></p> <p>Lfd. Nr. 4b, S. 29</p> <p>Änderungsvorschlag: „Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung seit der letzten Dokumentation. <u>Überleitung an eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erfolgt/nicht erfolgt.“</u></p>	
19.32	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 28.08.2023</p>	<p>Literaturverzeichnis Literaturverzeichnis</p> <p>1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation), Stand: 19.07.2023. Berlin: G-BA; 2023.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation), Stand: 19.07.2023. Berlin: G-BA; 2023.</p> <p>3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Abschlussbericht; Auftrag V21-05 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 08.08.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1408). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf.</p> <p>4. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche; Abschlussbericht; Auftrag V21-07 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 08.08.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1406). URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_abschlussbericht_v1-</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>0.pdf.</p> <p>5. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht; Auftrag: V21-05, Version: 1.0, Stand: 18.08.2022 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 09.08.2023]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_da-vorbericht_v1-0.pdf.</p> <p>6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche; Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht; Auftrag: V21-07, Version: 1.0, Stand: 18.08.2022 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. [Zugriff: 09.08.2023]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_da-vorbericht_v1-0.pdf.</p> <p>7. Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM). Strukturierte curriculäre Fortbildung „ERNÄHRUNGSMEDIZIN“. Lehr-und Lerninhalte für die Fortbildungskurse zur Ernährungsmedizin nach den Richtlinien der Bundesärztekammer. 2. Auflage, Juli 2007.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Aktualisierte Fassung 11.02.2015 (eLearning-Anteil bei Blended Learning). Berlin: BÄK, DGEM; 2015. 1-35. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Ernaehrungsmedizin.pdf.</p> <p>8. Bundesärztekammer. (Muster-)Kursbuch Ernährungsmedizin auf der Grundlage der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018. 2. Auflage. Berlin: BÄK; 17./18.02.2022. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Kursbuecher/2018/20220217_18_MKB_Ernaehrungsmedizin.pdf.</p> <p>9. Bundesärztekammer. BÄK-Curriculum Ernährungsmedizinische Grundversorgung. 1. Auflage. Berlin: BÄK; 23.09.2022. 1-14. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Curriculum_Ernaehrungsmed_Grundversorgung.pdf.</p> <p>10. Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET): DGEM, VDOE, BDEM, VDD, DAEM. Positionspapier: Zusammenarbeit in der ambulanten ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Versorgung. 2021. 1-10. [Zugriff: 21.08.2023]. URL: https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf.</p> <p>11. Federatie Medisch Specialisten, Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), Care for Obesity (C4O)/de Vrije Universiteit van Amsterdam. Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen.[Translation VDD: The Dutch Adult and Children Overweight and Obesity Multidisciplinary Clinical PracticeGuideline]. Amsterdam: Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten, PON, Vrije Universiteit (C4O); Juli 2023. p. 1-324. [Zugriff: 31.07.2023]. (Empfehlungen und Zusammenfassungen in Englisch). URL: https://richtlijnenatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/startpagina_richtlijn_overgewicht_en_obesitas</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>_bij_volwassenen_en_kinderen.html.</p> <p>12. Igl, G. Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie. Kapitel 4: Diätassistentinnen und Diätassistenten. S. 23-39. München: Springer Medizin © Urban & Vogel GmbH; 2010. ISBN 978-3-89935-265-8. Das rechtswissenschaftliche Gutachten wird dem G-BA rechtzeitig vom VDD zugeschickt.</p> <p>13. GKV-Spitzenverband. Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 01.02.2022 [online]. [Zugriff: 28.08.2023]. URL: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patientenschulung/2022_03_16_GE_Patientenschulung_Allgemeiner_Teil.pdf</p> <p>14. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung. Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 29.04.2019. p. 1-21. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/19-04-29-KoKreis-EB-RV.pdf.</p> <p>15. Deutscher Bundestag. Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Artikel 1 des Gesetzes über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten und zur Änderung verschiedener Gesetze über den Zugang zu anderen Heilberufen) (Diätassistentengesetz - DiätAssG). Diätassistentengesetz vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist. [Zugriff: 13.08.2023]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/DiätAssG.pdf.</p> <p>16. 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.</p> <p>17. Govers E, Bouwman W, Lourens A, Verkoelen H, Jaime 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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Schweitzer D. Medical Nutritional Therapy Laid in Expert Hands to Strongly Suppress Insulin Resistance and to Restore Metabolic Health; a Review of the Evidence. EC Nutrition 2021;17(7):06-19. [Zugriff: 31.07.2023]. URL: https://www.researchgate.net/profile/Elisabeth-Govers-2/publication/353581909_Medical_Nutritional_Therapy_Laid_in_Expert_Hands_to_Strongly_Suppress_Insulin_Resistance_and_to_Restore_Metabolic_Health_a_Review_of_the_Evidence/links/610415d2169a1a0103c8d72c/Medical-Nutritional-Therapy-Laid-in-Expert-Hands-to-Strongly-Suppress-Insulin-Resistance-and-to-Restore-Metabolic-Health-a-Review-of-the-Evidence.pdf.</p> <p>18. Govers E, Wiggers I, Verkoelen H, Schweitzer D. Insulin Resistance in Primary Dietary Care Practice. Review of the Evidence and a Proposal for Daily Use. EC Nutrition 2021;16(7):125-38. [Zugriff:31.07.2023]. URL: https://www.researchgate.net/publication/353581687_EC_NUTRITION_Review_Article_Insulin_Resistance_in_Primary_Dietary_Care_Practice_Review_of_the_Evidence_and_a_Proposal_for_Daily_Use.</p> <p>19. Govers E, Otten A, Schuiling B, Bouwman W, Lourens A,</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Visscher TLS. Effectiveness of the 6 x 6 Diet® in Obese DMT2 Patients. Effectiveness of a Very Low Carbohydrate Ketogenic Diet Compared to a LowCarbohydrate and Energy-Restricted Diet in Overweight/Obese Type 2 Diabetes Patients. Int J Endocrinol Metab Disord 2019;5(2):1-10. DOI: 10.16966/2380-548X.158. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: https://www.efad.org/wp-content/uploads/2021/11/6x6-diet-ijemd158-september-2019.pdf.</p> <p>20. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014, zuletzt geändert am 19. Januar 2023. Anlage 1 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2. S. 1-32, S. 82-84. Berlin: G-BA; 2023. [Zugriff: 10.08.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3197/DMP-A-RL_2023-01-19_iK-2023-07-01.pdf.</p> <p>21. Scholz GH, Flehmig G, Scholz M, Klepzig Y, Gutknecht D, Kellner K, et al. Evaluation des DGE-Selbsthilfeprogramms "ICH nehme ab". Ernährungs-Umschau 2005;52(6):226-31.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		[Zugriff: 14.08.2023]. URL: https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2005/06_2005/EU_06_05_226_231.pdf .	
20	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e.V. vom 28.08.2023		
20.1	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e.V. vom 28.08.2023	<p>Körperliche Aktivität und körperliches Training sind wichtige Pfeiler von Prävention und Behandlung der Adipositas. Hierzu liegt überzeugende wissenschaftliche Evidenz zu einer Vielzahl an klinischen und trainingswissenschaftlichen Endpunkten vor. Dem trägt der vorgelegte Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL zum DMP Adipositas und der Adipositas Dokumentation weitgehend Rechnung.</p> <p>Gleichzeitig bestehen aus unserer Sicht Implikationen für einige Änderungen, welche wir bei den spezifischen Aspekten (S. 3f dieser Stellungnahme) detailliert herausarbeiten.</p>	Dank und Kenntnisnahme
20.2	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie	1.3.1 Stellungnahme mit Begründung:	

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	(DVGS) e.V. vom 28.08.2023	<p>Aus diagnostischer Perspektive empfehlen wir, neben der körperlichen und sportlichen Aktivität auch die körperliche Fitness als prognostisches Kriterium zu berücksichtigen. In einer systematischen Übersichtsarbeit von Barry et al. (2014) konnte ein direkter negativer Zusammenhang zwischen kardiorespiratorischer Fitness und Mortalität beobachtet werden. Bemerkenswert ist hierbei, dass dieser Zusammenhang nicht nur statistisch unabhängig vom Gewichtsstatus ausfällt, sondern ein höhere kardiorespiratorische Fitness den negativen Effekt von Übergewicht und Adipositas sogar zu großen Teilen aufhoben. Konkret zeigte die Meta-Analyse über 10 prospektive Kohortenstudien, in welchen adipöse kardiovaskulär fitte Personen mit der fitten, normalgewichtigen Referenzgruppe verglichen wurden, einen statistisch nicht signifikanten Zusammenhang (HR: 1.21; 95% Konfidenzintervall (KI): 0.95 - 1.52). Dies geht soweit, dass die American Heart Association (Ross et al. 2016, S. e653) in einem evidenzbasierten Statement die Bedeutung von kardio-respiratorischer Fitness (Englisch CRF) explizit hervorgehoben hat: „A growing body of epidemiological and clinical evidence demonstrates not only</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>that CRF is a potentially stronger predictor of mortality than established risk factors such as smoking, hypertension, high cholesterol, and type 2 diabetes mellitus, but that the addition of CRF to traditional risk factors significantly improves the reclassification of risk for adverse outcomes.“</p> <p>Auch im Kontext chirurgischer Eingriffe sei auf die Bedeutung der kardiorespiratorischen Fitness verwiesen. Während der Einfluss des Gewichtsstatus auf die peri- und postoperative Komplikations- und Mortalitätsrate kontrovers diskutiert wird (Gurunathan et al., 2016; Tjeertes et al., 2015), zeigen Menschen mit niedriger kardiorespiratorische Fitness eine erhöhte peri- und postoperative Komplikations- und Mortalitätsrate (Myers et al., 2016; Rose et al., 2022). Gerade im Kontext bariatrischer Operationen scheint eine gute kardiorespiratorische Fitness ein wichtiger Prädiktor für das perioperative Komplikationsrisiko zu sein (McCullough et al., 2006). Auf Basis dessen empfiehlt die American Heart Association explizit, dass die kardiorespiratorische Fitness im Vorfeld bariatrischer Operationen zur Risikobewertung der Patienten erhoben werden sollte (Poirier et al., 2009, S. 86): “When preoperatively evaluating risk for surgery, the clinician</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>should consider age, gender, cardiorespiratory fitness, electrolyte disorders, and heart failure as independent predictors for surgical morbidity and mortality.“ Im Statement heißt es weiter (ebd., S. 90): "The composite complication rate of death, unstable angina, myocardial infarction, deep venous thrombosis, pulmonary embolism, renal failure, and stroke occurred in 16.6% of severely obese patients whose peak oxygen consumption was <math><15.8 \text{ mL} \cdot \text{x kg}^{-1} \times \text{min}^{-1}</math> but in only 2.8% of those whose cardiorespiratory fitness was <math>\geq 15.8="" \text{="" \text{kg}^{-1}="" \text{min}^{-1}<="" \times="" math="" ml}="">.“ Das heißt, gerade wenn eine operative Maßnahme gegen Adipositas angezeigt ist, sollte die kardiorespiratorische Fitness als zentraler Risikofaktor berücksichtigt und somit erhoben werden. Üblicherweise wird die kardiorespiratorische Fitness anhand der der VO2max (maximale Sauerstoffaufnahme) operationalisiert, welche durch Spiroergometrie oder submaximale Belastungstests überprüft werden kann (zusammenfassend Frühauf et al., 2023).</math>\geq></p> <p>Nicht nur die kardiorespiratorische Fitness, sondern auch die Kraftfähigkeit stellt einen wichtigen Prädiktor für Mortalität dar, welcher zwar nicht mit dem Gewichtsstatus interagiert</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>und dessen negativen Effekt nahezu aufzuheben vermag, allerdings als unabhängiger Haupteffekt einen inkrementellen Mehrwert mit sich bringt (Stenholm et al., 2014). Für ein Assessment der Kraftfähigkeit hat sich vor allem eine Testung der Griffkraft als valide und ökonomisch anwendbar erwiesen (vgl. u.a. Garcia-Hermoso et al., 2019)</p> <p>Änderungsvorschlag: Im Paragraph 1.3.1 sollten die Variablen „Kardiorespiratorische Fitness“ sowie „Kraftfähigkeit“ ergänzt werden.</p>	<p>KBV, PatV, DKG: Der Vorschlag wird nicht aufgenommen, da die Einschätzung der kardiorespiratorischen Fitness und der Kraftfähigkeit unter dem Punkt „Bewegungsumfang im Alltag (auch im Rahmen der beruflichen Tätigkeit) und sportliche Aktivität“ subsummiert sind. Die KBV verweist auf die Hinzunahme eines Fragebogens, bpw. des Fragebogens des Bundesverbands Deutscher Ernährungsmediziner e.V.: „Erfassungsbogen Adipositas“, in dem differenzierte Fragen zur Bewegung gestellt werden. Auch die Erfassung des Ernährungsverhaltens im Rahmen der Indikationsspezifischen Erstanamnese wird in der RL nicht detailliert dargestellt, beinhaltet aber auch eine differenzierte Erfassung von Essverhalten, Nahrungsmittel, Menge, Frequenz etc. Eine differenzierte Darstellung aller Unterpunkte in der Richtlinie würde den Detailgrad einer untergesetzlichen Norm überschreiten.</p> <p>GKV-SV: Der Vorschlag wird nicht aufgenommen. Eine grobe Abschätzung der Fitness ergibt sich aus der Abfrage des allgemeinen Bewegungsumfanges bei der Erstanamnese.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
20.3	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e.V. vom 28.08.2023	<p>Durchgehend bzw. in einzeln im Änderungsvorschlag benannten Kapiteln</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>In den Handlungsfeldern körperliche Aktivität und Training sowie Sport gibt es eine große Begriffsvielfalt, die aus unserer Sicht dazu führt, dass die Interventionen ungenau abgebildet werden. Wir empfehlen daher die Begriffe „körperliches Training“ und "körperliche Aktivität“ zu differenzieren sowie die deutlich engeren Begriffe „Sport“ oder „sportliche Aktivität“ auszusparen (mit Ausnahme des „Rehabilitationssports“, welcher unter diesem Terminus als Versorgungsform etabliert ist).</p> <p>„Körperliches Training“ beschreibt körperliche Aktivität die systematisch, wiederholt und mit dem Ziel durchgeführt wurde, eine Störung der Homöostase zu provozieren, welche zu physiologischen Anpassungen (z.B. Muskulatur, Herz-</p>	<p>GKV-SV, DKG, PatV: Die Einwände sind aus sportmedizinischer Perspektive nachvollziehbar. Allerdings ist es etablierter Sprachgebrauch, im Kontext der Basismaßnahmen zur Behandlung der Adipositas die Trias „Ernährung, Bewegung und Verhalten“ zu adressieren. Der Begriff Sport findet im Entwurf im Übrigen keine Erwähnung. Darüber hinaus wurde das Kapitel zur Bewegung dahingehend angepasst, dass nunmehr festgestellt wird, dass zur Erreichung des Ziels sowohl eine Steigerung der körperlichen Aktivität in Alltag und Beruf als auch ein gezieltes körperliches Training in der Freizeit beitragen können. Der Empfehlung einer differenzierten Auswertung von „körperlicher Alltagsaktivität“ und „körperlichem Training“ im Rahmen der Evaluation folgt der GKV-SV ebenfalls.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Kreislauf-System) führt (Fröhlich & Ludwig, 2023, Winter & Fowler, 2009). „Körperliche Aktivität“ stellt im Gegensatz hierzu jedwede Form von Bewegung dar, welche durch Muskelkontraktionen ausgelöst wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt (Caspersen et al., 1985, Winter & Fowler, 2009). Im vorliegenden Kontext soll der Begriff „körperliche Aktivität“ jedoch als synonym zu gesundheitsförderlichen Alltagsaktivitäten (englisch HEPA - Health enhancing physical activities) verwendet werden.</p> <p>„Sport“ wird hingegen üblicherweise z. B. mit Leistung und Wettkampf in Zusammenhang gebracht und stellt eine „historisch-kulturell definierte Untergruppe von ‚körperlicher Aktivität‘“ dar (Abu-Omar & Rütten, 2006). Mit Sport können negative Erfahrungen, auch bereits aus dem Kindes- und Jugendalter verknüpft sein (Lehrke & Laessle, 2009).</p> <p>Weiterhin empfehlen wir, bei dem Begriff des Bewegungsumfangs (1.3.1) stärker zu differenzieren und stattdessen von Bewegungsdauer, -intensität und -häufigkeit zu sprechen.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Dementsprechend empfehlen wir, folgende Passagen sprachlich anzupassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.3.1/1.4: „Bewegungsumfang im Alltag (auch im Rahmen der beruflichen Tätigkeit) und sportliche Aktivität“ —> „Dauer, Intensität und Häufigkeit von jeglicher körperlicher Aktivität“ • 1.5.3: Überschrift „Bewegung“ —> „Körperliche Aktivität und körperliches Training“ • Durchgehend: „sportliches Training“ —> „körperliches Training“ • Durchgehend: „körperliche Alltagsaktivität“ —> „körperliche Aktivität“ • 1.5.3 (S. 10) „Trainings“ —> „körperlichen Trainings“ • Anlage 24: „Regelmäßige Bewegung“ —> „regelmäßige körperliche Aktivität“ <p>Unter 5 empfehlen wir als bewegungsbezogene Parameter „g)</p>	<p>KBV: siehe zu 20.2</p> <p>Zu 1.5.3, durchgehend, und Anlage 24: Dank und Kenntnisnahme. Die Vorschläge wurden angenommen und der BE und TrG entsprechend angepasst.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Körperliche Aktivität“ und „h) gezieltes körperliches Training“ zu verwenden.</p>	
<p>20.4</p>	<p>Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e.V. vom 28.08.2023</p>	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>Abu-Omar, K. & Rütten, A. (2006). Sport oder körperliche Aktivität im Alltag. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 49:1162–1168.</p> <p>Barry, V. W., Baruth, M., Beets, M. W., Durstine, J. L., Liu, J., & Blair, S. N. (2014). Fitness vs. fatness on all-cause mortality: a meta-analysis. Progress in cardiovascular diseases, 56(4), 382-390.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Batrakoulis, A., Jamurtas, A. Z., Metsios, G. S., Perivoliotis, K., Liguori, G., Feito, Y., ... & Fatouros, I. G. (2022). Comparative efficacy of 5 exercise types on cardiometabolic health in overweight and obese adults: A systematic review and network meta-analysis of 81 randomized controlled trials. <i>Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes</i>, 15(6), e008243.</p> <p>Colberg, S. R., Sigal, R. J., Yardley, J. E., Riddell, M. C., Dunstan, D. W., Dempsey, P. C., ... & Tate, D. F. (2016). Physical activity/exercise and diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. <i>Diabetes care</i>, 39(11), 2065.</p> <p>Cosentino, F., Grant, P. J., Aboyans, V., Bailey, C. J., Ceriello, A., Delgado, V., ... & Wheeler, D. C. (2020). 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). <i>European heart journal</i>, 41(2), 255-323.</p> <p>Edwards, J. J., Deenmamode, A. H., Griffiths, M., Arnold, O.,</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Cooper, N. J., Wiles, J. D., & O'Driscoll, J. M. (2023). Exercise training and resting blood pressure: a large-scale pairwise and network meta-analysis of randomised controlled trials. <i>British Journal of Sports Medicine</i>.</p> <p>Ekkekakis, P., Vazou, S., Bixby, W. R., & Georgiadis, E. (2016). The mysterious case of the public health guideline that is (almost) entirely ignored: call for a research agenda on the causes of the extreme avoidance of physical activity in obesity. <i>Obesity reviews</i>, 17(4), 313-329.</p> <p>Francque, S. M., Marchesini, G., Kautz, A., Walmsley, M., Dorner, R., Lazarus, J. V., ... & Lionis, C. (2021). Non-alcoholic fatty liver disease: A patient guideline. <i>JHEP Reports</i>, 3(5), 100322.</p> <p>Fröhlich, M., & Ludwig, O. (2023). Trainingsbegriff im Sport. In <i>Bewegung, Training, Leistung und Gesundheit: Handbuch Sport und Sportwissenschaft</i> (pp. 717-732). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.</p> <p>Frühauf, A., Kugler, J., Spitzer, S. et al. (2023) Messung der kardiorespiratorischen Fitness mit unterschiedlichen</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Kurzbelastungstests. Präz Gesundheitsf 18, 267–273.</p> <p>Garcia-Hermoso, A., Tordecilla-Sanders, A., Correa-Bautista, J.E. et al. (2019). Handgrip strength attenuates the adverse effects of overweight on cardiometabolic risk factors among collegiate students but not in individuals with higher fat levels. <i>Sci Rep</i> 9, 6986.</p> <p>Gurunathan, U., & Myles, P. S. (2016). Limitations of body mass index as an obesity measure of perioperative risk. <i>BJA: British Journal of Anaesthesia</i>, 116(3), 319-321.</p> <p>Huber, G. (2009). Normalgewicht-das Deltaprinzip. Deutscher Ärzteverlag.</p> <p>Jakicic, J. M., Rogers, R. J., Davis, K. K., & Collins, K. A. (2018). Role of physical activity and exercise in treating patients with overweight and obesity. <i>Clinical chemistry</i>, 64(1), 99-107.</p> <p>Johnson, N. A., Sultana, R. N., Brown, W. J., Bauman, A. E., & Gill, T. (2021). Physical activity in the management of obesity in adults: A position statement from Exercise and Sport Science Australia. <i>Journal of Science and Medicine in Sport</i>, 24(12), 1245-1254.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Kim, K. B., Kim, K., Kim, C., Kang, S. J., Kim, H. J., Yoon, S., & Shin, Y. A. (2019). Effects of exercise on the body composition and lipid profile of individuals with obesity: a systematic review and meta-analysis. <i>Journal of obesity & metabolic syndrome</i>, 28(4), 278.</p> <p>Lehrke, S. & Laessle, R.G. (2009). <i>Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Basiswissen und Therapie.</i> Heidelberg: Springer.</p> <p>McCullough, P. A., Gallagher, M. J., Dejong, A. T., Sandberg, K. R., Trivax, J. E., Alexander, D., ... & Franklin, B. A. (2006). Cardiorespiratory fitness and short-term complications after bariatric surgery. <i>Chest</i>, 130(2), 517-525.</p> <p>Myers, J. N., & Fonda, H. (2016). The impact of fitness on surgical outcomes: the case for prehabilitation. <i>Translational Journal of the American College of Sports Medicine</i>, 1(12), 103-110.</p> <p>Poirier, P., Alpert, M. A., Fleisher, L. A., Thompson, P. D., Sugerman, H. J., Burke, L. E., ... & Franklin, B. A. (2009). Cardiovascular evaluation and management of severely obese patients undergoing surgery: a science advisory from the</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>American Heart Association. Circulation, 120(1), 86-95.</p> <p>Rose, G. A., Davies, R. G., Appadurai, I. R., Williams, I. M., Bashir, M., Berg, R. M., ... & Bailey, D. M. (2022). 'Fit for surgery': the relationship between cardiorespiratory fitness and postoperative outcomes. Experimental Physiology, 107(8), 787-799.</p> <p>Ross, R., Blair, S. N., Arena, R., Church, T. S., Després, J. P., Franklin, B. A., ... & Wisløff, U. (2016). Importance of assessing cardiorespiratory fitness in clinical practice: a case for fitness as a clinical vital sign: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation, 134(24), e653-e699.</p> <p>Shook, R. P., Hand, G. A., Drenowatz, C., Hebert, J. R., Paluch, A. E., Blundell, J. E., ... & Blair, S. N. (2015). Low levels of physical activity are associated with dysregulation of energy intake and fat mass gain over 1 year. The American journal of clinical nutrition, 102(6), 1332-1338.</p> <p>Smith, N. A., Martin, G., & Marginson, B. (2022). Preoperative assessment and prehabilitation in patients with obesity undergoing non-bariatric surgery: A systematic review.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Journal of Clinical Anesthesia, 78, 110676.</p> <p>Stenholm, S., Mehta, N. K., Elo, I. T., Heliövaara, M., Koskinen, S., & Aromaa, A. (2014). Obesity and muscle strength as long-term determinants of all-cause mortality—a 33-year follow-up of the Mini-Finland Health Examination Survey. <i>International journal of obesity</i>, 38(8), 1126-1132.</p> <p>Tjeertes, E. E., Hoeks, S. S., Beks, S. S., Valentijn, T., Hoofwijk, A. A., & Stolker, R. J. R. (2015). Obesity—a risk factor for postoperative complications in general surgery?. <i>BMC anesthesiology</i>, 15(1), 1-7.</p> <p>Tsai, A., & Schumann, R. (2016). Morbid obesity and perioperative complications. <i>Current Opinion in Anesthesiology</i>, 29(1), 103-108.</p> <p>Winter, E. M., & Fowler, N. (2009). Exercise defined and quantified according to the Systeme International d'Unites. <i>Journal of sports sciences</i>, 27(5), 447-460.</p> <p>Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M., Schindler, K., Busetto, L., Micic, D., & Toplak, H. (2015). European guidelines for obesity management in adults. <i>Obesity facts</i>, 8(6), 402-424.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
21	Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC) vom 28.08.2023		
21.1	Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC) vom 28.08.2023	Mit Blick auf die vorangegangene Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene (IQWiG-Berichte – Nr. 1408), möchten wir unser Unverständnis zum Ausdruck bringen, dass den Empfehlungen der AACE Leitlinie von 2018 sowie jenen der DGAV Leitlinie 2018, erstellt auch mit unserer Beteiligung, weitestgehend eine geringe methodische Qualität (GRADE <3) zugesprochen wurde. Die in Überarbeitung befindliche Leitlinie der DGAV gibt für die Behandlung Adipositas Erkrankter in Deutschland die weitreichendsten Empfehlungen, sie wurde unter der Moderation der AWMF als S3-Leitlinie erstellt.	Aus dem Kapitel A3.3 Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien und der Tabelle 2 (Seite 8) der Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene (2022) geht hervor, dass die deutsche chirurgische Leitlinie (DGAV2018) im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen keine geringe methodische Qualität aufweist.
21.2	Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC) vom 28.08.2023	1.5.6.1 Chirurgische Verfahren Stellungnahme mit Begründung: In der Leitliniensynopse wurde die Aufnahme der Information zu einer möglichen Vorstellung in der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie als additiver Inhalt empfohlen (S. 37 & S. 183). Im Entwurf für das DMP wurde diese übernommen: „Jede Patientin oder jeder	DKG: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV: Aus Sicht des GKV-SV kann es nur Gegenstand eines primär hausärztlichen DMP sein, in diesem Kontext die Schnittstelle bzw. die Bedingungen zu weiterführenden Maßnahmen wie der Adipositaschirurgie zu definieren. Dies ist im betreffenden Abschnitt 1.5.6 erfolgt. Der Absatz schließt

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Patient, die oder der nachhaltig an Gewicht verloren hat, sollte über die Möglichkeit informiert werden, sich von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Plastische Chirurgie beraten lassen zu können.“ Dies wird, wie auch die zuvor benannten chirurgischen Verfahren (hierzu erreicht Sie eine Stellungnahme der CAADIP der DGAV), lediglich von der DKG unterstützt. Patientenvertreter, GKV Spitzenverband sowie die KBV plädieren aus nicht verständlichen Gründen gegen eine Aufnahme und führen hierzu auch keine Argumente an.</p> <p>In einem Selektivvertrag des Universitätsklinikums Leipzig mit der AOK Plus ergaben sich zum 31.12.2021 folgende Daten: - 1524 Patienten gesamt im AOK Programm bis 31.12.21</p> <ul style="list-style-type: none"> - davon wurden 267 AOK Patienten bis 31.12.21 Adipositas-chirurgisch versorgt - davon wurden bis 31.12.21 60 Patienten zur Plastischen Chirurgie übergeleitet <p>Im Rahmen des oben genannten Selektivvertrags am Universitätsklinikum Leipzig AÖR wurde die Indikation zur plastisch-chirurgischen Vorstellung in einem interdisziplinären Adipositas-Board unter Beteiligung der</p>	<p>mit der Aussage, dass die Patientin bzw. der Patient über Nutzen, Risiken und die Notwendigkeit einer lebenslangen Nachsorge zu informieren sind. Über Details zu einzelnen chirurgischen Verfahren sowie ggf. Folgeeingriffe wie plastische Operationen ist am Ort der Operationen durch die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte zu informieren.</p> <p>KBV, PatV: Eine plastische Chirurgie nach Adipositas-Chirurgie ist nur in Ausnahmefällen GKV-Leistung.</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Plastischen Chirurgie diskutiert. Hierbei wurde im Voraus eine Kostenübernahme für Abdominoplastiken im Falle der gemeinsamen Indikationsstellung erteilt. Von 267 bariatrisch versorgten Patienten wurden nur 60 Patienten plastisch-chirurgisch vorgestellt. Dies demonstriert, dass trotz der Möglichkeit einer großzügigen Indikationsstellung eine genaue und maßvolle Überprüfung der Indikation vorgenommen wurde. Durch die Inklusion der Plastischen Chirurgie in die Behandlung (post)bariatrischer Patienten wurde in diesem vom Innovationsfond geförderten Projekt der integralen Rolle der Plastischen Chirurgie Rechnung getragen. Publikationen zu dem Projekt sind in Arbeit und können hier daher nicht zitiert werden. Es gibt aber bereits hinreichend internationale Studien, die eine Steigerung der Lebensqualität nach postbariatrischen Eingriffen belegen. Nachfolgend einige exemplarische Ergebnisse:</p> <p>Poulsen et al. (1) stellten bereits 2017 dar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Knapp 500 PatientInnen in den Niederlanden wurden im Verlauf ihrer bariatrischen Therapie zu Lebensqualität untersucht 	

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<ul style="list-style-type: none"> - PatientInnen nach Body Contouring waren zufriedener und gaben eine höhere Lebensqualität an als präbariatrisch - PatientInnen ohne überschüssige Haut waren zufriedener und gaben eine höhere Lebensqualität an als solche mit Haut-/Gewebeüberschüssen <p>Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Elfanagely et al (2) 2022: - Matched pair-Analyse Body Contouring nach Gewichtsverlust vs. kein Body Contouring</p> <ul style="list-style-type: none"> - PatientInnen, die postbariatrisch kein Body Contouring erhalten haben, waren in Hinblick auf ihren Körper und Lebensqualität deutlich unzufriedener, diese Unzufriedenheit nahm sogar zu - PatientInnen, die postbariatrisch Body Contouring erhalten haben, hatten eine signifikant höhere Lebensqualität <p>Auch Gilmartin et al. (3) konnten diesen Zusammenhang 2016 darlegen und haben auch die soziale Teilhabe in den Blick genommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systematic Review, Einschluss von neun quantitativen 	

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> - PatientInnen, die postbariatrisch Body Contouring erhalten haben, hatten <ul style="list-style-type: none"> o Höhere Zufriedenheit mit dem eigenen Körper o Verbessertes Selbstwertgefühl o Verbesserte körperliche Funktionen / weniger Schmerzen o Verbesserte soziale Funktionen <p>EIAbd R. et al (4) konnten in einer Metaanalyse zeigen, dass das postbariatrische Body Contouring den Gewichtsverlust nachhaltig fördert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metaanalyse, Einschluss von elf Artikel (691 PatientInnen nach Body Contouring, 1616 Kontrollen ohne Body Contouring) - Postbariatrisches Body Contouring verbessert den Gewichtsverlust, PatientInnen, die postbariatrisch Body Contouring erhalten haben, hatten <ul style="list-style-type: none"> o Niedrigeren BMI 	

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>o Verloren mehr des überschüssigen Gewichts</p> <p>Marof et al (5) konnten in einer Metaanalyse weiterhin zeigen, dass die Komplikationsrate bei postbariatrischen Eingriffen gering sind, im Wesentlichen kommt es zu Minorkomplikationen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metaanalyse, Einschluss von 25 Studien - Komplikationsrate bei postbariatrischem Body Contouring insgesamt 31,55% - Jedoch vornehmlich Minorkomplikationen - Häufigste Komplikation: Serome - Risiken verringert bei BMI < 30 kg/m² <p>Änderungsvorschlag: Wir bitten dringend um Aufnahme des eingangs zitierten Passus, um eine leitliniengerechte, dem internationalen Standard entsprechende postbariatrische Versorgung zu gewährleisten.</p>	
21.3	Deutsche Gesellschaft für Plastische,	Literaturverzeichnis 1. Poulsen L, Klassen A, Rose M, Roessler KK, Juhl CB, Støving	

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
	<p>Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC) vom 28.08.2023</p>	<p>RK, Sørensen JA. Patient-Reported Outcomes in Weight Loss and Body Contouring Surgery: A Cross-Sectional Analysis Using the BODY-Q. <i>Plast Reconstr Surg.</i> 2017 Sep;140(3):491-500. doi: 10.1097/PRS.0000000000003605. PMID: 28841609.</p> <p>2. Elfanagely O, Rios-Diaz AJ, Cunning JR, Othman S, Morris M, Messa C 4th, Broach RB, Fischer JP. A Prospective, Matched Comparison of Health-Related Quality of Life in Bariatric Patients following Truncal Body Contouring. <i>Plast Reconstr Surg.</i> 2022 Jun 1;149(6):1338-1347. doi: 10.1097/PRS.00000000000009098. Epub 2022 Apr 5. PMID: 35383722.</p> <p>3. Gilmartin J, Bath-Hextall F, Maclean J, Stanton W, Soldin M. Quality of life among adults following bariatric and body contouring surgery: a systematic review. <i>JBIS Database System Rev Implement Rep.</i> 2016 Nov;14(11):240-270. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003182. PMID: 27941519.</p> <p>4. ElAbd R, Samargandi OA, AlGhanim K, Alhamad S, Almazeedi S, Williams J, AlSabah S, AlYouha S. Body Contouring Surgery Improves Weight Loss after Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Aesthetic</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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 16. November 2023)
		<p>Plast Surg. 2021 Jun;45(3):1064-1075. doi: 10.1007/s00266-020-02016-2. Epub 2020 Oct 23. PMID: 33095301.</p> <p>5. Marouf, A., Mortada, H. Complications of Body Contouring Surgery in Postbariatric Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Aesth Plast Surg 45, 2810–2820 (2021). https://doi.org/10.1007/s00266-021-02315-2</p>	

II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden nicht fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)	29. August 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

III. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 19. Juli 2023 eingeladen bzw.im Unterausschuss ... angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e. V.	28. September 2023	ja
Adipositas Verband Deutschland e.V.	22. September 2023	ja
BerufsVerband Oecotrophologie e. V. (VDOE)	25. September 2023	ja
Bundesamt für Soziale Sicherung	nein	nein
Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED)	29. September 2023	ja
Bundesverband Medizintechnologie e. V.	25. September 2023	ja
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie (CAADIP) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)	4. Oktober 2023	ja
Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) gemeinsam mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG), der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) sowie der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP)	25. September 2023	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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie	21. September 2023	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.	28. September 2023	ja
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	28. September 2023	ja
Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e. V. (eVAA)	27. September 2023	ja
Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV)	10. Oktober 2023	ja
Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe e. V. (VDBD)	25. September 2023	ja
Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)	23. September 2023	ja
Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)	28. September 2023	ja
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	11. Oktober 2023	ja

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 11. Oktober 2023 durchgeführt.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 11. Oktober 2023) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Adipositas Verband Deutschland e.V.	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	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.
3.	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.
4.	Bundesverband Medizintechnologie e. V.	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme ge-

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 11. Oktober 2023) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	und metabolische Chirurgie (CAADIP) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)		nannten hinausgehen.
6.	Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) gemeinsam mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG), der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) sowie der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und	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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 11. Oktober 2023) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	Prävention e.V. (DGSP)		
7.	Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
8.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
9.	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
10.	Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e. V. (eVAA)	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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 11. Oktober 2023) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
11.	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
12.	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe e. V. (VDBD)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
13.	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.
14.	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.

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 Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 11. Oktober 2023) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
15.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine Aspekte, die zur Änderung des Beschlussentwurfs führen.



Wortprotokoll

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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 11. Oktober 2023

Vorsitzende:	Frau Maag
Beginn:	10:47 Uhr
Ende:	11:43 Uhr
Ort:	Gemeinsamer Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin (Hybridsitzung)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Anhörung

Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e. V. (AcSD):

Frau ...

Herr ...

Adipositas Verband Deutschland e. V. (Adipositas Verband):

Frau ...

Frau ...

BerufsVerband Oecotrophologie e. V. (VDOE):

Frau Prof. Dr. ...

Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED):

Herr ...

Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed):

Herr ...

Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositaschirurgie und metabolische Chirurgie (CAADIP)
der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV):

Herr Prof. Dr. ...

Deutsche Adipositas-Gesellschaft e. V. (DAG):

Herr Prof. Dr. ...

Herr ...

Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP):

Frau Prof. Dr. ...

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE):

Frau Prof. Dr. ...

Frau Dr. ...

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V.
(DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM):

Herr Dr. ...

Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e. V. (eVAA):

Frau Dr. ...

Herr Prof. Dr. ...

Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV):

Frau Dr. ...

Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe e. V. (VDBD):

Frau Dr. ...

Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD):

Frau ...

Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED):

Frau Dr. ...

Frau ...

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM):
Herr Dr. ...

Beginn der Anhörung: 10:47 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind der Sitzung zugeschaltet.)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Wir beginnen jetzt mit der Anhörung zum Tagesordnungspunkt 6. Vorab haben wir aber noch einen formalen Punkt zu klären, nämlich die Teilnahme des Vertreters der DEGAM. Sie haben es mitbekommen; wir haben es auch gestern diskutiert. Die DEGAM hat aufgrund eines Zuständigkeitswechsels versäumt, eine Stellungnahme abzugeben.

Ich frage jetzt noch einmal ganz formal ab: Kann ich davon ausgehen, dass der Vertreter der DEGAM in dem üblichen Rahmen, nämlich drei Minuten für die Stellungnahme und anschließende Befragung, zugelassen werden kann? Gibt es Bedenken? – Das ist nicht der Fall. Dann lassen wir den Vertreter der DEGAM zu.

G-BA: Guten Tag an der Stelle. – Wir haben eine eingewählte Telefonnummer, die mit 2732 beginnt und dann folgen noch sieben weitere Ziffern. Könnten Sie sich kurz verifizieren oder uns mitteilen, wer Sie sind oder welche Organisation Sie vertreten? – Wir würden ansonsten jetzt die Telefonnummer aus der Sitzung entfernen. Sollte das nicht richtig sein, müssten Sie sich bitte noch einmal neu einwählen. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Jetzt haben wir hoffentlich alle Formalien geklärt und kommen zur Anhörung zum Tagesordnungspunkt 6. – Meine Damen und Herren, die an der Anhörung teilnehmen! Ich bitte Sie, wenn Sie aufgerufen werden, das Mikrofon zu verwenden und zu Beginn Ihres Wortbeitrages immer zunächst den Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen. Das ist wichtig, weil wir ein Wortprotokoll erstellen, das auch nachher im Internet veröffentlicht wird. Sie erleichtern uns damit sehr die Arbeit.

Sie können davon ausgehen, dass wir Ihre schriftlichen Stellungnahmen gelesen haben. Es besteht heute die Gelegenheit zu vertiefen, zu pointieren oder Dinge zu erwähnen, die Sie noch nicht schriftlich vorgetragen haben. Sie haben dafür jeweils drei Minuten Zeit. Wir haben eine schöne Sanduhr, die Ihnen beim Zeitmanagement helfen soll.

Sofern es keine Einwände aus dem Unterausschuss gibt, würde ich vorschlagen, dass wir insgesamt drei Blöcke mit jeweils fünf Stellungnahmen vortragen lassen und dass nach den fünf Stellungnahmen Fragen gestellt werden können. Ich schaue jetzt in die Runde des Unterausschusses: Sind Sie damit einverstanden? – Jawohl! Danke schön.

Fünfzehn Organisationen sind angemeldet. Ich rufe Sie in der Reihenfolge des Eingangs Ihrer Stellungnahmen auf. Es beginnt die Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland. Es haben sich Herr ... (AcSD) und Frau ... (AcSD) angemeldet. Wem darf ich das Wort erteilen? Sie haben jedenfalls insgesamt drei Minuten Zeit. – Herr ... (AcSD) oder Frau ... (AcSD)?

Frau ... (AcSD): Einen schönen guten Morgen. Mein Name ist ... (AcSD). Ich bin die erste Vorsitzende von der Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland.

Was mir noch einmal wichtig zu erwähnen wäre, ist: Ich bin eine Patientin mit extremer Adipositas. Als ich gehört habe, dass das DMP kommen wird, habe ich mich unheimlich gefreut, weil das ein Hoffnungsschimmer war, eine Behandlung zu bekommen. Jetzt, wo ich das gelesen habe, bin ich ehrlich gesagt, sehr hoffnungslos, traurig, enttäuscht. Denn das, was wir angeboten bekommen, ist eine Schulung. Das wird sehr wenigen von uns Betroffenen helfen.

Wir Patienten sind sehr mutig, vielleicht sogar übermütig, hoffnungsvoll und erlauben uns viele Dinge in Behandlungsfragen, die noch nicht einmal wirklich erprobt sind. Je weniger Hoffnung wir haben, desto mehr stecken wir Hoffnung in Dinge, die gar nicht gut für uns sind.

Beispielsweise in irgendjemanden, der uns irgendwelche Pulver oder sonst irgendetwas verkauft. Das führt eigentlich immer dazu, dass die Erkrankung schlimmer und schlimmer wird.

Wenn ich jetzt das DMP sehe, sehe ich eigentlich genau das, dass viele Betroffene wieder ein Stück Hoffnung in das System verlieren. Ich würde mir ein bisschen mehr Mut zum Machen, zum Ausprobieren wünschen. Denn das ist das, was ein Patient tut. – Jetzt gebe ich an Herrn ... (AcSD) ab.

Herr ... (AcSD): Ich würde nur noch einen Gedanken ergänzen: Der Gesetzgeber hat den Auftrag erteilt, ein DMP Adipositas zu schaffen und kein DMP Adipositas und Begleiterkrankungen. Gerade das, was übrigbleibt, nämlich Patientenschulungen, hilft – wenn überhaupt – denen mit einem niedrigen Adipositas-Grad. Von daher würde ich dringend daran appellieren, dass es einen breiten Einschluss gibt, was die Einschreibekriterien angeht und nicht erst die schweren Fälle einschließt. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen beiden. Bleiben Sie bei uns. Wir hören jetzt noch vier weitere Stellungnahmen. – Es folgt der Adipositas Verband Deutschland e. V. Es haben sich Frau ... (Adipositas Verband) und Frau ... (Adipositas Verband) gemeldet. Wem darf ich das Wort erteilen?

Frau ... (Adipositas Verband): Guten Morgen. Hier ist Frau ... (Adipositas Verband), erste Vorsitzende des Adipositas Verbandes. An meiner Seite ist Frau ... (Adipositas Verband), zweite Vorsitzende. Ich hoffe, man kann uns gut verstehen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Jawohl.

Frau ... (Adipositas Verband): Prima. – Wir schließen uns natürlich dem Statement unserer Kollegen an. Auch wir sind beide Patientinnen. Und auch wir haben die Erfahrung machen müssen, dass wir wenig Hilfe bekommen. Auch wir plädieren dafür, dass Adipositas schon in den Anfängen therapiert werden kann und nicht erst, wenn viele Folgeerkrankungen vorliegen. Deswegen plädieren auch wir entweder für einen früheren BMI oder andere Maßstäbe, wie beispielsweise den Bauchumfang zu messen, um auch das gefährliche Bauchfett in den Griff zu bekommen.

Weil man später nicht mehr viel machen kann, muss man dafür sorgen, dass die Leute nicht in der Arbeitslosigkeit landen und in den Krankheitsteufelskreis geraten. Wir brauchen Hilfe; wir brauchen Programme. Ja, auch die! Wir brauchen vor allen Dingen die Therapeuten, die für uns da sind.

Frau ... (Adipositas Verband): Mein Name ist ... (Adipositas Verband) vom Adipositas Verband Deutschland. – Für uns ist natürlich die Entwicklung des DMP immens wichtig, damit jeder Betroffene mit der chronischen Krankheit – es ist eine chronisch fortschreitende Krankheit – auch dauerhaft, qualitätsgesichert, multimodal und leitliniengerecht betreut werden kann. Natürlich schließe ich mich auch meinen Vorrednern an. – Dankeschön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank an den Adipositas Verband Deutschland. – Es folgt der Berufsverband Oecotrophologie, vertreten durch Frau Professor ... (VDOE).

Frau ... (VDOE): Guten Morgen in die Runde. – Vielen Dank, dass wir die Möglichkeit haben, hier angehört zu werden. Mein Name ist ... (VDOE) und ich vertrete den Berufsverband Oecotrophologie.

Wir haben im Prinzip alles schon in unserer Stellungnahme schriftlich wiedergegeben. Ich möchte hier noch auf ein paar besondere Punkte hinweisen:

Zum einen plädieren wir dafür, dass ein DMP eine evidenzbasierte multimodale Therapie abbildet. Aufgrund der leistungsrechtlichen Beschränkungen ist das nicht möglich beziehungsweise wird die evidenzbasierte, leitliniengerechte Therapie sogar verhindert.

Das Zweite ist: Die Patientenvertretungen haben das auch schon sehr gut auf den Punkt gebracht, dass es mit Schulungen nicht abgetan ist. Das kann nur ein einziger Baustein sein. Vermutlich ein Baustein, um die Menschen mit Adipositas auf die Therapiemöglichkeiten hinzuweisen. Aber in der Schulung passiert keine Therapie.

Ich vertrete hier die Ernährung. Aus dem Grunde setzen wir uns natürlich dafür ein, dass alle Menschen mit Adipositas, die im DMP eingeschrieben sind, auch regelmäßig eine individuelle Ernährungsberatung durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft erhalten. Regelmäßig deswegen, weil Adipositas eine chronische Erkrankung ist.

Zudem ist es wichtig, wenn wir von Schulungsangeboten sprechen, dass diese niederschwellig sind. Aktuell sieht es mit den Schulungsprogrammen relativ schlecht aus. Es sind im Prinzip kaum Schulungsprogramme genannt. Auch da bitten wir, dass Programme niederschwellig aufgenommen werden, um auch wirklich den vielen Menschen, die von dieser schwerwiegenden Erkrankung betroffen sind, auch entsprechend eine leitliniengerechte Therapie anbieten zu können. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (VDOE).

Es folgt der Bundesverband der Ergotherapeut:innen. Herr ... (BED) hat sich angemeldet. – Herr ... (BED), sind Sie telefonisch eingewählt?

G-BA: Wir haben einmal einen Call-in User 1 und einmal die Nummer von vorhin, die 2732. Es scheint keine Telefonnummer zu sein. Deshalb können wir Sie auch von aus nicht erreichen und rückfragen. Sie müssten sich bitte einmal für uns zu erkennen geben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Wir schließen die beiden Ziffern aus. Der Bundesverband der Ergotherapeut:innen ist nicht anwesend. – Es folgt der Bundesverband Medizintechnologie.

Herr ... (BVMed): Guten Tag, sehr geehrte Frau Vorsitzende. – Mein Name ist ... (BVMed). Ich vertrete den Bundesverband Medizintechnologie.

Wir bedanken uns recht herzlich für die zügige Ausarbeitung des DMP Adipositas, insbesondere für die schnelle und sehr fundierte Ausarbeitung durch das IQWiG hinsichtlich der Leitlinienrecherche.

Wir sehen jedoch, dass der Beschluss der Bundesregierung, den G-BA mit der Ausarbeitung des Adipositas zu beauftragen, nicht vollends erfüllt ist. Er basiert letztendlich auf dem Beschluss des Bundestages zur Nationalen Diabetesstrategie, der er eine sehr große Versorgungslücke identifiziert hatte. Leider schließt jetzt der DMP-Entwurf nicht die Diskrepanz zwischen einer Anerkennung der Adipositas und den fehlenden Regelungen. Uns geht es um die konsequente Anerkennung der Adipositas als chronische Erkrankung und die nachfolgende Verankerung einer strukturierten Behandlung im Portfolio der gesetzlichen Krankenversicherung. Denn das fehlt immer noch.

Den Patienten muss endlich Zugang zu einer leitliniengerechten und evidenzbasierten Therapie gegeben werden, damit sie nicht weiterhin in den dritten Gesundheitsmarkt abgeschoben werden und nicht-evidenzbasierte Leistungen nachfragen. Besonders bewegen uns die fehlenden Leistungen im Kontext der bariatrischen Chirurgie, weil die Patienten keinen Zugang zu einer konservativen Therapie erhalten, die als Voraussetzung für einen chirurgischen Eingriff definiert sind. Diese erhalten aber die Patientinnen und Patienten nur als IGeL-Leistung.

Das heißt, letztendlich befindet sich hier der G-BA oder die Selbstverwaltung in einem Teufelskreis, in dem er IGeL-Leistungen als Leistungsvoraussetzung definiert. Das sollte endlich aufgehoben werden. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr ... (BVMed). – Damit haben wir formal fünf Organisationen aufgerufen, sodass jetzt Gelegenheit zu Fragen an die Organisationen besteht. Gibt es Fragen? – Das ist nicht der Fall. Die Organisationen, die bereits mündlich Stellung genommen haben, können bei uns bleiben oder ihr Tagwerk fortsetzen.

Wir würden mit der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie fortfahren. Herr Professor ... (CAADIP/DGAV) hat sich bei uns angemeldet. Herr ... (CAADIP/DGAV) sind Sie da? – Herr ... (CAADIP/DGAV) ist auch nicht da.

Es folgen jetzt die Deutsche Adipositas-Gesellschaft gemeinsam mit der Deutschen Diabetesgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin sowie der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention. Es haben sich Herr Professor ... (DAG), Herr ... (DAG) und Frau Professor ... (DGSP) angemeldet. Wem darf ich das Wort erteilen?

Herr Prof. Dr. ... (DAG): Mein Name ist ... (DAG). Ich leite das Forschungs- und Behandlungszentrum Adipositas Erkrankungen am Universitätsklinikum Leipzig und bin im Vorstand der Deutschen Adipositas-Gesellschaft.

Im Prinzip begrüßt die Deutsche Adipositas-Gesellschaft gemeinsam mit unseren Partnern, Fachgesellschaften, die Sie, liebe Frau Vorsitzende, schon erwähnt haben, sehr, dass es ein Disease Management Programm Adipositas gibt. Wir sind, wie die Stimmen vorher auch deutlich gemacht haben – vor allen Dingen, was Frau ... (VDOE), Herr ... (BVMed) und die Vertreterinnen und Vertreter der Betroffenenverbände, der Patientenverbände gesagt haben –, allerdings auch der Meinung, dass der Entwurf zu kurz greift. Wir haben drei Therapiesäulen für eine chronisch fortschreitende Erkrankung, die wiederkehrt, wenn man keine leitliniengerechte Therapie anbietet.

Die Therapien sollen aus konservativer Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltensinterventionen bestehen; aus einer adjuvanten Pharmakotherapie, die typischerweise nicht erstattungsfähig ist, zumindest nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungen, und aus der chirurgischen Therapie, die natürlicherweise nicht im DMP abgebildet ist. Aber ein wesentlicher Punkt für uns ist natürlich die Frage, wie es nach einem chirurgischen Adipositaseingriff weitergeht. Die Vorbereitung zu solch einem Eingriff – Herr ... (BVMed) hat es gesagt – vor allen Dingen auch die Nachsorge, die Nachbetreuung der Betroffenen ist – – (TONAUSFALL!)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Professor (DAG), den letzten Satz haben wir nicht verstanden, weil die Übertragung unterbrochen war.

Herr Prof. Dr. ... (DAG): Entschuldigung. Webex ist von uns aus manchmal problematisch. Aber ich kann es ganz kurz zusammenfassen. Ich bin auch letztendlich am Ende.

Die aufgerufenen Fachgesellschaften stimmen darin ein, dass die Versorgungslücke durch das Disease Management Programm, so wie es jetzt ausgearbeitet wird, sehr wahrscheinlich nicht geschlossen werden kann. Wir wären dafür, dass wesentliche Bausteine der Adipositas therapie, die auch leitliniengerecht sind, in das DMP aufgenommen werden. Denn letztendlich sprechen wir hier auch für die Betroffenen, die ansonsten in den, sage ich mal, dubiosen Gesundheitsmarkt allein gelassen werden und keine strukturierte Versorgung erfahren. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Professor (DAG), ich habe eine Rückfrage: Der ganz wesentliche Punkt Ihrer Stellungnahme, nämlich ob eine Versorgungslücke geschlossen wird oder bleibt, kam nicht an. Was ist richtig? Bitte wiederholen Sie nur den einen Satz.

Herr Prof. Dr. ... (DAG): Wir hatten als Fachgesellschaften gehofft, dass das Disease Management Programm Adipositas die Versorgungslücke schließt. Wir sind der Meinung, dass in der jetzigen Ausgestaltung die Versorgungslücke nicht adressiert wird.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Dann haben wir es jetzt zumindest ordentlich aufgenommen.– Jetzt folgt die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie. Frau Professor ... (DGE) oder Frau Dr. ... (DGE), wem darf ich das Wort erteilen?

Frau Dr. ... (DGE): Guten Morgen. Mein Name ist ... (DGE). Ich würde anfangen und danach kurz an Frau Professor ... (DGE) übergeben. Wir vertreten zusammen die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie. – Wir haben drei wesentliche Punkte mitgebracht, die wir für das DMP Adipositas, was wir aber insgesamt sehr begrüßen, als Verbesserungsvorschlag vorbringen möchten.

Der erste Punkt betrifft die Patientenschulungsprogramme. Es ist von absoluter Wichtigkeit, dass die in der Dauer auch umgesetzt werden können. Adipositas ist, wie gesagt, eine chronisch fortschreitende Erkrankung. Ein Schulungsprogramm über eine kurze Anzahl von Wochen lohnt sich nicht. Danach steigt das Gewicht wieder. Dazu ist die Evidenz erdrückend. Wenn wir solche Schulungsprogramme anbieten, brauchen die eine Dauer von mindestens zwölf Monaten. Wir gehen sogar einen Schritt weiter und sagen: Es ist auch eine adäquate Nachsorge, und zwar eine engmaschige Nachsorge notwendig, um langfristig über diese konservativen Patientenschulungsprogramme einen Therapieerfolg zu erzielen.

Der zweite Punkt, den wir mitgebracht haben, ist: Falls der Verdacht auf eine monogenetische Adipositas bestehen sollte, würden wir uns wünschen, dass im DMP Adipositas auch die Möglichkeit für eine niedrigschwellige Anbindung an Expertenzentren gegeben ist.

Für den dritten Punkt würde ich an Frau Professor ... (DGE) übergeben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Frau Professor ... (DGE)? – Frau Dr. ... (DGE) können Sie ihren dritten Punkt ergänzen?

Frau Dr. ... (DGE): Ich versuche es gerne, für Frau Professor ... (DGE) zu übernehmen. Frau Professor (DGE) ist auch Ernährungsmedizinerin und hatte noch den Einwand, dass in dem DMP Adipositas die ernährungsmedizinische Achse noch deutlich ausbaufähig wäre, breiter und auch tiefer gestaltet werden könnte.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Nur zur Erläuterung: Frau ... (DGE) hat das Mikrofon an, aber wir hören sie nicht. – Frau Dr. ... (DGE), vielen Dank für die Ergänzung. Dann wissen wir darüber Bescheid.

Es folgt jetzt die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, vertreten durch Herrn Dr. ... (DGPM/DKPM).

Herr Dr. ... (DGPM, DKPM): Ich grüße Sie. – Herzlichen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Fachgesellschaften hatten Sie schon genannt. Die Fachgesellschaften für Psychosomatische Medizin danken auch für die Ausarbeitung und begrüßen grundsätzlich natürlich das DMP, auch dass die psychischen Aspekte der Adipositas Berücksichtigung finden.

Wir würden dennoch gerne in dem Rahmen noch einmal für eine etwas prominentere Platzierung der relevanten psychischen Störungen, die mit Gewichtszunahme einhergehen, werben, damit diese von Anfang an mit gescreent werden.

Das betrifft insbesondere Depressionen, Angststörungen; bei den Essstörungen die Binge-Eating-Störung; und auch Persönlichkeitsstörungen wie ADHS, die, so denken wir, wenn das im DMP Berücksichtigung fände, auch niedrigschwellig im primärärztlichen, hausärztlichen Bereich beispielsweise mit Fragebögen gescreent werden könnten.

Die Komorbidität ist extrem hoch. Selbst wenn man diesbezüglich nichts für das Gewicht erreicht, erreicht man dennoch Erhebliches für die Lebensqualität, wenn man diese psychischen Erkrankungen frühzeitig detektiert. Das wäre uns wichtig. Das gilt auch präoperativ bei bariatrischen Operationen.

Wichtig wäre aber dennoch, weil das ein häufiger Einwand ist, dass eine psychische Diagnostik und dann auch eventuell eine Detektion von Erkrankungen in der Regel nicht die spezifischen Adipositas-Therapien in irgendeiner Form einschränkt, also keine Gatekeeper-Funktion hat. Ausnahmen gibt es natürlich. Aber es wäre uns wichtig, das noch prominenter im DMP zu platzieren. – Herzlichen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Dr. ... (DGPM/DKPM). – Jetzt frage ich rein aus Unwissen: Sie sind ja auch für das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin angemeldet. Gibt es da noch Ergänzungen?

Herr Dr. ... (DGPM, DKPM): Nein. Das ist eine gemeinsame Stellungnahme der beiden psychosomatischen Fachgesellschaften. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Dr. ... (DGPM/DKPM). – Wir haben jetzt wieder fünf Organisationen gehört. Gibt es Fragen an die Vertreter der Organisationen? – Der GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Ich hätte eine Frage an Frau ... (DGE), weil sie an einem Schulungsprogramm beteiligt ist, was auch bei uns durch die FBMed-Recherche zu „Change your Life“ zutage gekommen ist, weil es strukturiert, evaluiert und publiziert wurde. Können Sie, weil wir uns mit diesem Programm auch intensiver auseinandergesetzt haben, noch einmal kurz etwas zur Struktur berichten? Ich spiele besonders darauf an, dass wir uns die vielen Arztkontakte und die Blutabnahmen angeschaut haben. Vielleicht können Sie uns das noch einmal kurz erläutern.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Dr. ... (DGE), können Sie helfen?

Frau Dr. ... (DGE): Gerne. Ich bedanke mich für die Rückfrage. – Wir haben in der Tat an der Uniklinik Köln ein Patientenschulungsprogramm für Patienten mit Adipositas entwickelt, also für alle Patienten ab einem BMI von 30 aufwärts, welches wir seit mehreren Jahren sehr erfolgreich durchführen.

Spezifisch zu Ihrer Frage bezüglich der Blutabnahme und Arzt-Patienten-Kontakte: Die Maximalanzahl, die in unserem Schulungsprogramm schriftlich festgehalten ist, ist natürlich auch nur für die Patienten bestimmt, die einen medizinischen Bedarf haben. Diese Blutabnahmen werden auch nicht bei uns im Rahmen des Schulungsprogramms durchgeführt. Sondern wir geben die Empfehlung mit, dass der Hausarzt sich zusammen mit dem Patienten die Parameter, die eine regelmäßige Überprüfung benötigen, anschaut.

Das heißt, wenn wir an ein Patientenschulungsprogramm im Rahmen der DMP denken, wo der Patient sowieso regelmäßig in hausärztlicher Anbindung ist, würden diese Blutabnahmen aus dem Patientenschulungsprogramm komplett entfallen, da der Hausarzt diese durchführt und den Patienten im Rahmen der Folgeerkrankungen mitbetreut. Die Arztkontakte, die wir aktuell im Patientenschulungsprogramm haben, sind auch indikationsspezifisch und richten sich nach dem Krankheitsbild des Patienten. Auch die würden im Rahmen des DMP natürlich auf den Hausarzt entfallen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Auch hier gilt, meine Damen und Herren: Sie dürfen für die nächsten Fragerunden gerne bei uns bleiben. Sie dürfen sich aber auch gerne verabschieden. Falls Sie die letzte Variante wählen, bedanke ich mich herzlich, dass Sie bei uns waren.

Jetzt folgt die Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern. Frau Dr. ... (eVAA) oder Herr Professor ... (eVAA), wem darf das ich Wort erteilen?

Herr Prof. Dr. (eVAA): Frau Dr. ... (eVAA) sollte sprechen können. Sie müsste nur ihre Stummschaltung stoppen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau ... (eVAA), wir hören Sie. Beginnen Sie, bitte.

Frau Dr. ... (eVAA): Ich habe hier technische Probleme ohne Ende. Ich höre Sie, aus welchen Gründen auch immer, sehr schlecht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau ... (eVAA), wir hören Sie gut. Sie können natürlich Herrn Professor ... (eVAA) beauftragen, dass er die Stellungnahme vorträgt.

Frau Dr. ... (eVAA): Herr ... (eVAA), wenn Sie das besser lösen können ...

Herr Prof. Dr. (eVAA): Frau ... (eVAA), Sie können einfach sprechen. Es ist alles okay.

Frau Dr. ... (eVAA): Jetzt bin ich etwas irritiert. – Ich habe jetzt erst einmal keine Einwendungen zu machen. Wir hatten im Kontext mit dem § 4 und dem Adipositas-Programm zwei Stellungnahmen abgegeben. Wir haben heute Morgen schon zu § 4 Stellung genommen. Ich würde erst einmal weiter den interessanten Beiträgen lauschen, weil wir in unserer Stellungnahme auf diese generischen Ansätze eingegangen sind. – Lieber Herr ... (eVAA), wenn Sie eventuell sich noch äußern möchten?

Herr Prof. Dr. ... (eVAA): Von unserer Seite aus ist es so, dass wir darauf hinweisen wollen, dass wir, wenn wir über Adipositas nachdenken, nicht nur versuchen sollten, die Krankheit als Krankheit zu sehen, sondern die sogenannten Selbstheilungskräfte oder die Resilienz zu fördern und den Fokus im Prinzip in diese Richtung zu wenden. Dazu gibt es eine Studie, die sehr erfolgreich im Leipziger Raum beziehungsweise im Vogtland gelaufen ist.

Im Prinzip wollten wir noch einmal auf die Refokussierung der Widerstandskraft, die Förderung der Resilienz beziehungsweise der patientenorientierten Mitarbeit hinweisen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank für die Stellungnahme. – Es folgt jetzt der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe, vertreten durch Frau Dr. ... (VDBD).

Frau Dr. ... (VDBD): Vielen Dank. – Ich bin ... (VDBD), Geschäftsführerin des Verbands der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe.

Als Verband qualifizierter Schulungsfachkräfte im Bereich Diabetes begrüßen wir natürlich sehr, dass die multimodale Schulung als zentrale Maßnahme der Therapie im DMP Adipositas verankert werden soll. Dafür braucht es allerdings aus unserer Sicht evidenzbasierte Schulungsprogramme, die, wie Frau Dr. ... (DGE) schon sagte, den Patienten mindestens zwölf Monate lang begleiten. Das gilt auch für die psychoedukative Nachsorge nach einer bariatrischen Operation.

Aus unserer Sicht – auch das ist schon erwähnt worden – darf die psychologische Dimension der Erkrankung nicht unterschätzt werden. Viele unserer Mitglieder begleiten ja schon Menschen mit Adipositas. Das sehen wir jetzt nicht ausreichend im Entwurf für das DMP Adipositas abgebildet.

Außerdem würden wir gerne noch einmal betonen, dass eine strukturierte Patientenschulung nicht als bloße Wissensvermittlung verstanden werden darf. Das Wort „Schulung“ ist aus unserer Sicht etwas unglücklich. Es geht nicht mehr und nicht weniger um ein Empowerment der Patienten für das Selbstmanagement. Eine chronische Erkrankung begleitet den Menschen ja ein Leben lang. Es geht auch um die Steigerung der Selbstwirksamkeit.

Aufgrund der Komplexität der Adipositas, in Kombination mit den beiden Komorbiditäten, sind wir außerdem der Überzeugung, dass es notwendig ist, die Qualifikation der schulenden Leistungserbringer im DMP Adipositas zu definieren. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau Dr. ... (VDBD). – Es folgt der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung, vertreten durch Frau Dr. ... (SVDGV).

Frau Dr. ... (SVDGV): Einen schönen guten Tag in die Runde. – Mein Name ist ... (SVDGV). Ich bin Geschäftsführerin des SVDGV.

Wir haben schon eine umfangreiche Stellungnahme vorgelegt. Ich möchte mich jetzt eigentlich noch auf zwei Punkte konzentrieren. Wir haben schon gehört, dass es eine absolute Unterversorgung im Bereich Adipositas in Deutschland gibt. Digitale medizinische Anwendungen ermöglichen den Patienten ein flexibles und niedrighwelliges Angebot, unabhängig von ihrem Wohnort und von Öffnungszeiten. Es war der explizite Wunsch des Gesetzgebers, dass digitale Anwendungen in die DMP aufgenommen werden. Das ist auch bei dem aktuell laufenden Verfahren rund um das Digitalgesetz der Fall, dass das noch weiter gestärkt werden soll.

Der erste Punkt, auf den ich eingehen möchte, ist noch einmal die Evidenz von den gelisteten DiGA. Es gibt mehrere DiGA im Bereich Adipositas, die statistisch signifikante Effekte über einen hinreichend langen Zeitraum nachgewiesen haben.

Auf einen Kritikpunkt möchte ich noch einmal kurz eingehen: Hinsichtlich einer fehlenden Verblindung bei Studien, die digitale Anwendungen einschließen, kann man nicht mit denselben methodischen Voraussetzungen herangehen wie beispielsweise im Bereich der Arzneimittel. Explizit beim Punkt Verblindung muss man sagen, dass entweder die Anwendung, die die Vergleichsgruppe hat, so gut ist, dass es schon eine aktive Intervention ist oder eben so schlecht, dass die Verblindung gar nicht funktioniert, sodass man nicht davon ausgehen kann, dass es in diesem Bereich unbedingt ein Qualitätsmerkmal ist. Das möchte ich bei den Entscheidungen nur zu bedenken geben, dass hier der aktuelle Erfahrungsschatz auch aus dem Bereich der digitalen Studienmethodik herangezogen wird.

Das Zweite ist das Thema Patientenschulungen: Hier ist es so, dass die inhaltlichen Anforderungen, die an Patientenschulungen gestellt werden, auch von den zur Verfügung stehenden DiGA erfüllt werden. Die sind natürlich auch leitliniengerecht nach den S3-Leitlinien entwickelt worden.

Die Inhalte der DiGA sind an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet und gehen auch personalisiert auf die Motivation des Patienten und persönliche Hindernisse beispielsweise bei der Gewichtsreduktion ein. Sie werden durch Fachkräfte erstellt. Und viele andere Kriterien erfüllen die DiGA auch.

Deshalb glauben wir, dass es sehr sinnvoll ist, auch im Rahmen der DMP auf geeignete digitale medizinische Anwendungen – begleitend zu Patientenschulungen – als unterstützende Maßnahmen, hinzuweisen oder auch, wenn eine Patientenschulung nicht möglich ist. – Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Dr. ... (SVDGV). – Es folgt Frau ... (VDD) für den Verband der Diätassistenten.

Frau ... (VDD): Einen schönen guten Tag. Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme. – Mein Name ist ... (VDD). Ich bin Vizepräsidentin des Verbandes der Diätassistenten in Deutschland. Das ist ein Gesundheitsberuf, der im Bereich Ernährungstherapie ausgebildet wurde.

Ich möchte nicht die lange Liste der schon vorgetragenen guten Argumente noch einmal wiederholen. Wir kritisieren vor allem, dass die bedarfsorientierten Basisempfehlungen für Ernährungsumstellungen in diesem DMP unzureichend berücksichtigt und auch nicht genau definiert werden. Hier wird häufig zwischen Schulung, Umstellung, Ernährungsinformationen und das, was auch schon die Kollegin ... (VDOE) gesagt hat, einer individuellen Therapie gesprochen.

Natürlich müssen die Schulungsprogramme zwölf Monate angewendet werden. Aber zugelassene Schulungsprogramme, die es jetzt gerade gibt, haben immer die Ergänzung einer individuellen Beratung. Das wurde in diesem DMP überhaupt nicht berücksichtigt. Dass es so wenig Schulungsprogramme gibt, liegt daran, dass sie einfach nicht sicher finanziert sind. Das sind alles keine Regelleistungen, sondern Teilbezahlungen. Frau ... (Adipositas Verband) sagte: Wir wünschen uns, dass die Therapeuten für uns da sind. Sie sind da! Aber leider müssen die auch für ihre Arbeit bezahlt werden.

Wir haben einmal eine Umfrage bei Kollegen in unserem Berufsverband gemacht, die mit Schulungen und individueller Therapie Menschen mit Adipositas begleiten. Dadurch, dass es nicht gesichert ist, haben ganz viele Patienten gesagt, dass sie sich den Eigenanteil teilweise nicht leisten können. Die Differenzen sind sehr groß. Das heißt, es ist manchmal auch davon abhängig, wie der Geldbeutel ist, ob man sich eine qualifizierte Beratung eines geschulten Personals im richtigen Gesundheitsmarkt leisten kann. Es findet viel Falschinformation statt und es gibt viele Probleme.

Ich darf von einer Patienten berichten, die mir letztens in der Beratung gesagt hat: „Ich habe zwei Jahre bei allen Ärzten gefragt, ob ich eine Ernährungstherapie bekomme. Und jetzt haben Sie mich eine Woche lang damit beschäftigen lassen, dass ich plötzlich wieder essen durfte.“

Ich finde es ganz wichtig, dass wir solche Dinge nicht vergessen. Ernährung ist hier ein zentrales Thema. Das wird aber hier nicht als zentrale Säule konsequent durchorganisiert. Es sind nur allgemeine Angaben von Schulungen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau ... (VDD). – Es folgt jetzt der Verband für Ernährung und Diätetik, vertreten durch Frau ... (VFED) und Frau ... (VFED).

Frau Dr. ... (VFED): Mein Name ist ... (VFED). Ich vertrete den VFED. – Danke für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Der VFED ist ein interdisziplinärer Fachverband und zählt zu den vier maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer für den Bereich der Ernährungstherapie. Die Zulassung ist derzeit im Rahmen von § 125 Absatz 1 SGB V für die Indikation Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen erfolgt.

Wir haben in unserer schriftlichen Stellungnahme den Beschlussentwurf ausführlich kommentiert. Einige Aspekte möchten wir an dieser Stelle nochmals pointieren, vor allem hinsichtlich der Definition des Begriffs der Ernährungstherapeut:innen und bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Wir haben in Deutschland die besondere Situation, dass – vereinfacht gesagt – zwei Berufsgruppen im Bereich der Ernährungstherapie tätig sein dürfen. Zum einen die Diätassistent:innen mit staatlicher Prüfung und entsprechendem Abschluss, die eine gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung führen. Und zum anderen haben wir die vergleichbar qualifizierten Ernährungsfachkräfte mit entsprechendem Studienabschluss wie beispielsweise Ökotrophologie oder Ernährungswissenschaft.

Wir möchte noch einmal auf Folgendes hinweisen: Überall, wo wir in der Stellungnahme den Begriff der „qualifizierten Ernährungsfachkraft“ verwenden, sind Diätassistent:innen oder vergleichbar qualifizierte Ökotropholog:innen, Ernährungswissenschaftler:innen oder Absolvent:innen fachverwandter Studiengänge gemeint. Wir bitten darum, dass diese Definition im DMP Adipositas übernommen wird, um auch hier eine Klarheit zu schaffen, wer in diesem Bereich tätig sein darf. Denn der Begriff der Ernährungsberatung oder der Begriff Ernährungstherapeut ist leider nicht gesetzlich geschützt.

Wir sind der Ansicht, dass nur diese Berufsgruppe in der Lage ist, individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung festzustellen und auch umzusetzen. Auch muss die interprofessionelle Zusammenarbeit entsprechend geregelt werden. Deshalb hatten wir darauf hingewiesen, dass unter der Überschrift 1.8, Kategorie „Kooperation der Versorgungsektoren“, dieser Begriff „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ ergänzt werden sollte. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Dr. ... (VFED). Das war eine Punktlandung. – Jetzt habe ich eine Frage: Wer verbirgt sich hinter Call-in User 3? Könnte das Herr Professor ... (BED) sein?

Herr ... (BED): Ja, ohne Professor. – ... (BED) vom Bundesverband für Ergotherapeut:innen. Ich habe es jetzt leider nur telefonisch geschafft. Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme. Aber ich habe zu unserer schriftlichen Stellungnahme heute tatsächlich keine Ergänzungen zu machen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Dann freue ich mich, dass Sie es kurz und knapp gemacht haben und dass wir Sie doch noch identifiziert haben. – Der Letzte in der Runde der Anzuhörenden ist Herr Dr. ... (DEGAM) von der DEGAM, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Herr Dr. ... (DEGAM), Sie haben drei Minuten Zeit.

Herr Dr. ... (DEGAM): Vielen Dank, dass ich die Chance habe, doch noch, trotzdem wir keine schriftliche Stellungnahme gegeben haben, hier mündlich Stellung zu nehmen.

Ich sehe schon ein Problem bei der Einschreibung zum DMP Adipositas. Es über den BMI zu definieren, geht eigentlich am Problem vorbei. Theoretisch müssten Beinlänge, Bauchumfang und Muskelmasse miterfasst werden, um vergleichbare Werte zu schaffen. Um es kurz zu machen: Warum dürfen Menschen mit kürzeren Beinen eher ins DMP?

Wichtiger aber ist, dass der BMI im Alter ansteigt. Wir werden also wie in anderen DMP vor allem ältere Leute einschreiben. Das ist vielleicht gar nicht Sinn der Sache. Außerdem gibt es noch bei einigen Erkrankungen das Obesity-Paradox, wo es gar nicht sinnvoll ist, Menschen die Gewichtsreduktion zu empfehlen.

In der Eingangsdiagnostik sind bei vielen Fragen sicherlich sinnvolle Zusammenhänge da. Man darf aber nicht vergessen, dass sehr viele Fragen stigmatisierend sind. Das gilt beispielhaft für das Messen der Waist-to-Hip-Ratio, das sich die DEGAM, DGP und AkdÄ beispielsweise in der NVL, nämlich aus diesem Grunde der Stigmatisierung, ausdrücklich verbitten.

Lebensqualität soll die Verbesserung sein. Es geht dann aber doch nur um die Gewichtsreduktion, Reduktion von Mortalität und Morbidität. Dazu müsste man dann sagen, dass hier doch die Evidenz dafür fehlt.

Seite 7, die Basismaßnahmen: Da wird viel gesagt, was geplant ist und was dauerhaft als Verbesserung angestrebt wird. Ist es hier nicht viel ehrlicher und auch im Sinne des Patientenrechtegesetz, dass man den Patienten erklärt, dass in der Regel nie dieses Ziel langfristig erreicht wird; und wenn Ziele erreicht werden, wie lange sie in den entsprechenden Studien erreicht sind?

Da gibt es sogar jetzt Vorschläge für 500 Kilokalorien am Tag. Ich verweise hier einfach auf das Statement der Leopoldina, die mit diesem komischen Gedanken eigentlich ordentlich aufgeräumt hat.

Adjuvante medikamentöse Therapie: Da frage ich mich, warum so unspezifisch? Müsste man es nicht genauer sagen? Wer erreicht 15, 20 Prozent Gewichtsverlust? Und für welchen Zeitraum gilt das?

Ich kürze jetzt ein bisschen ab, weil ich nicht so viel Zeit habe. – In die Qualitätsindikatoren gehört Folgendes hinein: Die Gewichtsreduktionen müssen natürlich auch über die Zeiten gemacht werden. Es gilt eine Auswertung per Protokoll und nicht per Intention-to-Treat. Außerdem gehört aus meiner Sicht auch die Lebensqualität in die Qualitätsindikatoren.

Es fehlt überhaupt im ganzen DMP der Umgang mit Schaden. Die DMP werden Teil des Stigmatisierungsprozesses, dem adipöse Menschen heute schon ausgeliefert sind. Und der Umgang mit diesem Schaden wird an keiner Stelle erfasst. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Dr. ... (DEGAM), auch für das Einhalten der Zeit. – Gibt es Fragen an die beteiligten Organisationen? – Der GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Ich habe eine Frage an Sie, Herr Dr. ... (DEGAM), und zwar zu den Einschlusskriterien. Sie haben sich gerade schon dazu geäußert und sicherlich auch bemerkt, dass hierzu noch keine Einigkeit besteht. Unsere Frage an Sie wäre: Wenn Sie die Einschlusskriterien frei wählen oder einen Wunsch dazu äußern könnten, wie würde dieser aussehen? – Danke schön.

Herr Dr. ... (DEGAM): Dass man primär aus dem DMP Diabetes lernt, wo wir mittlerweile extrem viele Patienten eingeschrieben haben, die entweder übertherapiert sind, weil sie ein HbA1c unter 6,5 haben oder tatsächlich nie Diabetiker waren, weil die Kriterien nicht stimmen; und dass man nicht an einem einfachen Wert wie dem BMI, der noch dazu in der Wissenschaft längst als deutlich umstritten gilt, festhält. Also, daran kann man das nicht festmachen. Wie gesagt: Krankheiten müsste man sehr genau differenzieren. Innerhalb der KHK – ich habe vorhin das Obesity-Paradox erwähnt – wird nicht einmal in den Leitlinien eine Gewichtsreduktion empfohlen, weil das nachweislich unter Umständen sogar problematisch sein könnte. Insofern ist das Konzept der DMP in diesem Bereich aus meiner Sicht falsch. Wir haben dazu auch ein Positionspapier veröffentlicht. Wer mag – natürlich habe ich die Kommentare zu diesem DMP zusammengefasst – ich schicke das gerne zu.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen? – Der GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Jetzt einmal unabhängig von der Sinnhaftigkeit des Konzeptes, ein ganz anderer Punkt: Wir haben jetzt eben in der Anhörung mehrfach gehört, dass Schulungen, wenn man sie denn macht, zwölf Monate dauern müssen. Wir haben in den Beratungen auch von anderen Sachverständigen gehört, dass zwölf Monate viel zu lang sind, weil dann die meisten abspringen; das hält keiner durch. Man braucht kürzere Schulungen.

Wie ist Ihre Einschätzung aus Sicht der Primärmedizin, für wen so lange Schulungen infrage kommen beziehungsweise, wenn man Schulungen etabliert, wie ist der Bedarf und die Inanspruchnahme in Abhängigkeit der Dauer dieser Schulung?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Dr. ... (DEGAM).

Herr Dr. ... (DEGAM): Ich halte es genau wie eine der Vorrednerinnen für schwierig von Schulungen zu sprechen. Denn das sind zwei verschiedene Aspekte von Schulungen. Das eine ist, die Motivation der Teilnehmer zu gewinnen. Da geht es ganz viel darum: Du sollst! Du

musst! Du kannst! Und das andere ist, Evidenz zu vermitteln, Studieninhalte zu vermitteln. Beispielsweise: Wie lange hält welche Maßnahme an?

Ganz sicher sind Schulungen von wenigen Wochen nicht effektiv. Schulungen über ein Jahr, über eine Praxis zu begleiten, wird zumindest hausärztliche Praxen überfordern. Da bin ich mir relativ sicher.

Wir haben schon bei den anderen DMP-Schulungen die Schwierigkeiten, dass Patienten das in ihrem Alltag – das sind alles Menschen, die arbeiten müssen – für sich als sehr schwierig erleben. Das findet dann nicht während eines stationären Aufenthaltes oder während einer Reha-Maßnahme statt, sondern es sind viele, viele Termine in einem Schulungszeitraum.

Also: Für mich wäre es wichtig, dass Schulungen evidenzbasiert Lebensqualität verbessern. Ich kenne keine Schulungen, die das nachhaltig können. Nachhaltig heißt, über einen Zeitraum von zwei bis vier Jahren. Insofern sehe ich das Konzept der Schulungen noch problematisch. Da mag sich aber einiges verbessern.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Die KBV, bitte.

KBV: Herr ... (DEGAM), Sie haben an diesem Konzept Kritik geäußert und gesagt: Der BMI ist zu unspezifisch; die Messung des Bauchumfangs ist stigmatisierend. Wie gehen Sie in Ihrer Praxis mit Patientinnen und Patienten um, die Adipositas haben, also mit einem BMI über 30 oder auch 35? Wie behandeln Sie diese Patienten? Was empfehlen Sie denen aktuell?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Herr Dr. ... (DEGAM).

Herr Dr. ... (DEGAM): Wichtig ist der wertschätzende Umgang. Das heißt, ich spreche erst einmal Patienten nicht darauf an, die darauf gar nicht angesprochen werden wollen. Da bin ich sehr vorsichtig. Man fragt erst einmal nach, ob in die Richtung überhaupt ein Beratungsbedarf oder ein Wunsch nach Beratung besteht. Viele der Patienten, die gerade in meiner Praxis sind, sind extra aus anderen Praxen deswegen weggegangen. Das ist Punkt eins.

Punkt zwei: Wenn der Beratungsbedarf vorhanden ist, dann gehören diese Patienten beraten. Sie gehören über die Effektivität der einzelnen Maßnahmen beraten. Sie gehören über diesen schwierigen Punkt der IGeL beraten, nämlich dass es sehr viele Selbstzahlerleistungen in diesem Bereich gibt. Sie gehören darüber beraten, was in Zukunft möglich ist. Sie gehören über bariatrische Operationen beraten, auch über Folgen, Nebenwirkungen von bariatrischen Operationen. Also, das ist ein ganz ordentlicher Bereich, der auch oft nicht an einem einzigen Tag zu bewältigen ist. Aber es muss vieles gemacht werden.

Und zum Schluss gehört mit den Patienten ein gemeinsamer Weg besprochen, beispielsweise über Schwerpunktpraxen; beispielsweise über Adipositas-Zentren; wenn sie sich für eine OP entscheiden, ob man vor der OP andere Dinge tut; welche psychologischen Beratungen dazugehören, die ebenfalls – weil sie dann auch verpflichtend sind – häufig als stigmatisierend empfunden werden.

Patienten gehören dann dauerhaft exited. Auch das ist ein Punkt, den ich Ihnen in der Kürze der Zeit nicht genannt habe. Wann wird ein Patienten wieder ausgeschrieben? Das ist in diesem DMP ganz, ganz komisch. Wir haben sehr, sehr viele Menschen, die normalgewichtig sind, die aber in Wirklichkeit Restrained Eater sind, die dauerhaft mit sehr niedriger Kalorienaufnahme leben. Müssen sie dann aus dem DMP wieder heraus, wenn sie in Anführungszeichen „erfolgreich“ sind? Das ist alles nicht durchdacht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Dr. ... (DEGAM). – Jetzt frage ich aber noch einmal zurück: Die KBV hatte nun sehr konkret nach Einschlusskriterien nachgefragt. Ich habe Sie so verstanden, dass Sie überhaupt nicht nach Einschlusskriterien vorgehen, also Body-Mass-Index oder Begleiterkrankungen oder was auch immer. Sondern

Sie schauen sich den Menschen an. Das müssten wir in ein Programm fassen. Das hielte ich jetzt für schwierig, das in Worte und in ein Programm zu fassen.

Herr Dr. ... (DEGAM): Die DEGAM vertritt schon seit Jahren die Ansicht, dass der BMI alleine keine Krankheit definiert. Sondern die Krankheit ist abhängig von Co-Erkrankungen, anderen Erkrankungen, von der Lebensqualität des Patienten und dem, was er darunter erleidet. Ich glaube, diese Einschätzung der DEGAM finden Sie jetzt nun schon seit zehn Jahren auf unseren Seiten. Ich weiß, dass die Adipositas als Krankheit von vielen Institutionen anerkannt ist.

Noch einmal: Es ist kein durchdachtes Konzeptes, die Adipositas alleine am BMI zu orientieren. Dazu gibt es wissenschaftlich sehr viele, auch lustige Publikationen, die sich darüber lustig machen, wie lange Beine man haben muss, um dann überhaupt in ein DMP zu kommen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön noch einmal, auch für die Erklärung. – Die KBV noch einmal.

KBV: Ich möchte jetzt doch noch einmal zurückfragen. Ich weiß, dass Sie überhaupt gegenüber diesem DMP kritisch sind. Es steht in Ihrem Positionspapier, dass Sie das DMP der Adipositas, das der Gesetzgeber beschlossen hat, ablehnen. Aber wir müssen es gerade machen, denn es steht im Gesetz, und wir sind ein Rechtsstaat.

Unter diesen Bedingungen möchte ich noch einmal fragen: Ist Ihr Statement so zu verstehen, dass Sie nicht nur den BMI, sondern auch die Einbeziehung von Komorbiditäten als Einschlusskriterium befürworten?

Herr Dr. ... (DEGAM): Ja, die Komorbiditäten gehören sicherlich dazu. Ob der BMI 30 dann der richtige Grenzwert ist oder gar ein BMI von 27 oder in anderen Bereichen, halte ich dann für eher schwierig.

Umgekehrt kann man es relativ einfach machen: Ein BMI von 40 ist in der Praxis eine seltene Situation. Und Patienten, die einen BMI von 40 haben, haben in der Regel auch eine Krankheit.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Gibt es aus dem Unterausschuss weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Dann danke ich den Sachverständigen ganz herzlich.

Ich habe jetzt noch einmal die Bitte: Die Nummer 2732 wählt sich energisch ein. Wer könnte das sein?

Herr Prof. Dr. ... (DAG): Das ist Professor ... (CAADIP/DGAV) von der Chirurgie, der mich schon seit einer Stunde anmailt und schreibt, er käme nicht durch und wird nicht hereingelassen. Ich hatte auch in den Chat geschrieben. Aber auch der Chat geht irgendwie nicht durch. Zumindest nicht bei mir. Es tut mir leid.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Professor (CAADIP/DGAV), wenn Sie uns hören: Sie vertreten die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie. Die drei Minuten schaffen wir noch. – Herr Professor ... (CAADIP/DGAV), Sie haben drei Minuten Zeit für Ihr Statement.

Frau Prof. Dr. ... (DGSP): Ich befürchte, wenn er den Namen nicht sagen kann, dann wird es auch schwierig, das Statement loszuwerden. Also, von daher glaube ich, dass wir die drei Minuten nicht warten müssen.

[Anmerkung G-BA: Vor dem Hintergrund technischer Probleme bei der Einwahl von Herrn Professor ... (CAADIP/DGAV) haben die CAADIP, die DGAV sowie die DAG im Nachgang der Anhörung ein ergänzendes Schreiben übermittelt. (Siehe Anhang zum Wortprotokoll)]

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Da bin ich mit Ihnen ganz einer Meinung. – Dann darf ich allen Organisationen, die an der Anhörung mit Ihren Vertreterinnen und Vertretern teilgenommen haben, ganz herzlich danken. Sie haben uns weitergeholfen, sowohl mit Ihren schriftlichen wie auch mündlichen Stellungnahmen.

Ich wünsche Ihnen weiterhin einen schönen Tag und darf mich ganz herzlich noch einmal bedanken und hoffe, Sie stehen uns mit Ihrer Expertise auch bei anderen Fragen zur Verfügung. Danke schön. Ich bitte Sie, uns zu verlassen, weil wir jetzt nicht-öffentlich tagen.

Schluss der Anhörung: 11:43 Uhr

G-BA

**Klinik für Viszeral, Transplantations,
Thorax und Gefäßchirurgie (VTTG)**

Stellv. Geschäftsführender Direktor

Univ.-Prof. Dr. Arne Dietrich

Tel.: +49 341 9717200 (Sekt. Fr. Friedrich)

Fax: +49 341 9717209

arne.dietrich@medizin.uni-leipzig.de

Prof. A. Dietrich, für die CA-ADIP der DGAV

Prof. M. Blüher, für die DAG

Leipzig, den 16.10.2023

Betrifft: DMP-Adipositas

An die Mitglieder des G-BA bezüglich DMP-Adipositas

Sehr geehrter Herr Wörz,

Sehr geehrte Damen und Herren,

leider konnte ich (Prof. A. Dietrich) am 11.10. zum Termin vermutlich aus technischen Gründen weder online noch telefonisch dem Meeting beitreten, würde aber dennoch gern eine kurze Nachricht an das Gremium des G-BA schicken, um auf diesem Wege zum Gelingen des DMP-Adipositas beizutragen, da eine Adressierung dieses Problems zwingend erforderlich ist.

Die schriftlichen Kritikpunkte unserer Fachgesellschaften sind Ihnen zugegangen. Ich/Wir möchte(n) darum bitten, sich an den aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien, hinterlegt bei der AWMF, zu orientieren.

Dies betrifft insbesondere zum ersten die Therapiebedürftigkeit (Zielgruppe, Einschreibekriterien), wo nach aktuellen Empfehlungen die Adipositas Grad I (BMI \geq 30 kg/m²) mit assoziierten Begleiterkrankungen und jegliche Adipositas Grad II (BMI

$\geq 35 \text{ kg/m}^2$) therapiebedürftig ist, auch um das Eintreten von Erkrankungen wie Hypertonie oder Typ 2 Diabetes etc. präventiv zu verhindern (S3-Leitlinie Adipositas - Prävention und Therapie, https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-001I_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf).

Der Vorschlag der GKV-SV würde zum Beispiel einen Patienten mit einem BMI 60 kg/m^2 mit einer prädiabetischen Stoffwechsellage oder eine junge Frau BMI 40 kg/m^2 mit unerfülltem Kinderwunsch infolge PCO ausschließen.

In der Summe würde dieser Vorschlag die Mehrheit der Patienten ausschließen und wäre mit anderen Worten nichts anderes als ein Plädoyer für ein „sozialverträgliches Fröhables“, denn nachweislich haben die Betroffenen insbesondere bei drittgradiger Adipositas eine reduzierte Lebenserwartung, abgesehen von Lebensqualität, Teilhabe, Krankenstand, Erwerbstätigkeit etc..

Ebenso sollten die Formulierungen der S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ (https://register.awmf.org/assets/guidelines/088-001I_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf) korrekt wiedergegeben werden. Anderslautende Formulierungen, insbesondere was die Indikationsstellung für einen chirurgischen Eingriff betrifft, sollten vermieden werden, da dies zu zwangsläufig zu Konflikten bzw. Verwirrung bei Betroffenen oder Behandlern führt.

Adipositas ist eine chronische Erkrankung. Zu Recht wird in dem DMP Adipositas die Notwendigkeit einer Nachsorge betont, egal ob nach einem Eingriff oder einem konservativen Programm. Diese muss aber auch vergütet werden.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen,

gez. Matthias Blüher und Arne Dietrich

(für die DAG)

(für die CA-ADIP der DGAV)