

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. November 2023 beschlossen, die DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014 (BAnz AT 26.06.2014 B3, AT 26.08.2014, B2), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie wird wie folgt geändert:

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“

2. Die laufende Nummer 14 wird wie folgt gefasst:

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
„14	Körpergewicht ⁵	kg

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

II.

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

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

- 1. Behandlung 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 (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)**

1.1 Definition der Adipositas

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

1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe

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

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 eine der folgenden Komorbiditäten
 - Diabetes mellitus Typ 2
 - Arterielle Hypertonie
 - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
 - Stabile Koronare Herzkrankheit
 - Stabile chronische Herzinsuffizienz
 - Prädiabetes (Der Prädiabetes wird wie folgt definiert: HbA1c 5,7% bis kleiner 6,5%, bei Patientinnen und Patienten ohne Diabetestherapie.)

oder

- b) eine Adipositas Grad 2 und größer (BMI größer oder gleich 35 kg/m^2).

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

Zur Standarddiagnostik der Adipositas gehören die im Folgenden genannten Untersuchungen:

a) Aktueller zielgerichteter körperlicher Status, insbesondere

- Klinische Untersuchung
- BMI (Körpergewicht, Körpergröße), zusätzlich Bauchumfang bei einem BMI bis 35 kg/m^2
- Blutdruckmessung an beiden Armen

b) Laborchemische Diagnostik, sofern nicht in den letzten sechs Monaten erfolgt:

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

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

Eine weiterführende Diagnostik und ggf. sich anschließende Maßnahmen sind in der Zusammenschau aller Befunde bei anamnestischen, klinischen oder laborchemischen Hinweisen auf eine oder mehrere noch nicht erfasste Komorbiditäten zu initiieren. Eine altersgerechte Krebsfrüherkennung soll empfohlen werden.

1.3 Therapieziele

Die Therapie der Adipositas dient der Verminderung des Risikos für vorzeitige Sterblichkeit sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der Lebensqualität. Dabei sind in Abhängigkeit zum Beispiel von Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten folgende Therapieziele anzustreben:

- langfristige Senkung mit Stabilisierung des Körpergewichts oder Vermeidung einer weiteren Gewichtszunahme
- Reduktion des Adipositas-assoziierten Risikos insbesondere für metabolische, kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität
- Vermeidung von Folgeschäden der Adipositas-assoziierten Krankheiten/Komorbiditäten
- Langfristige Änderung des Lebensstils in Bezug auf Ernährungs-, Bewegungs- bzw. sitzendes Verhalten

1.4 Allgemeine Grundsätze der Therapie

1.4.1 Indikationsspezifische Erstanamnese

Bei allen eingeschriebenen Patientinnen und Patienten sollen als erster Schritt der therapeutischen Maßnahmen insbesondere folgende Punkte erfasst werden:

- 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
- aktuelles Essverhalten, Bewegungsumfang im Alltag (auch im Rahmen der beruflichen Tätigkeit) und körperliches Training
- 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

Zur systematischen Erfassung der anamnestischen Angaben kann unterstützend ein entsprechender Fragebogen eingesetzt werden.

1.4.2 Therapieplanung

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

Auf Basis der individuellen Befundkonstellation soll die Ärztin oder der Arzt in Abstimmung mit der Patientin oder mit dem Patienten beraten, von welchen Maßnahmen die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele profitieren kann. Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt soll 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 individuellen Therapieziele sollen im Verlauf regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Basismaßnahmen

Basismaßnahmen des Adipositasmanagements sind eine Änderung der Ernährung und eine Steigerung der körperlichen Aktivität einschließlich Verhaltensmodifikationen.

Diese Komponenten sollen unter Berücksichtigung der individuellen Situation kombiniert werden.

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.

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

- BMI bis 34,9 kg/m²: ≥ 5 % des Ausgangsgewichts

- BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$: $\geq 10 \%$ des Ausgangsgewichts

Den Patientinnen und Patienten soll vermittelt werden, dass bereits durch eine Gewichtsreduktion von 5% eine relevante Verbesserung metabolischer Faktoren erreicht werden kann und bei einer Gewichtsreduktion von 10% eine Remission von Komorbiditäten begünstigt und das Risiko der Entstehung weiterer Folgeerkrankungen reduziert werden kann.

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

1.5.2 Ernährung

Jede Patientin und jeder Patient soll individualisierte 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 individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung festlegen und regelmäßig überprüfen.

Um das Körpergewicht zu senken, soll ein Ernährungskonzept gewählt werden, welches zu einer negativen Energiebilanz beiträgt. Diese soll individuell mit der Patientin bzw. dem Patienten abgestimmt werden. Als Richtwert kann ein Kaloriendefizit von 500 bis 600 kcal/Tag gelten. Für eine Ernährungsumstellung bietet sich eine Auswahl verschiedener Möglichkeiten an. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten soll die Wahl gemäß der Lebenssituation (kultureller und sozialer Kontext und Gewohnheiten), dem Risikoprofil und angepasst an die Therapieziele erfolgen. Zu diesen Optionen zählen:

- 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: zum Beispiel Verzehr von überwiegend ungesättigten Fettsäuren und pflanzlichen Fetten und Eiweißen bevorzugen, Verzehr von Kohlenhydraten 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

Das Einsetzen von Formuladiäten mit einer täglichen Kalorienzufuhr von 800 bis 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 zwölf Wochen) und medizinisch begleitet werden.

Sofern der Einsatz von Formuladiäten erwogen wird, sollen Patientinnen und Patienten

darüber informiert werden, dass diese nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden können.

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

Eine individuelle Ernährungsberatung kann zur Umsetzung dieser Empfehlungen eine sinnvolle Maßnahme sein. Ernährungsberatung ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, wird aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V als Patientenschulungsmaßnahme für chronisch Kranke erbracht. Die Patientin oder der Patient soll aktiv auf diese Möglichkeit hingewiesen werden.

1.5.3 Bewegung

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

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

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 bis 200 Minuten) geraten werden. An möglichst vielen Tagen der Woche soll dies in einem Umfang von jeweils 0,5 bis 1 Stunde (30 bis 60) Minuten erfolgen.
- Zur Erreichung dieses Ziels können sowohl eine Steigerung der körperlichen Aktivität in Alltag und Beruf als auch ein gezieltes körperliches Training in der Freizeit beitragen.
- 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 können die Insulinsensitivität erhöhen.
- Sowohl Ausdauer- als auch Krafttraining einzeln oder in Kombination können die kardiorespiratorische Leistungsfähigkeit erhöhen.
- 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.
- 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.

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.

1.5.4 Verhaltensmodifikation

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

Die folgenden Interventionen zur Verhaltensmodifikation können angewendet werden:

- Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt (Körpergewicht, Essmenge, Bewegung), um die Selbstwahrnehmung zu verbessern,
- Planung von Mahlzeiten und vermehrt selbst kochen, Nutzung der Nahrungsmittelvielfalt,
- Motivation zu bewusstem und genussvollem Essen,
- Nutzung von Techniken zur Stimuluskontrolle (Auslöser für ungünstiges Verhalten senken, oder zum Aufbau von günstigem Verhalten),
- Verstärkerstrategien (zum Beispiel Selbstbelohnung auch von kleinen Fortschritten),
- Einbindung des sozialen Umfelds zur Unterstützung der Verhaltensänderungen.

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.

1.5.6 Chirurgische Therapie

Nach Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten soll 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.

Soweit 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 der Patientin oder des Patienten insgesamt zu erwarten ist, soll ein chirurgischer Eingriff erwogen werden, ohne dass konservative Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind.

Es ist auf die Notwendigkeit einer lebenslangen Nachsorge nach chirurgischer Therapie hinzuweisen.

1.6 Komorbiditäten

1.6.1 Herz-Kreislaufkrankungen

Arterielle Hypertonie

Ein erhöhter Blutdruck stellt mit einer Prävalenz von 60 bis 85% die häufigste adipositas-assoziierte Komorbidität und den Hauptfaktor für die Entwicklung eines metabolischen Syndroms bei Adipositas dar.

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.

Liegt eine komorbide arterielle Hypertonie vor, sollen, unter Berücksichtigung von Begleitfaktoren, Blutdruckwerte von unter 140/90 mmHg angestrebt werden.

In Phasen der Gewichtsabnahme sollte eine regelmäßige Überprüfung des Bedarfs an blutdrucksenkenden Medikamenten erfolgen.

1.6.2 Endokrines System

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 dreifache. 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.

1.6.2.2 Hypothyreose

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 Polyzystisches Ovarialsyndrom (PCOS)

Bei adipositas-assoziiertem Hypogonadismus bzw. adipositas-assoziiertem 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.

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 einem erhöhten Risiko für eine Angststörung assoziiert.

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, sondern zunächst eine Therapie der psychischen Erkrankung.

Bei einer medikamentösen Therapie einer psychischen Störung adipöser Patientinnen und Patienten sollten wenn möglich keine Präparate eingesetzt werden, die eine Gewichtszunahme begünstigen.

1.6.4.2 Essstörungen

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.

1.6.5 Verdauungssystem

Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung

Adipositas-spezifische Maßnahmen, insbesondere zur Gewichtsreduktion, sind wichtigster Bestandteil der Therapie einer Nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung.

1.7 Verlaufsuntersuchungen

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

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

Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Verlaufsuntersuchung sind:

- Erhebung des BMI
- Bei einem BMI bis 35 kg/m²: Messung des Bauchumfangs einmal jährlich
- Einschätzung von Motivation zu Verhaltensänderungen hinsichtlich Ernährung und Bewegung
- Berücksichtigung psychischer Aspekte
- Messung des Blutdrucks
- Verlaufskontrollen bei vorhandenen adipositas-assoziierten Komorbiditäten
- Überprüfung der Medikation auf Substanzen, die eine Gewichtszunahme begünstigen und ggf Anpassung

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

- Nüchternblutzucker in mindestens jährlichen Intervallen,
- Lipide (HDL, LDL, TGZ, Gesamt-Cholesterin), Leberwerte (GPT, GGT) und TSH je nach vorhandenen Komorbiditäten, Gewichtsverlauf und Ausgangswerten in den

entsprechenden Intervallen, die für diese Konstellation empfohlen werden (beispielsweise jährlich oder seltener)

1.8 Kooperation der Versorgungssektoren

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

1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin im Gebiet Innere Medizin, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt im Gebiet Innere Medizin oder eine entsprechend qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt.

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.

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

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 Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei den folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung zur Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zu einer ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin, zu einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten oder zu einer jeweils qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:

- zur Abklärung oder Kontrolle von Organmanifestationen, von endokrinen Störungen oder von Komplikationen am Bewegungsapparat,
- bei Hinweisen auf krankheitsunterhaltende Belastungen oder auf psychische Komorbidität,
- bei Umstellung einer Vormedikation auf möglichst gewichtsneutrale Wirkstoffe bzw. zur Auswahl möglichst gewichtsneutraler Wirkstoffe bei neuer medikamentöser Therapie einer Komorbidität oder einer anderen Vor- oder neu aufgetretenen Begleiterkrankung, wenn der Bedarf einer fachärztlichen Mitbetreuung besteht,
- zur Indikationsstellung für einen adipositaschirurgischen oder metabolischen Eingriff,

zur präoperativen Betreuung vor adipositaschirurgischem oder metabolischem Eingriff zur postoperativen Nachsorge nach adipositaschirurgischem oder metabolischem Eingriff.

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

1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung insbesondere bei deutlicher 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.

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

1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

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

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

1.9 Geeignete digitale medizinische Anwendungen

Es kann auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden.

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

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

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Lfd. Nr.	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Gewichtsreduktion von mindestens 5 % bei Adipositas Grad 1 (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 2 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
11	Vermeidung eines manifesten Diabetes mellitus Typ 2 bei bestehendem Prädiabetes bei Einschreibung (adäquater Anteil)	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem Prädiabetes bei Einschreibung: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Auftreten eines manifesten Diabetes mellitus Typ 2 seit der letzten Dokumentation

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

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

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

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

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

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

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

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.

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.

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

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

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

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

4.2 Schulungen der Versicherten

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

Strukturierte Schulungsprogramme für adipöse Patientinnen und Patienten sind multimodale Angebote, die mindestens ein Modul zu Bewegung und ein Modul zu Ernährung enthalten und auf Verhaltensänderungen fokussieren.

Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung liegt kein Schulungsprogramm vor, das alle Voraussetzungen für ein flächendeckendes Schulungsangebot im DMP erfüllt. Insofern besteht die Möglichkeit weitere Schulungsprogramme gemäß § 4 Absatz 3 Satz 5 und 6 in die Programme zu integrieren.

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

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

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

- a) Tod
- b) Gewichtsreduktion
- c) BMI
- d) Schulungen
- e) Ernährungsumstellung
- f) Blutdruckwerte
- g) körperliche Alltagsaktivität
- h) körperliches Training
- i) Prädiabetes und manifester Diabetes mellitus Typ 2

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

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

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Anlage 24 Adipositas – Dokumentation

Adipositas - Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Therapeutische Maßnahmen		
1a	Ziele zur regelmäßigen körperlichen Alltagsaktivität und körperlichem Training ¹	Ziele vereinbart / Keine Ziele vereinbart
1b	Ziele zur regelmäßigen körperlichen Alltagsaktivität und körperlichem Training seit der letzten Dokumentation ²	Ziele vereinbart oder überprüft / Keine Ziele vereinbart oder überprüft
2	Regelmäßige körperliche Alltagsaktivität	Ja / Nein
3	Regelmäßiges körperliches Training	Ja / Nein
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	Prädiabetes ^{1,3}	Ja / Nein
Schulung		
7	Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer multimodalen 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	Manifester Diabetes mellitus Typ 2 ⁴	Ja / Nein

11	Beendigung der DMP-Teilnahme ⁵	Ja / Nein
----	---	-----------

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

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

³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Der Prädiabetes wird wie folgt definiert: HbA1c 5,7% bis kleiner 6,5%, bei Patientinnen und Patienten ohne Diabetestherapie.

⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Diese Angabe ist erst bei der zweiten Dokumentation und allen folgenden Dokumentationen (Folgedokumentation) zu machen und nur wenn in Feld 6 (Prädiabetes) bei der Erstdokumentation die Angabe „Ja“ gemacht wurde. Wenn in diesem Feld erstmalig „Ja“ angegeben wird, wird die Antwortausprägung für alle weiteren Folgedokumentationen übernommen.

⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Sofern hier „Ja“ angegeben wird, erfolgt eine Beendigung der DMP-Teilnahme durch die Krankenkasse.

“

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

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

Berlin, den 16. November 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger