



# Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 36. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):

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

Vom 22. November 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 22. November 2024 beschlossen, die 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 (BAnz AT 26.06.2014 B3, AT 26.08.2014, B2), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V), wie folgt zu ändern:

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

I. Die Anlage 2 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 - Erwachsene/ Adipositas - Kinder und Jugendliche“

2. Die laufenden Nummern 13 bis 15 werden wie folgt gefasst:

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
„13	Körpergröße <sup>6</sup>	m“
„14	Körpergewicht <sup>5, 6</sup>	kg“
„15	Blutdruck <sup>3</sup>	mm Hg“

<sup>3</sup> Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale oder Adipositas eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen.

Bei Kindern und Jugendlichen unter 11 Jahren, die wegen Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen.

<sup>5</sup> Nur im DMP Adipositas - Erwachsene: Mit der Eingabe des Körpergewichts bei der aktuellen Dokumentation sind automatisch drei Werte anzuzeigen: 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 - Erwachsene eingeschrieben sind, bei jeder Dokumentation auszufüllen und darf nicht automatisiert aus der Vordokumentation übernommen werden.

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

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

III. Die Anlage 24 wird wie folgt geändert:

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

IV. Folgende Anlagen 25 und 26 werden angefügt:

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

- 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 bei Kindern und Jugendlichen**

Adipositas ist definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts ab einem Body-Mass-Index (BMI) > 97. alters- und geschlechtsbezogenen Perzentil. Die extreme Adipositas wird definiert mit einem BMI > 99,5. Perzentil. Der BMI ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

**1.2 Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe**

In das DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten fünften Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer Adipositas eingeschrieben werden, wenn die Kinder und Jugendlichen aktiv an dem Programm mitwirken.

Davon abweichend ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und so lange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann.

Das Einschlusskriterium einer bestehenden Adipositas bei Kindern und Jugendlichen wird anhand eines BMI über dem 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentil definiert. Voraussetzung für die Einschreibung ist insbesondere die Fähigkeit und Motivation zur Teilnahme an einer Patientenschulung, die die zentrale Maßnahme des strukturierten Behandlungsprogramms darstellt.

Bei Einschreibung soll ein aktueller, zielgerichteter körperlicher Status erhoben werden. Hierzu gehört die Erfassung des aktuellen Körpergewichts und der aktuellen Körpergröße, um das alters- und geschlechtsspezifische BMI-Perzentil zu bestimmen. Eine weiterführende Diagnostik und gegebenenfalls sich anschließende Maßnahmen in Abhängigkeit der individuellen Erfordernisse liegen im Ermessen der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes.

### 1.3 Therapieziele

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

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

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

### 1.4. Allgemeine Grundsätze der Therapie

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

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

#### 1.4.1 Indikationsspezifische Erstanamnese

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

- a) bisheriger Verlauf von Gewicht und BMI in Perzentilkurven,
- b) bereits erfolgte Maßnahmen zum Gewichtsmanagement und zur Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter,
- c) aktuelle Ernährungsgewohnheiten der gesamten Familie (beispielsweise Art, Häufigkeit und Zusammensetzung der Mahlzeiten, die Portionsgrößen, Vorlieben und Abneigungen),
- d) Bewegungsgewohnheiten (insbesondere körperliche Inaktivität,- zum Beispiel Medienkonsum) sowie Mobilität und körperliche Belastbarkeit,
- e) Familienanamnese mit Schwerpunkt auf Adipositas und deren assoziierte Komorbiditäten,
- f) Sozialanamnese, psychische und psychosoziale Belastungsfaktoren und
- g) Komorbiditäten und Vormedikation mit Identifizierung von Medikamenten, die eine Gewichtszunahme begünstigen.

### **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 durch.

Dabei sollen der bisherige Krankheitsverlauf, die stattgefundenen Untersuchungen und Behandlungen sowie die Erwartungen und individuellen Möglichkeiten der Patientin oder des Patienten berücksichtigt werden.

Bereits bei der Therapieplanung soll das Konzept eines multimodalen Vorgehens erläutert werden. Die Bedeutsamkeit der Selbstbefähigung und der Unterstützung der nach Maßgabe der Nummer 1.4 einbezogenen Personensorgeberechtigten oder Betreuungspersonen für das Erreichen der Therapieziele soll hervorgehoben werden. Diese sind für einen langfristigen Umgang mit der Erkrankung oftmals maßgeblich. 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 beziehungsweise der koordinierende Arzt soll gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Therapieplanung mit individuellen Zielen, insbesondere zur Ernährungsumstellung und zu Bewegung im Alltag, erstellen. Es soll darauf geachtet werden, dass die individuell gesetzten Ziele für die Patientin oder den Patienten realistisch und erreichbar sind. Dies können auch solche sein, die nicht unmittelbar auf eine Gewichtsreduktion abzielen. Die individuellen Therapieziele sollen im Verlauf regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

### **1.4.3 Überleitung**

Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, soll die Überleitung für Jugendliche in die Erwachsenenmedizin gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin sowie den nach Maßgabe der Nummer 1.4 einbezogenen Betreuungspersonen oder Personensorgeberechtigten geplant und strukturiert gestaltet werden.

## **1.5 Therapeutische Maßnahmen**

### **1.5.1 Basismaßnahmen**

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

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

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

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

### **1.5.2 Ernährung**

Wenn bei Kindern und Jugendlichen eine Ernährungsumstellung erfolgt, sollen wann immer sinnvoll und möglich auch Personensorgeberechtigte oder Betreuungspersonen nach Maßgabe der Nummer 1.4 mit einbezogen werden. Auch das häusliche und soziale Umfeld spielt bei der Langzeitadhärenz eine wesentliche Rolle. Die Ernährung zur Behandlung der Adipositas sollte ausgewogen und abwechslungsreich sein, auch unter Berücksichtigung der Portionsgrößen. Eine Steigerung der Aufnahme von Gemüse, Obst und ballaststoffreichen Kohlenhydraten und eine Reduktion der Aufnahme an fett- und zuckerhaltigen Lebensmitteln werden empfohlen. Insbesondere sollte die Getränkeauswahl zugunsten von Wasser geändert werden. Starre Diätpläne oder Kostformen mit extremen Nährstoffrelationen gehen mit medizinischen Risiken und fehlendem Langzeiterfolg einher und sollten daher nicht angewandt werden.

Eine individuelle Ernährungsberatung kann zur Umsetzung dieser Empfehlungen eine sinnvolle Maßnahme sein. Ernährungsberatung ist bei Adipositas keine Regelleistung der GKV, wird aber zum Teil auf ärztliche Empfehlung hin nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V als Patientenschulungsmaßnahme für chronisch Kranke erbracht. Die Patientin oder der Patient und die nach Maßgabe von Nummer 1.4 einbezogenen Personensorgeberechtigte oder Betreuungspersonen sollen aktiv auf diese Möglichkeit hingewiesen werden.

### **1.5.3 Bewegung**

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

Die Steigerung der körperlichen Aktivität sollte an den Grad der Adipositas angepasst werden. In einem Gruppensetting ist die Durchführung mit einer Stärkung der gegenseitigen Motivation verbunden. Die Unterstützung durch das soziale Umfeld wie Eltern oder andere Betreuungspersonen, Mitschülerinnen und Mitschüler und Lehrerinnen und Lehrer zum Beispiel durch positives Feedback kann zu langanhaltenden positiven Effekten der bewegungsbezogenen Maßnahmen beitragen.

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

### **1.5.4 Verhaltensmodifikation**

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

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

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

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

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

## 1.6 Verlaufsuntersuchungen

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

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

Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Verlaufsuntersuchung sind:

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

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

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

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

## 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren

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

### 1.7.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

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

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Adipositas eine entsprechend qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn 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 1.7.2 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.

### **1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Leistungserbringerin oder zum jeweils qualifizierten Leistungserbringer**

Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei den folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung zur Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas im Kindes- und Jugendalter zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zu einer ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutin, zu einem ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten oder zu einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, zu einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder zu einer qualifizierten Fachpsychotherapeutin, zu einem qualifizierten Fachpsychotherapeuten oder zu einer jeweils qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:

- a) bei Hinweisen auf krankheitsunterhaltende Belastungen oder auf psychische Komorbidität,
- b) bei Vorhandensein oder Auftreten von Adipositas-assoziierten Komplikationen oder Komorbiditäten, welche durch die Adipositas-spezifischen Maßnahmen nicht ausreichend kontrolliert sind,
- c) bei Umstellung einer Vormedikation auf möglichst gewichtsneutrale Wirkstoffe beziehungsweise 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,
- d) bei neu aufgetretenen Hinweisen für eine spezifische und anderweitig behandlungsbedürftige Ursache der Adipositas je nach individueller Konstellation zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung.

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

### **1.7.3 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme**

Im Rahmen des DMP können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei entsprechender Indikationsstellung in Ergänzung zu den ambulanten Schulungsprogrammen als Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes sinnvoll sein.

Die Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist individuell und frühzeitig zu beurteilen. Der BMI-Perzentilenwert allein ist für die Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht ausreichend. Wesentlich ist die Berücksichtigung Adipositas-assoziiertes Risikofaktoren oder Komorbiditäten sowie psychosozialer Problemkonstellationen

Die ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation ist eine interdisziplinäre und multimodale Maßnahme. Kinder und Jugendliche sollen darin unterstützt werden, ihre individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen oder aufrechtzuerhalten, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder zu vermindern. Die Leistungsfähigkeit für eine Teilhabe an Schule und Ausbildung soll gefördert werden, um eine Teilhabe im späteren Erwerbsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. 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 Adipositas-assoziiertes Risikofaktoren oder Komorbiditäten zu vermeiden, zu vermindern oder ihnen entgegenzuwirken. Die Ärztin beziehungsweise der Arzt prüft, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und verweist die Patientin oder den Patienten gegebenenfalls für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger, die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger. Im Bereich der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche besteht eine gleichrangige Zuständigkeit.

## **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.

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

### Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Lfd. Nr.	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Relevante Reduktion des Übergewichts (adäquater Anteil)	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die seit mindestens zwölf Monaten am DMP teilnehmen: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Reduktion des BMI-SDS von größer gleich 0,20 , im Vergleich zum BMI-SDS bei Einschreibung
2	Vermeidung einer Zunahme des Übergewichts (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Reduktion oder Stabilisierung des BMI-SDS, im Vergleich zum BMI-SDS bei Einschreibung
3	Stabilisierung des Übergewichts zur letzten Dokumentation (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Reduktion oder Stabilisierung des BMI-SDS, im Vergleich zum BMI-SDS der letzten verfügbaren Dokumentation
4	Individuelle Ziele zu regelmäßiger Bewegung im Alltag (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen individuelle Ziele zur regelmäßigen Bewegung im Alltag vereinbart oder überprüft wurden, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
5	Regelmäßige Bewegung im Alltag (entsprechend der individuell festgelegten Ziele) (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich im Alltag regelmäßig bewegen, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
6	Individuelle Ziele zum Ernährungsverhalten (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen individuelle Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung vereinbart oder überprüft wurden, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
7	Adäquates Ernährungsverhalten (entsprechend der individuell festgelegten Ziele) (hoher Anteil)	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die ein adäquates Ernährungsverhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
8	Schulungsteilnahme (hoher Anteil)	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP-Einschreibung ungeschult sind: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche teilgenommen haben

### **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 der Adipositas 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 im Kindes- und Jugendalter können ab der Vollendung des fünften Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn sie die in Nummer 1.2 genannten Kriterien erfüllen.

Davon abweichend ist zunächst eine Beschränkung des Behandlungsprogramms auf Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten achten Lebensjahr möglich, soweit und so lange in der Region ein Schulungsprogramm nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit Nummer 4.2 für Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr nicht angeboten werden kann.

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 – Kinder und Jugendliche eingeschrieben werden. In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob im Einzelfall eine Teilnahme über das 18. Lebensjahr hinaus sinnvoll ist. Die Teilnahme endet spätestens mit der Vollendung des 21. Lebensjahres. Eine Einschreibung in dieses DMP ist nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht möglich.

### **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 im Kindes- und Jugendalter soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten. Strukturierte Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas sind multimodale Angebote, die mindestens ein Modul zu Bewegung und ein

Modul zu Ernährung enthalten. Insbesondere für Kinder wird empfohlen, die Personensorgeberechtigten oder relevante Betreuungspersonen mit einzubeziehen. Insoweit gelten die Anforderungen an die Einbeziehung von Personensorgeberechtigten und Betreuungspersonen unter Nummer 1.4 entsprechend. Die Schulungen, die den oben genannten Anforderungen entsprechen und zum Zeitpunkt der Beschlussfassung vorliegen, sind für Kinder und Jugendliche mit Adipositas unabhängig vom Vorliegen von Risikofaktoren oder Komorbiditäten geeignet.

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 dieser Richtlinie sind mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- a) Gewichtsentwicklung (BMI-SDS),
- b) Schulungen,
- c) Ernährungsverhalten,
- d) Bewegung.

Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 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 endet der Evaluationszeitraum für den erstmalig zu erstellenden Bericht nach 48 Monaten, beginnend mit dem ersten Tag des der frühesten Zulassung eines DMP Adipositas – Kinder und Jugendliche folgenden Quartals.

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

## Anlage 26 Adipositas -Kinder und Jugendliche - Dokumentation

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

<sup>1</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Der BMI-SDS wird bei Angabe der aktuellen Körpergröße in Feld 13 der Anlage 2 dieser Richtlinie und des aktuellen Körpergewichts in Feld 14 der Anlage 2 dieser Richtlinie von dem System

automatisch berechnet und das Dokumentationsfeld 1 „BMI-SDS“ dieser Anlage automatisch befüllt. Mit der automatischen Befüllung des BMI-SDS bei der aktuellen Dokumentation sind zusätzlich folgende Angaben zur Anzeige zu bringen: 1. Kategoriale Einordnung des aktuellen BMI-SDS (Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas, extreme Adipositas); 2. Differenz zwischen dem BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation und dem BMI-SDS in der letzten vorhandenen Dokumentation sowie die Einordnung dieser Veränderung; 3. Differenz zwischen dem BMI-SDS in der aktuellen Dokumentation und dem BMI-SDS in der Erstdokumentation sowie die Einordnung dieser Veränderung.

<sup>2</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angabe ist nur bei der Erstdokumentation auszufüllen.

<sup>3</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Diese Angabe ist erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen (Folgedokumentation) zu machen.

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

V. 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](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 22. November 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende  
Prof. Hecken

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger