



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

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

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

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

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

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

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

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

Literaturverzeichnis

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