

Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Adipositas – Erwachsene

A decorative graphic consisting of a horizontal row of 20 squares. The squares are arranged in two rows of 10. The top row has 10 squares of varying shades of blue and grey. The bottom row has 10 squares, with the first 8 being shades of blue and grey, and the last 2 being solid dark blue. The word 'BERICHTSPLAN' is centered in white text on the 10th square of the top row.

BERICHTSPLAN

Projekt: V26-05

Version: 1.0

Stand: 12.08.2026

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Adipositas – Erwachsene

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags

08.07.2026

Interne Projektnummer

V26-05

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Siegburger Str. 237
50679 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: info@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

Schlagwörter

Adipositas, Disease-Management-Programm, Leitliniensynopse

Keywords

Obesity, Disease-Management-Program, Guideline Synopsis

Zu diesem Berichtsplan können alle interessierten Personen, Institutionen und Gesellschaften Stellungnahmen abgeben, die zu einer Überarbeitung des Berichtsplans führen können. Die Frist für den Eingang der Stellungnahmen befindet sich auf der Website des IQWiG (www.iqwig.de), ebenso wie die dafür notwendigen Formblätter und ein Leitfaden.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	v
Abkürzungsverzeichnis.....	vi
1 Hintergrund.....	1
2 Fragestellung.....	3
3 Projektverlauf.....	4
4 Methoden	5
4.1 Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung	5
4.1.1 Population	5
4.1.2 Versorgungsaspekte	5
4.1.3 Übertragbarkeit.....	5
4.1.4 Publikationssprachen	6
4.1.5 Empfehlungskennzeichnung	6
4.1.6 Publikationszeitraum.....	6
4.1.7 Gültigkeit	6
4.1.8 Evidenzbasierung.....	7
4.1.9 Nachvollziehbarkeit der Klassifizierungsschemata	7
4.1.10 Publikationen ohne Zusatzinformationen.....	7
4.1.11 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss.....	7
4.2 Informationsbeschaffung.....	8
4.2.1 Primäre Informationsquellen	8
4.2.2 Weitere Informationsquellen.....	8
4.2.3 Selektion relevanter Leitlinien	9
4.3 Methodische Qualität der Leitlinien.....	9
4.4 Kategorisierung der GoRs und LoEs.....	11
4.5 Extraktion der Empfehlungen und Informationssynthese	11
5 Literatur	14

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1 Klassifikation des Körpergewichts und BMI	1
Tabelle 2: Übersicht über die Kriterien für den Leitlinieneinschluss	8

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BMI	Body-Mass-Index
DMP	Disease-Management-Programm
DMP-A-RL	DMP-Anforderungen-Richtlinie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GoR	Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad)
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
LoE	Level of Evidence (Evidenzlevel)
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)

1 Hintergrund

Disease-Management-Programme

Disease-Management-Programme (DMPs) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die auf den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin beruhen. Im Rahmen der Programme werden vorrangig Behandlungsmethoden eingesetzt, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen [1]. Die Patientinnen und Patienten erhalten damit eine Versorgung, die das Auftreten von Folgeschäden und akuten Verschlechterungen der Krankheit so weit wie möglich vermeiden und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessern soll. Ziel der DMPs ist es unter anderem, die Behandlung zu optimieren, die Zusammenarbeit der Leistungserbringer zu fördern und somit diagnostische und therapeutische Abläufe besser miteinander zu verzahnen [2]. Die inhaltlichen Anforderungen an ein DMP sind in der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) geregelt [3].

Betreffendes Krankheitsbild

„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“ [3].

Tabelle 1 Klassifikation des Körpergewichts und BMI [4,5]

Klassifikation des Körpergewichts	BMI (kg/m^2)
Untergewicht	$< 18,5$
Normalgewicht	18,5–24,9
Übergewicht	$\geq 25,0$
Präadipositas	25,0–29,9
Adipositas Grad I	30,0–34,9
Adipositas Grad II	35,0–39,9
Adipositas Grad III	≥ 40
BMI: Body-Mass-Index	

Adipositas birgt das Risiko für weitere Erkrankungen wie Diabetes, Gefäßerkrankungen, Arthrose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Fettleber oder Schlafapnoe. Je ausgeprägter eine Adipositas ist (Schweregrad) und je länger diese andauert, desto höher ist das Risiko für Folgeerkrankungen. Dazu spielen auch die genetische Prädisposition und das Vorliegen sonstiger Risikofaktoren eine wichtige Rolle [4,6].

Die Ursache für eine Adipositas können eine familiäre Disposition, der Lebensstil (beispielsweise Bewegungsmangel, Fehlernährung), Schlafmangel, Stress, depressive

Erkrankungen, Essstörungen oder endokrine Erkrankungen sein. Weiterhin können u. a. bestimmte Medikamente (beispielsweise Antidepressiva, Antidiabetika, Glukokortikoide), eine Immobilisierung, Schwangerschaft oder Nikotinverzicht zu einer Adipositas führen [4,7].

Epidemiologie

Die Prävalenz von Adipositas steigt mit zunehmendem Alter sowohl bei Frauen als auch Männern an [8]. Besonders bei jungen Erwachsenen nimmt die Prävalenz von Adipositas zu [9]. Für das Jahr 2023 berichtet das bundesweite Befragungssurvey zur Gesundheit der Bevölkerung des Robert Koch-Instituts eine Adipositasprävalenz von 19,7 % in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland. Dabei sind 18,2 % Frauen und 21,2 % Männer betroffen. In den letzten 20 Jahren lässt sich ein Anstieg der Adipositasprävalenz national und international erkennen [10]. Der World Obesity Atlas 2024 geht für Deutschland davon aus, dass die Anzahl der Erwachsenen mit einem hohem BMI zwischen 2020 bis 2035 jährlich um 0,5 % steigen wird [11].

Leitlinien

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer sowie Patientinnen und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen. Sie haben zum Ziel, die Patientenversorgung zu verbessern. Bei evidenzbasierten Leitlinien liegen den Empfehlungen eine systematische Überprüfung der Evidenz und eine Bewertung des Nutzens und Schadens der alternativen Behandlungsoptionen zugrunde [12,13].

Von den Leitliniengruppen sollen Grades of Recommendation (GoRs) und Level of Evidence (LoEs) vergeben werden. Der GoR verleiht der Stärke einer Empfehlung Ausdruck und beruht unter anderem auf einer Abwägung des Nutzens und Schadens einer (medizinischen) Intervention in dem jeweils spezifischen Versorgungskontext sowie auf der Aussagesicherheit der zugrunde gelegten Evidenz beziehungsweise dem LoE. Der LoE stellt eine Bewertung der Ergebnissicherheit der den Empfehlungen zugrunde gelegten Studien dar. Leitlinienersteller verwenden oft unterschiedliche Systeme zur Einstufung von GoRs und LoEs.

2 Fragestellung

Folgende Fragestellung soll beantwortet werden:

- Welche Diskrepanzen finden sich zwischen den Empfehlungen aktueller evidenzbasierter Leitlinien und der derzeit gültigen DMP-A-RL?

Zur Beantwortung der Fragestellung werden aktuelle evidenzbasierte Leitlinien identifiziert und bewertet. Anschließend werden die Empfehlungen mit der derzeit gültigen Anlage zum DMP Adipositas – Erwachsene der DMP-A-RL abgeglichen und die Diskrepanzen erläutert.

Des Weiteren werden Empfehlungen zu digitalen medizinischen Anwendungen unabhängig von der Empfehlungsstärke und dem Evidenzlevel dargestellt.

3 Projektverlauf

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 08.07.2026 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer Leitliniensynopse zur Aktualisierung des DMP Adipositas – Erwachsene beauftragt.

In die Bearbeitung des Projekts wird eine externe Sachverständige / ein externer Sachverständiger eingebunden.

Der vorliegende Berichtsplan (Version 1.0) wird zur Anhörung gestellt. Hierzu können schriftlich Stellungnahmen eingereicht werden. Das Ende der Stellungnahmefrist wird auf der Website des IQWiG (www.iqwig.de) bekannt gegeben. Stellungnahmen können alle interessierten Personen, Institutionen und Gesellschaften abgeben. Die Stellungnahmen müssen bestimmten formalen Anforderungen genügen. Diese sind ebenfalls auf der Website des IQWiG dargelegt. Kommt es durch die Anhörung zu einer Änderung der Berichtsmethodik, wird ein überarbeiteter Berichtsplan erstellt und veröffentlicht. Die Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan wird auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

Auf Basis des Berichtsplans wird die vorläufige Bewertung vorgenommen. Diese wird in einem Vorbericht veröffentlicht, der zur Anhörung gestellt wird. Im Anschluss an die Anhörung zum Vorbericht erstellt das IQWiG einen Abschlussbericht. Dieser Bericht wird an den G-BA übermittelt und grundsätzlich 4 Wochen später auf der Website des IQWiG veröffentlicht. An selber Stelle wird auch die Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht veröffentlicht.

Der Zeitplan für alle Arbeitsschritte der Berichterstellung für dieses Projekt ist auf der Website des IQWiG dargelegt.

4 Methoden

4.1 Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung

4.1.1 Population

Die Zielpopulation der Untersuchung sind erwachsene Patientinnen und Patienten mit Adipositas.

Da eine Teilnahme am DMP Adipositas Erwachsene für Schwangere nicht möglich ist, sind adipöse schwangere Patientinnen von der Untersuchung ausgeschlossen.

4.1.2 Versorgungsaspekte

Die für ein DMP relevanten Aspekte der Versorgung werden im Rahmen der Berichterstellung als Versorgungsaspekte bezeichnet.

In Anlehnung an das aktuell gültige DMP Adipositas [3] werden Leitlinien eingeschlossen, die Empfehlungen zu 1 oder mehreren der folgenden übergeordneten Versorgungsaspekte beinhalten:

- Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe
- Therapieziele
- allgemeine Grundsätze der Therapie
- therapeutische Maßnahmen
- Komorbiditäten
- Verlaufsuntersuchungen
- Kooperation der Versorgungssektoren
- geeignete digitale medizinische Anwendungen
- Schulungen der Versicherten

Finden sich in den eingeschlossenen Leitlinien weitere Versorgungsaspekte, die für die Versorgung im DMP von Bedeutung sein könnten, werden diese ebenfalls dargestellt.

4.1.3 Übertragbarkeit

Für die Leitliniensynopse werden Leitlinien recherchiert und ausgewählt, die auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind.

Dabei kann es sich neben nationalen auch um internationale Leitlinien handeln. Berücksichtigt werden Leitlinien aus Ländern der Europäischen Union, aus dem Vereinigten Königreich, den USA, Kanada, Australien sowie Neuseeland oder vergleichbaren Ländern. Dies erfolgt unter

der Annahme, dass diese Leitlinien auf die Behandlungssituation in Deutschland übertragbar sind.

4.1.4 Publikationssprachen

Die Publikation muss in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein.

4.1.5 Empfehlungskennzeichnung

Eine Leitlinienempfehlung beschreibt einen Handlungskorridor für eine klinische Entscheidungssituation.

In den Bericht werden ausschließlich Leitlinien eingeschlossen, deren Empfehlungen formal eindeutig als solche gekennzeichnet sind.

Die formale Darstellung der Empfehlungen in Leitlinien wird unterschiedlich umgesetzt. Empfehlungen können beispielsweise durch Aufzählungszeichen, Nummerierungen, Umrahmungen, Überschriften, Schriftauszeichnungen (beispielsweise kursiv oder fett) oder Absätze vom Fließtext abgehoben werden. Empfehlungen sind idealerweise durch einen eindeutigen GoR gekennzeichnet.

4.1.6 Publikationszeitraum

Leitlinien, die älter als 5 Jahre sind, entsprechen in der Regel nicht mehr dem aktuellen Erkenntnisstand [14-16]. Es werden deshalb nur Leitlinien berücksichtigt, die vom im Auftrag des G-BA genannten Abgabetermin des Abschlussberichts ausgehend, maximal 5 Jahre zuvor veröffentlicht wurden (siehe Abschnitt 4.1.11).

Adoptierte und adaptierte Leitlinien, deren Empfehlungen auf Quellleitlinien basieren, die außerhalb des Publikationszeitraums veröffentlicht wurden, werden ebenfalls ausgeschlossen.

Aktualisierte Leitlinien, die nicht methodisch nachvollziehbar als aktualisiert gekennzeichnet wurden, werden ausgeschlossen. Leitlinien mit Angaben zum Aktualisierungsdatum an der Empfehlung oder dem Kapitel werden eingeschlossen, wenn diese innerhalb des festgelegten Publikationszeitraums als aktualisiert gekennzeichnet sind.

4.1.7 Gültigkeit

Zum Zeitpunkt der letzten Recherche ist die Leitlinie als gültig gekennzeichnet und / oder das in der Leitlinie genannte Überarbeitungsdatum ist nicht überschritten.

Leitlinien, die zum Zeitpunkt der Erstrecherche gültig sind, deren Gültigkeitsdatum zum Zeitpunkt der Nachrecherche für den Abschlussbericht jedoch abgelaufen ist, werden im Abschlussbericht besonders gekennzeichnet.

4.1.8 Evidenzbasierung

Zur Beantwortung von Fragestellungen zum Versorgungsstandard werden gemäß Auftrag ausschließlich evidenzbasierte Leitlinien herangezogen.

Unter evidenzbasierten Leitlinien werden im vorliegenden Bericht Leitlinien verstanden, deren Empfehlungen auf einer systematischen Literaturrecherche beruhen, deren Empfehlungen grundsätzlich mit einer Evidenz- und / oder Empfehlungseinstufung (LoE und / oder GoR) versehen und mit den Referenzen der ihnen zugrunde liegenden Primär- und / oder Sekundärliteratur verknüpft sind [13,17]. Von einer systematischen Literaturrecherche wird ausgegangen, wenn die durchsuchte(n) Datenbank(en) genannt sowie mindestens 1 der folgenden Kriterien angegeben werden: die verwendeten Suchbegriffe, der Suchzeitraum oder die Suchstrategie [18]. Zudem wird bei evidenzbasierten Leitlinien vorausgesetzt, dass sie bei der AGREE-II-Bewertung in der Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) einen standardisierten Domänenwert $\geq 30\%$ erreichen (siehe Abschnitt 4.3).

Adoptierte und adaptierte Leitlinien, deren Empfehlungen auf nicht evidenzbasierten Quellleitlinien basieren, werden ebenfalls als nicht evidenzbasiert bewertet.

4.1.9 Nachvollziehbarkeit der Klassifizierungsschemata

Es werden Leitlinien eingeschlossen, in denen Klassifizierungsschemata zur Empfehlungs- und / oder Evidenzgraduierung angegeben und von der Leitliniengruppe auch nachvollziehbar angewendet wurden.

4.1.10 Publikationen ohne Zusatzinformationen

Mehrfachpublikationen eingeschlossener Leitlinien werden ausgeschlossen. Ebenso werden adoptierte bzw. adaptierte Leitlinien ausgeschlossen, die bereits eingeschlossene Leitlinien duplizieren.

4.1.11 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss

Die folgende Tabelle zeigt die Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Leitliniensynopse.

Tabelle 2: Übersicht über die Kriterien für den Leitlinieneinschluss

Einschlusskriterien	
E1	Erwachsene Patientinnen und Patienten mit Adipositas (siehe auch Abschnitt 4.1.1)
E2	Empfehlungen zu mindestens 1 der in Abschnitt 4.1.2 genannten Versorgungsaspekte
E3	Leitlinien aus Deutschland und aus Ländern entsprechend Abschnitt 4.1.3
E4	Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch (siehe auch Abschnitt 4.1.4)
E5	Empfehlungen sind aufgrund einer formalen Kennzeichnung eindeutig zu identifizieren (siehe auch Abschnitt 4.1.5)
E6	Publikationstyp Leitlinie (siehe auch Kapitel 1)
E7	Publikation erfolgte ab Juli 2022 (siehe auch Abschnitt 4.1.6)
E8	als gültig gekennzeichnet und / oder Überarbeitungsdatum nicht überschritten (siehe auch Abschnitt 4.1.7)
E9	Vollpublikation ^a der Leitlinie
E10	evidenzbasiert (siehe auch Abschnitt 4.1.8)
E10a	AGREE-II-Bewertung: standardisierter Domänenwert in der Domäne 3 $\geq$ 30 %
E11	Klassifizierungsschemata nachvollziehbar (siehe auch Abschnitt 4.1.9)
Ausschlusskriterium	
A1	Publikation ohne Zusatzinformationen (siehe auch Abschnitt 4.1.10).
a. Unter Vollpublikation wird eine verfügbare, vollständige und finalisierte Leitlinie verstanden. OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development	

4.2 Informationsbeschaffung

Für die umfassende Informationsbeschaffung wird eine systematische Recherche nach relevanten Leitlinien durchgeführt. Folgende primäre und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken werden dabei berücksichtigt:

4.2.1 Primäre Informationsquellen

Die systematische Recherche nach themenspezifischen Leitlinien erfolgt in Leitliniendatenbanken bzw. bei Leitlinienanbietern, wie etwa

- ECRI Guideline Trust
- GuidelineCentral
- Trip Database (Guidelines)
- AWMF
- NICE

4.2.2 Weitere Informationsquellen

- Google oder Google Scholar (kursorisch)

- Anhörungen zum Berichtsplan und zum Vorbericht
- Autorenanfragen

4.2.3 Selektion relevanter Leitlinien

Das Titel- und Abstractscreening wird im Rahmen der Suchen in den verschiedenen Informationsquellen von 1 Person durchgeführt; eine 2. Person überprüft das Screeningergebnis. Anschließend prüfen 2 weitere Personen im Volltext unabhängig voneinander, ob die daraus resultierenden potenziell relevanten Leitlinien die in Abschnitt 4.1.11 genannten Einschlusskriterien erfüllen oder ob das Ausschlusskriterium zutrifft.

Die im Rahmen der Anhörung zum Berichtsplan und zum Vorbericht gegebenenfalls eingereichten Informationen werden von 1 Person gesichtet. Sofern darin Leitlinien enthalten sind, werden diese hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet; eine 2. Person überprüft den gesamten Prozess inklusive der Bewertungen.

Sofern in einem der genannten Selektionsschritte Diskrepanzen auftreten, werden diese jeweils durch Diskussion zwischen den beiden Beteiligten aufgelöst.

4.3 Methodische Qualität der Leitlinien

AGREE-II-Bewertung

Ein wichtiger Aspekt bei der Interpretation und Einschätzung von Leitlinienempfehlungen im Rahmen der Leitliniensynopse ist die Einschätzung der methodischen Qualität der zugrunde liegenden Leitlinien.

Zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien wird das Appraisal-of-Guidelines-for-Research-and-Evaluation(AGREE)-II-Instrument [18-20] eingesetzt. Insgesamt enthält das Instrument 23 Beurteilungskriterien. Diese Kriterien sind 6 Domänen zugeordnet, die voneinander unabhängig sind.

Im Rahmen der Leitliniensynopsen wird die Anwendung des Instruments auf die Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) begrenzt. Dies erfolgt mit Blick auf die Zielsetzung der Leitliniensynopsen [1,21], eine evidenzbasierte Grundlage für die Aktualisierung bestehender bzw. Entwicklung neuer DMPs zur Verfügung zu stellen. Die Begrenzung auf die Domänen 2, 3 und 6 wird auch von anderen Autorenteams vorgenommen [22].

Jedes Beurteilungskriterium innerhalb der 3 Domänen wird auf einer 7-Punkte-Skala bewertet. Die Skala gibt an, inwieweit ein Kriterium in der zu bewertenden Leitlinie erfüllt ist, wobei 7 bedeutet, dass das Kriterium vollständig erfüllt wurde.

Jede Leitlinienbewertung wird von 2 Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Bei stark unterschiedlichen Einschätzungen werden diese konsentiert, sodass die beiden Personen in ihren abschließenden Bewertungen höchstens 2 Punkte voneinander abweichen.

Die Ergebnisse der methodischen Bewertung werden tabellarisch im Bericht dargestellt. Zur besseren Vergleichbarkeit der Domänen sowie der Leitlinien untereinander erfolgt, wie im Instrument vorgegeben, eine Standardisierung der Einzelwertungen durch die Darstellung standardisierter Domänenwerte, die wie folgt berechnet werden:

$$\text{standardisierter Domänenwert} = \frac{\text{erreichte Punktzahl} - \text{minimale Punktzahl}}{\text{maximale Punktzahl} - \text{minimale Punktzahl}}$$

Die standardisierten Domänenwerte können einen Wert zwischen 0 % und 100 % erreichen. Werte nahe 0 % können als niedrige und Werte nahe 100 % als hohe methodische Qualität angesehen werden. Um zu verdeutlichen, wie die Qualität der Leitlinien in den 3 Domänen zueinander einzuordnen ist, wird innerhalb einer Domäne für jede Leitlinie zusätzlich ein Rang vergeben. Hierfür werden die standardisierten Domänenwerte der einzelnen Leitlinien der Größe nach sortiert und nummeriert, wobei der höchste Domänenwert Rang 1 bekommt. Bei gleichen Domänenwerten werden mittlere Ränge vergeben. Der niedrigste und der höchste Domänenwert und Rang werden jeweils gekennzeichnet. Zudem werden der Mittelwert und die Standardabweichung der standardisierten Domänenwerte für jede Domäne angegeben. Des Weiteren wird in der Tabelle für jede Leitlinie dargestellt, in wie vielen Domänen die Leitlinie einen standardisierten Domänenwert $\geq 30\%$ erreicht. Leitlinien, die nicht in allen 3 Domänen einen standardisierten Domänenwert $\geq 30\%$ erreichen, weisen eine geringe methodische Qualität auf.

Das AGREE-II-Instrument gibt keine Schwellenwerte zur Abgrenzung von methodisch guten und methodisch schwachen Leitlinien vor [18]. Jedoch geben einige Anwenderinnen und Anwender des Instruments auf Basis der standardisierten Domänenwerte Anwendungsempfehlungen für Leitlinien, wobei 2- und 3-stufige Systeme zum Einsatz kommen. Im 3-stufigen System werden Leitlinien mit Domänenwerten unterhalb eines spezifischen – aber je nach Anwendergruppe variierenden Wertes – als schwach oder nicht empfehlenswert betrachtet [23]. In Anlehnung an dieses Verfahren wird vorausgesetzt, dass die evidenzbasierten Leitlinien (siehe Abschnitt 4.1.8) in der Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) einen standardisierten Domänenwert von $\geq 30\%$ erreichen. Leitlinien, die dies nicht erfüllen, werden ausgeschlossen. Zudem werden Leitlinien, die in mindestens einer der anderen beiden Domänen einen standardisierten Domänenwert von 30 % unterschreiten, im Ergebnisteil des Berichts gekennzeichnet.

4.4 Kategorisierung der GoRs und LoEs

Um eine Vergleichbarkeit der zumeist unterschiedlichen Systeme der Empfehlungs- und Evidenzgraduierung in den Leitlinien zu erreichen, werden die in den Leitlinien verwendeten GoRs und LoEs Kategorien zugeordnet. Dabei werden die Kategorien hoch, nicht hoch und unklar unterschieden.

Ein hoher GoR liegt dann vor, wenn er der Empfehlungsstärke A (hoch) des 3-stufigen Graduierungssystems gemäß dem Regelwerk der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entspricht [24]. Alle anderen von der Leitliniengruppe angegebenen GoRs werden der Kategorie nicht hoch zugeordnet.

Verwendet die Leitliniengruppe ein Klassifizierungssystem entsprechend dem Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), wird die höchste Empfehlungsstufe nach GRADE grundsätzlich der Kategorie hoch zugeordnet. Alle weiteren von der Leitliniengruppe angegebenen Einstufungen werden der Kategorie nicht hoch zugeordnet.

Empfehlungen, die von der Leitliniengruppe formal zwar als starke Empfehlung (hoher GoR) gekennzeichnet sind, aber vom Wortlaut (bspw. durch kann, sollte, may, consider) keiner starken Empfehlung entsprechen, werden als nicht hoch kategorisiert.

Wird von der Leitliniengruppe kein GoR vergeben, so wird eine Kategorisierung des LoE vorgenommen. Ein von der Leitliniengruppe angegebener LoE wird als hoch eingestuft, wenn der LoE mindestens auf 1 randomisierten kontrollierten Studie beruht. Diese Bedingung ist bei den Evidenzstufen Ia und Ib der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung erfüllt [21]. Verwendet die Leitliniengruppe ein Klassifizierungssystem entsprechend GRADE wird die höchste Evidenzeinstufung der Kategorie hoch zugeordnet. Alle weiteren von der Leitliniengruppe angegebenen Einstufungen werden der Kategorie nicht hoch zugeordnet.

Die Kategorie unklarer GoR beziehungsweise unklarer LoE wird vergeben, wenn ein von der Leitliniengruppe angegebener GoR / LoE nicht entsprechend dem Empfehlungsgraduierungssystem des AWMF-Regelwerks beziehungsweise der Evidenzklassifizierung des G-BA oder GRADE kategorisierbar ist, wenn der angegebene GoR / LoE nicht eindeutig einer Empfehlung zugeordnet werden kann oder kein GoR / LoE angegeben ist.

4.5 Extraktion der Empfehlungen und Informationssynthese

Für die Synthese werden die von der Leitliniengruppe formal gekennzeichneten Empfehlungen den einzelnen Versorgungsaspekten zugeordnet. Empfehlungen, die nicht im relevanten Publikationszeitraum aktualisiert wurden, werden nicht berücksichtigt (siehe auch Abschnitt 4.1.6).

Danach erfolgt ein inhaltlicher Abgleich der einzelnen Empfehlungen mit der DMP-A-RL. Nur zusätzliche und bisher nicht in der DMP-A-RL abgebildete oder von dieser abweichende Empfehlungen können zur Feststellung einer Diskrepanz führen. Bei der Beurteilung der Diskrepanz wird berücksichtigt, dass in der DMP-A-RL vorwiegend Eckpunkte für die Diagnose und Therapie einer Erkrankung festgelegt werden, während Leitlinien oftmals einen deutlich höheren Detaillierungsgrad aufweisen.

Für die weitere Analyse werden dann nur die Versorgungsaspekte berücksichtigt, die Empfehlungen mit Diskrepanzen aufweisen. Versorgungsaspekte mit ausschließlich übereinstimmenden Inhalten zur DMP-A-RL finden im Bericht keine Berücksichtigung.

Anschließend erfolgt eine Bewertung der diskrepanten Empfehlungen auf Basis der kategorisierten GoRs oder bei unklarem GoR alternativ der kategorisierten LoEs. Dazu wird geprüft, ob die diskrepanten Empfehlungen innerhalb eines Versorgungsaspekts mit mindestens 1 hohen GoR verbunden oder alternativ, bei ausschließlich unklaren GoRs, mit mindestens 1 hohen LoE versehen sind. Bei positivem Prüfergebnis werden nur die Diskrepanzen mit hohem GoR bzw. alternativ hohem LoE in Tabellen erläutert und die Leitlinien, auf denen die dargestellten Diskrepanzen basieren, benannt sowie die Bewertung ihrer methodischen Qualität dargestellt. Zudem werden Diskrepanzen, die ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR und niedrigem oder fehlendem LoE beruhen, formal in den Tabellen gekennzeichnet. Unter einem niedrigen LoE wird ein LoE verstanden, der den Stufen IV und V des G-BAs zu therapeutischen Methoden (nicht vergleichende Studien), der Stufe IV des G-BAs für diagnostische Methoden (keine Kenngrößen zur Testgüte berechenbar) oder den Stufen „low“ und „very low“ nach GRADE entspricht [24].

Für die einzelnen Versorgungsaspekte wird im nächsten Schritt geprüft, ob zu den Diskrepanzen anderslautende IQWiG-Bewertungen existieren. Es werden nur diejenigen IQWiG-Bewertungen herangezogen, deren finale Version maximal 5 Jahre von dem im Auftrag des G-BA genannten Abgabetermin ausgehend, veröffentlicht wurden.

Die Prüfergebnisse werden stichwortartig aufgeführt.

Methodische Hinweise und Besonderheiten aus dem wissenschaftlichen Kontext zu den dargestellten Diskrepanzen, beispielsweise für die Versorgung in Deutschland abweichende, relevante Informationen oder wissenschaftliche Diskurse, werden ebenfalls dargestellt oder in der Diskussion aufgegriffen.

Ergänzend werden zu jeder Diskrepanz alle, dem betreffenden Versorgungsaspekt inhaltlich zugeordneten, Empfehlungen in Originalsprache in Tabellen dargestellt. Die Empfehlungen sind als Zitate zu verstehen, deren zugrunde liegende Evidenz als solche nicht erneut geprüft wird. Für jede Empfehlung werden der dazugehörige GoR und LoE dargestellt, sofern diese in

der Leitlinie dokumentiert sind. Des Weiteren wird dargestellt, ob für die Empfehlung in der Leitlinie die Referenzen der ihr zugrunde liegenden Primär- und / oder Sekundärliteratur angegeben werden. Wenn im Hintergrundtext zur Empfehlung zwar themenrelevante Literatur angegeben ist, diese sich aber der jeweiligen Empfehlung nicht eindeutig zuordnen lässt, wird diese als nicht zuordenbar eingestuft. Zudem werden auch hier die zugrunde liegenden diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR (alternativ bei ausschließlich unklarem GoR mit mindestens 1 hohem LoE) formal gekennzeichnet.

Unabhängig vom GoR und LoE der Empfehlungen werden die Versorgungsaspekte zu digitalen medizinischen Anwendungen und die dazugehörigen Empfehlungen in den Bericht aufgenommen.

Ergänzend werden die jeweiligen Definitionen des Krankheitsbildes aus den eingeschlossenen Leitlinien extrahiert und im Originalwortlaut dargestellt.

Die Beurteilung der Diskrepanz stellt einen Vorschlag des IQWiG dar. Über die Versorgungsrelevanz und darüber, in welchem Umfang die DMP-A-RL aktualisiert wird, entscheidet der G-BA.

5 Literatur

1. Bundesministerium der Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) [online]. 2025 [Zugriff: 02.09.2025]. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/SGB_5.pdf.
2. Bundesamt für Soziale Sicherung. Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung [online]. 2025 [Zugriff: 02.09.2025]. URL: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>.
3. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) [online]. 2026 [Zugriff: 16.06.2026]. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/83/>.
4. Deutsche Adipositas-Gesellschaft. S3-Leitlinie Adipositas - Prävention und Therapie; Version 5.0 [online]. 2024 [Zugriff: 28.07.2026]. URL: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-001>.
5. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser 2000; 894: i-xii, 1-253.
6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Starkes Übergewicht (Adipositas) [online]. 2022 [Zugriff: 16.06.2026]. URL: <https://www.gesundheitsinformation.de/starkes-uebergewicht-adipositas.html>.
7. Klein S, Krupka S, Behrendt S et al. Weißbuch Adipositas. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2016.
8. Schienkiewitz A, Kuhnert R, Blume M et al. Overweight and obesity among adults in Germany - Results from GEDA 2019/2020-EHIS. J Health Monit 2022; 7(3): 21-28. <https://doi.org/10.25646/10293>.
9. Dietrich A, Aberle J, Wirth A et al. Obesity Surgery and the Treatment of Metabolic Diseases. Dtsch Arztebl Int 2018; 115(42): 705-711. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0705>.
10. Starker A, Schienkiewitz A, Damerow S et al. Prevalence of obesity and smoking among adults in Germany - trends from 2003 to 2023. J Health Monit 2025; 10(1): e13038. <https://doi.org/10.25646/13038>.
11. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2024 [online]. 2024 [Zugriff: 26.06.2026]. URL: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22>.

12. Graham RM, Mancher M, Miller-Wolman D et al. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington: National Academies Press; 2011.
13. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G et al. GRADE Handbook [online]. 2013 [Zugriff: 02.09.2025]. URL: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>.
14. Alderson LJ, Alderson P, Tan T. Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months. J Clin Epidemiol 2014; 67(1): 52-55. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.012>.
15. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? JAMA 2001; 286(12): 1461-1467. <https://doi.org/10.1001/jama.286.12.1461>.
16. Shojania KG, Sampson M, Ansari MT et al. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. Ann Intern Med 2007; 147(4): 224-233. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-4-200708210-00179>.
17. Nieuwlaat R, Wiercioch W, Brozek JL et al. How to write a guideline: a proposal for a manuscript template that supports the creation of trustworthy guidelines. Blood Adv 2021; 5(22): 4721-4726. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2020003577>.
18. AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II: AGREE II Instrument [online]. 2017 [Zugriff: 02.09.2025]. URL: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>.
19. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP et al. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. CMAJ 2010; 182(10): 1045-1052. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091714>.
20. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP et al. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. CMAJ 2010; 182(10): E472-E478. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091716>.
21. Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses [online]. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.
22. Bennett K, Duda S, Brouwers M et al. Towards high-quality, useful practice guidelines for child and youth mental health disorders: protocol for a systematic review and consensus exercise. BMJ Open 2018; 8(2): e018053. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018053>.
23. Hoffmann-Esser W, Siering U, Neugebauer EAM et al. Systematic review of current guideline appraisals performed with the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II instrument-a third of AGREE II users apply a cut-off for guideline quality. J Clin Epidemiol 2018; 95: 120-127. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.009>.

24. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Das AWMF-Regelwerk Leitlinien; Version 2.2 [online]. 2025 [Zugriff: 02.09.2025]. URL: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/downloads_regelwerk/2025-05-22_AWMF-Regelwerk_2025_V2.2.pdf.