

**Gemeinsame Empfehlungen**  
**zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen**  
**für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene**  
**auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V**  
**vom 08. Februar 2017 in der Fassung vom 01.02.2022**

GKV-Spitzenverband, Berlin

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

AOK-Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e. V., Berlin

Knappschaft, Bochum

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

unter Beteiligung

des Medizinischen Dienst Bund

und

der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Leistungsbeurteilung und Teilhabe“

(SEG 1) der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

## Inhalt

<b>I. Allgemeiner Teil.....</b>	<b>4</b>
1. Präambel .....	4
2. Gesetzliche Grundlage.....	4
3. Begriffsbestimmungen .....	5
3.1 Patientenschulungsmaßnahmen .....	5
3.2 Chronisch krank.....	5
3.3 Angehörige .....	5
3.4 Ständige Betreuungspersonen .....	5
4. Für eine Prüfung des Patientenschulungsprogrammes erforderliche Unterlagen.....	6
5. Ziele und Inhalte von Patientenschulungen.....	7
6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme.....	9
6.1 Abgrenzung zu Nachsorgemaßnahmen im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation .....	9
6.2 Abgrenzung zu Rehabilitationssport und Funktionstraining .....	10
6.3 Abgrenzung zu Leistungen zur Primärprävention .....	10
6.4 Abgrenzung zur Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels .....	10
7. Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation .....	10
7.1 Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms .....	10
7.2 Qualitätsmanagement.....	11
7.2.1 Internes Qualitätsmanagement.....	11
7.2.2 Externes Qualitätsmanagement .....	13
7.2.3 Vorlagepflichten.....	13
8. Durchführung von Patientenschulungen.....	14
8.1 Teilnehmeranzahl / Gruppengröße.....	14
8.2 Räumliche Voraussetzung und Ausstattung .....	14
8.3 Dauer und Umfang .....	14
8.4 Wiederholung der Schulung .....	14
9. Leistungsgewährung .....	14
10. Perspektive.....	15
11. Inkrafttreten .....	15

<b>II. Spezieller Teil: Schulungsmaßnahmen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene</b> .....	<b>16</b>
1. Präambel .....	16
2. Gesetzliche Grundlage.....	16
3. Ausführung zum Krankheitsbild der Adipositas bei Erwachsenen.....	16
3.1 Das Krankheitsbild der Adipositas bei Erwachsenen .....	16
3.2 Entwicklung von Adipositasschulungen für behandlungsbedürftige Erwachsene .....	17
4. Erforderliche Unterlagen .....	18
5. Ziele und Inhalte von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene .....	18
5.1 Ziele .....	18
5.2 Inhalte .....	19
6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme.....	23
6.1 Einschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm .....	23
6.2 Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm .....	24
6.3 Abbruchkriterien, die die weitere Teilnahme an der Schulung ausschließen .....	25
7. Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation .....	25
7.1 Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms .....	25
7.2 Qualitätsmanagement.....	25
7.2.1 Internes Qualitätsmanagement.....	25
7.2.2 Externes Qualitätsmanagement .....	28
7.2.3 Vorlagepflichten.....	29
8. Durchführung von Patientenschulungen.....	30
8.1 Teilnehmeranzahl/Gruppengröße.....	30
8.2 Räumliche Voraussetzungen und Ausstattung.....	31
8.3 Dauer und Umfang .....	31
8.4 Schulungs-/Kurskosten .....	31
8.5 Wiederholung der Schulung .....	32
9. Leistungsgewährung .....	32
10. Perspektive.....	32
11. Inkrafttreten .....	32
12. Literatur .....	33

## I. Allgemeiner Teil

### 1. Präambel

Qualitätsgesicherte Patientenschulungen als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können Patientinnen/Patienten zum Selbstmanagement befähigen und Beeinträchtigungen, aber auch Folgeerkrankungen vermeiden helfen.

Patientenschulungen, die im Rahmen ergänzender Leistungen zur Rehabilitation angeboten werden, zeichnen sich durch ein heterogenes Bild von Konzepten, Inhalten, Methoden, Schulungsdauer und Qualitätsanforderungen aus. An strukturierten und wissenschaftlich erprobten Schulungsprogrammen mangelt es. Bei den meisten Patientenschulungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V liegen keine Wirksamkeitsnachweise vor. Mit diesen Gemeinsamen Empfehlungen wollen die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband einen Beitrag zur qualitativen Weiterentwicklung ambulanter Patientenschulungsmaßnahmen leisten.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf ambulante Patientenschulungsmaßnahmen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

### 2. Gesetzliche Grundlage

Der Gesetzgeber hat im § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V die Rechtsgrundlage für die Förderung und Durchführung von Patientenschulungen zu Lasten der Krankenkassen im Rahmen der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation geschaffen. Danach kann die Krankenkasse bei Bedarf Patientenschulungen für chronisch Kranke erbringen, wenn sie zuletzt Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet. Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich erscheint. Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass die Wirksamkeit und die Effizienz des Patientenschulungsprogramms nachgewiesen wurden.

§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V lautet:

*"Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 64 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 73 und 74 SGB IX als ergänzende Leistungen zu erbringen sind, ...*

*2. wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist,*

*wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet."*

### **3. Begriffsbestimmungen**

#### **3.1 Patientenschulungsmaßnahmen**

Unter „Patientenschulung“ im Sinne des § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V werden interdisziplinäre, informations-, verhaltens- und handlungsorientierte Maßnahmen für chronisch Kranke und ggf. ihre Angehörigen bzw. ständigen Betreuungspersonen verstanden, die grundsätzlich in Gruppen durchgeführt werden. Patientenschulungen sind indikationsbezogen und dienen der Optimierung des Krankheitsselbstmanagements von Patientinnen/Patienten.

„Schulung“ steht dabei für ein strukturiertes und zielorientiertes Vorgehen. Mit strukturierten Lehr- und Lern-Materialien und Übungen soll krankheits- und behandlungsbezogene Kompetenz vermittelt werden. Deshalb setzen Patientenschulungsmaßnahmen neben indikationsbezogenem Fachwissen auch einschlägige Kenntnisse der Lern- und Verhaltenspsychologie – abgestimmt auf die jeweilige Zielgruppe – voraus.

#### **3.2 Chronisch krank**

„Chronisch krank“ im Sinne dieser Empfehlungen ist eine Patientin/ein Patient, wenn sie/er sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet. Davon kann ausgegangen werden, wenn voraussichtlich mindestens ein Jahr lang ärztliche Behandlung, andere medizinische Behandlung oder ärztliche Überwachung einer Krankheit oder Therapie notwendig ist, die regelmäßig – wenigstens einmal im Quartal stattfindende – Kontakte zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt erfordert, um eine ausreichende „Beherrschung“ der vorliegenden Erkrankung, für welche die Patientenschulungsmaßnahme angezeigt ist, zu sichern. Hierüber ist der Krankenkasse eine (formlose) ärztliche Feststellung bzw. ein ärztlicher Nachweis beizubringen. Ein ärztlicher Nachweis muss – je nach Indikation – auch weitere spezifische Hinweise zur Behandlung der Erkrankung enthalten.

Besteht bereits seit längerer Zeit eine chronische Krankheit und liegt deshalb ein Nachweis gemäß § 62 Abs. 1 S. 2 SGB V („Zuzahlungsminderung für chronisch Kranke“) für dieselbe Krankheit vor, für welche die Patientenschulungsmaßnahme angezeigt ist, ist die Voraussetzung gemäß diesen Empfehlungen erfüllt.

#### **3.3 Angehörige**

Angehörige im Sinne dieser Empfehlungen sind grundsätzlich Ehepartner bzw. Lebenspartner, Eltern und Verwandte, die mit der chronisch kranken Person in einem gemeinsamen Haushalt leben.

#### **3.4 Ständige Betreuungspersonen**

Ständige Betreuungsperson im Sinne dieser Empfehlungen ist, wer grundsätzlich mit dem chronisch Kranken in einem gemeinsamen Haushalt lebt oder den chronisch Kranken, ohne mit ihm im Haushalt zu leben, die überwiegende Zeit des Tages versorgt und betreut. Dabei darf es sich nicht um eine professionelle Pflegekraft handeln.

## **4. Für eine Prüfung des Patientenschulungsprogrammes erforderliche Unterlagen**

Vor der Leistungsgewährung für eine Patientenschulungsmaßnahme kann die Krankenkasse diese Schulungsmaßnahme sozialmedizinisch begutachten lassen. Für diese Begutachtung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und gemäß diesen Gemeinsamen Empfehlungen werden die Vorlage eines aussagekräftigen Konzeptes und Nachweise zur Wirksamkeit sowie bei Standortprüfungen zusätzlich konkrete Angaben zur räumlichen/apparativ-technischen Ausstattung einschließlich Qualifikationsnachweisen des interdisziplinären Schulungsteams durch den Leistungserbringer benötigt.

Die nachfolgenden Angaben und Programmunterlagen sind der Krankenkasse vorzulegen:

### **Allgemeine Angaben**

- Antragsdatum,
- Indikation,
- Name des Programms,
- Antragstellerin/Antragsteller (Name, Straße, PLZ Ort),
- Datum der Originalkonzepterstellung und Versionsnummer, sofern das Schulungskonzept weiterentwickelt wurde,
- Ziel-/Altersgruppe,
- Dauer der Maßnahme,
- Konzeptform (Originalkonzept, Lizenz/Franchise, in Anlehnung an ein konkretes Ursprungsprogramm/Adaption eines Programms),
- Trainermanual,
- Teilnehmerunterlagen,
- Kriterien (Einschluss-, Ausschluss-, Abbruchkriterien),
- Kosten der Maßnahme (differenzierte Kostenaufstellung).

### **Formale Programmanforderungen**

- Durchführungsart/-ort,
- Einbeziehung von Angehörigen bzw. ständigen Betreuungspersonen,
- Gruppengröße,
- Gruppenzusammenstellung (geschlossene/offene Gruppe etc.),
- Ausführung zu Zielen,
- Ausführung zu Inhalten,
- Ausführung zum inneren Stundenaufbau,
- Ausführungen zu den Schulungseinheiten (Inhalte),
- Verhältnis von praktischen zu theoretischen Einheiten,
- Muster-Stundenplan,
- Methodisches Vorgehen (eingesetzte Methoden),
- Ausführungen zur Vermeidung von Schulungsabbrüchen (z. B. Motivationskonzept),

- Lehr – und Lernmedien,
- Dokumentation,
- Internes/externes Qualitätsmanagement,
- Qualitätssicherung,
- Personelle Ausstattung,
- Train-the-Trainer Angebote/Zertifikate (sofern vorhanden),
- Beschreibung der apparativ-technischen/räumlichen Struktur.

### **Wirksamkeit**

- Nachweis/Unterlagen zur Wirksamkeit (Anforderungen s. Kapitel 7)

Die Ergebnisse der Prüfung des Programms hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Gemeinsamen Empfehlungen stellt der GKV-Spitzenverband den Krankenkassen transparent und differenziert nach konzeptionellen Anforderungen und Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis zur Verfügung. Die Einschätzung über die Bezuschussung obliegt der jeweiligen Krankenkasse.

## **5. Ziele und Inhalte von Patientenschulungen**

Durch die Teilnahme an Patientenschulungen sollen chronisch Kranke und ggf. deren Angehörige bzw. ständige Betreuungspersonen in erster Linie zu einem besseren Krankheitsselfmanagement sowie zur Vermeidung und Reduzierung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe befähigt und damit auch ihre Lebensqualität im Sinne der Hilfe zur individuellen Selbsthilfe erhöht werden.

Als grundsätzliche Ziele von Patientenschulungen sind des Weiteren zu nennen:

- Kenntniserwerb bzw. –erweiterung über das Krankheitsbild,
- Verstehen von Inhalten und Hintergründen gesicherter Erkenntnisse und Therapien nach aktuellem Stand der Wissenschaft,
- Optimierung der Behandlung,
- Steigerung der Therapiemotivation gemäß Behandlungserfordernissen,
- In Abhängigkeit der Zielgruppe ist die Vermittlung krankheitsspezifischer Aspekte, die in bestimmten Entwicklungs- und Lebensphasen an Bedeutung gewinnen (z. B. Sexualität, Kinderwunsch/Schwangerschaft, Ausbildung und Beruf, Loslösung vom Elternhaus, Alkoholkonsum), relevant.
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Erkrankung auf der Basis eines „Informiertseins“,
- Vermittlung von Handlungskompetenz,
- Förderung der Bereitschaft zur langfristigen Änderung der Lebensgewohnheiten,
- Langfristige Besserung bzw. Stabilisierung des Gesundheitszustandes und Vorbeugung von Rückfällen und Folgeerkrankungen,

- Verminderung der Häufigkeit von Krankheitsschüben und deren Dauer,
- Adäquate Bewältigung der somatischen und psychosozialen Situation,
- Langfristige Verminderung der Frequenz der Arztkonsultationen, stationärer Aufenthalte, psychosozialer Folgekosten und des Medikamentenkonsums,
- Vermeidung bzw. Verminderung von Arbeitsausfällen und Arbeitsunfähigkeit,
- Information über Selbsthilfegruppen und/oder ergänzender Beratungsangebote,
- Weitervermittlung in adäquate Angebote zur kontinuierlichen Umsetzung im Alltag.

Ambulante Patientenschulungen müssen inhaltlich den nachstehenden zentralen Komponenten gerecht werden:

- **Aufklärung:** Vermittlung spezifischen Krankheits- und Behandlungswissens sowie eines angemessenen Krankheitsmodells.
- **Aufbau einer positiven Einstellung zur Erkrankung und ihrer Bewältigung:** Fundierte Krankheits- und Behandlungseinsicht, Erhöhung der Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Krankheit.
- **Sensibilisierung der Körperwahrnehmung:** Frühzeitiges Erkennen von Warnsignalen, Vorboten, Überlastungsanzeichen und Verschlimmerungen des Krankheitszustandes.
- **Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen:** u. a. Fertigkeiten bezüglich der medikamentösen Therapie, Einhaltung von Diätplänen, Kennenlernen von Entspannungsübungen usw.
- **Maßnahmen zur Prävention:** Aufbau einer gesundheitsförderlichen Lebensweise, Vermeidung von spezifischen Auslösern und Verhalten in Krisensituationen (Notfallprophylaxe).
- **Erwerb sozialer Kompetenzen und Mobilisierung sozialer Unterstützung:** Kommunikationsfähigkeit über die Erkrankung und ihre Auswirkungen, Formulierung eigener behandlungsbezogener Befürchtungen und Bedürfnisse gegenüber der Ärztin/dem Arzt und soweit erforderlich Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

Programmbestandteile, die

- therapeutische Behandlungen (z. B. Akupunktur) oder
- diagnostische Maßnahmen (z. B. Blutbild, Belastungs-EKG, Messungen Körperzusammensetzung)

beinhalten, werden **nicht** im Rahmen von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V übernommen. Hierbei handelt es sich in der Regel um Leistungen, die bereits im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vergütet werden.

Die Kosten für Verpflegung und Begleitprodukte (z. B. Nahrungsergänzungsmittel, Nahrungsersatzmittel, Formula-Diäten, homöopathische Mittel) werden **ebenfalls nicht** im Rahmen von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V übernommen.

## 6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme

Patientenschulungen kommen für behandlungsbedürftige chronisch kranke Menschen in Betracht, wenn **Schulungsbedarf, Schulungsfähigkeit und eine positive Schulungsprognose** (Erfolgsaussicht) bestehen.

Schulungsbedarf ist unter anderem dann gegeben, wenn

- eine chronische Krankheit nach Abschnitt 3.2 diagnostiziert ist und
- die medizinische Notwendigkeit durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt bescheinigt wird – eine medizinische Befürwortung lediglich durch eine Ärztin/einen Arzt des Schulungsteams oder Programmanbieters ist nicht ausreichend – und
- Schulungsfähigkeit vorliegt; d. h. die Patientin/der Patient verfügt über die erforderlichen somatischen und mentalen Voraussetzungen und ist motiviert (z. B. Lernfähigkeit, Lernbereitschaft).

Voraussetzung ist außerdem, dass die Krankenkasse zuletzt Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet, die Krankenbehandlung nicht ausreicht und eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation – auch anderer Sozialleistungsträger – nicht indiziert ist.

**Voraussetzung für die Teilnahme an Patientenschulungsmaßnahmen gemäß diesen Gemeinsamen Empfehlungen ist neben der ärztlichen Befürwortung und Begründung die im Einzelfall erteilte Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse für die beantragte Schulungsmaßnahme.**

### 6.1 Abgrenzung zu Nachsorgemaßnahmen im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Nachsorgemaßnahmen dienen dazu, die während der vorausgegangenen Rehabilitation erreichten Ziele durch eine nachhaltige Änderung von bestimmten Verhaltensweisen der Patientin/des Patienten dauerhaft zu sichern.

Dagegen setzen die Patientenschulungsmaßnahmen keine vorausgegangene Rehabilitation voraus; vielmehr ist hier das Vorliegen einer chronischen Krankheit Voraussetzung. Prioritäres Ziel der indikationsbezogenen Patientenschulung ist die Optimierung des Krankheits selbstmanagements der Patientin/des Patienten, d. h. durch Schulung soll krankheits- und behandlungsbezogene Kompetenz vermittelt werden.

Im Einzelfall kann auch nach einer vorausgegangenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation parallel zu einer Nachsorgemaßnahme die Durchführung einer Patientenschulungsmaßnahme aufgrund derselben Erkrankung notwendig sein. Voraussetzung hierfür ist, dass die Inhalte der Patientenschulung im Rahmen der Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V bzw. der Nachsorgemaßnahme nicht mit den Inhalten der Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V identisch sind. Doppelleistungen bei gleichen Schulungsinhalten sind ausgeschlossen.

## **6.2 Abgrenzung zu Rehabilitationssport und Funktionstraining**

Der Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen ein, um insbesondere Ausdauer und Kraft zu stärken sowie Koordination und Flexibilität zu verbessern.

Das Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln/Gelenke usw.) der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen. Das Funktionstraining dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder Verbesserung von Störungen der Funktionen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, der Schmerzlinderung, der Bewegungsverbesserung, der Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und der Hilfe zur individuellen Selbsthilfe.

Im Einzelfall können Patientenschulungsmaßnahmen parallel zum Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining erforderlich sein.

## **6.3 Abgrenzung zu Leistungen zur Primärprävention**

Nach dem gesetzlichen Auftrag (§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V) sollen Leistungen zur Primärprävention „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.“ Bei der Primärprävention geht es um die Erhaltung von Gesundheit bei noch Gesunden.

## **6.4 Abgrenzung zur Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels**

Eine Reihe von Hilfsmitteln kann nur dann sachgerecht genutzt werden, wenn die Benutzerin/der Benutzer im Gebrauch eingewiesen ist. Der Anspruch auf Ausstattung mit Hilfsmitteln schließt deshalb die Ausbildung im Gebrauch ein. Die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels bezieht sich auf den Menschen mit Behinderung sowie – z. B. bei Kindern – auf die Personen, ohne deren Hilfe das Hilfsmittel nicht sachgerecht genutzt werden könnte.

# **7. Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation**

Die qualitativen Anforderungen an ein Patientenschulungsprogramm beziehen sich zum einen auf dessen Wirksamkeit und Effizienz. Zum anderen wird im Rahmen der fortlaufenden Begleitevaluation die Qualitätssicherung im Rahmen des Qualitätsmanagements gefordert.

## **7.1 Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms**

Gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V müssen Patientenschulungen wirksam und effizient<sup>1</sup> sein. Sie müssen hinsichtlich ihrer Ausführung, Art und Dauer dem aktuellen Stand der externen Evidenz

---

<sup>1</sup> Die Prüfung der Effizienz eines Patientenschulungsprogrammes ist nicht Bestandteil der Konzeptbewertung. Sie erfolgt im Zusammenhang mit der Ermessensentscheidung bei der Bezuschussung durch die Krankenkassen.

(Ergebnisse relevanter Forschungen) und der internen Evidenz (der klinischen Expertise) der beteiligten Wissenschaftsdisziplinen (z. B. Psychologie, Sport- und Trainingstherapie, Pädagogik, Ernährungswissenschaft etc.) und dem Stand der aktuellen medizinischen Erkenntnisse entsprechen, sowie den medizinischen Fortschritt berücksichtigen (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Der Nachweis der Wirksamkeit und Effizienz eines Patientenschulungsprogramms ist innerhalb eines definierten organisatorischen Rahmens anhand einer qualitativ hochwertigen kontrollierten randomisierten Studie unter Einschluss eines ausreichenden Nachbeobachtungszeitraums zu führen. Der Nachbeobachtungszeitraum sollte i.d.R. 24 Monate nach Programmende betragen. Ist in Ausnahmefällen eine kontrollierte randomisierte Studie nicht möglich (z. B. bei seltenen Erkrankungen oder Kindern), kann der Wirksamkeitsnachweis auch anhand eines davon abweichenden Studiendesigns der bestmöglichen Evidenzklasse erbracht werden. Dieses abweichende Vorgehen muss hinreichend begründet sein.

## **7.2 Qualitätsmanagement**

### **7.2.1 Internes Qualitätsmanagement**

Verantwortlich für eine qualifizierte Leistungserbringung ist der Leistungsanbieter (§§ 70 und 135a SGB V gelten entsprechend). Erforderlich ist ein internes Qualitätsmanagement. Zu diesem gehören:

#### **7.2.1.1 Vorhandensein strukturierter Schulungskonzepte**

- Schriftlich fixiertes Schulungskonzept und Trainermanual (pädagogisch und zielgruppenspezifisch aufbereitete Materialien)
- mit Ausführungen zu:
  - Darstellung von Ablauf und Zielen,
  - Darstellung des methodischen Vorgehens (Methodik),
  - Schulungskomponenten (Aufbau der Komponenten verschiedener Fachbereiche, Beschreibung der Module),
  - Schulungseinheiten (Angabe zu Anzahl, Frequenz und Zeitumfang der einzelnen Stunden, Differenzierung je nach Komponente),
  - Stundenaufbau (Themen, Übungen),
  - Verhältnis des Umfangs von praktischen zu theoretischen Schulungseinheiten,
  - Musterstundenplan für die gesamte Maßnahme mit Verknüpfung der einzelnen Komponenten/Module,
  - Indikationsspezifisch zusammengesetzte geschlossene Gruppen,
  - Formulierung von Einschluss-, Ausschluss- und Abbruchkriterien,
  - Vorbeugung von Therapieabbrüchen (Adhärenz).

#### **7.2.1.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal**

Das Schulungsprogramm ist von einem qualifizierten und interdisziplinär zusammengesetzten Schulungsteam unter Beteiligung einer Fachärztin/eines Facharztes der jeweiligen Indikation durchzuführen.

Der Umfang der ärztlichen Einbindung kann bei der einzelnen Indikation variieren und wird deshalb im Speziellen Teil (II.) dieser Empfehlungen näher ausgeführt. Beim Auftreten von medizinischen Problemen bei Programmteilnehmenden ist eine fachliche Klärung sicherzustellen. Die Einweisung in das durchzuführende Schulungsprogramm ist für alle – ärztlichen und nichtärztlichen – Teammitglieder verbindlich.

Nachzuweisen für die nichtärztlichen Teammitglieder sind, beispielsweise durch Vorlage eines Arbeitszeugnisses oder einer Bescheinigung des Arbeitgebers:

- Berufsabschluss im Handlungsfeld mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation und **mehrjährige** Berufserfahrung in der Arbeit mit chronisch Kranken,
- psychologische und pädagogische (methodisch–didaktische) Fähigkeiten entsprechend der Indikation und Zielgruppe.

Neben der fachlichen sind die methodische und die soziale Kompetenz von besonderer Bedeutung für die Qualität der Schulung. Diese Erfahrungen sowie Zusatzqualifikationen (in der Rehabilitation) und regelmäßige Weiterbildungen sind zu belegen.

Die fachliche Kompetenz rekrutiert sich in der Regel je nach Zielgruppe aus folgenden Berufsberreichen mit den Abschlüssen: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor: Psychologische/Psychotherapeutische Berufsgruppe, die in den zur Anwendung kommenden verhaltenstherapeutischen Methoden geschult sind,

- Sportwissenschaftler/–innen,
- Krankengymnasten/–innen/Physiotherapeuten/–innen,
- Sport- und Gymnastiklehrer/–innen,
- Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufsabschluss im Bereich Ernährung: Diätassistentinnen/Diätassistenten, Oecotrophologinnen/Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor), Ernährungswissenschaftlerinnen/Ernährungswissenschaftler (mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor), die in den zur Anwendung kommenden Ernährungsmaßnahmen geschult sind.

Ausdruck der Interdisziplinarität und der integrativen Teamarbeit sind regelmäßige Teambesprechungen. Die Frequenz ist der Dauer der Schulung angepasst.

Eine Vertreterregelung für alle beteiligten Professionen ist bei langfristigen Schulungsmaßnahmen erforderlich.

### **7.2.1.3 Dokumentation der Leistungserbringung**

Folgende Nachweise sind zu erbringen und bei Anforderung durch die Krankenkasse zur Verfügung zu stellen:

- Teilnahmebescheinigung für die Versicherte/den Versicherten zur Vorlage bei der Krankenkasse,
- Dokumentation der Anwesenheit (Teilnehmende und Therapeut/Therapeutin),

- Dokumentation der Schulungsinhalte,
- Dokumentation des Schulungsverlaufs,
- Vereinbarung von und ggf. Anpassung der Patientenziele im Verlauf der Maßnahme,
- Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen/Ärzten,
- Dokumentation und Auswertung der Schulungsergebnisse inklusive der Schulungsabbrecherinnen/-abbrecher,
- Dokumentation der Teambesprechungen,
- Abschlussbericht an weiterbehandelnde Ärztin/weiterbehandelnden Arzt.

#### **7.2.1.4 Instrumente des internen Qualitätsmanagements**

- Teilnahme an internen Qualitätszirkeln,
- Benennung einer/eines Qualitätsbeauftragten,
- Nachweis der Qualifikation der Dozentinnen/Dozenten und Nachweis der kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung der Dozentinnen/Dozenten. Zu diesen zählen:
  - staatlich anerkannte berufliche Qualifikation,
  - Nachweis der zielgruppenspezifischen Kenntnisse und Qualifikationen,
  - ggf. Train-the-Trainer Zertifikate,
- Hinweis, dass das Vorliegen eines Schulungskonzeptes Bestandteil des internen Qualitätsmanagements ist und regelmäßig überprüft, angepasst und aktualisiert wird,
- Beschreibung des Dokumentationssystems,
- Rückmeldung zur Kundenzufriedenheit.

#### **7.2.2 Externes Qualitätsmanagement**

Der Leistungserbringer hat sich an einer externen Begleitevaluation zur Ergebnisqualität (z. B. Adipositas-Patientenverlaufsdokumentation (APV) der Universität Ulm, Prof. Dr. Holl) zu beteiligen. Sofern externe Angebote nicht verfügbar sind, hat der Leistungserbringer eigene Auswertungen zur Erfassung der definierten Zielparame-ter des Patientenschulungsprogramms zu erstellen und regelmäßig auszuwerten. Die Krankenkasse kann bei Bedarf die Auswertung der Ergebnisse anfordern.

Als weitere Instrumente des externen Qualitätsmanagements kommen insbesondere in Frage:

- Teilnahme an externen Qualitätszirkeln,
- Kontinuierliche Fort-/Weiterbildung des Schulungspersonals,
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen der Krankenkasse.

#### **7.2.3 Vorlagepflichten**

Möchte der Leistungserbringer Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu Lasten der Krankenkassen erbringen, ist die Erfüllung der unter 7.2.1 und 7.2.2 genannten Voraussetzungen durch Vorlage geeigneter Nachweise darzulegen.

## **8. Durchführung von Patientenschulungen**

Die Durchführung von Patientenschulungen erfolgt ambulant und wohnortnah. Die definierten Anforderungen an die Qualität (siehe Abschnitt 7) sind zu erfüllen.

### **8.1 Teilnehmeranzahl / Gruppengröße**

Grundsätzlich werden Patientenschulungen in geschlossenen Gruppen mit 10 bis 15 Patientinnen und Patienten durchgeführt. Abweichend davon ist für Kinder- und Jugendschulungen eine Gruppengröße von 6 bis 12 Patientinnen und Patienten anzustreben.

### **8.2 Räumliche Voraussetzung und Ausstattung**

Die entsprechende räumliche Ausstattung (Raumkonzept, lokale Gegebenheiten) sowie die Ausstattung mit erforderlichen Lernmedien (pädagogisch und zielgruppenspezifisch aufbereitetes Schulungsmaterial) müssen zur Verfügung stehen.

Es ist zwischen der ggf. überregional erfolgenden Konzeptprüfung durch den Medizinischen Dienst (grundsätzliche Angaben zur geplanten Personalausstattung) und der lokalen Standortprüfung (konkrete Benennung der Personen und Vorlage der Qualifikationsnachweise) zu unterscheiden.

### **8.3 Dauer und Umfang**

Dauer und Umfang einer Schulungsmaßnahme sollen der Indikation angemessen, ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (vgl. § 12 SGB V). Es muss sich um ein abgeschlossenes Schulungskonzept handeln. Die Schulungseinheiten sind in der Regel auf je 90 Minuten pro Tag begrenzt und müssen insbesondere bei Schulungen für Kinder und Jugendliche individuelle Kontextfaktoren berücksichtigen.

### **8.4 Wiederholung der Schulung**

Die Wiederholung einer Patientenschulungsmaßnahme ist grundsätzlich nicht möglich. Dies gilt entsprechend, wenn die Patientin/der Patient an inhaltlich vergleichbaren Schulungen im Rahmen von Vorsorgeleistungen und/oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation teilgenommen hat.

## **9. Leistungsgewährung**

Die Krankenkasse entscheidet aufgrund der ärztlichen Befürwortung und Begründung über die Leistungserbringung und ihre Durchführung. Die Krankenkasse behält sich vor, die Notwendigkeit der Patientenschulung durch den Medizinischen Dienst beurteilen zu lassen.

Die Kostenübernahme ist vor Beginn der Schulung bei der Krankenkasse zu beantragen und zu genehmigen. Die Krankenkasse kann in Abstimmung mit der/dem Versicherten den Leistungserbringer auswählen.

Eine Kostenübernahme/-beteiligung setzt die regelmäßige Teilnahme der Patientin/des Patienten voraus und sollte durch die Krankenkassen nur bei nachgewiesener regelmäßiger Teilnahme (mindestens 80 % Anwesenheit) erfolgen.

## **10. Perspektive**

Die Herausgeber dieser Gemeinsamen Empfehlungen prüfen in einem regelmäßigen Abstand von längstens 5 Jahren, ob aufgrund von Ergebnissen kontrollierter Studien oder neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Aktualisierung erforderlich ist.

## **11. Inkrafttreten**

Diese Empfehlungen treten am 01.03.2022 in Kraft und ersetzen vorherige Fassungen.

## **II. Spezieller Teil: Schulungsmaßnahmen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene**

### **1. Präambel**

Qualitätsgesicherte Patientenschulungen als ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können nach heutigem Kenntnisstand Patientinnen und Patienten zum Selbstmanagement befähigen und Beeinträchtigungen, aber auch Folgeerkrankungen vermeiden helfen.

Adipositas gilt als eine bedeutende Gesundheitsstörung bei Erwachsenen in Deutschland.

Nach Auswertung der Selbstangaben zu Körpergewicht und Körpergröße aus den Jahren 2014 bis 2015 sind in Deutschland 54,0 % der Erwachsenen von Übergewicht einschließlich Adipositas betroffen (Body-Mass-Index (BMI) über 25 kg/m<sup>2</sup>). Männer haben mit 43,3 % häufiger Übergewicht (BMI zwischen 25 und 30 kg/m<sup>2</sup>) als Frauen (28,8 %). Die Adipositasprävalenz (BMI über 30 kg/m<sup>2</sup>) liegt bei 18,1 % und unterscheidet sich zwischen beiden Geschlechtern nicht wesentlich. Mit zunehmendem Alter steigt sowohl bei Frauen als auch bei Männern die Prävalenz von Übergewicht und/oder Adipositas an (Robert Koch-Institut, 2015).

Ab einem bestimmten Ausmaß nehmen Komorbiditäten zu und eine Adipositas gewinnt Krankheitswert. Damit bedeutet Adipositas eine erhebliche sozioökonomische Belastung sowohl für die Einzelne/den Einzelnen als auch für die Gesellschaft.

### **2. Gesetzliche Grundlage**

Der Gesetzgeber hat im § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V die Rechtsgrundlage für die Förderung und Durchführung von Patientenschulungen zu Lasten der Krankenkassen im Rahmen der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation geschaffen. Differenziertere Ausführungen finden sich im Allgemeinen Teil dieser Empfehlungen.

### **3. Ausführung zum Krankheitsbild der Adipositas bei Erwachsenen**

#### **3.1 Das Krankheitsbild der Adipositas bei Erwachsenen**

Adipositas ist multifaktoriell bedingt. Als wichtigste Ursachen für das zu hohe Körpergewicht gelten die überkalorische Ernährung und mangelnde körperliche Aktivität im Alltag (Bewegungsmangel), die zusammen mit einer ggf. genetischen Veranlagung wirksam werden. Bei der Adipositas handelt es sich um eine vielschichtige Problematik, der auch kulturelle und verhaltensbedingte Faktoren zugrunde liegen (Lifestyle). Nach der Definition der interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ der Fachgesellschaften ist Adipositas definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Berechnungsgrundlage für die Gewichtsklassifikation ist der Körpermassenindex (Body-Mass-Index – BMI). Der BMI ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m<sup>2</sup>). Übergewicht ist definiert als ein BMI über 25 kg/m<sup>2</sup>, Adipositas als BMI über 30 kg/m<sup>2</sup>, wobei festzustellen ist, dass es sich um

einen Surrogatparameter handelt, d. h., dass der BMI unter Umständen das Ausmaß der Adipositas nicht ganz korrekt widerspiegelt (z. B. Verzerrung bei Zunahme der Muskelmasse). Einen Schwellenwert, ab dem Begleitkrankheiten auftreten, gibt es nicht. Die Klassifikation des Übergewichts modifiziert nach WHO lautet wie folgt:

Kategorie	BMI [kg/m <sup>2</sup> ]
Übergewicht, Präadipositas	25 bis 29,9
Adipositas Grad I	30 bis 34,9
Adipositas Grad II	35 bis 39,9
Adipositas Grad III	über 40

Darüber hinaus ist der BMI im Kontext bzw. in der Gesamtschau der einzelnen Risikofaktoren und Komorbiditäten sowie der Körperform (Fettverteilungsmuster) zu beurteilen. Die Ursachen der Adipositas als Ungleichgewicht von Energieaufnahme und Energieverbrauch infolge Fehlernährung, körperlicher Inaktivität, Pharmaka oder genetischer Determinierung sind inzwischen gut beschrieben. Grundsätzlich wird die Adipositas in primäre Adipositas (Adipositas ohne zugrundeliegende Grunderkrankung) und sekundäre Adipositas (Adipositas mit zugrundeliegender somatischer Grunderkrankung wie z. B. Hypothyreose oder psychische Grunderkrankung wie z. B. Essstörung) eingeteilt.

Die Gemeinsamen Empfehlungen berücksichtigen den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand einschließlich Leitlinien zur Adipositas.

Die Gemeinsamen Empfehlungen berücksichtigen den 3-Säulen-Ansatz (Ernährung, Bewegung, Verhaltenstherapie), für den Evidenz vorliegt.

### **3.2 Entwicklung von Adipositasschulungen für behandlungsbedürftige Erwachsene**

Für übergewichtige und adipöse Erwachsene gibt es zahlreiche Angebote auf dem Gesundheitsmarkt, die von Diäten in Zeitschriften und Büchern, geleiteten Selbsthilfegruppen, Präventionsangeboten, kommerziell angebotenen Programmen oder Formula-Diäten über Leistungen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation (begleitende Gewichtsreduktion z. B. bei Herz-Kreislauferkrankungen oder muskuloskelettalen Erkrankungen), Schulungsmaßnahmen in DMP-Programmen (z. B. bei Diabetes mellitus), pharmazeutische Unterstützung bis hin zur bariatrischen Chirurgie reichen.

In den letzten Jahren wurde eine Reihe von Gewichtsreduktionsprogrammen, meist kommerzieller Art, für übergewichtige und adipöse Erwachsene entwickelt und häufig im Rahmen von Franchise-Maßnahmen angeboten. Sie richten sich an unterschiedliche Zielgruppen, variieren in inhaltlicher Ausgestaltung, Dauer oder hinsichtlich der Einbindung unterschiedlicher Berufsgruppen.

Unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zeigen Interventionen dann eine Evidenz auf, wenn die folgenden Komponenten Ernährung, Bewegung und Verhaltenstherapie in einem Programm gemeinsam berücksichtigt sind. Allerdings steht der Nachweis eines langfristigen/nachhaltigen Nutzens nach Abschluss derartiger Maßnahmen noch aus.

Aus diesem Grunde können Gewichtsreduktionsprogramme, die die drei o. a. Komponenten enthalten, für eine zeitliche Begrenzung von drei Jahren analog anerkannt werden, sofern die Einzelkomponenten den unten aufgeführten Empfehlungen genügen.

Die Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherung für Patientenschulungsmaßnahmen setzt nach dem Gesetzestext voraus, dass diese „wirksam und effizient“ sein müssen. Ausführungen zu den Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis finden sich im Allgemeinen Teil dieser Gemeinsamen Empfehlungen und in Kapitel 7.1 dieses Speziellen Teils. Die Prüfung der Effizienz eines Patientenschulungsprogrammes ist nicht Bestandteil der Konzeptbewertung. Sie erfolgt im Zusammenhang mit der Ermessensentscheidung bei der Bezuschussung der Krankenkasse.

## **4. Erforderliche Unterlagen**

Die Prüfung einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Abs.1 Nr. 2 SGB V erfordert die Vorlage eines aussagekräftigen, verbindlichen Konzeptes, eines Wirksamkeitsnachweises sowie grundsätzliche Aussagen zu räumlichen/apparativ-technischen und personellen Anforderungen (vgl. Allgemeiner Teil, Abschnitt 4). Bei Standortprüfungen sind zusätzlich Nachweise zur konkreten räumlichen/apparativ-technischen und personellen Ausstattung einschließlich der Qualifikationsnachweise des interdisziplinären Teams durch den Leistungserbringer vorzulegen.

## **5. Ziele und Inhalte von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene**

### **5.1 Ziele**

Ambulante Patientenschulungsprogramme für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene streben folgende Ziele an:

- Reduktion des Körpergewichts innerhalb von sechs bis zwölf Monaten bei einem BMI bis  $35 \text{ kg/m}^2 > 5 \%$  des Ausgangsgewichts und bei einem BMI über  $35 \text{ kg/m}^2 > 10 \%$  des Ausgangsgewichts,
- Dauerhafte Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens (Lebensstiländerung) zur langfristigen Gewichtsreduktion und anschließende dauerhafte Stabilisierung,
- Erlernen von Problembewältigungsstrategien und dauerhaftes Sicherstellen der erreichten Verhaltensänderungen einschließlich der Einübung von Maßnahmen zur Vorbeugung und Verarbeitung von Rückfällen,
- Verbesserung der Adipositas-assoziierten Risikofaktoren und Erkrankungen,

- Steigerung der Lebensqualität durch Förderung eines positiven körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, Stärkung des Selbstwertgefühls,
- Verbesserung der Teilhabe (z. B. am Arbeitsleben),
- Vermeiden eines bariatrisch-chirurgischen Eingriffs.

Um diese Ziele zu erreichen, sollen adipöse Erwachsene unter Nutzung verhaltenstherapeutischer Elemente:

- ein neues Essverhalten kennenlernen, üben und verinnerlichen,
- zu vermehrter körperlicher Bewegung angeregt und dauerhaft motiviert werden (initial im Rahmen der Schulungsmaßnahme, dauerhaft eigenverantwortlich),
- Möglichkeiten eines veränderten Problem-/Konfliktlösungsverhaltens kennenlernen und bewusst einüben,
- realistische individuelle Zielstellungen erarbeiten.

## 5.2 Inhalte

Die Komponenten Ernährung, Bewegung und Verhaltenstherapie sind Grundlage jedes Gewichtsmanagements.

**Für Patientenschulungsprogramme für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene sind daraus folgende Anforderungen abzuleiten:**

- Die Themenbereiche **Ernährung, Bewegung, verhaltenstherapeutische Interventionen** bzw. deren Einbindung in die anderen Bereiche sind verbindliche Inhalte.
- Sie müssen theoretische und praktische Vermittlung von Wissen und Anregungen zu Ernährungsumstellung und vermehrter Bewegung beinhalten.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann gem. Leitlinien ein höheres Energiedefizit angezeigt sein. In diesen Fällen kann im Rahmen von Patientenschulungsprogrammen für adipöse Erwachsene **zeitlich begrenzt (maximal 12 Wochen lang)** der Einsatz von **Formula-Produkten** mit einer Energiezufuhr von 800–1200 kcal/Tag erwogen werden. Bei einem extremen Energiedefizit besteht ohne Formula-Produkte das Risiko einer unzureichenden Versorgung mit Mikronährstoffen. Die tägliche Energiemenge darf 800 kcal nicht unterschreiten.
- Der Einsatz dieser Kostform bedarf einer strengen Indikationsstellung und ist nur bei Erwachsenen mit einem BMI > 35 kg/m<sup>2</sup> und einer oder mehreren Adipositas-assoziierten Komorbiditäten angezeigt. Diese sind insbesondere schwer einstellbarer Diabetes mellitus, obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), Adipositas-Hypoventilationssyndrom, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, schwer einstellbarer Hypertonus.
- Die medizinische Betreuung (Einbindung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes oder einer Ärztin/eines Arztes im Rahmen der Maßnahme) muss hierbei gewährleistet sein.
- Der Übergang von der Ernährung mit Formula-Produkten zu einer energiereduzierten Mischkost muss seitens des Anbieters konzeptuell dargestellt werden.
- Medikamente oder chirurgische Eingriffe sind nicht Bestandteil der Maßnahme.

- Der Vertrieb von Produkten jeder Art durch den Leistungsanbieter ist ausgeschlossen (z. B. Formula-Diäten).
- Aus dem Konzept muss hervorgehen, wie die Implementierung der vermittelten Inhalte und erlernten Fähigkeiten im Alltag gefördert und unterstützt wird. Dieses sollte durch abnehmende Frequenz der Anzahl der Schulungseinheiten und Kontakte stabilisiert werden.

Anbieter der Schulungsprogramme sollen darüber hinaus folgende übergreifende Anforderungen an die Therapie der Adipositas bei Erwachsenen beachten:

- Realistische Ziele sind mit jeder Teilnehmerin/jedem Teilnehmer individuell zu vereinbaren.
- Prävention und Bewältigung (Coping) von Rückfällen sind verbindliche Inhalte der theoretischen und praktischen Schulungseinheiten.
- Geschlechtsspezifische Unterschiede sowie auch soziokulturelle Besonderheiten sind konzeptuell zu berücksichtigen.
- Förderung der sozialen Vernetzung zur Verminderung des Rückfallrisikos.
- Als wesentliche Fähigkeit zur Rückfallverarbeitung gilt die Bereitschaft der Betroffenen, sich Hilfe zu holen.

### **Verbindliche Inhalte von Schulungsprogrammen für adipöse Erwachsene:**

#### **I. Themenbereich Ernährung**

Unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG), Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) zur Wissensvermittlung, Beratung und praktischen Einübung der Ernährungsumstellung ergeben sich folgende grundsätzliche Bestandteile der Schulungsmaßnahme:

- Information und Aufklärung über die Zusammenhänge von Essen und Trinken und Körpergewicht in Abhängigkeit von Lebensmittelauswahl, -zusammenstellung, -zubereitung und Essverhalten,
- individualisierte statt pauschaler Ernährungsempfehlungen,
- Orientierung am Risikoprofil der oder des Einzelnen,
- Angabe des anzustrebenden Energiedefizits/Tag,
- Berücksichtigung der Vorlieben/Abneigungen sowie der Alltags- und beruflichen Bedingungen,
- Einsatz geeigneter Methoden und Medien (z. B. Lebensmittelpyramide, Nährwerttabelle) zur Unterstützung der praktischen Umsetzung,
- Führen eines Ernährungsprotokolls/-tagebuchs,
- regelmäßige Gewichtskontrolle,
- Vermittlung und Umsetzung einer energiereduzierten Mischkost (weniger fett- und zuckerreiche Lebensmittel sowie fett- und zuckerarme Zubereitungsarten),
- Information zu Nutzen und Risiken beim Einsatz von Formula-Produkten inklusive des Übergangs von Formula-Produkten zur energiereduzierten Mischkost,

- Umgang mit Süßigkeiten, Fastfood, Softdrinks und Snacks sowie Aufklärung über Wirkungen von Light- und Diätprodukten,
- Bemessung von Portionsgrößen und Mahlzeitenfrequenzen (Umgang mit Zwischenmahlzeiten),
- Hunger vs. Appetit und Sättigung,
- praktische Übungen, z. B. zur Mahlzeitenzubereitung und zur Einschätzung von Portionsgrößen, zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Übungen zur Stimuluskontrolle, Essgenuss-Training,
- Erarbeitung von Möglichkeiten einer „Außer-Haus-Verpflegung“, die die Gewichtsabnahme und -stabilisierung unterstützt,
- Umgang mit Werbung.

## **II. Themenbereich Bewegung:**

Vermehrte Bewegung führt zu einem erhöhten Energieverbrauch und fördert das Erreichen einer negativen Energiebilanz. Der durch Muskelarbeit ausgelöste Aufbau von Muskelgewebe erhöht den Grundumsatz und begünstigt zusätzlich das Erreichen einer negativen Energiebilanz. Des Weiteren hat Bewegung positiven Einfluss auf Adipositas-assoziierte Erkrankungen, aber auch auf psychosomatische Beschwerden und damit insgesamt auf die Lebensqualität.

Bei der Ausgestaltung des Moduls Bewegung sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Ermutigung, sich im Alltag mehr körperlich zu bewegen,
- Bewegung > 150 Minuten/Woche mit einem Energieverbrauch von 1.200 – 1.800 kcal/Woche,
- Patientinnen/Patienten mit BMI > 35 kg/m<sup>2</sup> sollen Bewegungsangebote ohne hohe Gelenkbelastung durchführen,
- kein gerätegestütztes Training in Sinne eines alleinigen Krafttrainings (technische Geräte),
- Berücksichtigung der Neigungen/Interessen und Möglichkeiten der Teilnehmenden,
- bereits während der Maßnahme sollen den Teilnehmenden auch niedrigschwellige Angebote, die zur eigenverantwortlichen Weiterführung geeignet sind, vorgestellt werden.

Im Modul Bewegung sollen sich folgende Inhalte wiederfinden:

- Vermittlung der Grundlagen zur Bedeutung von Bewegung (u. a. für Energiebilanz),
- Übungen zur Verbesserung von Ausdauer, Kraft, Koordination und Dehnfähigkeit,
- Erlernen und Anwenden von Techniken zur selbständigen Belastungsdosierung, Anpassung und Steuerung,
- Übungen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körperbewusstseins und Vermittlung von positiven Bewegungserlebnissen in der Gruppe,
- Maßnahmen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität in Alltag und Beruf (z. B. durch Führen von Bewegungsprotokollen, Reduktion der sitzenden Lebensweise),
- Motivation zur aktiven Alltags- und Freizeitgestaltung und Nutzung wohnortnaher Bewegungsmöglichkeiten und Sportangebote.

Der Übergang von strukturierten Sportstunden während des Programms in eigenverantwortlich durchgeführten Sport/Aktivität und Bewegung im Alltag soll durch das interdisziplinäre Team begleitet und frühzeitig (spätestens nach der ersten Hälfte der Schulungsmaßnahme) im Schulungsverlauf begonnen werden.

### **III. Themenbereich Verhaltenstherapeutische Interventionen:**

Verhaltenstherapeutische Interventionen müssen folgende Elemente enthalten:

- Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt (Körpergewicht, Essmenge, Bewegung – z. B. durch Führen von Ernährungs-, Bewegungsprotokollen),
- Stimuluskontrolle,
- Zielvereinbarungen (Definieren realistischer Ziele),
- Einübung eines flexibel kontrollierten Ess- und Bewegungsverhaltens (im Gegensatz zur rigiden Verhaltenskontrolle),
- soziale Unterstützung,
- Problemlösungs-/Konfliktlösungsverhalten,
- soziales Kompetenztraining/Selbstbehauptungstraining,
- kognitive Umstrukturierung (Modifizierung von dysfunktionalen Gedankenmustern),
- Verstärkerstrategien (z. B. Belohnung von Veränderungen),
- Rückfallprävention (insbesondere zum Ende eines Programms, Vermeidung von Katastrophisierung, Sensibilisierung für Achtsamkeit und notwendiges Verhalten, um den Gewichtsverlust aufrechtzuerhalten),
- Strategien zum Umgang mit wieder ansteigendem Gewicht.

Die Intervention soll sich an den individuellen Bedürfnissen und der Situation der Betroffenen orientieren. Dabei sollen u. a. berücksichtigt werden:

- bisherige Erfahrungen mit Abnehmversuchen,
- Stigmatisierungserfahrungen,
- Motivation,
- soziales Umfeld (Partner, Familie, Arbeitsplatz, Freizeit),
- Rolle und Funktion der Nahrungsaufnahme (z. B. Frustessen, Belohnung, Entspannung).

#### **IV. Themenbereich medizinische Information:**

Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene müssen ärztlich betreut und begleitet werden. Folgende Grundlagen sind zu vermitteln:

- Ursachen der Adipositas,
- Komorbiditäten und Komplikationen von Übergewicht und Adipositas,
- psychosoziale Aspekte,
- Behandlungsmöglichkeiten,
- Einfluss von Umwelt und genetischen Faktoren,
- Verlauf der Adipositas ohne Therapie (Komplikationen, Mortalität, Lebenserwartung),
- Rückfallproblematik unter Therapie.

## **6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme**

Eine Kostenübernahme durch die GKV für eine Patientenschulungsmaßnahme kommt unter den im Allgemeinen Teil (Abschnitt 6) formulierten Voraussetzungen in Betracht.

### **6.1 Einschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm**

Grundvoraussetzung für die Inanspruchnahme eines Adipositas-Schulungsprogramms für Erwachsene ab 18 Jahren ist die Teilnahme an allen Komponenten/Modulen des Schulungsprogramms.

Zielgruppe sind Erwachsene mit einem BMI:

- BMI > 40 kg/m<sup>2</sup>,
- BMI > 35 kg/m<sup>2</sup> mit Waist-to-Hip-Ratio (WHR = Taillenumfang in cm/Hüftumfang in cm)
  - bei Frauen > 0,85,
  - bei Männern > 1,0,
- BMI von ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> und Adipositas-assoziierte Komorbiditäten:
  - Diabetes mellitus Typ II,
  - Hypertonus, KHK, Herzinsuffizienz,
  - Schlafapnoe-Syndrom,

bei denen:

- trotz Eigeninitiative und ärztlicher Behandlung keine Gewichtsreduktion erreicht werden konnte, wobei sicherzustellen ist, dass hormonelle Störungen vorab behandelt wurden,
- eine sekundäre Adipositas ausgeschlossen wurde,
- eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung vorliegt (eine medizinische Befürwortung lediglich durch eine Ärztin/einen Arzt des Schulungsteams oder Programmanbieters ist nicht ausreichend),
- die Motivation und die Ressourcen zur Lebensstiländerung in Bezug auf jeden einzelnen Therapiebestandteil vorliegen.

Grundsätzlich muss neben dem Schulungsbedarf die Schulungsfähigkeit gegeben sein. Hierzu gehören:

- Sprachkenntnisse,
- Gruppenfähigkeit,
- körperliche und psychische Eignung,
- Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung.

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes enthält Angaben zu:

- Größe, Gewicht, BMI, WHR sowie ggf. vorhandenen Risikofaktoren,
- Adipositas-assoziierten Erkrankungen,
- bisher durchgeführten Laboruntersuchungen (u. a. Nüchternblutzucker, HbA1c, ggf. oraler Glukosetoleranztest, Gesamt-, HDL- und LDL-Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, Kreatinin, Elektrolyte, TSH),
- bisher durchgeführter weiterer Diagnostik (z. B. EKG, Ergometrie, Echokardiographie, 24 h-Blutdruckmessung, Schlafapnoe-Screening, Abdomensonographie, Doppler-Sonographie),
- bisher durchgeführten Maßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie bisher eigenverantwortlich durchgeführten Maßnahmen zur Gewichtsreduktion,
- Gruppen- und Schulungsfähigkeit (insbesondere ausreichende körperliche Belastungsfähigkeit zur Teilnahme an allen Schulungsmodulen),
- möglicherweise vorliegenden psychischen Störungen und Ausschluss manifester Essstörungen,
- Ausschluss von sekundärer und syndromaler Adipositas infolge anderer Erkrankungen (z. B. Prader-Willi-Syndrom, Cushing-Syndrom).

## **6.2 Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm**

Die Teilnahme an einem Schulungsprogramm kommt nicht in Betracht, wenn eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- psychische Störungen oder Erkrankung, die eine aktive Teilnahme beeinträchtigen,
- manifeste Essstörung/Bulimie,
- fehlende Motivierbarkeit der Patientin/des Patienten,
- unzureichende psychische Belastungsfähigkeit,
- unzureichende kardiopulmonale Belastbarkeit zur Teilnahme an der Bewegungskomponente,
- kardiovaskuläre Erkrankungen: z. B. Myokardinfarkt nicht länger als sechs Monate zurückliegend, instabile Angina pectoris, höhergradige Herzrhythmusstörungen,
- Schwangerschaft/Stillzeit,
- unzureichende Gruppenfähigkeit,
- fehlende Schulungsfähigkeit,
- sekundäre Adipositas, die auf eine Erkrankung oder hormonelle Störung (z. B. Prader-Willi-Syndrom, MC 4 Rezeptor-Gendefekt, Cushing-Syndrom) zurückzuführen ist,

- Zustand nach Adipositas–chirurgischem Eingriff (Hinweis: Bei Nachsorgeprogrammen nach bariatrischen Operationen handelt es sich nicht um eine Patientenschulung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.)

### **6.3 Abbruchkriterien, die die weitere Teilnahme an der Schulung ausschließen**

Ist **eines** der nachstehenden Kriterien erfüllt, ist die Teilnahme am Schulungsprogramm abzubrechen:

- keine regelmäßige Teilnahme der Patientin/des Patienten an den Schulungsterminen (mindestens 80 % der Schulungstermine müssen wahrgenommen worden sein),
- Eintreten eines der oben angeführten Ausschlusskriterien oder
- andere schwere Gesundheitsstörungen, die eine regelmäßige Teilnahme nicht mehr möglich machen.

Der Abbruch ist mit Begründung zu dokumentieren und die Krankenkasse ist über den Abbruch zu informieren.

## **7. Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation**

Die qualitativen Anforderungen an ein Patientenschulungsprogramm beziehen sich zum einen auf dessen Wirksamkeit und Effizienz. Zum anderen wird im Rahmen der fortlaufenden Begleitevaluation die Qualitätssicherung im Sinne eines internen und externen Qualitätsmanagements gefordert.

### **7.1 Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms**

Gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V müssen Patientenschulungen wirksam und effizient sein. Diesbezüglich gelten die im Allgemeinen Teil, Kapitel 7.1 dieser Empfehlungen genannten Anforderungen.

Die Herausgeber dieser Gemeinsamen Empfehlungen fordern hochwertige randomisierte kontrollierte Studien zum Nachweis der Wirksamkeit mit einem ausreichend langen Nachbeobachtungszeitraum (i. d. R. 24 Monate nach Programmende). Ist in Ausnahmefällen eine kontrollierte randomisierte Studie nicht möglich (z. B. bei seltenen Erkrankungen oder Kindern), kann der Wirksamkeitsnachweis auch anhand eines abweichenden Studiendesigns der bestmöglichen Evidenzklasse erbracht werden. Dieses abweichende Vorgehen muss hinreichend begründet sein. In diesen Studien sollten zum Nachweis eines generellen Nutzens die Interventionen gegen Usual Care (Regelversorgung) getestet werden. Dies gilt für alle Gewichtsreduktionsprogramme.

### **7.2 Qualitätsmanagement**

#### **7.2.1 Internes Qualitätsmanagement**

**Konzeptqualität:** Das Konzept ist regelmäßig an den aktuellen Forschungsstand anzupassen.

**Struktur- und Prozessqualität:** Verantwortlich für eine qualifizierte Leistungserbringung ist der Leistungsanbieter (§§ 70 und 135a SGB V gelten entsprechend). Erforderlich ist ein internes Qualitätsmanagement. Ergänzend zu den Ausführungen im allgemeinen Teil dieser Empfehlungen sind die folgende Ausführungen maßgeblich:

#### **7.2.1.1 Strukturiertes Schulungskonzept**

Der Leistungsanbieter hat unter Berücksichtigung der vorgenannten Ziele, Inhalte und Zielgruppen sowie des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes der jeweiligen Teildisziplinen ein schriftlich fixiertes, strukturiertes, verbindliches Schulungskonzept vorzulegen, das auch schriftliches Schulungsmaterial für Kursleitung und Teilnehmende vorsieht.

Es enthält:

- eine Beschreibung des inhaltlichen und didaktischen Konzepts mit Literaturangaben,
- eine Darstellung der wesentlichen Prozesse der Durchführung des Schulungsprogramms,
- eine Darstellung der Unterrichtseinheiten mit den jeweils zugrundeliegenden Lernzielen und Angaben zu Anleitungen für das Üben im Alltag (Trainermanual) sowie der Lehrmittel und Teilnehmerunterlagen,
- eine Beschreibung der strukturellen Anforderungen (personelle Qualifikationen und räumlich/apparativ-technische Anforderungen) bei überregionalen Angeboten bzw.
- einen Nachweis zur konkreten räumlichen/apparativ-technischen und personellen Ausstattung bei regionalen Angeboten/Standortprüfungen (Details s. u.),
- eine Darstellung der Verlaufs- und Ergebnisdokumentation und der Kommunikation mit der behandelnden Vertragsärztin bzw. dem Vertragsarzt,
- Aussagen zur internen und externen Qualitätssicherung.

Im Übrigen gelten die Ausführungen im Allgemeinen Teil dieser Empfehlungen.

Bei Programmen, die im Rahmen eines Lizenznehmersystems angeboten werden (z. B. Franchising), müssen für jeden Standort folgende Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität erfüllt werden:

- Angabe des verwendeten Konzeptes (z. B. Versionsnummer, ISBN Nr.). Abweichungen sind zu erläutern. Ggf. kann das Einverständnis des Konzepterstellers zur Verwendung im Rahmen der beantragten Schulung beigefügt werden.
- Ablaufplan (Stundenplan) mit geplanter Terminierung (Wochentag, Tageszeit, zeitlicher Umfang, Ausweisung der theoretischen und praktischen Schulungsteile),
- Ausstattung mit Lehrmaterial,
- Darstellung der Räumlichkeiten,
- konkrete Angaben zu den Dozentinnen/Dozenten (Qualifikationsnachweise der Berufsqualifikation, ggf. Train-the-Trainer-Zertifikate etc.).

### 7.2.1.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal

Das Adipositas-Schulungsprogramm ist von einem interdisziplinären Schulungsteam unter Beteiligung einer Fachärztin/eines Facharztes durchzuführen. Die Leitung des Teams muss benannt, eine Vertretungsregelung für alle Dozentinnen/Dozenten getroffen werden. Jedes Teammitglied muss eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in der Arbeit mit adipösen Erwachsenen sowie entsprechende soziale, pädagogische und methodisch-didaktische Fähigkeit vorweisen. Diese Erfahrungen und entsprechende Zusatzqualifikationen (in der Rehabilitation) sowie regelmäßige Weiterbildungen sind nachzuweisen. Die Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt ist zwingend notwendig und muss dokumentiert werden.

Das Schulungsteam setzt sich wie folgt zusammen und weist die nachstehenden Qualifikationen – bezogen auf die jeweiligen Themenbereiche – auf:

- **Ernährung:** Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufsabschluss im Bereich Ernährung: Diätassistentinnen/Diätassistenten, Oecotrophologinnen/Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor), Ernährungswissenschaftlerinnen/Ernährungswissenschaftler mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor, die in den zur Anwendung kommenden Ernährungsmaßnahmen geschult sind.
- **Bewegung:** Sportlehrerinnen/Sportlehrer, und Sportpädagoginnen/Sportpädagogen (mit Abschluss Master) oder vergleichbare Abschlüsse mit dem Studienschwerpunkt Rehabilitations-/Behindertensport, staatlich geprüfte Sport- und Gymnastiklehrerinnen/-lehrer, Sportlehrerinnen/Sportlehrer mit Abschluss (Diplom, Bachelor, Master), Krankengymnastinnen/Physiotherapeutinnen und Krankengymnasten/Physiotherapeuten.
- **Psychologie:** Psychologinnen/Psychologen mit Diplom- oder Masterabschluss und erkennbar klinisch-psychologischem Studienschwerpunkt oder Ärztin/Arzt für psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie jeweils mit Erfahrung in der Behandlung und Gruppenarbeit mit adipösen Erwachsenen.

Zu den Aufgaben der o. a. Berufsgruppen gehört auch die Durchführung des Eingangsgesprächs zur Motivationsprüfung und zur Prüfung der psychischen Belastungsfähigkeit sowie der verhaltenstherapeutischen Interventionen.

- **Medizin:** Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin, Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin, bei nachgewiesener fachlicher Eignung ggf. auch andere fachärztliche Richtung möglich. Wünschenswert ist die curriculare Fortbildung „Ernährungsmedizin“/ „Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin“, jeweils mit einer mindestens zweijährigen Erfahrung in der Behandlung und Gruppenarbeit mit adipösen Erwachsenen.

Ausdruck der Interdisziplinarität und der integrativen Teamarbeit sind regelmäßige Teambesprechungen. Die Frequenz ist der Dauer der Schulung angepasst.

Eine Vertreterregelung für alle beteiligten Professionen ist bei langfristigen Schulungsmaßnahmen erforderlich.

### **7.2.1.3 Dokumentation der Leistungserbringung**

Durch den Leistungserbringer werden für jede Teilnehmerin/jeden Teilnehmer alle im Rahmen der Patientenschulung durchgeführten Maßnahmen und deren Effekte dokumentiert.

Zur Dokumentation gehören:

- Teilnahmebescheinigung für die Versicherte/den Versicherten zur Vorlage bei der Krankenkasse,
- Anwesenheit (Teilnehmerin/Teilnehmer und Therapeutin/Therapeut),
- Schulungsinhalte inklusiv Angaben zum Einsatz von Formula-Diät-Produkten (ja/nein; wenn ja, wie lange?),
- Schulungsverlauf,
- individuelles Ziel sowie die erreichte Gewichtsreduktion,
- Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen/Ärzten
- Schulungsabbruch mit Angabe der Gründe,
- Teambesprechungen,
- Abschlussbericht an die weiterbehandelnde Ärztin/den weiterbehandelnden Arzt.

### **7.2.1.4 Dokumentation**

Durch den Leistungserbringer werden regelmäßige Teambesprechungen des Schulungsteams sowie die kontinuierliche Fortbildung der Teammitglieder dokumentiert (u. a. Teilnahme an Qualitätszirkeln). Im Rahmen der Teambesprechungen werden für die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer individuelle Therapieziele und -schritte interdisziplinär festgelegt und dokumentiert.

Im Übrigen gelten die Ausführungen im Allgemeinen Teil dieser Empfehlungen zur Dokumentation.

## **7.2.2 Externes Qualitätsmanagement**

Hinsichtlich der Teilnahme an einer externen Begleitevaluation zur Ergebnisqualität wird auf Kapitel 7.2.2 im Allgemeinen Teil der Gemeinsamen Empfehlungen verwiesen. Abweichend von den Regelungen im Allgemeinen Teil der Gemeinsamen Empfehlungen ist das Ergebnis der externen Begleitevaluation der Krankenkasse für Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene einmal jährlich vorzulegen.

### **7.2.2.1 Ergebnisqualität:**

Im Rahmen des externen Qualitätsmanagements sind die Behandlungserfolge anhand definierter Evaluationsparameter zu dokumentieren und zu bewerten. Zielparame-ter ist die Reduktion des Körpergewichts innerhalb von sechs bis zwölf Monaten bei einem BMI bis  $35 \text{ kg/m}^2 > 5 \%$  und über  $35 \text{ kg/m}^2 > 10 \%$  des Ausgangsgewichts.

In die Begleitevaluation sind mindestens folgende Angaben/Daten einzubeziehen:

- Beginn der Schulungsmaßnahme,

- Gewicht, BMI und WHR, HbA1c, Blutdruck (RR) der Schulungsteilnehmerin/des Schulungsteilnehmers zum Beginn der Maßnahme,
- Entwicklung obiger Parameter der Schulungsteilnehmerin/des Schulungsteilnehmers im Verlauf der Maßnahme
- Gewicht, BMI und WHR, HbA1c, RR der Schulungsteilnehmerin/des Schulungsteilnehmers zum Abschluss der Maßnahme,
- Alter der Teilnehmerin/des Teilnehmers,
- Geschlecht der Teilnehmerin/des Teilnehmers,
- schulischer und beruflicher Status der Teilnehmerin/des Teilnehmers,
- Gewicht und BMI und WHR der Teilnehmerin/des Teilnehmers zwei Jahre nach Beendigung der Maßnahme,
- Vorzeitige Beendigung der Maßnahme durch die Teilnehmerin/den Teilnehmer sowie ggf. seiner Weigerung zur Teilnahme an der Begleitevaluation.

### **7.2.3 Vorlagepflichten**

Möchte der Leistungserbringer Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu Lasten der Krankenkassen erbringen, ist die Erfüllung der unter 7.2.1 und 7.2.2 genannten Voraussetzungen durch Vorlage geeigneter Nachweise darzulegen.

## 8. Durchführung von Patientenschulungen

Es sind verbindliche Einschluss-, Ausschluss- und Abbruchkriterien zu definieren.

Im Verlauf des Schulungsprogramms wird der individuelle Lernfortschritt jeder Teilnehmerin/jedes Teilnehmers spätestens nach 6 Wochen erfasst, im Team reflektiert und im individuellen Schulungsplan aufgenommen. Dieser berücksichtigt die Ausgangssituation in Bezug auf BMI, körperliche Belastbarkeit (Fitness) und verfügbare soziale Unterstützung und zeigt auf, welche Effekte der Schulung bis zu welchem Zeitpunkt eingetreten sein sollen, damit die Schulung erfolgreich abgeschlossen werden kann (Zielvereinbarung, Festlegung von realistischen Teilzielen).

Auf praktische Einheiten (Lehrküche) dürfen nicht mehr als 30 % des Inhalts bzw. der Maßnahmen in der Komponente „Ernährung“ entfallen.

Die ausschließliche Durchführung von strukturiertem Sport ist nicht zielführend. Vielmehr muss es darum gehen, wie in den Alltag der Patientinnen und Patienten mehr Bewegung integriert werden kann.

Das Patientenschulungsprogramm sieht eine regelmäßige ärztliche Begleitung durch die behandelnde Vertragsärztin/den behandelnden Vertragsarzt vor. Neben einer Erstuntersuchung sind Verlaufskontrollen notwendig, deren Häufigkeit vom Ergebnis der Erstuntersuchung, vom Schulungsverlauf und vom Einsatz von Formula-Produkten abhängen. Ziel ist die Vermeidung von Komplikationen infolge der Gewichtsreduktion, z. B. Hypoglykämien unter fortlaufender Antidiabetika-Therapie. Dazu erhält die Vertragsärztin/der Vertragsarzt von der Leitung des Schulungsteams einen Zwischenbericht, wird bei Problemen (z. B. Erfüllung der Abbruchkriterien) kontaktiert und nach Abschluss der Maßnahme mit einem Abschlussbericht über den gesamten Schulungsverlauf informiert. Dieser Abschlussbericht enthält Angaben

- zur Ernährungssituation und Veränderung der Ernährungsgewohnheiten,
- zum Einsatz von Formula-Produkten (über welchen Zeitraum) und zur Umstellung auf energiereduzierte Mischkost,
- zur Bewegungssituation und Veränderung der Bewegungsgewohnheiten,
- zur Änderung von Risikofaktoren,
- zum Gewicht, BMI, WHR,
- zur Art der durchgeführten Maßnahmen,
- zum Verlauf der Intervention,
- zur Integration des Erlernten in den Alltag,
- zu Empfehlungen von ergänzenden Bewegungsangeboten (z. B. von Sportvereinen, Lauffreize, Selbsthilfegruppen), die die Lebensstiländerung nachhaltig unterstützen.

### 8.1 Teilnehmeranzahl/Gruppengröße

Das Schulungsprogramm wird ambulant und wohnortnah als Gruppenmaßnahme durchgeführt. Die Gruppe besteht aus 10 bis 15 Patientinnen/Patienten. Eine weitere Differenzierung (z. B.

Schulung von Patientinnen/Patienten mit Hypertonus oder Diabetes als Komorbiditäten) ist möglich. Die Gruppen sind geschlossen, d. h. für alle Teilnehmerinnen/Teilnehmer ist ein gemeinsamer und einheitlicher Beginn der Schulung festgelegt.

## **8.2 Räumliche Voraussetzungen und Ausstattung**

Folgende, für die genannten Maßnahmen geeignete Räumlichkeiten sind vorzuhalten:

- Schulungs- und Besprechungsraum,
- Sanitäranlagen und Bestuhlung sollen mindestens teilweise mit Schwerlastmobiliar (Belastbarkeit über 150 kg) ausgestattet sein,
- Lehrküche (Gelegenheit zur Zubereitung und zum Verzehr geeigneter Mahlzeiten),
- Gymnastikraum/Sporthalle (Möglichkeiten zur Durchführung von Bewegungsaktivitäten),
- Untersuchungsraum für körperliche Untersuchung und Einzelgespräche.

Die Anzahl der erforderlichen Räume richtet sich nach der Anzahl der zu betreuenden Patientinnen/Patienten (z. B. mehrere Schulungsräume, falls Gruppen parallel unterrichtet werden).

## **8.3 Dauer und Umfang**

Derzeit gibt es noch keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse, die die optimale Dauer eines Schulungsprogramms belegen. Da eine dauerhafte Änderung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens auch über das Programmende hinaus erreicht werden soll, erscheint eine Programmdauer von insgesamt sechs bis zwölf Monaten für angemessen.

## **8.4 Schulungs-/Kurskosten**

Bei der Bemessung der Schulungskosten sind die Grundsätze der Sparsamkeit und der Wirtschaftlichkeit gemäß § 12 SGB V zu beachten.

Verlaufskontrollen für Gewicht und Blutdruck erfolgen durch geeignete Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Teams. Die Erhebung diagnostisch relevanter Laborwerte und weiterer mit Kosten verbundenen Zusatzuntersuchungen dürfen nicht Bestandteil des Patientenschulungsprogramms sein. Diese Werte werden von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt vor Beginn der Schulung erhoben.

Notwendige Laborkontrollen während der Intervention sind nicht Bestandteil der Patientenschulung, sondern erfolgen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Doppeluntersuchungen und mehrfache Befunderhebungen sind aus Wirtschaftlichkeitsgründen zu vermeiden. Formula-Produkte sind keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung und dürfen weder bezuschusst noch erstattet werden. Dies gilt auch, wenn diese im Rahmen der Patientenschulung zum Einsatz kommen.

## **8.5 Wiederholung der Schulung**

Die Wiederholung einer ambulanten Maßnahme gleichen Inhalts und Umfangs ist grundsätzlich nicht möglich. Dies gilt entsprechend, wenn die Patientin/der Patient an inhaltlich vergleichbaren Schulungen im Rahmen von Vorsorge- und/oder Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen hat.

## **9. Leistungsgewährung**

Die Krankenkasse entscheidet aufgrund der ärztlichen Befürwortung und Begründung über die Leistungserbringung und ihre Durchführung. Die Krankenkasse behält sich vor, die Notwendigkeit der Patientenschulung durch den Medizinischen Dienst beurteilen zu lassen.

Die Kostenbeteiligung ist vor Beginn der Schulung bei der Krankenkasse zu beantragen und zu genehmigen. Die Krankenkasse kann unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 SGB IX den Leistungserbringer auswählen.

Eine Kostenbeteiligung setzt die regelmäßige Teilnahme (80 %) der Patientin/des Patienten voraus.

## **10. Perspektive**

Die Herausgeber dieser Gemeinsamen Empfehlungen prüfen in einem regelmäßigen Abstand von längstens drei Jahren, ob aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse oder aufgrund von Ergebnissen aus randomisierten kontrollierten Studien eine Aktualisierung erforderlich ist.

## **11. Inkrafttreten**

Diese Empfehlungen treten am 01.03.2022 in Kraft und ersetzen vorherige Fassungen.

## 12. Literatur

Deutsche Adipositas Gesellschaft, Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S 3 zur „Prävention und Therapie von Adipositas“, Version 2.0 (April 2014) <sup>2</sup>

Klein S, Krupka S, Behrendt S, Pulst A, Bleß H.–H. Weißbuch Adipositas 2016

Robert Koch–Institut (Hrsg.) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin 2015.

Anja Schienkiewitz, Gert B. M. Mensink, Ronny Kuhnert, Cornelia Lange; Journal of Health Monitoring 2017 2(2) DOI 10.17886/RKI–GBE–2017–025

---

<sup>2</sup> Die Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas ist grundsätzlich nur bis Mitte 2019 gültig (vgl. Ziffer 1.2 der Leitlinie). Allerdings ist bisher noch keine Aktualisierung erfolgt. Nach Auskunft der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) ist eine Überarbeitung angemeldet, wird jedoch noch ca. 4 bis 5 Jahre dauern. Sowohl die DAG als auch die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. gehen daher davon aus, dass die Leitlinie bis zu ihrer Aktualisierung gültig bleibt.