

Gemeinsame Empfehlungen
zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen
für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene
auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V
vom 8. Februar 2017

Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin

AOK-Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e. V., Berlin

Knappschaft, Bochum

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), Kassel

GKV-Spitzenverband, Berlin

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeiner Teil	5
1. Präambel	5
2. Gesetzliche Grundlage	5
3. Begriffsbestimmungen	6
3.1 Patientenschulungsmaßnahmen	6
3.2 Chronisch krank.....	6
3.3 Angehörige	6
3.4 Ständige Betreuungspersonen	7
4. Für eine Konzeptprüfung erforderliche Unterlagen	7
5. Ziele und Inhalte von Patientenschulungen	8
6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme	10
6.1 Abgrenzung zu Nachsorgemaßnahmen im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation	11
6.2 Abgrenzung zu Rehabilitationssport und Funktionstraining	11
6.3 Abgrenzung zu Leistungen zur Primärprävention	12
6.4 Abgrenzung zur Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels	12
7. Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation	12
7.1 Vorhandensein strukturierter Schulungskonzepte	13
7.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal	13
7.3 Dokumentation der Leistungserbringung.....	14

7.4	Qualitätsmanagement.....	15
7.4.1	Internes Qualitätsmanagement.....	15
7.4.2	Externes Qualitätsmanagement.....	16
8.	Durchführung von Patientenschulungen	16
8.1	Teilnehmeranzahl /Gruppengröße.....	16
8.2	Räumliche Voraussetzung und Ausstattung	16
8.3	Dauer und Umfang	17
8.4	Wiederholung der Schulung	17
9.	Leistungsgewährung	17
10.	Perspektive	17
11.	Inkrafttreten	17
II.	Spezieller Teil: Schulungsmaßnahmen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene.....	18
1.	Präambel	18
2.	Gesetzliche Grundlage.....	18
3.	Ausführung zum Krankheitsbild der Adipositas bei Erwachsenen.....	18
3.1	Das Krankheitsbild der Adipositas bei Erwachsenen	18
3.2	Entwicklung von Adipositasschulungen für behandlungsbedürftige Erwachsene	19
4.	Erforderliche Unterlagen.....	20

5. Ziele und Inhalte von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene	21
5.1 Ziele	21
5.2 Inhalte	21
6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme	26
7. Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation	28
7.1 Strukturiertes Schulungskonzept.....	28
7.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal	29
7.3 Dokumentation der Leistungserbringung.....	30
7.4 Internes und externes Qualitätsmanagement	31
8. Durchführung von Patientenschulungen	32
8.1 Teilnehmeranzahl /Gruppengröße.....	33
8.2 Räumliche Voraussetzungen und Ausstattung.....	33
8.3 Dauer und Umfang	34
8.4 Schulungs-/Kurskosten	34
8.5 Wiederholung der Schulung	34
9. Leistungsgewährung	34
10. Perspektive	35
11. Inkrafttreten	35
12. Literatur	35

I. Allgemeiner Teil

1. Präambel

Qualitätsgesicherte Patientenschulungen als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können 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. Aus diesem Grunde, aber auch vor dem Hintergrund der vom Gesetzgeber geschaffenen Rechtsgrundlage, leisten die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene mit diesen Gemeinsamen Empfehlungen einen Beitrag zur qualitativen Weiterentwicklung ambulanter Patientenschulungsmaßnahmen. 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 Effizienz des Patientenschulungsprogramms nachgewiesen wurde.

§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V lautet:

"Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 44 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 53 und 54 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 Krankheits selbstmanagements von 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 Empfehlung ist ein Patient, wenn 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 Patient und 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 dieser Empfehlung erfüllt.

3.3 Angehörige

Angehörige im Sinne dieser Empfehlung 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 Empfehlung 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 Konzeptprüfung 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 wird die Vorlage eines aussagekräftigen Konzeptes mit Angaben 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

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

Formale Programmanforderungen

- Ø Durchführungsart/-ort
- Ø Einbeziehung von ständigen Betreuungspersonen
- Ø Gruppengröße
- Ø Gruppenzusammenstellung (geschlossene/offene Gruppe etc.)
- Ø Ausführung zu Zielen
- Ø Ausführung zu Inhalten
- Ø Ausführung zum inneren Stundenaufbau
- Ø Ausführungen zu den Schulungseinheiten (Inhalte)
- Ø Verhältnis von praktischen zu theoretischen Einheiten
- Ø Muster-Stundenplan
- Ø Methodisches Vorgehen (eingesetzte Methoden)
- Ø Ausführungen zur Vermeidung von Schulungsabbrüchen (z. B. Motivationskonzept)
- Ø Lehr - und Lernmedien
- Ø Dokumentation
- Ø Internes/externes Qualitätsmanagement
- Ø Qualitätssicherung
- Ø Personelle Ausstattung
- Ø Train-the-Trainer Angebote/Zertifikate (sofern vorhanden)
- Ø Beschreibung der apparativ-technische/räumliche Struktur.

Wirksamkeit

- Ø Nachweis/Unterlagen zur Wirksamkeit

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 Krankheitsselbstmanagement sowie zur Vermeidung und Reduzierung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe befähigt und damit auch ihre Lebensqualität erhöht werden im Sinne der Hilfe zur individuellen Selbsthilfe. Als grundsätzliche Ziele von Patientenschulungen sind des Weiteren zu nennen:

- Ø Kenntniserwerb bzw. -erweiterung über das Krankheitsbild
- Ø Verstehen von Inhalten und Hintergründen gesicherter Erkenntnisse und Therapien nach aktuellem Stand der Wissenschaft
- Ø Optimierung der Behandlung
- Ø Steigerung der Therapiemotivation gemäß Behandlungserfordernissen
- Ø 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.
- Ø Stärkung der Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Erkrankung auf der Basis eines „Informiertseins“
- Ø Vermittlung von Handlungskompetenz
- Ø Förderung der Bereitschaft zur langfristigen Änderung der Lebensgewohnheiten
- Ø Langfristige Besserung bzw. Stabilisierung des Gesundheitszustandes und Vorbeugung von Rückfällen und Folgeerkrankungen
- Ø Verminderung der Häufigkeit von Krankheitsschüben und deren Dauer
- Ø Adäquate Bewältigung der somatischen und psychosozialen Situation
- Ø Langfristige Verminderung der Frequenz der Arztkonsultationen, stationärer Aufenthalte, psychosozialer Folgekosten und des Medikamentenkonsums
- Ø Vermeidung bzw. Verminderung von Arbeitsausfällen und Arbeitsunfähigkeit
- Ø Information über Selbsthilfegruppen und/oder ergänzender Beratungsangebote
- Ø Weitervermittlung in adäquate Angebote zur kontinuierlichen Umsetzung im Alltag.

Ambulante Patientenschulungen müssen inhaltlich den nachstehenden zentralen Komponenten gerecht werden:

- Ø **Aufklärung:** Vermittlung spezifischen Krankheits- und Behandlungswissens sowie eines angemessenen Krankheitsmodells.
- Ø **Aufbau einer positiven Einstellung zur Erkrankung und ihrer Bewältigung:** Fundierte Krankheits- und Behandlungseinsicht, Erhöhung der Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Krankheit.

- Ø **Sensibilisierung der Körperwahrnehmung:** Frühzeitiges Erkennen von Warnsignalen, Vorboten, Überlastungsanzeichen und Verschlimmerungen des Krankheitszustandes.
- Ø **Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen:** u. a. Fertigkeiten bezüglich der medikamentösen Therapie, Einhaltung von Diätplänen, Kennenlernen von Entspannungsübungen usw.
- Ø **Maßnahmen zur Prävention:** Aufbau einer gesundheitsförderlichen Lebensweise, Vermeidung von spezifischen Auslösern und Verhalten in Krisensituationen (Notfallprophylaxe).
- Ø **Erwerb sozialer Kompetenzen und Mobilisierung sozialer Unterstützung:** Kommunikationsfähigkeit über die Erkrankung und ihre Auswirkungen, Formulierung eigener behandlungsbezogener Befürchtungen und Bedürfnisse gegenüber 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 für 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

- Ø eine chronische Krankheit nach Abschnitt 3.2 diagnostiziert ist und
- Ø die medizinische Notwendigkeit durch den behandelnden Arzt bescheinigt wird - eine medizinische Befürwortung lediglich durch einen Arzt des Schulungsteams oder Programmanbieters ist nicht ausreichend - und
- Ø Schulungsfähigkeit vorliegt; d. h. der Patient verfügt über die erforderlichen kognitiven 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 dieser 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 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 des Patienten, d. h. durch Schulung soll krankheits- und behandlungsbezogene Kompetenz vermittelt werden.

Im Einzelfall kann auch nach vorausgegangener medizinischer 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 medizinischen Rehabilitation nach § 40 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 ist organorientiert, es 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 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 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 Behinderten 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

Gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 müssen Patientenschulungen wirksam und effizient sein. Sie müssen hinsichtlich ihrer Ausführung, Art und Dauer den anerkannten Erfahrungsgrundsätzen der beteiligten Wissenschaftsdisziplinen (z. B. Psychologie, Physiotherapie, Pädagogik, Ernährungswissenschaft etc.) und dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die Wirksamkeit und Effizienz von Patientenschulungsmaßnahmen ist gegenüber der Krankenkasse an Hand von Studien nachzuweisen. Liegen keine gesicherten Erkenntnisse über die jeweiligen indikationsspezifischen Schulungsmaßnahmen vor und ist die Wirksamkeit nicht mit ausreichender Evidenz nachgewiesen, ist der Krankenkasse aufzuzeigen, welche Begleitevaluation eingeleitet wird (z. B. Teilnahme an der Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV) der Universität zu Ulm, Institut für Epidemiologie und medizinische Biometrie (ZIBMT), Herrn Prof. Dr. Reinhard W. Holl). Die Krankenkasse kann vorsehen, dass diese Evaluation in regelmäßigen Abständen vorgelegt wird. Abweichende Regelungen hiervon

können indiziert sein und werden dann indikationsbezogen im speziellen Teil näher ausgeführt.

Weiterhin kann die Krankenkasse die Evidenz nach Abschluss von Studien zur Wirksamkeit des vorgelegten Patientenschulungsprogramms auch im Nachgang von Konzeptbewertungen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen. Belegen die Studien dann jedoch die fehlende Wirksamkeit, können diese Programme nicht mehr zur Anwendung gelangen.

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

7.1 Vorhandensein strukturierter Schulungskonzepte

- Ø 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 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal

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

Der Umfang der ärztlichen Einbindung kann bei der einzelnen Indikation variieren und wird deshalb im Speziellen Teil (II.) näher ausgeführt. Beim Auftreten

von medizinischen Problemen bei Programmteilnehmern ist eine fachliche Klärung sicherzustellen. Die Einweisung in das durchzuführende Schulungsprogramm ist für alle - ärztliche und nichtärztliche - Teammitglieder verbindlich.

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

- Ø Berufsabschluss im Handlungsfeld mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation und **mehrjährige** Berufserfahrung in der Arbeit mit chronisch Kranken
- Ø 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 Berufsbereichen mit den Abschlüssen: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor:

- Ø Psychologische/Psychotherapeutische Berufsgruppe, die in den zur Anwendung kommenden verhaltenstherapeutischen Methoden geschult sind,
- Ø Sportwissenschaftler,
- Ø Krankengymnasten/Physiotherapeuten,
- Ø Sport- und Gymnastiklehrer,
- Ø Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufsabschluss im Bereich Ernährung: Diätassistenten, Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor), 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.

7.3 Dokumentation der Leistungserbringung

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

- Ø Teilnahmebescheinigung für den Versicherten zur Vorlage bei der Krankenkasse
- Ø Dokumentation der Anwesenheit (Teilnehmer und Therapeut)
- Ø Dokumentation der Schulungsinhalte
- Ø Dokumentation des Schulungsverlaufs
- Ø Vereinbarung von und ggf. Anpassung der Patientenziele im Verlauf der Maßnahme
- Ø Kommunikation mit den behandelnden Ärzten
- Ø Dokumentation und Auswertung der Schulungsergebnisse inklusive der Schulungsabbrecher
- Ø Dokumentation der Teambesprechungen
- Ø Abschlussbericht an weiterbehandelnden Arzt.

7.4 Internes und externes Qualitätsmanagement

7.4.1 Internes Qualitätsmanagement

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

7.4.2 Externes Qualitätsmanagement

- Ø Teilnahme an externen Qualitätszirkeln
- Ø Kontinuierlichen Fort-/Weiterbildung des Schulungspersonals
- Ø Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen der Krankenkasse.

Sofern vom Leistungserbringer kein Wirksamkeitsnachweis im Zusammenhang mit Patientenschulungsprogrammen vorgelegt werden kann, hat sich der Leistungserbringer an externen Begleitevaluationen (z. B. Adipositas-Patientenverlaufsdokumentation (APV) der Universität Ulm, Prof. Dr. Holl) zu beteiligen oder in Abstimmung mit der Krankenkasse eigene Auswertungen zu erstellen. Die Krankenkasse kann bei Bedarf die Auswertung der Ergebnisse anfordern.

Möchte der Leistungserbringer Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu Lasten der Krankenkassen erbringen, sind die o. a. Nachweise vorzulegen und den Krankenkassen oder dem Medizinischen Dienst die Möglichkeit des Besuchs der Schulung zu ermöglichen.

8. Durchführung von Patientenschulungen

Die Durchführung von Patientenschulungen erfolgt ambulant und wohnortnah. Die definierten Anforderungen an die Qualität (siehe Abschnitt 6 dieser Empfehlung) sind zu erfüllen.

8.1 Teilnehmeranzahl /Gruppengröße

Grundsätzlich werden Patientenschulungen in geschlossenen Gruppen mit 10 bis 15 Patienten durchgeführt. Abweichend davon ist für Kinder und Jugend Schulungen eine Gruppengröße von 6 bis 12 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 Jugendlichen individuelle Kontextfaktoren berücksichtigen.

8.4 Wiederholung der Schulung

Die Wiederholung einer Patientenschulungsmaßnahme ist grundsätzlich nicht möglich. Dies gilt entsprechend, wenn 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 dem Versicherten den Leistungserbringer auswählen.

Eine Kostenübernahme/-beteiligung setzt die regelmäßige Teilnahme 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 drei Jahren, ob aufgrund von Ergebnissen kontrollierter Studien oder einer Begleitevaluation sowie neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Aktualisierung erforderlich ist.

11. Inkrafttreten

Diese Empfehlung tritt am 1. März 2017 in Kraft und ersetzt vorherige Fassungen.

II. Spezieller Teil: Schulungsmaßnahmen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene

1. Präambel

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

Adipositas gilt als eine bedeutende Gesundheitsstörung bei Erwachsenen in Deutschland. Gemäß der vom Robert Koch-Institut veröffentlichten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2013)[] sind derzeit unter den 18- bis 79-Jährigen 67,1% der Männer und 53,0% der Frauen übergewichtig. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas steigt bei beiden Geschlechtern im Alter zunehmend. Bei Männern ist ein starker Anstieg des Übergewichts außerdem im jungen Erwachsenenalter zu beobachten.

Ab einem bestimmten Ausmaß nehmen Komorbiditäten zu und eine Adipositas gewinnt Krankheitswert. Damit bedeutet Adipositas eine erhebliche sozioökonomische Belastung sowohl für 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 Empfehlung.

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 hinausge-

hende 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^2). Übergewicht ist definiert als ein BMI über $25 \text{ kg}/\text{m}^2$, Adipositas als BMI über $30 \text{ kg}/\text{m}^2$, 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
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. 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 zugrunde liegende Grunderkrankung) und sekundäre Adipositas (zugrunde liegende somatische 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 und Maßnahmen. Sie reichen von Diätvorschlägen in den Medien (Zeitschriften, Bücher, Online-Angebote) und die in Supermärkten, Drogerien oder Apotheken erhältlichen Diätprodukte und Abnehmmittel über angeleitete Gruppenmaßnahmen oder als Leistungen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation (begleitende Gewichtsreduktion z. B. bei Herz-Kreislauf- oder muskuloskelettalen Erkrankungen), als Schulungsmaßnahmen im Rahmen von DMP-Programmen (z. B. bei Diabetes mellitus) bis hin zur bariatrischen Chirurgie.

In den letzten Jahren wurden 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 Komponenten Ernährung, Bewegung und Verhaltenstherapie berücksichtigt sind. Allerdings steht der Nachweis eines langfristigen/nachhaltigen Nutzens nach Abschluss der Maßnahme 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 Herausgeber dieser Gemeinsamen Empfehlungen fordern kontrollierte Studien zum Nachweis des Nutzens mit ausreichend langen Follow-up Daten (bis etwa vier Jahre nach Ende der Intervention). Dies gilt für alle Gewichtsreduktionsprogramme. In diesen Studien sollte zum Nachweis eines generellen Nutzens die Interventionen gegen Usual Care (Regelversorgung) getestet werden.

Die Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherung für Patientenschulungsmaßnahmen setzt gemäß der gesetzlichen Grundlage voraus, dass diese „wirksam und effizient“ sein müssen. Wird der Nachweis der Wirksamkeit und Effizienz für ein bestimmtes Patientenschulungsprogramm nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V innerhalb eines definierten organisatorischen Rahmens anhand einer qualitativ hochwertigen kontrollierten – möglichst auch randomisierten – Vergleichsstudie unter Einschluss eines ausreichenden Nachbeobachtungszeitraums geführt, ist eine weitere Überprüfung durch den Medizinischen Dienst in der Regel nicht erforderlich.

4. Erforderliche Unterlagen

Die Prüfung einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Abs.1 Nr. 2 SGB V erfordert die Vorlage eines aussagekräftigen, verbindlichen Konzeptes, Angaben zur Wirksamkeit 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.
- ∅ Medikamente oder chirurgische Eingriffe sind nicht Bestandteil der Maßnahme.
- ∅ Der Einsatz (Verwendung) und 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 jedem Teilnehmer individuell zu vereinbaren.
- Prävention und Bewältigung (Coping) von Rückfällen ist verbindlicher Inhalt 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

· 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

- Ø Orientierung am Risikoprofil des Einzelnen
- Ø Angabe des anzustrebenden Energiedefizits/Tag
- Ø Berücksichtigung der Vorlieben/Abneigungen sowie der Alltags- und beruflichen Bedingungen
- Ø Einsatz geeigneter Methoden und Medien (z. B. Lebensmittelpyramide, Nährwerttabelle) zur Unterstützung der praktischen Umsetzung
- Ø Führen eines Ernährungsprotokolls/-tagebuchs
- Ø Regelmäßige Gewichtskontrolle
- Ø Vermittlung und Umsetzung einer energiereduzierten Mischkost (weniger fett- und zuckerreiche Lebensmittel sowie fett- und zuckerarme Zubereitungsarten)
- Ø Umgang mit Süßigkeiten, Fastfood, Softdrinks und Snacks sowie Aufklärung über Wirkungen von Light- und Diätprodukten
- Ø Bemessung von Portionsgrößen und Mahlzeitenfrequenzen (Umgang mit Zwischenmahlzeiten)
- Ø Hunger vs. Appetit und Sättigung
- Ø praktische Übungen, z. B. zur Mahlzeitenzubereitung und zur Einschätzung von Portionsgrößen, zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Übungen zur Stimuluskontrolle, Essgenuss-Training
- Ø Erarbeitung von Möglichkeiten einer „Außer-Haus-Verpflegung“, die die Gewichtsabnahme- und -stabilisierung unterstützt
- Ø Umgang mit Werbung.

· 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:

- Ø Ermutigung, sich im Alltag mehr körperlich zu bewegen
- Ø Bewegung > 150 Minuten/Woche mit einem Energieverbrauch von 1.200 – 1.800 kcal/Woche
- Ø Patienten mit BMI > 35 sollen Bewegungsangebote ohne hohe Gelenkbelastung durchführen

- ∅ kein gerätegestütztes Training in Sinne eines alleinigen Krafttrainings (technische Geräte)
- ∅ Berücksichtigung der Neigungen/Interessen und Möglichkeiten der Teilnehmer
- ∅ bereits während der Maßnahme sollen den Teilnehmern 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 durchgeführtem 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.

· **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).

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

- Ø Einfluss von Umwelt und genetischen Faktoren
- Ø Verlauf der Adipositas ohne Therapie (Komplikationen, Mortalität, Lebenserwartung)
- Ø Rückfallproblematik unter Therapie.

6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme

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

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:

- Ø $>40 \text{ kg/m}^2$
- Ø BMI $>35 \text{ kg/m}^2$ mit Waist-to-Hip-Ratio (WHR = Taillenumfang in cm \div Hüftumfang in cm)
 - bei Frauen $>0,85$
 - bei Männern $>1,0$
- Ø BMI von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ und adipositas-assoziierte Komorbiditäten]:
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Hypertonus, KHK, Herzinsuffizienz
 - Schlafapnoe-Syndrom

bei denen:

- Ø trotz Eigeninitiative und ärztlicher Behandlung keine Gewichtsreduktion erreicht werden konnte, wobei sicherzustellen ist, dass hormonelle Störungen vorab behandelt wurden
- Ø eine sekundäre Adipositas ausgeschlossen wurde
- Ø eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung vorliegt (eine medizinische Befürwortung lediglich durch einen Arzt des Schulungsteams oder Programm-anbieters ist nicht ausreichend)
- Ø 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:

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

Die **ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung** des behandelnden Arztes enthält Angaben zu:

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

Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm

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

- Ø Psychische Störungen oder Erkrankung, die eine aktive Teilnahme beeinträchtigen
- Ø Manifeste Essstörung/Bulimie
- Ø Fehlende Motivierbarkeit der Patienten
- Ø Unzureichende psychische Belastungsfähigkeit
- Ø Unzureichende kardio-pulmonale Belastbarkeit zur Teilnahme an der Bewegungskomponente

- Ø Kardiovaskuläre Erkrankungen; Z. b. Myokardinfarkt nicht länger als sechs Monate zurückliegend, instabile Angina pectoris, höhergradige Herzrhythmusstörungen
- Ø Schwangerschaft/Stillzeit
- Ø Unzureichende Gruppenfähigkeit
- Ø Fehlende Schulungsfähigkeit
- Ø Sekundäre Adipositas, die auf eine Erkrankung oder hormonelle Störung (z. B. Prader-Willi-Syndrom, MC 4 Rezeptor-Gendefekt, Cushing-Syndrom) zurückzuführen ist
- Ø 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.)

Abbruchkriterien, die die weitere Teilnahme an der Schulung ausschließen

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

- Ø Keine regelmäßige Teilnahme des Patienten an den Schulungsterminen (mindestens 80% der Schulungstermine müssen wahrgenommen worden sein)
- Ø Eintreten eines der oben angeführten Ausschlusskriterien oder
- Ø 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

7.1 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.

Es enthält:

- Ø 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 zugrunde liegenden 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 beigelegt 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 Dozenten (Qualifikationsnachweise der Berufsqualifikation, ggf. Train-the-Trainer-Zertifikate etc.).

7.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal

Das Adipositas-Schulungsprogramm ist von einem interdisziplinären Schulungsteam unter Beteiligung eines Arztes durchzuführen. Die Leitung des Teams muss benannt, eine Vertretungsregelung für alle Dozenten getroffen werden. Jedes Teammitglied muss eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in der Arbeit mit adipösen Erwachsenen sowie entsprechende pädagogische und methodisch-didaktische Fähigkeit vorweisen. Diese Erfahrungen und

entsprechende Zusatzqualifikationen sowie regelmäßige Weiterbildungen sind nachzuweisen. Die Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt ist zwingend notwendig und muss dokumentiert werden.

Das Schulungsteam setzt sich wie folgt zusammen und weist - neben den vorgenannten Anforderungen - die nachstehenden Qualifikationen - bezogen auf die jeweiligen Themenbereiche - auf:

- Ø **Ernährung:** Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufsabschluss im Bereich Ernährung: Diätassistenten, Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor), Ernährungswissenschaftler mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor, die in den zur Anwendung kommenden Ernährungsmaßnahmen geschult sind.
- Ø **Bewegung:** Sportlehrerinnen und Sportlehrer, Sportpädagoginnen und Sportpädagogen M.A. oder vergleichbare Abschlüsse mit dem Studienschwerpunkt Rehabilitations-/Behindertensport, staatlich geprüfte Sport- und Gymnastiklehrerinnen und Gymnastiklehrer, Sportlehrerinnen und Sportlehrer mit Abschluss (Diplom, Bachelor, Master), Krankengymnastinnen/Physiotherapeutinnen und Krankengymnasten/Physiotherapeuten.
- Ø **Psychologie:** Psychologe/in mit Diplom- oder Masterabschluss und erkennbar klinisch-psychologischem Studienschwerpunkt oder Arzt/Ärztin 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. Berufsgruppe gehört auch die Durchführung des Eingangsgesprächs zur Motivationsprüfung und zur Prüfung der psychischen Belastungsfähigkeit sowie der verhaltenstherapeutischen Interventionen.

- Ø **Medizin:** Facharzt für Allgemeinmedizin, 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.

7.3 Dokumentation der Leistungserbringung

Der Leistungserbringer dokumentiert für jeden Teilnehmer alle im Rahmen der Patientenschulung durchgeführten Maßnahmen und deren Effekte. Zur Dokumentation gehören:

- Ø Teilnahmebescheinigung für den Versicherten zur Vorlage bei der Krankenkasse
- Ø Dokumentation der Anwesenheit (Teilnehmer und Therapeut)
- Ø Dokumentation der Schulungsinhalte
- Ø Dokumentation des Schulungsverlaufs
- Ø Dokumentation des individuellen Zieles sowie der erreichten Gewichtsreduktion
- Ø Kommunikation mit den behandelnden Ärzten
- Ø Dokumentation der die Schulung abbrechenden Teilnehmer mit Angabe der Gründe
- Ø Dokumentation der Teambesprechungen
- Ø Abschlussbericht an den weiterbehandelnden Arzt.

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

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

7.4 Internes und externes 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**.

Ergebnisqualität: Im Rahmen des **externen Qualitätsmanagements** oder einer **Evaluation** sind die Behandlungserfolge zu dokumentieren und zu bewerten. **Zielparameter** ist die Reduktion des Körpergewichts innerhalb von sechs bis zwölf Monaten bei einem BMI bis 35 kg/m² > 5% und über 35 kg/m² > 10% des Ausgangsgewichts.

Sofern ein Wirksamkeitsnachweis der Patientenschulungsmaßnahme nicht vorliegt und sich der Leistungserbringer an einer externen Begleitevaluation (z. B. Adipositas-Patientenverlaufsdokumentation (APV) der Universität Ulm, Prof. Dr. Holl) beteiligt, hat er der Krankenkasse hierüber einen Nachweis vorzulegen. Das Ergebnis der Begleitevaluation ist der Krankenkasse und den Herausgebern dieser Gemeinsamen Empfehlungen spätestens drei Jahre nach Abschluss der

Patientenschulung vorzulegen. In die Begleitevaluation sind mindestens folgende Angaben/Daten einzubeziehen:

- Ø Beginn der Schulungsmaßnahme
- Ø Gewicht, BMI und WHR des Teilnehmers zum Beginn der Maßnahme
- Ø Gewichtsentwicklung des Teilnehmers im Verlauf der Maßnahme
- Ø Gewicht, BMI und WHR des Teilnehmers zum Abschluss der Maßnahme
- Ø Alter des Teilnehmers
- Ø Geschlecht des Teilnehmers
- Ø Schulischer und beruflicher Status des Teilnehmers
- Ø Gewicht, BMI und WHR des Teilnehmers zwei Jahre nach Beendigung der Maßnahme
- Ø Vorzeitige Beendigung der Maßnahme durch den Teilnehmer sowie ggf. seiner Weigerung zur Teilnahme an der Begleitevaluation.

Die vorgenannten Grundsätze gelten auch für Maßnahmen im Rahmen des externen Qualitätsmanagements.

Es gelten die Ausführungen im Allgemeinen Teil dieser Empfehlung, Abschnitt 7.4.

8. Durchführung von Patientenschulungen

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

Im Verlauf des Schulungsprogramms wird der individuelle Lernfortschritt 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 Patienten mehr Bewegung integriert werden kann.

Das Patientenschulungsprogramm sieht eine regelmäßige ärztliche Begleitung durch den behandelnden Vertragsarzt vor. Neben einer Erstuntersuchung sind Verlaufskontrollen notwendig, deren Häufigkeit vom Ergebnis der Erstuntersuchung und vom Schulungsverlauf abhängen. Ziel ist die Vermeidung von Kom-

plikationen infolge der Gewichtsreduktion, z. B. Hypoglykämien unter fortlaufender Antidiabetika-Therapie. Dazu erhält 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

- Ø Ernährungssituation und Veränderung der Ernährungsgewohnheiten
- Ø Bewegungssituation und Veränderung der Bewegungsgewohnheiten
- Ø Änderung von Risikofaktoren
- Ø Gewicht, BMI, WHR
- Ø Art der durchgeführten Maßnahmen
- Ø Verlauf der Intervention
- Ø Integration des Erlernten in den Alltag
- Ø 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 Patienten. Eine weitere Differenzierung (z. B. Schulung von Patienten mit Hypertonus oder Diabetes als Komorbiditäten) ist möglich. Die Gruppen sind geschlossen, d. h. für alle 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:

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

Die Anzahl der erforderlichen Räume richtet sich nach der Anzahl der zu betreuenden 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, Blutdruck erfolgen durch geeignete Mitarbeiter des Teams. Die Erhebung diagnostisch relevanter Laborwerte und weiterer mit Kosten verbundenen Zusatzuntersuchungen dürfen nicht Bestandteil des Patientenschulungsprogramms sein. Diese Werte werden 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.

8.5 Wiederholung der Schulung

Die Wiederholung einer ambulanten Maßnahme gleichen Inhalts und Umfangs ist grundsätzlich nicht möglich. Dies gilt entsprechend, wenn 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 %) 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 kontrollierten Studien oder Begleitevaluationen eine Aktualisierung erforderlich ist.

11. Inkrafttreten

Diese Empfehlung tritt am 1. März 2017 in Kraft.

12. Literatur

Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T, Scheidt-Nave C Übergewicht und Adipositas in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013.56:786-784.

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

Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“, AWMF-Registernummer 050-001, Version 2.0. April 2014.

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