

**Gemeinsame Empfehlungen**  
**zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen**  
**für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche**  
**auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V**  
**vom 2. Dezember 2013**

**AOK-Bundesverband GbR, Berlin**

**BKK Dachverband e.V., Berlin**

**IKK e. V., Berlin**

**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel**

**Knappschaft, Bochum**

**Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin**

**GKV-Spitzenverband, Berlin**

**unter Beteiligung**

**der SEG 1 der MDK-Gemeinschaft**

## Inhaltsverzeichnis

<b>I.</b>	<b>ALLGEMEINER TEIL</b> .....	<b>5</b>
<b>1.</b>	<b>Präambel</b> .....	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Gesetzliche Grundlage</b> .....	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>Begriffsbestimmungen</b> .....	<b>6</b>
	3.1 Patientenschulungsmaßnahmen.....	6
	3.2 Chronisch krank .....	6
	3.3 Angehörige.....	7
	3.4 Ständige Betreuungspersonen .....	7
<b>4.</b>	<b>Für eine Konzeptprüfung erforderliche Unterlagen</b> .....	<b>7</b>
<b>5.</b>	<b>Ziele und Inhalte von Patientenschulungen</b> .....	<b>9</b>
<b>6.</b>	<b>Voraussetzungen für die Inanspruchnahme</b> .....	<b>10</b>
	6.1 Abgrenzung zu Nachsorgemaßnahmen im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.....	11
	6.2 Abgrenzung zu Rehabilitationssport und Funktionstraining .....	12
	6.3 Abgrenzung zu Leistungen zur Primärprävention .....	12
	6.4 Abgrenzung zur Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels .....	12
<b>7.</b>	<b>Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation</b> .....	<b>13</b>
	7.1 Vorhandensein strukturierter Schulungskonzepte.....	13
	7.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal .....	14

7.3	Dokumentation der Leistungserbringung.....	15
7.4	Internes und externes Qualitätsmanagement.....	16
<b>8.</b>	<b>Durchführung von Patientenschulungen .....</b>	<b>16</b>
8.1	Teilnehmeranzahl / Gruppengröße .....	16
8.2	Räumliche Voraussetzung und Ausstattung .....	17
8.3	Dauer und Umfang .....	17
8.4	Wiederholung der Schulung .....	17
<b>9.</b>	<b>Leistungsgewährung .....</b>	<b>17</b>
<b>10.</b>	<b>Perspektive .....</b>	<b>18</b>
<b>11.</b>	<b>Inkrafttreten .....</b>	<b>18</b>
<b>II.</b>	<b>SPEZIELLER TEIL: SCHULUNGSMABNAHMEN FÜR BEHAND- LUNGSBEDÜRFTIGE ADIPOSE KINDER UND JUGENDLICHE.....</b>	<b>19</b>
1.	Präambel .....	19
2.	Gesetzliche Grundlage.....	19
3.	Ausführung zum Krankheitsbild der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen .....	20
3.1.	Entwicklung von Adipositasschulungen für Kinder und Jugendliche .....	20
4.	Erforderliche Unterlagen .....	23
5.	Ziele und Inhalte von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche .....	23
6.	Voraussetzungen für die Inanspruchnahme .....	27

<b>7. Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation .....</b>	<b>30</b>
7.1 Vorlage eines strukturierten Schulungsprogramms .....	30
7.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal .....	31
7.3 Dokumentation der Leistungserbringung.....	32
7.4 Internes und externes Qualitätsmanagement.....	33
<b>8. Durchführung von Patientenschulungen .....</b>	<b>34</b>
8.1 Teilnehmeranzahl / Gruppengröße .....	35
8.2 Räumliche Voraussetzungen und Ausstattung .....	35
8.3 Dauer und Umfang .....	36
8.4 Schulungs-/Kurskosten .....	36
8.5 Wiederholung der Schulung .....	36
<b>9. Leistungsgewährung .....</b>	<b>37</b>
<b>10. Perspektive .....</b>	<b>37</b>
<b>11. Inkrafttreten .....</b>	<b>37</b>

# 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 von 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,

1. ...

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 Patientenschulungs-

maßnahme 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**

Die Prüfung einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Abs.1 Nr. 2 SGB V erfordert die Vorlage eines aussagekräftigen Konzeptes, Angaben zur Wirksamkeit sowie bei Standortprüfungen zusätzlich konkrete Angaben zur räumlichen/apparativ-technischen Ausstattung einschließlich Qualifikationsnachweisen des interdisziplinären Teams durch den Leistungserbringer.

Die nachfolgend in der Checkliste aufgeführten Unterlagen sind der Krankenkasse vom Leistungserbringer für die strukturierte Konzeptprüfung einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und diesen Empfehlungen vorzulegen.

#### Allgemeine Angaben

- Antrageingang
- Name des Programms
- Zielgruppe
- Antragsteller (Name, Straße, PLZ, Ort)
- Indikation
- Dauer
- Datum der Original-Konzepterstellung (oder Versionsnummer)

- Konzeptform (Original, Lizenz/Franchise, in Anlehnung an „Ursprungsprogramm“)
- Trainermanual, Teilnehmerunterlagen (falls nicht im Konzept integriert)
- Ziel- und Altersgruppe(n)
- chronische Erkrankung (Hinweis auf die Indikationsstellung zur Teilnahme am Programm)
- Kriterien (Einschluss-, Ausschluss-, Abbruchkriterien)

#### Formale Programmanforderung

- Durchführungsart/-ort
- Einbeziehung von ständigen Betreuungspersonen
- Gruppengröße
- Gruppenzusammenstellung (geschlossene/offene Gruppe etc.)
- Ausführung zu Zielen
- Aufbau
- Ausführung zu Inhalten
- Ausführung zum inneren Stundenaufbau
- Inhaltliche Ausführungen zu Schulungseinheiten
- Verhältnis von praktischen zu theoretischen Einheiten
- Muster-Stundenplan
- eingesetzte Methoden
- Lehr- und Lernmedien
- Dokumentation
- internes Qualitätsmanagement
- Qualitätssicherung
- Personelle Ausstattung
- ggf. Train-The-Trainer Angebote/ Zertifikate
- apparativ-technische/räumliche Struktur

#### Unterlagen zur Wirksamkeit (sofern vorhanden)

- Unterlagen zur Wirksamkeit
- Nachweis der 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 Krankheits selbstmanagement 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:

- 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
- 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.

Nach konsentierter Expertenmeinung müssen ambulante Patientenschulungen 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 dem Arzt und soweit erforderlich, Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

Schulungsbestandteile, die therapeutische Behandlungen (z. B. Akupunktur) oder diagnostische Maßnahmen (z. B. Blutbild, Belastungs-EKG, Messungen Körperzusammensetzung) beinhalten, können **nicht** im Rahmen von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V übernommen werden. Hierbei handelt es sich in der Regel um Leistungen, die bereits im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vergütet werden.

Ebenfalls ausgeschlossen sind Begleitprodukte (z. B. Nahrungsergänzungsmittel, Nahrungsersatzmittel, Formulardiäten, homöopathische Mittel), die Bestandteil von Schulungsprogrammen sein können.

## 6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme

Patientenschulungen kommen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, ggf. für deren Angehörige bzw. ständige Betreuungspersonen 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 den behandelnden Arzt bescheinigt wird und
- Schulungsfähigkeit vorliegt; d. h., dass der Patient über die erforderlichen kognitiven Voraussetzungen verfügt und motiviert ist (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,

**Die Voraussetzung für die Teilnahme an Patientenschulungsmaßnahmen gemäß dieser Gemeinsamen Empfehlungen ist neben der ärztlichen Befürwortung und Begründung die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse.**

## **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 Patientenschulungsmaßnahme ist die Optimierung des Krankheits selbstmanagements des Patienten, d. h. durch „Schulungen“ 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 „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“ Hierbei geht es um die Erhaltung von Gesundheit bei 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. So lange jedoch keine gesicherten Erkenntnisse über die jeweiligen indikationsspezifischen Patientenschulungsmaßnahmen vorliegen und ihre Wirksamkeit deshalb noch nicht mit ausreichender Evidenz nachgewiesen werden kann, ist der Krankenkasse aufzuzeigen, welche Begleit-evaluation eingeleitet wird (z. B. Teilnahme am APV<sup>1</sup> bei adipösen Kindern). 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

- Schriftlich fixiertes Schulungskonzept und Trainermanual mit Ausführungen zu:
  - Darstellung von Ablauf, Zielen
  - Aussagen zur Methodik
  - Schulungskomponenten (Aufbau der Komponenten verschiedener Fachbereiche ggf. Beschreibung der Module)

---

<sup>1</sup> Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation der Universität Ulm

- Schulungseinheiten (Angabe zu Anzahl, Frequenz und Zeitumfang der einzelnen Stunden, Differenzierung je nach Komponente)
  - Stundenaufbau (Themen, Übungen)
  - Verhältnis des Schulungsumfangs von Patienten- zu Angehörigen (bei Eltern-/Kinderprogrammen)
  - Verhältnis des Umfangs von praktischen zu theoretischen Schulungseinheiten
  - Musterstundenplan für die gesamte Maßnahme mit Verknüpfung der einzelnen Komponenten/Module
  - Indikationsspezifisch und altershomogen zusammengesetzte geschlossene Gruppen.
  - Formulierung von Ein-, Aus- und Abbruchkriterien
- Pädagogisch und zielgruppenspezifisch aufbereitete Schulungsmaterialien (z. B. Teilnehmermanual)

## **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:

- Berufsabschluss im Handlungsfeld mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikationen und mehrjährige Berufserfahrung in der Arbeit mit chronisch Kranken
- psychologische und methodisch-didaktische (pädagogische) 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.

Dieses rekrutiert sich in der Regel – je nach Zielgruppe – aus folgenden Berufsbereichen mit den Abschlüssen: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor:

- Psychologische/Psychotherapeutische Berufsgruppe, die in den zur Anwendung kommenden verhaltenstherapeutischen Methoden geschult sind
- Sportwissenschaftler
- Krankengymnasten/Physiotherapeuten
- Sport- und Gymnastiklehrer
- Ernährungsfachkräfte mit entsprechender Zusatzqualifikation (Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler, Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmedizinischer Berater/DGE) sofern diese im Rahmen einer Schulung in die durchzuführende Patientenschulungsmaßnahme speziell eingewiesen sind.

Ein Ausdruck der Interdisziplinarität und der integrativen Teamarbeit sind regelmäßig stattfindende Teambesprechungen. Die Frequenz ist der Dauer der Schulungsmaßnahme angepasst.

Eine Vertreterregelung für alle beteiligten Professionen ist bei langfristigen Schulungen unbedingt erforderlich.

### **7.3 Dokumentation der Leistungserbringung**

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

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

- Abschlussbericht an weiterbehandelnden Arzt

#### **7.4 Internes und externes Qualitätsmanagement**

- Teilnahme an internen und bei Vorhandensein externen Qualitätszirkeln
- Benennung eines Qualitätsbeauftragten
- 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-Trainer Zertifikate.

Die Bereitschaft zur kontinuierlichen Fort-/Weiterbildung des Schulungspersonals wird vorausgesetzt. An eventuellen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Krankenkasse hat sich der Leistungsanbieter zu beteiligen. Sofern vom Leistungserbringer kein Wirksamkeitsnachweis im Zusammenhang mit Patientenschulungsprogramme vorgelegt werden kann, hat sich der Leistungserbringer an bestehenden externen Begleitevaluationen z. B. APV (Adipositas Patienten Verlaufsdokumentation der Universität Ulm) 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, dann 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 Gruppen mit sechs bis maximal 12 Patienten (ggf. einschließlich Angehörige/sonstige Betreuungspersonen) in geschlossenen Gruppen durchgeführt.

## **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. Hierbei ist zwischen der ggf. überregional erfolgenden Konzeptprüfung durch den Medizinischen Dienst (grundsätzliche Angaben zur geplanten Personalausstattung erforderlich) 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 Kindern und Jugendlichen die individuellen 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. Bei Kindern und Jugendlichen ist im Einzelfall zu prüfen, ob aufgrund entwicklungsphysiologischer Aspekte von diesem Grundsatz abgewichen werden muss.

Eine Nachschulung kann nach einem angemessenen zeitlichen Abstand und ggf. nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst sinnvoll erscheinen.

# **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 angemessenen Zeitabständen von in der Regel drei Jahren, ob aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Aktualisierung erforderlich ist.

## **11. Inkrafttreten**

Diese Empfehlung tritt am 1. Januar 2014 in Kraft und ersetzt vorherige Fassungen.

## **II. Spezieller Teil: Schulungsmaßnahmen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche**

### **1. Präambel**

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

Adipositas (oder starkes Übergewicht) gilt als eine bedeutende Gesundheitsstörung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Als adipös werden Kinder und Jugendliche mit einem Körpermassenindex (Body-Mass-Index; BMI = Körpergewicht in kg / Körpergröße in m<sup>2</sup>) über dem 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentil der von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft veröffentlichten Perzentilenkurven definiert. Eine extreme Adipositas wird bei BMI-Werten über dem 99,5. Perzentil diagnostiziert.

In Deutschland sind 4 % bis 6 % der Schulkinder stark übergewichtig (adipös). Obwohl die Prävalenz von Übergewicht insgesamt im Kindesalter in den letzten Jahren nicht mehr stetig zuzunehmen scheint, deutet sich in epidemiologischen Untersuchungen eine ständige Erhöhung des Anteils der Kinder mit extremer Adipositas an. Aufgrund der insbesondere mit sehr starkem Übergewicht einhergehenden Risikofaktoren und Erkrankungen kann diese Entwicklung zukünftig zu hohen Kosten für das Gesundheitssystem in Deutschland führen. Deshalb ist ein Handeln von größter gesundheitspolitischer Bedeutung und liegt in der Verantwortung verschiedenster Akteure.

### **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 Kindern und Jugendlichen**

Als wichtigste Ursachen für das zu hohe Körpergewicht gelten mangelnde körperliche Aktivität im Alltag (Bewegungsmangel) und die übermäßige Zufuhr energiereicher Nahrungsmittel, die zusammen mit einer genetischen Veranlagung wirksam werden. Eine weitere Rolle spielen die veränderten Lebensbedingungen im Familienverband sowie im Lebensumfeld des Kindes bzw. des Jugendlichen. Ebenso sind soziokulturelle Faktoren mit einzubeziehen. Bei der Adipositas handelt es sich um eine vielschichtige Problematik, der auch kulturelle und verhaltensbedingte Faktoren zugrunde liegen (Lifestyle).

Durch spezifische, bereits im Kindes- und Jugendalter ansetzende Behandlungsmaßnahmen sollen schwerwiegende, durch Adipositas verursachte Gesundheitsstörungen vermieden und entstehende Folgekosten für das Gesundheitswesen verringert werden. Ernährungsgewohnheiten und Lebensweisen werden im Kindesalter jedoch entscheidend durch Personen im unmittelbaren Lebensumfeld der Kinder geprägt. In der Pubertät und im Adoleszentenalter gewinnen zudem andere Bezugspersonen (Peer Group) größeren Einfluss. Deshalb kann eine effektive Verhaltensbeeinflussung bei Kindern und Jugendlichen durch medizinische Maßnahmen allein in der Regel nicht erzielt werden. Vielmehr müssen Bezugspersonen im unmittelbaren Lebensumfeld (idealerweise in der Familie) dazu beitragen, die notwendigen Veränderungen der Lebensgewohnheiten zu erreichen.

#### **3.1. Entwicklung von Adipositasschulungen für Kinder und Jugendliche**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen hatten vor etwa 10 Jahren in einem ersten Schritt verbindliche Kriterien und Standards für Schulungsprogramme für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche entwickelt, bei denen eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse auf der Basis von § 43 SGB V (ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) in Betracht kommen konnte. Das Konsensuspapier des Bundesministeriums für Gesundheit vom September 2004 [1] [2] und die sozialmedizinischen Gutachten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen stellten hierfür die Grundlagen dar. Zum damaligen Zeitpunkt war jedoch festgehalten worden, dass die formulierten Anforderungskriterien zunächst vorläufigen Charakter haben und die Wirksamkeit der Behandlungsmaßnahmen in aussagekräftigen wissenschaftlichen Studien evaluiert werden muss.

In der nationalen und internationalen Fachliteratur liegen jetzt (Stand: Mitte 2013) neuere Arbeiten zur Therapieevaluation vor, die unter anderem in Coch-

rane-Reviews zusammengefasst wurden [3] [4]. Dort diskutierte Elemente von Therapiemaßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, wengleich unterschiedlich gut untersucht und bestätigt, sind:

- Element „Ernährung“ mit Berücksichtigung der Qualität der Ernährung;
- Element „Bewegung“ mit Einsatz von Methoden, die eine Reduktion sitzender Lebensweisen zugunsten von vermehrter Bewegung im Alltag erreichen;
- Anhaltende Änderung von Ernährungs- und Bewegungsverhalten im Alltag als Schwerpunkt; dazu Einsatz geeigneter (verhaltenstherapeutischer) Techniken;
- Aktive Einbindung der Eltern in die Schulung und die Verhaltensbeeinflussung der Kinder, inkl. häuslicher Intervention zu Bewegung, Ernährung und Medienkonsum;
- Schulbezogene Programme mit Ernährung, Bewegung und Körperbild, inkl. Training der Lehrer;
- Überprüfung und ggf. Förderung der Motivation von Kindern, Jugendlichen und Familien vor Beginn der Maßnahme;
- Beachtung der schlechter erreichbaren und schlechter versorgten Gruppen von Betroffenen (dazu zählen Menschen, die in schwierigen sozialen Lagen leben, sowie Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund).

Ferner sind Informationen zu berücksichtigen, nach denen die vorstehend aufgeführten Interventionen bei extrem adipösen Kindern und Jugendlichen (gemessen an der innerhalb eines Jahres nach Behandlungsende erzielten Verringerung des BMI um mindestens 0,5 Standardabweichungen = BMI-SDS  $-0,5$ ) möglicherweise ungenügend oder gar nicht wirksam sind [5].

Auf Grundlage dieser neueren, wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse über die Wirksamkeit und die Erfolge von Schulungsprogrammen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche wurden die geltenden Anforderungskriterien an die Programme aktualisiert. Mit den nachfolgenden Gemeinsamen Empfehlungen werden inhaltliche und strukturelle Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse definiert.

Wesentliche Neuerungen betreffen die Notwendigkeit, im Rahmen der Schulungsprogramme den speziellen Bedarf bei Maßnahmen für extrem adipöse Kinder und Jugendliche zu beachten. Diese Patienten benötigen eine langfristige Therapieplanung im Sinne einer Behandlungskette. Auch scheint die Anfangsphase einer Behandlung bei extremer Adipositas im Kindes- und Jugendalter wesentlich für den längerfristig erzielbaren Erfolg zu sein [6]. Bei diesen

Patienten sollte daher ein Versagen der Standardtherapie vor Aufnahme in ein Schulungsprogramm nicht abgewartet werden.

Die Programmanbieter müssen bei extrem adipösen Kindern und Jugendlichen bereits im Rahmen der individualisierten Zielplanung vor und während der Schulung gemeinsam mit dem zuweisenden Vertragsarzt, Patient und Familie für Sondersituationen in der Behandlung (drohendes Therapieversagen bei extremer Adipositas oder bei fehlender sozialer Unterstützung) Alternativen zu Standard-Schulungsprogrammen entwickeln. Dazu kann eine Behandlungskette unter Vernetzung mit Maßnahmen anderer Kostenträger definiert werden, in der die stationäre Reha und die Nachsorge durch den Rentenversicherungsträger – soweit regional verfügbar – verortet wird.

Anbieter von Schulungsprogrammen, die extrem adipöse Kinder und Jugendliche aufnehmen, sollten bereits während der Patientenschulung aktiv eine Vernetzung mit Maßnahmen anderer Kostenträger (z. B. aufsuchende Sozialarbeit der Gebietskörperschaften) anstreben. Es handelt sich hierbei in der Regel nicht um Leistungen der GKV. Die regional zuständigen Kostenträger müssen dazu motiviert werden, bei relevanten familiären oder anderen psychosozialen Problemen im Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen die notwendigen Unterstützungsmaßnahmen durch Vernetzung aufzubauen (z. B. Hilfen zur Erziehung, sozialpädagogische Einzelfallhilfe) und insbesondere bei extrem adipösen Jugendlichen generell ein langfristiges Behandlungskonzept einschließlich sozialer Unterstützung zu schaffen. Gegebenenfalls ist bei extrem adipösen Kindern und Jugendlichen auch auf die Behandlung dieser Patienten in spezialisierten Zentren der Kinder- und Jugendmedizin hinzuwirken, da in dieser Gruppe ein hohes Risiko für einen Rückfall in das Übergewicht aufrechterhaltende („obesogene“) Verhaltensweisen besteht.

Anbieter der Schulungsprogramme sollten folgende übergreifenden Anforderungen an die Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter beachten:

- a) **Individualisierung** der konkreten **Zielvereinbarungen** mit den Schulungsteilnehmern ist erforderlich.
- b) **Prävention von und Coping mit Rückfällen** muss verbindlicher Inhalt der theoretischen und praktischen Schulungseinheiten sein.
- c) **Verstärkte und individualisierte Einbindung der Eltern** oder ggf. anderer Bezugspersonen mit dem Ziel, die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen aktiv zu gestalten (Förderung der **Erziehungskompetenz** mit stärker direkтивem, weniger permissivem Erziehungsstil).
- d) Schaffung sozialer Netzwerke außerhalb der Familie zur Minderung des **Risikos für einen Rückfall in „obesogene Verhaltensweisen“** insbesondere bei

extrem adipösen Kindern und Jugendlichen. Als wesentliche Fähigkeit zur Rückfallverarbeitung gilt die Bereitschaft der Betroffenen, sich in einem solchen Fall Hilfe zu holen. Dazu müssen Hilfsangebote verfügbar, den Betroffenen bekannt sein und während der Schulung erprobt werden können.

Noch immer steht eine Evaluation der langfristigen Wirksamkeit und der Erfolge von Schulungsprogrammen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche in Form einer repräsentativen wissenschaftlichen Langzeit-Studie in Deutschland aus. Vor diesem Hintergrund haben auch die nachstehend dargestellten überarbeiteten Anforderungskriterien zunächst vorläufigen Charakter.

Mit den nachfolgenden speziellen Ausführungen werden inhaltliche und strukturelle Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse definiert.

#### **4. Erforderliche Unterlagen**

Die Prüfung einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Abs.1 Nr.2 SGB V erfordert die Vorlage eines aussagekräftigen Konzeptes, Angaben zur Wirksamkeit sowie bei Standortprüfungen zusätzlich konkrete Angaben zur räumlichen/apparativ-technischen Ausstattung einschließlich Qualifikationsnachweisen des interdisziplinären Teams durch den Leistungserbringer. Differenzierte Ausführungen finden sich im Allgemeinen Teil dieser Empfehlung.

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

**Ziele** ambulanter Schulungen für adipöse Kinder und Jugendliche müssen sein:

- Langfristige Reduktion des BMI durch Verringerung des Körpergewichts bzw. der Gewichtszunahme über die Zeit (zumindest durch Gewichtsstabilisierung bei altersgemäßem Körperwachstum),
- Dauerhafte Veränderung des aktuellen Ess- und Bewegungsverhaltens,
- Aktive und systematische Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen,
- Erlernen von Problembewältigungsstrategien und langfristiges Sicherstellen der erreichten Verhaltensänderungen, einschließlich der Einübung von Maßnahmen zur Vorbeugung und Verarbeitung von Rückfällen,
- Verbesserung der mit der Adipositas assoziierten Risikofaktoren und Erkrankungen,

- Vermeiden unerwünschter Therapieeffekte (z. B. Essstörungen, psychische Destabilisierung unter anderem durch Verlust des Selbstwertgefühls),
- Förderung von physischen und psycho-sozialen Gesundheitsressourcen,
- Förderung einer positiven körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen

- a) die Kinder und Jugendlichen unter Nutzung verhaltenstherapeutischer Elemente
  - zu vermehrter körperlicher Bewegung (auch außerhalb des Schulungsprogramms) animiert und dauerhaft motiviert werden,
  - ein neues Essverhalten kennen lernen, akzeptieren und trainieren,
  - Möglichkeiten eines veränderten Problem-/Konfliktlösungsverhaltens kennen lernen und bewusst einüben,
  - realistische Zielstellungen erarbeiten.
- b) die Eltern/Bezugspersonen
  - dazu motiviert werden, im Lebensumfeld (Familie) die notwendigen Unterstützungsmassnahmen zu gewähren und ggf. weitere Hilfen zur Erziehung anzunehmen.

Patientenschulungsprogramme für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche müssen grundsätzlich folgende **Anforderungen** erfüllen:

- sie müssen alle verbindlichen Themenbereiche (Ernährung, Bewegung, aktive Elterneinbindung, verhaltenstherapeutische Interventionen bzw. deren Einbindung in die anderen Bereiche, medizinische Information) enthalten,
- sie müssen neben theoretischer und praktischer Vermittlung von Wissen und Anregungen zu Ernährungsumstellung und vermehrter Bewegung den überwiegenden Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden in allen Programmbausteinen gewährleisten,
- sie dürfen keine extrem kalorienreduzierten Diäten, Formula-Diäten, Nahrungsergänzungsmittel, nicht zugelassene oder in der vertragsärztlichen Versorgung nicht verordnungsfähige Medikamente oder chirurgische Eingriffe vorsehen,
- sie müssen eine ärztliche Befürwortung und eine Einbindung des behandelnden (Kinder-)Arztes in den Schulungsablauf vorsehen.

**Verbindliche Inhalte** von Schulungsprogrammen für adipöse Kinder und Jugendliche sind:

I. Themenbereich **Ernährung**:

Wissensvermittlung, Beratung und praktische Einübung für Eltern und Kinder zur Ernährungsumstellung unter Berücksichtigung von Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) bzw. des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE).

- Grundlagen des Essverhaltens,
- Nahrungsenergie und Ursachen der Adipositas,
- Lebensmittelpyramide oder vergleichbare Darstellungsformen,
- geeignete Lebensmittel (energie-, fett- und zuckerreduzierte Mischkost),
- Bedeutung von Nahrungsfetten, Süßigkeiten, Fastfood, Getränken,
- positive Bewertung gesunder Nahrungsmittel,
- Bemessung von Portionsgrößen und Mahlzeitenfrequenzen,
- Hunger vs. Appetit und Sättigung,
- Konsumverhalten, Werbung, Einkaufstraining,
- Führen eines Ernährungsprotokolls/-Tagebuchs,
- praktische Übungen (Ziele: Essmengenbegrenzung, Selbstwahrnehmung, ggf. in geringem Umfang Mahlzeitenzubereitung, Übungen zur Stimuluskontrolle, Essgenuss-Training,
- Alltagsstruktur und Mahlzeitenrhythmus in der Familie.

II. Themenbereich **Bewegung**:

Veränderung der Verhaltens- und Lebensgewohnheiten durch vermehrte Bewegung im Alltag. Es ist nicht ausreichend, wenn das Schulungsprogramm isolierte Trainings- und Sporteinheiten vorhält, ohne zugleich auf eine nachhaltige Änderung des Bewegungsverhaltens und eine langfristige sportliche Aktivierung zu setzen. Der Übergang von strukturierten Sportstunden während des Programms in eigenverantwortlich durchgeführten Sport sollte durch das interdisziplinäre Team begleitet werden und frühzeitig im Schulungsverlauf beginnen. Für extrem adipöse Kinder und Jugendliche sind spezielle Sportangebote notwendig.

- Grundlagen zur Bedeutung von Bewegung (u. a. für Energiebilanz),
- Übungen zur Verbesserung der Ausdauer und Koordination,
- Übungen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körperbewusstseins,

- Erlernen und Anwenden von Techniken zur selbständigen Belastungskontrolle und -Steuerung,
- Erlernen und Anwenden von Techniken zur Verletzungsprophylaxe,
- Motivation zur Erhöhung der körperlichen Aktivität.
- Motivation zur aktiven Alltagsgestaltung und Nutzung wohnortnaher Bewegungsmöglichkeiten und Sportangebote, Anleitung zur Reduktion der sitzenden Lebensweise, sinnvoller Fernseh-/Computerkonsum,
- Übungen zu aktiver Freizeitgestaltung in Familie und Peer-Group.

### III. Themenbereich **verhaltenstherapeutische Interventionen:**

Änderung von Einstellungen und Verhaltensmustern des Ess- und Bewegungsverhaltens, Stabilisierung des geänderten Verhaltens und Rückfallverhütung (dabei Vermittlung von Handlungskompetenz beim Umgang mit „Rückfällen“ im Sinne von Problemlösekompetenz, Konfliktlösungskompetenz, Kompetenz zur Wahrnehmung von psychosozialen Hilfsangeboten). Durch den Einsatz verhaltenstherapeutischer Elemente soll eine langfristige und dauerhafte Lebensstiländerung zu gesunder und ausgewogener Ernährung und mehr Bewegung im Alltag erreicht werden. Vermittlung dieser Techniken an die Eltern in geeigneter Form.

Um Verhaltensänderungen in den Bereichen Bewegung und Ernährung im Alltag zu erzielen, bedarf es verhaltenstherapeutischer Interventionen zur Steigerung der Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit, z. B. durch

- Erlernen von Verhaltensalternativen und Selbstkontrollstrategien (Techniken der Stimuluskontrolle, der positiven Verstärkung, der Selbststärkung sowie der Selbstbeobachtung, positives Selbstbild/Körperakzeptanz, altersangemessene Selbstmanagementfähigkeit, Lernen durch Vorbilder, Verhaltensverträge),
- Erarbeitung realistischer Zielsetzungen,
- Stärkung des Selbstbewusstseins und der Eigenakzeptanz,
- ausgewogene Lebensgestaltung
- Einübung von Maßnahmen zur Vorbeugung und Verarbeitung von Rückfällen.

### IV. Themenbereich **aktive Einbindung der Eltern/Bezugspersonen:**

Hierbei ist das Lebensalter des Patienten zu berücksichtigen. Schulungsprogramme, die sich lediglich an Kinder oder Jugendliche richten und bei denen die Eltern/Bezugspersonen in keiner Form eingebunden sind, kom-

men nicht in Betracht. Eigene Schulungsveranstaltungen für die Eltern zur Verbesserung der Erziehungskompetenz (direktiver statt permissiver Erziehungsstil, Schaffung eines „anti-obesogenen“ Umfelds in Familie und Haushalt) können angeboten werden. Bei Programmen für Jugendliche sollten die Eltern eingebunden werden, müssen aber nicht ständig anwesend sein.

- Die Inhalte und Methoden der einzelnen Module sollten in geeigneter Form den Eltern/Bezugspersonen vermittelt und diese zur Unterstützung ihrer Kinder motiviert werden.
- Eine Einbindung der Eltern umfasst auch die Förderung der Erziehungskompetenz (stärker direktiver, weniger permissiver Erziehungsstil); dazu können eigene Elterngruppen ohne teilnehmende Kinder eingerichtet werden.

#### V. Themenbereich **medizinische Information:**

Definition und Folgen der Adipositas sowie ihrer Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten.

- Symptome der Adipositas,
- Ursachen der Adipositas,
- Gewichtsregulationsmechanismen,
- Energiebilanz und -Speicherung,
- Einfluss der Umwelt und von genetischen Faktoren,
- Adipositas-assoziierte Erkrankungen,
- Verlauf der Adipositas ohne Therapie,
- Rückfallproblematik unter Therapie.

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

Die Programmanbieter haben darauf zu achten, dass eine Kostenübernahme durch die GKV für die Schulungsteilnehmer nur in Betracht kommt, wenn die Indikationsstellung durch einen Vertragsarzt auf Basis der geltenden fachlichen Standards und unter Beachtung der nachfolgend dargestellten formalen Voraussetzungen erfolgt ist.

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

Die Teilnahme an einer Adipositasschulung kann für Kinder und Jugendliche angezeigt sein, bei denen

- der BMI die 99,5. Perzentile übersteigt (extreme Adipositas),

- der BMI die 97. Perzentile übersteigt (Adipositas) und entweder
  - mit Adipositas assoziierte Risikofaktoren oder
  - behandlungsbedürftige, mit Adipositas assoziierte Erkrankungen vorliegen, und zuvor eine fachärztliche (pädiatrische) Behandlung gemäß der zurzeit vorhandenen Leitlinienempfehlung (z. B. der AGA [1]) erfolglos stattgefunden hat,
- der BMI die 90. Perzentile übersteigt (Übergewicht) und
  - behandlungsbedürftige, mit Adipositas assoziierte Erkrankungen vorliegen, und zuvor eine fachärztliche (pädiatrische) Behandlung gemäß der zurzeit vorhandenen Leitlinienempfehlung (z. B. AGA, [www.a-g-a.de](http://www.a-g-a.de)) erfolglos stattgefunden hat,
- eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung durch Pädiater/Pädiaterin bzw. Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerin vorgelegt wurde (eine medizinische Befürwortung lediglich durch einen Arzt des Schulungsteams ist nicht ausreichend).

Als mit Adipositas assoziierte **Risikofaktoren** gelten Insulinresistenz oder Hypercholesterinämie sowie eine familiäre Belastung (Diabetes mellitus Typ 2 bei den Eltern, Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem vollendeten 55. Lebensjahr bei Verwandten 1. und 2. Grades).

Als mit Adipositas assoziierte **Erkrankungen**, für deren Behandlung eine Reduktion des Körpergewichtes notwendig ist, sofern der Zusammenhang mit dem erhöhten Körpergewicht plausibel erscheint, werden angesehen:

- die arterielle Hypertonie,
- der Diabetes mellitus Typ 2,
- die gestörte Glukosetoleranz,
- die Pubertas praecox (vorzeitige Pubertätsentwicklung),
- das Syndrom der polyzystischen Ovarien, sowie
- orthopädische Erkrankungen.

In Ausnahmefällen können psychische und seelische Störungen mit als Adipositas assoziierte Erkrankungen berücksichtigt werden.

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

- ausreichende Sprachkenntnisse für die Schulungssprache.
- Gruppenfähigkeit
- ausreichende Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung sowohl bei den Angehörigen (Eltern/Bezugspersonen) als auch bei den Kindern und Jugendlichen.

Sinnvoll ist die Aufteilung in folgende Zielgruppen:

- für Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren: Schulung der Kinder und Eltern,
- für Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren: Schulung der Jugendlichen mit optionaler Elterneinbindung.

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung des behandelnden Kinder- oder Hausarztes enthält Angaben zu:

- Größe, Gewicht, BMI und Perzentile,
- vorhandenen medizinischen und psychosozialen Risikofaktoren,
- Adipositas-assoziierte Erkrankungen,
- Übergewicht in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister),
- bisher durchgeführten Maßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie bisher eigenverantwortlich durchgeführten Maßnahmen zur Gewichtsreduktion,
- Motivation der Familie, aktiv an dem Schulungsprogramm teilzunehmen,
- Gruppen- und Schulungsfähigkeit,
- Hinweisen auf das Vorliegen von psychischen Störungen, manifesten Essstörungen,
- Hinweisen auf das Vorliegen von sekundären und syndromalen Adipositasformen (z. B. Prader-Willi-Syndrom).

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

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

- psychische Störung oder Erkrankung (z. B. Essstörung/Bulimie),
- fehlende Motivation der Patienten oder deren Eltern/Bezugspersonen, aktiv an dem Programm mitzuarbeiten,
- unzureichende Gruppenfähigkeit
- Adipositasformen, die auf eine Erkrankung (z. B. Prader-Willi-Syndrom) zurückzuführen sind,

- Vorgegangene mehrwöchige stationäre (Reha-)Maßnahme.  
Ist jedoch durch eine vorangegangenen (Reha-)Maßnahme das Ziel nicht oder noch nicht vollständig erreicht worden, kann im Einzelfall eine ambulante Schulungsmaßnahme im Anschluss an die stationäre (Reha-)Maßnahme medizinisch notwendig sein (Fortbestehen einer extremen Adipositas und/oder von Folgeerkrankungen).

### **Abbruchkriterien, die die Weiterführung der Schulung ausschließen**

Ist eines der nachstehenden Kriterien erfüllt, ist das Schulungsprogramm abzubrechen.

- Keine regelmäßige Teilnahme des Patienten und/oder der Eltern bzw. der Bezugspersonen an den Schulungsterminen (mindestens 80 % der Schulungstermine müssen wahrgenommen worden sein),
- Auftreten von psychischen Störungen einschließlich Essstörungen (z. B. Bulimie),
- Auftreten anderer schwerer Gesundheitsstörungen, die eine regelmäßige Teilnahme nicht mehr möglich machen.

Der Abbruch ist zu dokumentieren.

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

### **7.1 Vorlage eines strukturierten Schulungsprogramms**

Der Leistungsanbieter hat unter Berücksichtigung der vorgenannten Ziele, Inhalte und Zielgruppen sowie des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes ein schriftlich fixiertes strukturiertes Patientenschulungsprogramm vorzulegen, das auch schriftliches Schulungsmaterial für die Kursleiter und Teilnehmer (Kinder/Jugendliche, Eltern) vorsieht. Das Schulungsmaterial für die Kinder und Jugendlichen muss jeweils altersgerecht sein. Das Schulungskonzept legt auch die Interventionsmaßnahmen sowie die diesen zugrunde liegenden Wirkungstheorien dar. Das Schulungskonzept ist regelmäßig entsprechend dem aktuellen Forschungsstand zu überarbeiten.

Die einzureichenden Dokumente umfassen demnach eine Beschreibung des inhaltlichen und didaktischen Konzepts mit Literaturangaben, eine Darstellung der wesentlichen Prozesse der Durchführung des Schulungsprogramms, eine Beschreibung des Schulungsteams und ein Nachweis der vorhandenen Quali-

kation, eine Beschreibung der verfügbaren Räumlichkeiten, eine Darstellung der Verlaufs- und Ergebnisdokumentation und Kommunikation mit der behandelnden Vertragsärztin bzw. dem Vertragsarzt und einen Nachweis der Ergebnisqualität. Im Übrigen gelten die Ausführungen im allgemeinen Teil dieser Empfehlungen.

Bei Programmen, die im Rahmen eines Lizenznehmersystems angeboten werden (z. B. Franchising), müssen die im Folgenden dargestellten Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität an jedem Standort erfüllt sein. Die Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität von Schulungsprogrammen für adipöse Kinder- und Jugendliche gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V entsprechen den Kriterien der Zertifizierung von Therapieprogrammen durch die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) [7] in wesentlichen Punkten, so dass bei Vorliegen eines entsprechenden Zertifikats ggf. auf eine gesonderte Überprüfung der Anbieterqualifikationen verzichtet werden kann.

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

Das Adipositas-Schulungsprogramm ist von einem interdisziplinären Schulungsteam durchzuführen. Die Leitung des Teams muss benannt, eine Vertretungsregelung getroffen werden. Jedes Teammitglied muss eine mehrjährige Berufserfahrung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen 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 die nachstehenden Qualifikationen – bezogen auf die jeweiligen Themenbereiche – auf:

- **Ernährung:** abgeschlossene Berufsausbildung zu Diätassistentinnen, die in den zur Anwendung kommenden Ernährungsmaßnahmen geschult sind, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler oder abgeschlossenes Hochschulstudium zu Oecotrophologinnen und Oecotrophologen mit Abschluss (Diplom, Bachelor, Master).
- **Bewegung:** Dipl. 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).

- **Psychologie:** Diplom–Psychologe/in oder Arzt/Ärztin für psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie jeweils mit Beratungserfahrung in der Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher und deren Eltern.
- **Medizin:** Fachärzte für Kinder– und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde sowie Ärzte aus der pädiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses mit einer mindestens zweijährigen pädiatrischen Weiterbildungszeit und Erfahrung in der Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher.

### 7.3 Dokumentation der Leistungserbringung

Der Leistungserbringer dokumentiert für jeden Teilnehmer alle im Rahmen der Patientenschulung durchgeführten Maßnahmen und deren Effekte. Bei Programmabbruch sind die Gründe zu dokumentieren. Zur Dokumentation gehören:

- Teilnahmebescheinigung für den Versicherten zur Vorlage bei der Krankenkasse
- Dokumentation der Anwesenheit (Teilnehmer und Therapeut)
- Dokumentation der Schulungsinhalte
- Dokumentation des Schulungsverlaufs
- Kommunikation mit den behandelnden Ärzten
- Dokumentation der Schulungsabbrecher
- Dokumentation der Teambesprechungen
- Abschlussbericht an weiterbehandelnden Arzt

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

Das Schulungsteam dokumentiert die enge Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten.

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

## 7.4 Internes und externes Qualitätsmanagement

**Konzeptqualität:** das Konzept sollte regelmäßig an den aktuellen Forschungsstand angepasst werden

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

**Ergebnisqualität:** Im Rahmen des **externen Qualitätsmanagements** oder einer **Evaluation** erfolgende Darstellungen der Behandlungserfolge eines Programm-anbieters müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Zielparame-ter für die Berechnung der Erfolgsquote (Anteil der Patienten, bei denen nach der Behandlung eine relevante Reduktion des BMI dokumentiert werden konnte) ist die Berechnung des BMI-SDS (Standardabweichungsscore) nach der Methode von Kromeyer-Hauschild [8]
- Als relevante BMI-Reduktion wird eine Verringerung des BMI-SDS um mindestens -0,2 angesehen.
- Der Zielparame-ter muss am Ende der Schulungsmaßnahme sowie ein und zwei Jahre nach Schulungsende bestimmt werden.
- Die Erfolgsquote für den einzelnen Programmanbieter muss unter Verwendung eines Modells zur Risikoadjustierung berechnet werden. Eine solche Risikoadjustierung ist erforderlich, weil der darzustellende Erfolg einer Einrichtung durch die Patientenauswahl beeinflusst ist. Eine Berechnung Risiko-adjustierter Erfolgsquoten für eine Reduktion des BMI-SDS verlangt eine Berechnung der Faktoren, die vor Therapiebeginn gemessen wurden und das Behandlungsergebnis zu den unterschiedlichen Zeitpunkten signifikant beeinflussen. Es besteht für jeden Schulungsteilnehmer aufgrund von durch die Einrichtung nicht beeinflussbaren Charakteristika eine unterschiedliche Wahrscheinlichkeit, von der Behandlung zu profitieren, d. h. kurz-, mittel- oder längerfristig erfolgreich zu sein. Der „Erfolg“ einer Einrichtung (= Häufigkeit, mit der in dieser Einrichtung behandelte Patienten von der dort angebotenen Behandlung profitieren) muss daher im Rahmen eines Einrichtungsvergleichs unter Berücksichtigung dieses a priori bestehenden Risikos für ein Therapieversagen beschrieben werden.
- Es muss sichergestellt sein, dass die Eingabe des Basisdatensatzes zeitnah nach Schulungsbeginn bzw. Kostenübernahmeerklärung der Kasse erfolgt.

Der Beginn der Schulung muss für jeden Teilnehmer eindeutig dokumentiert werden, damit die Abbrecherquote (Drop-out im Verlauf der Schulung) für den Programmanbieter berechnet werden kann (vgl. hierzu auch den Allgemeinen Teil (I), Internes und externes Qualitätsmanagement).

- Ein Vergleich (Benchmarking) der Leistungserbringer muss für die Kostenträger möglich sein mit Informationen zu
  - (a) Anzahl der Behandelten (Risiko-adjustiert als „Erfahrungswert“);
  - (b) Anzahl der vollständig nachverfolgten am Ende der Schulung und nach einem Jahr, optional nach 2 Jahren;
  - (c) Risiko-adjustiertem Behandlungserfolg (= Anteil der erfolgreichen Behandlungen mit Reduktion des BMI-SDS um mindestens -0,2). In ein „Risikoadjustierungsmodell“ müssen mindestens folgende Parameter eingehen: Alter bei Behandlungsbeginn, BMI-SDS bei Behandlungsbeginn und sozio-ökonomischer Status (Migrationshintergrund, Beschäftigungssituation der Eltern, Beschulung).

## 8. Durchführung von Patientenschulungen

Es sind für jeden Teilnehmer verbindliche Einschluss-, Ausschluss- und Abbruchkriterien definiert worden.

Im Verlauf des Schulungsprogramms wird der individuelle Lernfortschritt jedes Teilnehmers (und seiner Eltern) spätestens nach 6 Wochen erfasst, im Team reflektiert und ein individueller Schulungsplan erstellt. Dieser berücksichtigt die individuelle 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 Teilzielen).

Eine solche individualisierte Zielvereinbarung erfolgt auch mit den Eltern in Bezug auf deren Einbeziehung in den weiteren Programmverlauf.

Das Patientenschulungsprogramm sieht eine regelmäßige ärztliche Begleitung durch den behandelnden Vertragsarzt vor. Dazu erhält dieser 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

- Eltern-/Familiensituation,
- Betreuungssituation des Kindes,
- Entwicklung des Kindes,
- Ernährungssituation und Veränderung der Ernährungsgewohnheiten,
- Bewegungssituation und Veränderung der Bewegungsgewohnheiten,
- Änderung von Risikofaktoren,
- Größe und Gewicht,
- Art der durchgeführten Maßnahmen,
- Verlauf der Intervention,
- Empfehlungen für die Integration des Erlernten in den Alltag.
- Empfehlungen von ergänzenden Angeboten, z. B. Sportvereinen oder niedrigschwelligen Präventionsmaßnahmen, die eine anhaltende Wirkung der Patientenschulung nachhaltig unterstützen.

### **8.1 Teilnehmeranzahl / Gruppengröße**

Das Schulungsprogramm wird ambulant und wohnortnah als Gruppenmaßnahme durchgeführt. Die Gruppengröße besteht aus höchstens 12 Patienten. Werden Eltern und andere Bezugspersonen in die Gruppensitzungen einbezogen, sind die Gruppen ggf. so zu teilen, dass die vorgegebene Gruppengröße pro anwesende Fachkraft nicht überschritten wird. Die Gruppen sind geschlossen, d. h., für alle Teilnehmer ist ein gemeinsamer und einheitlicher Beginn der Schulung festgelegt.

Das Patientenschulungsprogramm berücksichtigt die Bildung altershomogener zusammengesetzter Patientengruppen. Es sind Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 17 Jahren zugelassen. Die Schulungsgruppen sollten getrennt nach Kindern und Jugendlichen zusammengestellt werden, ab dem Alter von 11 Jahren auch geschlechtergetrennt eingerichtet werden.

### **8.2 Räumliche Voraussetzungen und Ausstattung**

Folgende, für die genannten Maßnahmen geeignete Räumlichkeiten sind vorzuhalten:

- Schulungs- und Besprechungsraum,

- 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 dem Klientenaufkommen der Einrichtung (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 6 Monaten bis höchstens 12 Monaten sinnvoll. Die Angemessenheit des zeitlichen Umfangs und die Anzahl der Schulungseinheiten sind vom Leistungsanbieter zu begründen.

### **8.4 Schulungs-/Kurskosten**

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

Die Erhebung diagnostisch relevanter Laborwerte und weiterer Untersuchungsbefunde darf nicht Bestandteil des Patientenschulungsprogramms sein. Diese Werte werden vom behandelnden Arzt vor Beginn der Schulung erhoben und die Vergütung dieser Leistung erfolgt bereits im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Doppeluntersuchungen und mehrfache Befunderhebungen sind aus Wirtschaftlichkeitsgründen zu vermeiden.

Um Maßnahmen der Adipositasdiagnostik optimal zur individuellen Therapiesteuerung nutzen zu können, unterstützen Patientenschulungsprogramme die enge Zusammenarbeit mit örtlichen Pädiatern und ggf. Hausärzten.

### **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. Eine Nachschulung kann in ange-

messenem zeitlichem Abstand und ggf. nach Prüfung durch den MDK sinnvoll sein.

## 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 ca. 3 Jahren, ob aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Aktualisierung erforderlich ist.

## 11. Inkrafttreten

Diese Empfehlung tritt am 1. Januar 2014 in Kraft und ersetzt vorherige Fassungen.

## Literaturverzeichnis:

---

- [1] [http://www.dge.de/pdf/dge\\_info/KonsensuspapierPSP.pdf](http://www.dge.de/pdf/dge_info/KonsensuspapierPSP.pdf)
- [2] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Gesundheitsförderung konkret, Band 4). Köln: BZgA, 2005 (entspricht dem Konsensuspapier 2004)
- [3] Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, Summerbell CD. Interventions for treating obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD001872. DOI: 10.1002/14651858.CD001872.pub2;
- [4] Waters, E., de Silva-Sanigorski, A., Hall, B.J., Brown, T., Campbell, K.J., Gao, Y., Armstrong, R., Prosser, L., Summerbell, C.D. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD001871. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.pub3
- [5] Reinehr T. Effectiveness of lifestyle intervention in overweight children. Proc Nutr Soc. 2011 Nov; 70(4):494–505
- [6] Danielsson P, Kowalski J, Ekblom Ö, Marcus C. Response of severely obese children and adolescents to behavioral treatment. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012 Dec;166(12):1103–8
- [7] Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 2009. Quelle: [www.a-g-a.de](http://www.a-g-a.de)
- [8] Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiss HC, Hesse V, et al. Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschr Kinderheilkd. 2001;149(8):807–18

Bericht zur Studie Evaluation der Adipositas therapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (EvAKuJ-Studie) im Rahmen des Qualitätssicherungsprozesses der BZgA zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen, Köln, 2012.