

Gemeinsame Empfehlungen
zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen
auf der Grundlage von § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V
vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 16. Juni.2026

GKV-Spitzenverband, Berlin

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

AOK-Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e. V., Berlin

Knappschaft, Bochum

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

unter Beteiligung

des Medizinischen Dienst Bund

und

der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Leistungsbeurteilung und Teilhabe“

(SEG 1) der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

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	6
4	Für eine Prüfung des Patientenschulungsprogrammes erforderliche Unterlagen	7
5	Ziele und Inhalte von Patientenschulungen	8
6	Voraussetzung für die Inanspruchnahme	10
6.1	Einschlusskriterien für die Teilnahme an einem Schulungsprogramm	10
6.2	Ausschlusskriterien für die Teilnahme an einem Schulungsprogramm	10
6.3	Abbruchkriterien, welche die weitere Teilnahme an der Schulung ausschließen	11
7	Abgrenzung der Patientenschulungen nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V von anderen Leistungsbereichen	11
7.1	Abgrenzung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation	11
7.2	Abgrenzung zu Rehabilitationssport und Funktionstraining	11
7.3	Abgrenzung zu Leistungen zur Primärprävention	12
7.4	Abgrenzung zur Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels	12
7.5	Abgrenzung von Disease-Management-Programmen (DMP)	12
8	Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation	13
8.1	Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramm	13
8.2	Qualitätsmanagement	14
8.2.1	Internes Qualitätsmanagement	14
8.2.1.1	Vorhandensein strukturierter Schulungskonzepte	14
8.2.1.2	Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal	14
8.2.1.3	Dokumentation der Leistungserbringung	15
8.2.1.4	Instrumente des internen Qualitätsmanagements	16
8.2.2	Externes Qualitätsmanagement	16
8.2.3	Vorlagepflichten	16

9	Durchführung von Patientenschulungen	16
9.1	Teilnehmendenzahl / Gruppengröße	16
9.2	Räumliche Voraussetzung und Ausstattung	17
9.3	Dauer und Umfang	17
9.4	Wiederholung der Schulung	17
10	Schulungsformat	18
10.1	Definition online Elemente	18
10.2	Umfang und mögliche Inhalte von online Elementen	19
10.3	Qualifikationsanforderungen an die Durchführenden	19
10.4	Videokonferenz Tool, technische und weitere Anforderungen	19
10.5	Datenschutz	19
11	Leistungsgewährung	20
12	Perspektive	20
13	Inkrafttreten	20
II.	Spezieller Teil: Schulungsmaßnahmen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene	21
1	Präambel	21
2	Gesetzliche Grundlage	21
3	Ausführung zum Krankheitsbild der Adipositas bei Erwachsenen	22
3.1	Das Krankheitsbild der Adipositas bei Erwachsenen	22
3.2	Entwicklung von Adipositasschulungen für behandlungsbedürftige Erwachsene	23
4	Erforderliche Unterlagen	23
5	Ziele und Inhalte von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene	24
5.1	Ziele	24
5.2	Inhalte	24
I.	Themenbereich Ernährung	25
II.	Themenbereich: Bewegung	26
III.	Themenbereich Verhaltenstherapeutische Interventionen	27
IV.	Themenbereich medizinische Information	28
6	Voraussetzung für die Inanspruchnahme	28
6.1	Einschlusskriterium für die Teilnahme am Schulungsprogramm	28
6.2	Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm	29
6.3	Abbruchkriterien, die die weitere Teilnahme an der Schulung ausschließen	30
7	Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation	30

7.1	Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms	30
7.2	Qualitätsmanagement	31
7.2.1	Internes Qualitätsmanagement	31
7.2.1.1	Strukturiertes Schulungsprogramm	31
7.2.1.2	Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal	32
7.2.1.3	Dokumentation der Leistungserbringung	33
7.2.1.4	Dokumentation	33
7.2.2	Externes Qualitätsmanagement	33
7.2.2.1	Ergebnisqualität	33
7.2.3	Vorlagepflicht	34
8	Durchführung von Patientenschulungen	34
8.1	Teilnehmendenzahl/Gruppengröße	35
8.2	Räumliche Voraussetzungen und Ausstattung	35
8.3	Dauer und Umfang	35
8.4	Schulungs-/Kurskosten	35
8.5	Wiederholung der Schulung	36
9	Leistungsgewährung	36
10	Perspektive	36
11	Inkrafttreten	36
12	Literaturverzeichnis	37

I. Allgemeiner Teil

1 Präambel

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

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

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf ambulante Patientenschulungen nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V.

2 Gesetzliche Grundlage

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

§ 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V lautet:

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

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

wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet."

3 Begriffsbestimmungen

3.1 Patientenschulungsmaßnahmen

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

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

3.2 Chronisch krank

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

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

3.3 Angehörige

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

3.4 Ständige Betreuungspersonen

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

4 Für eine Prüfung des Patientenschulungsprogrammes erforderliche Unterlagen

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

Die nachfolgenden Angaben und Programmunterlagen sind der Krankenkasse vorzulegen:

Allgemeine Angaben

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

Formale Programmanforderungen

- Durchführungsort,
- Schulungsformat (Präsenz oder anteilig online),
- Einbeziehung von Angehörigen bzw. ständigen Betreuungspersonen,
- Gruppengröße,
- Gruppenzusammenstellung (geschlossene/offene Gruppe etc.),
- Ausführung zu Zielen,
- Ausführung zu Inhalten,
- Ausführung zum inneren Stundenaufbau,
- Ausführungen zu den Schuleinheiten (Inhalte),
- Verhältnis von praktischen zu theoretischen Einheiten,
- Muster-Stundenplan,
- Methodisches Vorgehen (eingesetzte Methoden),

- Ausführungen zur Vermeidung von Schulungsabbrüchen (z. B. Motivationskonzept),
- Lehr- und Lernmedien,
- Dokumentation,
- Internes/externes Qualitätsmanagement,
- Qualitätssicherung,
- Personelle Ausstattung,
- Train-the-Trainer Angebote/Zertifikate (sofern vorhanden),
- Beschreibung der apparativ-technischen/räumlichen Struktur.

Wirksamkeit

- Nachweis/Unterlagen zur Wirksamkeit (Anforderungen s. Kapitel 8)

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

5 Ziele und Inhalte von Patientenschulungen

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

Als grundsätzliche Ziele von Patientenschulungen sind des Weiteren zu nennen:

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

- Vermeidung bzw. Verminderung von Arbeitsausfällen und Arbeitsunfähigkeit,
- Information über Selbsthilfegruppen und/oder ergänzender Beratungsangebote,
- Weitervermittlung in adäquate Angebote zur kontinuierlichen Umsetzung im Alltag.

Ambulante Patientenschulungen müssen inhaltlich den nachstehenden zentralen Komponenten gerecht werden:

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

Programmbestandteile, die

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

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

6 Voraussetzung für die Inanspruchnahme

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

Schulungsbedarf ist unter anderem dann gegeben, wenn

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

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

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

6.1 Einschlusskriterien für die Teilnahme an einem Schulungsprogramm

Die indikationsspezifischen Einschlusskriterien sind auszuformulieren.

Schulungsfähigkeit setzt insbesondere voraus:

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

6.2 Ausschlusskriterien für die Teilnahme an einem Schulungsprogramm

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

- psychische Störungen oder Erkrankung, die eine aktive Teilnahme beeinträchtigen,
- fehlende Motivierbarkeit der Patientin/des Patienten,
- fehlende Schulungsfähigkeit,
- fehlende positive Schulungsprognose.

6.3 Abbruchkriterien, welche die weitere Teilnahme an der Schulung ausschließen

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

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

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

7 Abgrenzung der Patientenschulungen nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V von anderen Leistungsbereichen

Nachstehend werden die Leistungen der Patientenschulungen nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V von anderen Leistungsbereichen abgegrenzt.

7.1 Abgrenzung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Prioritäres Ziel der indikationsbezogenen Patientenschulung ist die Optimierung des Krankheits-selbstmanagements der Patientin/des Patienten, d. h. durch Schulung soll krankheits- und behandlungsbezogene Kompetenz vermittelt werden.

Patientenschulungen stellen auch ein wesentliches Behandlungselement im Rahmen von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (unabhängig vom Kostenträger) dar. Im Einzelfall kann auch nach einer vorausgegangenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Durchführung einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V aufgrund derselben Erkrankung notwendig sein. Voraussetzung hierfür ist, dass die Inhalte der Patientenschulung im Rahmen der Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V nicht mit den Inhalten der Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V identisch sind. Doppelleistungen bei gleichen Schulungsinhalten sind ausgeschlossen.

7.2 Abgrenzung zu Rehabilitationssport und Funktionstraining

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

Das Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln/Gelenke usw.) der behinderten oder

von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen. Das Funktionstraining dient dem Erhalt und der Verbesserung von 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.

7.3 Abgrenzung zu Leistungen zur Primärprävention

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

7.4 Abgrenzung zur Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels

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

7.5 Abgrenzung von Disease-Management-Programmen (DMP)

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten können sich bei ihrer Krankenkasse in ein DMP einschreiben lassen. Damit werden sie sektorenübergreifend auf dem aktuellen medizinischen Forschungsstand behandelt. Ein koordiniertes Vorgehen soll dazu beitragen, Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und Folgeschäden vorzubeugen. Patientenschulungen sind grundsätzlicher Bestandteil von DMP und sollten von Patientinnen/Patienten im Rahmen der DMP in Anspruch genommen werden. Eine Schulung zu derselben Indikation außerhalb des DMP, für die ein Versicherter eingeschrieben ist, ist nicht angezeigt.

8 Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation

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

8.1 Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms

Gemäß § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V müssen Patientenschulungen wirksam und effizient sein. Sie müssen hinsichtlich ihrer Ausführung, Art und Dauer dem aktuellen Stand der externen Evidenz (Ergebnisse relevanter Forschungen) und der internen Evidenz (der klinischen Expertise) der beteiligten Wissenschaftsdisziplinen (z. B. Psychologie, Sport- und Trainingstherapie, Pädagogik, Ernährungswissenschaft etc.) und dem Stand der aktuellen medizinischen Erkenntnisse entsprechen, sowie den medizinischen Fortschritt berücksichtigen (§ 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V).

Der Nachweis der Wirksamkeit (Nutzen in Bezug auf patientenrelevante Endpunkte) eines Patientenschulungsprogramms ist innerhalb eines definierten organisatorischen Rahmens anhand einer qualitativ hochwertigen kontrollierten randomisierten Studie zu führen. In den Studien müssen die Interventionen gegen Usual Care (Regelversorgung) getestet werden. Unter Usual Care wird in diesem Kontext die Kontrollgruppe in der ambulanten Regelversorgung ohne Patientenschulungsprogramm verstanden. Der Nachbeobachtungszeitraum sollte i. d. R. 24 Monate nach Programmende betragen.

Ist in Ausnahmefällen eine kontrollierte randomisierte Studie nicht möglich (z. B. bei seltenen Erkrankungen oder Kindern), kann der Wirksamkeitsnachweis auch anhand eines abweichenden Studiendesigns der bestmöglichen Evidenzklasse erbracht werden. Dieses abweichende Vorgehen muss hinreichend begründet sein.

Neben dem Nachweis der Wirksamkeit fordert § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V den Nachweis der Effizienz.

Patientenschulungen werden in dem jeweils vorgelegten Schulungsformat (Präsenz oder anteilig online, vgl. Kapitel 10) sozialmedizinisch begutachtet. Soll bei einer bereits begutachteten Patientenschulung das Schulungsformat verändert werden, ist eine erneute Vorlage des Patientenschulungsprogrammes erforderlich. Sofern ausschließlich das Schulungsformat verändert wird, erfolgt die erneute sozialmedizinische Begutachtung ausschließlich im Hinblick auf die Umsetzung der Anforderungen an das (geänderte) Schulungsformat. Falls darüber hinaus konzeptionelle und/oder inhaltliche Änderungen vorgenommen wurden, erfolgt eine vollständige sozialmedizinische Begutachtung des vorgelegten Patientenschulungsprogramms.

Bei geändertem Schulungsformat ist ein (erneuter) Nachweis der Wirksamkeit erforderlich, auch wenn der Nachweis der Wirksamkeit bereits für ein (anderes) Schulungsformat erbracht ist. Ausgenommen

sind Änderungen des Schulungsformates bei Lerneinheiten mit ausschließlicher Vermittlung von Wissensinhalten (Theorie) ohne praktische Umsetzungselemente.

8.2 Qualitätsmanagement

8.2.1 Internes Qualitätsmanagement

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

8.2.1.1 Vorhandensein strukturierter Schulungskonzepte

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

8.2.1.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal

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

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

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

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

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

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

- Psychologische/Psychotherapeutische Berufsgruppe, die in den zur Anwendung kommenden verhaltenstherapeutischen Methoden geschult sind,
- Sportwissenschaftlerinnen/Sportwissenschaftler (mit indikationsspezifischer bewegungstherapeutischer Ausrichtung),
- Physiotherapeuteninnen/Physiotherapeuten,
- Sportlehrerinnen/Sportlehrer (bevorzugt mit medizinischer Ausrichtung oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie)
- staatlich geprüfte Gymnastiklehrerinnen/Gymnastiklehrer,
- Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufsabschluss im Bereich Ernährung: Diätassistentinnen/Diätassistenten, Oecotrophologinnen/Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor), Ernährungswissenschaftlerinnen/Ernährungswissenschaftler (mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor), die in den zur Anwendung kommenden Ernährungsmaßnahmen geschult sind.

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

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

8.2.1.3 Dokumentation der Leistungserbringung

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

- Teilnahmebescheinigung für die Versicherte/den Versicherten zur Vorlage bei der Krankenkasse,
- Dokumentation der Anwesenheit (Teilnehmende und Therapeutin/Therapeut),
- Dokumentation der Schulungsinhalte,
- Dokumentation der jeweiligen Schulungsformate (Präsenz/anteilig online)
- Dokumentation des Schulungsverlaufs,
- Vereinbarung von und ggf. Anpassung der Patientenziele im Verlauf der Maßnahme,
- Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen/Ärzten,
- Dokumentation und Auswertung der Schulungsergebnisse inklusive der Schulungsabbrechenden,
- Dokumentation der Teambesprechungen,
- Abschlussbericht an weiterbehandelnde Ärztin/weiterbehandelnden Arzt.

8.2.1.4 Instrumente des internen Qualitätsmanagements

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

8.2.2 Externes Qualitätsmanagement

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

Als weitere Instrumente des externen Qualitätsmanagements kommen insbesondere in Frage:

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

8.2.3 Vorlagepflichten

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

9 Durchführung von Patientenschulungen

Die Durchführung von Patientenschulungen erfolgt ambulant und wohnortnah. Grundsätzlich werden Patientenschulungen in Präsenz durchgeführt. In Teilen können Patientenschulungen online durchgeführt werden. Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr werden Patientenschulungen regelhaft ausschließlich in Präsenz erbracht.

Die Voraussetzungen sind im Folgenden definiert. Die definierten Anforderungen an die Qualität (siehe Abschnitt 8) sind zu erfüllen.

9.1 Teilnehmendenzahl / Gruppengröße

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

9.2 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.

9.3 Dauer und Umfang

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

9.4 Wiederholung der Schulung

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

Eine Wiederholung der Schulung kann im Einzelfall vor dem Hintergrund alters-, entwicklungs-, geschlechts- und krankheitsspezifischer Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen in einem angemessenen zeitlichen Abstand möglich sein.

10 Schulungsformat

Grundsätzlich finden Patientenschulungen als Gruppenschulungen wohnortnah und in Präsenz statt. Schulungen für Erwachsene können anteilig online durchgeführt werden. Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr können Patientenschulungen regelhaft ausschließlich in Präsenz erbracht werden. Die Anforderungen der Gemeinsamen Empfehlungen sind unabhängig vom Schulungsformat zu erfüllen.

10.1 Definition online Elemente

Online-Elemente im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen sind Videokonferenzen, die als synchrone Kommunikation zwischen Schulungspersonal und Teilnehmenden in Echtzeit zu festen Terminen stattfinden. Alle Anwesenden haben die Kamera angeschaltet und können einander sehen und hören. Ein wechselseitiger Austausch in Echtzeit ist möglich.

Asynchrone Angebote wie z.B. vorab aufgezeichnete Videos, on-demand-Angebote, self-guided Onlinetools und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA, § 33a SGB V) sind im Rahmen von Patientenschulungen nicht zugelassen. Ebenfalls ausgeschlossen sind Hybrid-Module, bei denen ein Teil der Schulungsgruppe in Präsenz und ein anderer Teil online teilnimmt.

Anwendungssoftware oder Computerprogramme, die digitale Anwendungen ermöglichen (mobile Anwendung (App)), können kein Bestandteil einer Patientenschulung sein. Einzige Ausnahme bilden Apps, die ausschließlich der Dokumentation dienen (z. B. Ernährungstagebuch). Diese können ggf. in ein Schulungsprogramm aufgenommen werden. In diesem Fall sind nachstehende Anforderungen zu erfüllen:

- Die Nutzung von Apps muss für die Versicherten freiwillig sein und es muss eine Alternative zur App geben (z. B. Vordrucke, in die Eintragungen vorgenommen werden können).
- Die App muss für die Versicherten kostenfrei zugänglich und nutzbar sein.
- Die Krankenkassen beteiligen sich nicht an den Kosten der Entwicklung und/oder Nutzung von Apps oder stellen Apps zu ihren Lasten zur Verfügung. Auch die ggf. erforderliche technische Ausstattung ist keine Leistung der GKV.
- Die in der App gespeicherten Daten müssen für den Programmanbieter nachvollziehbar und auslesbar sein.
- Der Programmanbieter darf die Daten ausschließlich im Rahmen der Schulung und ausschließlich für die jeweiligen Zwecke der Schulung verwenden. Die datenschutzrechtlichen Vorgaben sind zu beachten. Insbesondere sind dabei die gesetzlichen Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Telemediengesetzes (TMG) und zum Sozialgeheimnis im ersten Sozialgesetzbuch (SGB I) zu berücksichtigen.
- Die dokumentierten Informationen (z. B. Bewegung, Ernährung) müssen von Versicherten aus online übertragen werden können oder ausdrückbar sein.

10.2 Umfang und mögliche Inhalte von online Elementen

Die Auswahl des Schulungsformates (Präsenz/anteilig online) richtet sich nach den Inhalten des jeweiligen Moduls. Bewegungs- und/oder praktische Ernährungselemente (Lehrküche, Einkaufen), praktische Unterweisungen (z. B. der Eltern bei Neurodermitis, eincremen) erfordern immer einen zeitlichen Anteil, der in Präsenz erfolgt.

In den speziellen Teilen der GE finden sich abhängig von der Indikation ggf. weitere Konkretisierungen und/oder ergänzende Regelungen zum möglichen Umfang von online Elementen in einzelnen Modulen.

Die technische Unterweisung kann nicht auf das Stundenkontingent des Schulungsprogramms angerechnet werden. Sie darf zudem nicht Bestandteil der Preiskalkulation für die mögliche Kostenbeteiligung der Krankenkasse sein.

10.3 Qualifikationsanforderungen an die Durchführenden

Sofern ein Patientenschulungsprogramm online-Anteile vorsieht, sollte sich die Gruppenleitung der jeweiligen online-Anteile hinreichend mit den Besonderheiten und Anforderungen an das Blended Learning befassen haben.

10.4 Videokonferenz Tool, technische und weitere Anforderungen

- Das eingesetzte Videokonferenz-Tool muss
 - bei Schwankungen der Verbindungsqualität bezüglich der Ton- und Bildqualität adaptiv sein,
 - eine Austauschmöglichkeit zwischen den Teilnehmenden und der Übungsleitung gewährleisten und
 - die Durchführung von Videokonferenzen mit mindestens 16 Teilnehmenden ermöglichen.
- Der Klarname der Teilnehmenden muss für den Leistungserbringenden erkennbar sein.
- Das Schalten von Werbung im Rahmen der telemedizinischen Leistung ist untersagt.
- Die Aufzeichnung der online Elemente durch die Leistungserbringenden zu Qualitätssicherungs- und/oder Dokumentationszwecken ist mit Einwilligung aller Teilnehmenden möglich. Die Aufzeichnung durch die Teilnehmenden ist untersagt.

10.5 Datenschutz

Datenschutzrechtlichen Anforderungen ist Rechnung zu tragen. Insbesondere sind dabei die gesetzlichen Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Telemediengesetzes (TMG) und zum Sozialgeheimnis im ersten Sozialgesetzbuch (SGB I) zu berücksichtigen. Die Pflicht zu deren Beachtung und Einhaltung obliegt dem Anbieter / Durchführenden des Patientenschulungsprogramms.

11 Leistungsgewährung

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

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

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

12 Perspektive

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

13 Inkrafttreten

Diese Empfehlungen treten am 16.06.2026 in Kraft und ersetzen vorherige Fassungen.

II. Spezieller Teil: Schulungsmaßnahmen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene

1 Präambel

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

Adipositas gilt als eine bedeutende Gesundheitsstörung bei Erwachsenen in Deutschland.

In der bevölkerungsrepräsentativen fünften Folgeerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell des Robert Koch-Institutes (GEDA 2019/2020-EHIS-Befragung) waren laut Selbstauskunft in Deutschland 53,5 % der Erwachsenen von Übergewicht ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$, einschließlich Adipositas) betroffen, Männer häufiger als Frauen. Die Adipositasprävalenz lag für beide Geschlechter bei 19,0 %. Im Gegensatz zu Selbstangaben liegen die Prävalenzraten bei standardisiert gemessenen Daten höher. In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland von 2008 bis 2011 (DEGS1) waren 67,1 % der Männer und 53,0 % der Frauen übergewichtig und 23,3 % der Männer und 23,9 % der Frauen adipös. Vor allem bei jungen Erwachsenen zeigte sich eine Zunahme der Adipositasprävalenz im Vergleich zu früheren Untersuchungen. Die Prävalenz der Adipositas steigt mit dem Lebensalter kontinuierlich an und ist im Alter von 60 bis 79 Jahren am höchsten. Nach einer Teilauswertung dieser nationalen Kohorte auf der Basis anthropometrischer Messungen, die zwischen März 2014 und März 2017 bei annähernd 102.000 Erwachsenen durchgeführt wurde, waren 46,2 % der Männer und 29,7 % der Frauen übergewichtig ($\text{BMI} 25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$) und 23,5 % der Männer und 21,2 % der Frauen adipös.

Ab einem BMI von 30 kg/m^2 nehmen Komorbiditäten zu und eine Adipositas gewinnt Krankheitswert. Damit bedeutet Adipositas eine erhebliche sozioökonomische Belastung sowohl für die Einzelne/den Einzelnen als auch für die Gesellschaft.

2 Gesetzliche Grundlage

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

3 Ausführung zum Krankheitsbild der Adipositas bei Erwachsenen

3.1 Das Krankheitsbild der Adipositas bei Erwachsenen

Adipositas ist multifaktoriell bedingt. Als wichtigste Ursachen für das zu hohe Körpergewicht gelten die überkalorische Ernährung und mangelnde körperliche Aktivität im Alltag (Bewegungsmangel), die zusammen mit einer ggf. genetischen Veranlagung wirksam werden. Bei der Adipositas handelt es sich um eine vielschichtige Problematik, der auch kulturelle und verhaltensbedingte Faktoren zugrunde liegen (Lifestyle). Nach der Definition der interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ der Fachgesellschaften ist Adipositas definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Berechnungsgrundlage für die Gewichtsklassifikation ist der Körpermassenindex (Body-Mass-Index - BMI). Der BMI ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m^2). Übergewicht ist definiert als ein BMI über 25 kg/m^2 , Adipositas als BMI über 30 kg/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 (kg/m^2)
Übergewicht, Präadipositas	25 bis 29,9
Adipositas Grad I	30 – 34,9
Adipositas Grad II	35 – 39,9
Adipositas Grad III	über 40

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

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

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

3.2 Entwicklung von Adipositasschulungen für behandlungsbedürftige Erwachsene

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

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

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

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

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

4 Erforderliche Unterlagen

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

5 Ziele und Inhalte von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene

5.1 Ziele

Mit der Teilnahme an einem ambulanten Patientenschulungsprogramm für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Reduktion des Körpergewichts innerhalb von sechs bis zwölf Monaten bei einem BMI bis 35 kg/m² > 5 % des Ausgangsgewichts und bei einem BMI über 35 kg/m² > 10 % des Ausgangsgewichts,
- Dauerhafte Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens (Lebensstiländerung) zur langfristigen Gewichtsreduktion und anschließende dauerhafte Stabilisierung,
- Erlernen von Problembewältigungsstrategien und dauerhaftes Sicherstellen der erreichten Verhaltensänderungen einschließlich der Einübung von Maßnahmen zur Vorbeugung und Verarbeitung von Rückfällen,
- Verbesserung der Adipositas-assoziierten Risikofaktoren und Erkrankungen,
- Steigerung der Lebensqualität durch Förderung eines positiven körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, Stärkung des Selbstwertgefühls,
- Verbesserung der Teilhabe (z. B. am Arbeitsleben),
- Vermeiden eines bariatrisch-chirurgischen Eingriffs.

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

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

5.2 Inhalte

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

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

- Die Themenbereiche **Ernährung, Bewegung, verhaltenstherapeutische Interventionen** bzw. deren Einbindung in die anderen Bereiche sind verbindliche Inhalte.
- Sie müssen theoretische und praktische Vermittlung von Wissen und Anregungen zu Ernährungsumstellung und vermehrter Bewegung beinhalten.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann gem. Leitlinien ein höheres Energiedefizit angezeigt sein. In diesen Fällen kann im Rahmen von Patientenschulungsprogrammen für adipöse Erwachsene

zeitlich begrenzt (maximal 12 Wochen lang) der Einsatz von Formula-Produkten mit einer Energiezufuhr von 800-1200 kcal/Tag erwogen werden. Bei einem extremen Energiedefizit besteht ohne Formula-Produkte das Risiko einer unzureichenden Versorgung mit Mikronährstoffen. Die tägliche Energiemenge darf 800 kcal nicht unterschreiten.

- Der Einsatz dieser Kostform bedarf einer strengen Indikationsstellung und ist nur bei Erwachsenen mit einem BMI > 35 kg/m² und einer oder mehreren Adipositas-assoziierten Komorbiditäten angezeigt. Diese sind insbesondere schwer einstellbarer Diabetes mellitus, obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), Adipositas-Hypoventilationssyndrom, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, schwer einstellbarer Hypertonus.
- Die medizinische Betreuung (Einbindung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes oder einer Ärztin/eines Arztes im Rahmen der Maßnahme) muss hierbei gewährleistet sein.
- Der Übergang von der Ernährung mit Formula-Produkten zu einer energieärmeren individualisierten und an die Lebenssituation, das Risikoprofil und die Therapieziele angepassten Kost muss seitens des Anbieters konzeptuell dargestellt werden.
- Medikamente oder chirurgische Eingriffe sind nicht Bestandteil der Maßnahme.
- Der Vertrieb von Produkten jeder Art durch den Leistungsanbieter ist ausgeschlossen (z. B. Formula-Diäten).
- Aus dem Konzept muss hervorgehen, wie die Implementierung der vermittelten Inhalte und erlernten Fähigkeiten im Alltag gefördert und unterstützt wird. Dieses sollte durch abnehmende Frequenz der Anzahl der Schulungseinheiten und Kontakte stabilisiert werden.

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

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

Verbindliche Inhalte von Schulungsprogrammen für adipöse Erwachsene:

I. Themenbereich Ernährung

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

- Information und Aufklärung über die Zusammenhänge von Essen und Trinken und Körpergewicht in Abhängigkeit von Lebensmittelauswahl, -zusammenstellung, -zubereitung und Essverhalten,
- individualisierte statt pauschaler Ernährungsempfehlungen,
- Orientierung am Risikoprofil der oder des Einzelnen,

- Angabe des anzustrebenden Energiedefizits/Tag,
- Berücksichtigung der Vorlieben/Abneigungen sowie der Alltags- und beruflichen Bedingungen,
- Einsatz geeigneter Methoden und Medien (z. B. Lebensmittelpyramide, Nährwerttabelle) zur Unterstützung der praktischen Umsetzung,
- Führen eines Ernährungsprotokolls/-tagebuchs,
- regelmäßige Gewichtskontrolle,
- Vermittlung und Umsetzung einer energiereduzierten Kost (z. B. Reduktion der Fettzufuhr, Reduktion der Kohlenhydratzufuhr, mediterrane Kost),
- Information zu Nutzen und Risiken beim Einsatz von Formula-Produkten inklusive des Übergangs von Formula-Produkten zur energiereduzierten Mischkost,
- Umgang mit Süßigkeiten, Fastfood, Softdrinks und Snacks sowie Aufklärung über Wirkungen von Light- und Diätprodukten,
- Bemessung von Portionsgrößen und Mahlzeitenfrequenzen (Umgang mit Zwischenmahlzeiten),
- Hunger vs. Appetit und Sättigung,
- praktische Übungen, z. B. zur Mahlzeitenzubereitung und zur Einschätzung von Portionsgrößen, zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Übungen zur Stimuluskontrolle, Essgenuss-Training,
- Erarbeitung von Möglichkeiten einer „Außer-Haus-Verpflegung“, die die Gewichtsabnahme und -stabilisierung unterstützt,
- Umgang mit Werbung.

Mögliche Schulungsformate:

Eine reine Wissensvermittlung ist online möglich. Die Möglichkeit der Kleingruppenarbeit ist auch in die online-Module zu integrieren. Es ist kenntlich zu machen, welche Lernanteile in welchem Format (Präsenz/anteilig online) erbracht werden sollen. Praktische Übungseinheiten (Lehrküche, ggf. Einkaufstraining) sind in Präsenz durchzuführen.

II. Themenbereich: Bewegung

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

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

- Ermutigung, sich im Alltag mehr körperlich zu bewegen,
- Bewegung: 30 bis 60 Minuten körperlicher Aktivität/Tag (angeleitet und in Eigenverantwortung),
- Patientinnen/Patienten mit BMI > 35 kg/m² sollen Bewegungsangebote ohne hohe Gelenkbelastung durchführen,
- kein gerätegestütztes Training in Sinne eines alleinigen Krafttrainings (technische Geräte),
- Berücksichtigung der Neigungen/Interessen und Möglichkeiten der Teilnehmenden,
- bereits während der Maßnahme sollen den Teilnehmenden auch niedrigschwellige Angebote, die zur eigenverantwortlichen Weiterführung geeignet sind, vorgestellt werden.

Im Modul Bewegung sollen sich folgende Inhalte wiederfinden:

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

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

Mögliche Schulungsformate:

Zur Erleichterung des Übergangs hin zur eigenverantwortlichen Weiterführung sind im letzten Viertel des Schulungsprogramms online Bewegungsangebote in (Klein-) Gruppen möglich. Alle übrigen Anteile sind in Präsenz zu erbringen.

III. Themenbereich Verhaltenstherapeutische Interventionen

Verhaltenstherapeutische Interventionen müssen folgende Elemente enthalten:

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

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

- bisherige Erfahrungen mit Abnehmversuchen,

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

Mögliche Schulungsformate:

Eine reine Wissensvermittlung ist online möglich. Die Möglichkeit der Kleingruppenarbeit ist auch in die online-Module zu integrieren. Es ist kenntlich zu machen, welche Lernanteile in welchem Format (Präsenz/anteilig online) erbracht werden sollen. Praktische Übungseinheiten sind in Präsenz durchzuführen.

IV. Themenbereich medizinische Information

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

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

Mögliche Schulungsformate:

Eine reine Wissensvermittlung ist online möglich. Die Möglichkeit der Kleingruppenarbeit ist auch in die online-Module zu integrieren. Es ist kenntlich zu machen, welche Lernanteile in welchem Format (Präsenz/anteilig online) erbracht werden sollen.

6 Voraussetzung für die Inanspruchnahme

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

6.1 Einschlusskriterium für die Teilnahme am Schulungsprogramm

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

Zielgruppe sind Erwachsene mit einem BMI:

- BMI > 40 kg/m²,
- BMI > 35 kg/m² mit Waist-to-Hip-Ratio (WHR = Taillenumfang in cm/Hüftumfang in cm)
 - bei Frauen > 0,85,
 - bei Männern > 1,0,
- BMI von ≥ 30 kg/m² und Adipositas-assoziierte Komorbiditäten:

- Diabetes mellitus Typ II,
- Hypertonus, KHK, Herzinsuffizienz,
- Schlafapnoe-Syndrom,

bei denen:

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

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

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

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

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

6.2 Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm

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

- psychische Störungen oder Erkrankung, die eine aktive Teilnahme beeinträchtigen,
- manifeste Essstörung/Bulimie,
- fehlende Motivierbarkeit der Patientin/des Patienten,
- unzureichende psychische Belastungsfähigkeit,
- unzureichende kardiopulmonale Belastbarkeit zur Teilnahme an der Bewegungskomponente,

- kardiovaskuläre Erkrankungen: z. B. Myokardinfarkt nicht länger als sechs Monate zurückliegend, instabile Angina pectoris, höhergradige Herzrhythmusstörungen,
- Schwangerschaft/Stillzeit,
- unzureichende Gruppenfähigkeit,
- fehlende Schulungsfähigkeit,
- sekundäre Adipositas, die auf eine Erkrankung oder hormonelle Störung (z. B. Prader-Willi-Syndrom, MC 4 Rezeptor-Gendefekt, Cushing-Syndrom) zurückzuführen ist,
- Zustand nach Adipositas-chirurgischem Eingriff (Hinweis: Bei Nachsorgeprogrammen nach bariatrischen Operationen handelt es sich nicht um eine Patientenschulung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.)

6.3 Abbruchkriterien, die die weitere Teilnahme an der Schulung ausschließen

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

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

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

7 Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation

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

7.1 Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms

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

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

7.2 Qualitätsmanagement

7.2.1 Internes Qualitätsmanagement

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

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

7.2.1.1 Strukturiertes Schulungsprogramm

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

Es enthält:

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

Im Übrigen gelten die Ausführungen im Allgemeinen Teil dieser Empfehlungen.

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

- Angabe des verwendeten Konzeptes (z. B. Versionsnummer, ISBN Nr.). Abweichungen sind zu erläutern. Ggf. kann das Einverständnis des Konzepterstellers zur Verwendung im Rahmen der beantragten Schulung 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 Dozentinnen/Dozenten (Qualifikationsnachweise der Berufsqualifikation, ggf. Train-the-Trainer-Zertifikate etc.).

7.2.1.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal

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

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

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

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

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

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

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

7.2.1.3 Dokumentation der Leistungserbringung

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

Zur Dokumentation gehören:

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

7.2.1.4 Dokumentation

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

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

7.2.2 Externes Qualitätsmanagement

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

7.2.2.1 Ergebnisqualität

Im Rahmen des externen Qualitätsmanagements sind die Behandlungserfolge anhand definierter Evaluationsparameter zu dokumentieren und zu bewerten. 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.

In die Begleitevaluation sind mindestens folgende Angaben/Daten einzubeziehen:

- Alter der Teilnehmerin/des Teilnehmers,
- Geschlecht der Teilnehmerin/des Teilnehmers,
- schulischer und beruflicher Status der Teilnehmerin/des Teilnehmers,
- Beginn der Schulungsmaßnahme,
- Gewicht, BMI und WHR, HbA1c, Blutdruck (RR) der Schulungsteilnehmerin/des Schulungsteilnehmers zum Beginn der Maßnahme,

- Entwicklung obiger Parameter und ergänzend RWL (=relativer Gewichtsverlust) und EWL (= Excess Weight Loss) der Schulungsteilnehmerin/des Schulungsteilnehmers im Verlauf der Maßnahme
- Gewicht, BMI und WHR, RWL, EWL, HbA1c, RR der Schulungsteilnehmerin/des Schulungsteilnehmers zum Abschluss der Maßnahme,
- Gewicht und BMI, WHR, RWL und EWL der Teilnehmerin/des Teilnehmers zwei Jahre nach Beendigung der Maßnahme,
- Vorzeitige Beendigung der Maßnahme durch die Teilnehmerin/den Teilnehmer sowie ggf. seiner Weigerung zur Teilnahme an der Begleitevaluation.

7.2.3 Vorlagepflicht

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

8 Durchführung von Patientenschulungen

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

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

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

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

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

- zur Ernährungssituation und Veränderung der Ernährungsgewohnheiten,
- zum Einsatz von Formula-Produkten (über welchen Zeitraum) und zur Umstellung auf energiereduzierte Kost,
- zur Bewegungssituation und Veränderung der Bewegungsgewohnheiten,

- zur Änderung von Risikofaktoren,
- zum Gewicht, BMI, WHR, RWL, EWL
- zur Art der durchgeführten Maßnahmen,
- zum Verlauf der Intervention,
- zur Integration des Erlernten in den Alltag,
- zu Empfehlungen von ergänzenden Bewegungsangeboten (z. B. von Sportvereinen, Lauffreizevents, Selbsthilfegruppen), die die Lebensstiländerung nachhaltig unterstützen.

8.1 Teilnehmendenzahl/Gruppengröße

Das Schulungsprogramm wird ambulant und wohnortnah als Gruppenmaßnahme durchgeführt. Die Gruppe besteht aus 10 bis 15 Patientinnen/Patienten. Eine weitere Differenzierung (z. B. Schulung von Patientinnen/Patienten mit Hypertonus oder Diabetes als Komorbiditäten) ist möglich. Die Gruppen sind geschlossen, d. h. für alle Teilnehmerinnen/Teilnehmer ist ein gemeinsamer und einheitlicher Beginn der Schulung festgelegt.

8.2 Räumliche Voraussetzungen und Ausstattung

Folgende, für die genannten Maßnahmen geeignete Räumlichkeiten sind vorzuhalten:

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

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

Für online-Anteile ist eine geeignete, reizarme Umgebung des Schulenden zu gewährleisten. Die Teilnehmenden sollen den Schulenden gut sehen und hören können.

8.3 Dauer und Umfang

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

8.4 Schulungs-/Kurskosten

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

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

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

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

8.5 Wiederholung der Schulung

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

9 Leistungsgewährung

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

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

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

10 Perspektive

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

11 Inkrafttreten

Diese Empfehlungen treten am 16.06.2026 in Kraft und ersetzen vorherige Fassungen.

12 Literaturverzeichnis

Deutsche Adipositas Gesellschaft, Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ Version 5.0 (Oktober 2024).

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

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

Anja Schienkiewitz A, Kuhnert R, Blume M, Mensink G B M (alle RKI): Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS; Journal of Health Monitoring 2022 7(3) DOI 10.25646/10292, veröffentlicht: 14.09.2022.