

**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 in der Fassung vom 01.02.2022**

GKV-Spitzenverband, Berlin

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

AOK-Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e. V., Berlin

KNAPPSCHAFT, Bochum

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

unter Beteiligung

des Medizinischen Dienst Bund

und

der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Leistungsbeurteilung und Teilhabe“

(SEG 1) der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

## Inhalt

<b>I. Allgemeiner Teil .....</b>	<b>5</b>
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. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme.....	11
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
7. Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation. ....	12
7.1 Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms .....	13
7.2 Qualitätsmanagement.....	13
7.2.1 Internes Qualitätsmanagement.....	13
7.2.2 Externes Qualitätsmanagement .....	15
7.2.3 Vorlagepflichten.....	16
8. Durchführung von Patientenschulungen .....	16
8.1 Teilnehmeranzahl / Gruppengröße.....	16
8.2 Räumliche Voraussetzung und Ausstattung .....	16
8.3 Dauer und Umfang .....	16
8.4 Wiederholung der Schulung .....	16
9. Leistungsgewährung .....	17
10. Perspektive .....	17
11. Inkrafttreten.....	17

<b>II. Spezieller Teil: Schulungsmaßnahmen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche .....</b>	<b>18</b>
1. Präambel .....	18
2. Gesetzliche Grundlage.....	19
3. Ausführung zum Krankheitsbild der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen.....	19
3.1 Das Krankheitsbild der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen .....	19
3.2 Entwicklung von Adipositasschulungen für behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche.....	20
4. Erforderliche Unterlagen .....	23
5. Ziele und Inhalte von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche .....	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
V. Themenbereich aktive Einbindung der Eltern/Bezugspersonen: .....	28
6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme.....	29
6.1 Einschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm.....	29
6.2 Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm.....	30
6.3 Abbruchkriterien, die die weitere Teilnahme an der Schulung ausschließen.....	31
7. Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation. 31	
7.1 Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms .....	31
7.2 Qualitätsmanagement.....	31
7.2.1 Internes Qualitätsmanagement.....	31
7.2.2 Externes Qualitätsmanagement.....	34
7.2.3 Vorlagepflichten.....	36
8. Durchführung von Patientenschulungen .....	36
8.1 Teilnehmeranzahl/Gruppengröße.....	37
8.2 Räumliche Voraussetzungen und Ausstattung .....	37
8.3 Dauer und Umfang .....	38
8.4 Schulungs-/Kurskosten .....	38

8.5 Wiederholung der Schulung .....	39
9. Leistungsgewährung .....	39
10. Perspektive .....	39
11. Inkrafttreten.....	39
12. Literaturverzeichnis.....	40

## I. Allgemeiner Teil

### 1. Präambel

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

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

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

### 2. Gesetzliche Grundlage

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

§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V lautet:

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

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

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

### **3. Begriffsbestimmungen**

#### **3.1 Patientenschulungsmaßnahmen**

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

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

#### **3.2 Chronisch krank**

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

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

#### **3.3 Angehörige**

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

#### **3.4 Ständige Betreuungspersonen**

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

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

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

Die nachfolgenden Angaben und Programmunterlagen sind der Krankenkasse vorzulegen:

### **Allgemeine Angaben**

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

### **Formale Programmanforderungen**

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

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

### **Wirksamkeit**

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

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

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

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

Als grundsätzliche Ziele von Patientenschulungen sind des Weiteren zu nennen:

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

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

Ambulante Patientenschulungen müssen inhaltlich den nachstehenden zentralen Komponenten gerecht werden:

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

Programmbestandteile, die

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

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

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 in der Fassung vom 01.02.2022

---

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

## 6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme

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

Schulungsbedarf ist unter anderem dann gegeben, wenn

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

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

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

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

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

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

Im Einzelfall kann auch nach einer vorausgegangenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation parallel zu einer Nachsorgemaßnahme die Durchführung einer Patientenschulungsmaßnahme aufgrund derselben Erkrankung notwendig sein. Voraussetzung hierfür ist, dass die Inhalte der Patientenschulung im Rahmen der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

nach §§ 40 und 41 SGB V bzw. der Nachsorgemaßnahme nicht mit den Inhalten der Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V identisch sind. Doppelleistungen bei gleichen Schulungsinhalten sind ausgeschlossen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V müssen Patientenschulungen wirksam und effizient<sup>1</sup> sein. Sie müssen hinsichtlich ihrer Ausführung, Art und Dauer dem aktuellen Stand der externen Evidenz (Ergebnisse relevanter Forschungen) und der internen Evidenz (der klinischen Expertise) der beteiligten Wissenschaftsdisziplinen (z. B. Psychologie, Sport- und Trainings-therapie, Pädagogik, Ernährungswissenschaft etc.) und dem Stand der aktuellen medizinischen Erkenntnisse entsprechen, sowie den medizinischen Fortschritt berücksichtigen (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Der Nachweis der Wirksamkeit und Effizienz eines Patientenschulungsprogramms ist innerhalb eines definierten organisatorischen Rahmens anhand einer qualitativ hochwertigen kontrollierten randomisierten Studie unter Einschluss eines ausreichenden Nachbeobachtungszeitraums zu führen. Der Nachbeobachtungszeitraum sollte i.d.R. 24 Monate nach Programmende betragen. Ist in Ausnahmefällen eine kontrollierte randomisierte Studie nicht möglich (z. B. bei seltenen Erkrankungen oder Kindern), kann der Wirksamkeitsnachweis auch anhand eines davon abweichenden Studiendesigns der bestmöglichen Evidenzklasse erbracht werden. Dieses abweichende Vorgehen muss hinreichend begründet sein.

## **7.2 Qualitätsmanagement**

### **7.2.1 Internes Qualitätsmanagement**

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

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

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

---

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

- Formulierung von Einschluss-, Ausschluss- und Abbruchkriterien,
- Vorbeugung von Therapieabbrüchen (Adhärenz).

### 7.2.1.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal

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

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

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

- Berufsabschluss im Handlungsfeld mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation und **mehnjährige** 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,

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

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

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

### **7.2.1.3 Dokumentation der Leistungserbringung**

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

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

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

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

### **7.2.2 Externes Qualitätsmanagement**

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

Als weitere Instrumente des externen Qualitätsmanagements kommen insbesondere in Frage:

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

### **7.2.3 Vorlagepflichten**

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

## **8. Durchführung von Patientenschulungen**

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

### **8.1 Teilnehmeranzahl / Gruppengröße**

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

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

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

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

### **8.3 Dauer und Umfang**

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

### **8.4 Wiederholung der Schulung**

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

## **9. Leistungsgewährung**

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

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

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

## **10. Perspektive**

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

## **11. Inkrafttreten**

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

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

### 1. Präambel

Qualitätsgesicherte Patientenschulungen als ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können nach heutigem Kenntnisstand 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 Perzentilkurven definiert. Eine extreme Adipositas wird bei BMI-Werten über dem 99,5. Perzentil diagnostiziert.

Die AGA empfiehlt anhand der zugrundeliegenden Referenzdaten folgende Definitionen<sup>[1]</sup>

Übergewicht	BMI - Perzentile > 90 - 97
Adipositas	BMI - Perzentile > 97 - 99,5
extreme Adipositas	BMI - Perzentile > 99,5

Nach dem in Deutschland gebräuchlichen Referenzsystem von Kromeyer-Hauschild et al. zeigen die aktuellen Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 (Langzeitstudie des Robert Koch Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland), dass 15 % der Mädchen und Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren von Übergewicht betroffen sind, die Adipositasprävalenz liegt bei 6 %. Nach dem WHO-Referenzsystem für die Altersgruppe 5 bis 17 Jahre sind 26 % der Kinder und Jugendlichen von Übergewicht und 9 % von Adipositas betroffen. Unter Anwendung des IOTF-Referenzsystems (International Obesity Task Force) werden 19 % der 3- bis 17-Jährigen als übergewichtig, 5 % als adipös klassifiziert (Stand 2018).<sup>[2]</sup>

Im Zeitverlauf ist nach nationalem wie internationalem Referenzsystem kein weiterer Anstieg der Übergewichts- und Adipositasprävalenzen zu beobachten, sie liegen aber weiterhin auf einem hohen Niveau. In epidemiologischen Untersuchungen deutet sich jedoch weiterhin eine ständige Erhöhung des Anteils der Kinder und Jugendlichen mit extremer Adipositas an. Aufgrund der insbesondere mit sehr starkem Übergewicht einhergehenden Risikofaktoren und Erkrankungen bedeutet diese Entwicklung eine erhebliche sozioökonomische Belastung sowohl für die Einzelne/den Einzelnen als auch für die Gesellschaft. 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 Empfehlungen.

## 3. Ausführung zum Krankheitsbild der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

### 3.1 Das 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 der Kinder bzw. 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).

Wegen der geringen Inzidenz von adipositasabhängigen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und mangels ausreichender longitudinaler Untersuchungen zum Gesundheitsrisiko der Adipositas im Kindes- und Jugendalter gibt es im Gegensatz zu der Situation beim Erwachsenen keine festlegbaren Grenzwerte für das gesundheitsgefährdende Ausmaß der Adipositas in diesem Altersbereich. Eine Expertengruppe der IOTF empfiehlt bei der Definition von Übergewicht bzw. Adipositas im Kindes- und Jugendalter das BMI-Perzentil zu verwenden (durch Extrapolierung), welches im Alter von 18 Jahren in einen BMI von 25 kg/m<sup>2</sup> (Übergewicht) bzw. 30 kg/m<sup>2</sup> (Adipositas) mündet. Die BMI-Werte 25 kg/m<sup>2</sup> und 30 kg/m<sup>2</sup> sind die entsprechenden risikobezogenen Grenzwerte für Erwachsene. Dadurch wäre ein kontinuierlicher Übergang von der Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter zur Definition im Erwachsenenalter möglich.<sup>[1]</sup>

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.

Der Krankheitswert der Adipositas im Kindes- und Jugendalter ergibt sich aus der funktionellen und individuellen Einschränkung, der psychosozialen Beeinträchtigung und den zu beobachtenden Komorbiditäten.<sup>[1]</sup> Auch im aktuellen ICD-10-GM findet die Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr in dieser Altersgruppe mittlerweile ein inhaltliches Korrelat.

### **3.2 Entwicklung von Adipositasschulungen für behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche**

Für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche gibt es diverse Angebote im Gesundheitssystem, welche u. a. vertragsärztlichen Versorgung inklusive Ernährungsberatung, Präventionsmaßnahmen beispielsweise nach § 20 SGB V (Verhältnis- und Verhaltensprävention), aber auch rehabilitative Leistungen (z. B. medizinische Rehabilitation gemäß § 40 SGB V und ambulante Patientenschulungsmaßnahmen gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) inkludieren. Die Interventions- und Unterstützungsstrategien erfordern zum Teil eine träger- und institutionsübergreifende Vernetzung und Zusammenarbeit.

Basierend auf dem Konsensuspapier des BMG 2004 wurden durch die Spitzenverbände der Krankenkassen zunächst 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.<sup>[3]</sup>

Die resultierenden Gemeinsamen 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 werden in regelmäßigen Abständen einer Überprüfung unterzogen.

Mit Datum vom 15. Oktober 2015 wurde durch die AGA die „Konsensbasierte (S2-) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ veröffentlicht.<sup>[4]</sup> Es folgte im August 2019 die Evidenzbasierte (S3-) Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ): Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter.<sup>[1]</sup>

In der nationalen und internationalen Fachliteratur liegen jetzt zudem (Stand: Mitte 2020) Arbeiten zur therapeutischen Interventionsstrategien und Therapieevaluation vor, die unter anderem in Cochrane-Reviews zusammengefasst wurden.<sup>[3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12]</sup>. Dort diskutierte Elemente von Therapiemaßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, wenngleich 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 und Jugendlichen, inkl. häuslicher Intervention zu Bewegung, Ernährung und Medienkonsum,
- schulbezogene Programme mit Ernährung, Bewegung und Körperbild, inkl. Training der Lehrpersonen,
- 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),
- zunehmende Bedeutung von eHealth-Interventionen und digitalen Angeboten,
- Relevanz der verhaltenstherapeutischen Strategien und Ansätze,
- Bedeutung individueller Parameter (z. B. Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, BMI-SDS).

Der in der Literatur und aktuellen Leitlinien betonte Stellenwert von Präventionsmaßnahmen als Kombination verhaltensbezogener Prävention und Verhältnisprävention in Bezug auf die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist vor dem Hintergrund der Anforderungskriterien von ambulanten Patientenschulungsmaßnahmen gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V nicht von prioritärer Bedeutung.

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.<sup>13</sup>

Auf Grundlage vorliegender wissenschaftlicher 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 Gemeinsamen Empfehlungen werden inhaltliche und strukturelle Voraussetzungen für eine mögliche Kostenübernahme durch die Krankenkasse definiert.

Im Rahmen der Schulungsprogramme ist der spezielle Bedarf bei Maßnahmen für extrem adipöse Kinder und Jugendliche zu beachten. Auch diese Patientinnen und Patienten benötigen eine langfristige Therapieplanung im Sinne einer Behandlungskette, deren fester Be-

standteil u. a. ein Patientenschulungsprogramm sein sollte. Ebenso scheint die Anfangsphase einer Behandlung bei extremer Adipositas im Kindes- und Jugendalter wesentlich für den längerfristig erzielbaren Erfolg zu sein.<sup>14</sup>

Bei dieser Zielgruppe sollte daher eine möglichst frühzeitige Aufnahme in ein Schulungsprogramm angestrebt werden.

Die Programmanbieter müssen bei extrem adipösen Kindern und Jugendlichen bereits im Rahmen der individualisierten Zielplanung vor und während der Schulung gemeinsam mit der zuweisenden Vertragsärztin bzw. dem zuweisenden Vertragsarzt, der Patientin bzw. dem Patienten und der 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 z. B. die stationäre Reha und die Nachsorge durch den Rentenversicherungsträger – soweit regional verfügbar – verortet wird. Entsprechende Ansätze und Inhalte sollten konzeptionell hinterlegt sein.

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 Kindern und Jugendlichen generell ein langfristiges Behandlungskonzept einschließlich sozialer Unterstützung zu schaffen. Gegebenenfalls ist bei extrem adipösen Kindern und Jugendlichen auch auf die Behandlung 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 Schulungsteilnehmenden ist erforderlich.
- b) **Prävention von** und **Coping mit Rückfällen** müssen verbindliche Inhalte 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 direktivem, 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 Langzeitstudie in Deutschland aus. Vor diesem Hintergrund haben die nachstehend dargestellten überarbeiteten Anforderungskriterien vorläufigen Charakter.

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

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

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

Die Prüfung einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Abs.1 Nr. 2 SGB V erfordert die Vorlage eines aussagekräftigen, verbindlichen Konzeptes, 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 Kinder und Jugendliche**

### **5.1 Ziele**

Ambulante Patientenschulungsprogramme für behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche mit Adipositas streben folgende Ziele an:

- 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 psychosozialen Gesundheitsressourcen,
- Förderung einer positiven körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung für eine verbesserte Lebensqualität.

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 kennenlernen, akzeptieren und trainieren,
  - Möglichkeiten eines veränderten Problem-/Konfliktlösungsverhaltens kennenlernen und bewusst einüben,

realistische Zielstellungen erarbeiten.

- b) die Eltern/Bezugspersonen
  - dazu motiviert werden, im Lebensumfeld (Familie) die notwendigen Unterstützungsmaßnahmen zu gewährleisten und ggf. weitere Hilfen zur Erziehung anzunehmen.

### **5.2 Inhalte**

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

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

- Sie beinhalten folgende Komponenten:
  - verschiedene Möglichkeiten für Verhaltensänderungen, z. B. energiereduzierte Ernährung/gesunde Ernährungsweise, körperliche Bewegung und Begrenzung sitzenden Verhaltens,
  - die kombinierte Anwendung von medizinischer Betreuung und interdisziplinärer Betreuung und Beratung, Schulung unter Verwendung papierbasierter Materialien, Unterstützung und Motivation sowie
  - eine individuell auf die Betroffenen und deren familiäres Umfeld zugeschnittene Intensität der Intervention je nach Zielparameter.
- Sie beziehen die Familie motivierend und unterstützend ein.
- Sie erfolgen durch geschultes Personal in spezialisiertem oder interdisziplinärem Setting.
- Sie sind kombiniert interdisziplinär. Sie enthalten alle verbindlichen Themenbereiche (Ernährung, Bewegung, aktive Elterneinbindung, verhaltenstherapeutische Interventionen bzw. deren Einbindung in die anderen Bereiche, medizinische Information).
- Sie gewährleisten – neben theoretischer und praktischer Vermittlung von Wissen und Anregungen zu Ernährungsumstellung und vermehrter Bewegung – den überwiegenden Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden in allen Programmbausteinen.
- Sie sehen keine Nahrungsergänzungsmittel, Medikamente oder chirurgischen Eingriffe vor.
- Balancierte Kostformen mit sehr niedriger Energiezufuhr (z. B. Formula-Diät) sind keine integralen Bestandteile des Schulungsprogramms.
- Sie sehen eine ärztliche Befürwortung und eine Einbindung der/des behandelnden (Kinder-)Ärztin/Arztes in den Schulungsablauf vor.

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

**I. Themenbereich Ernährung:**

- Wissensvermittlung, Beratung und praktische Einübung für Kinder und Jugendliche und deren Eltern zur Ernährungsumstellung unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) bzw. des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE):
- Information und Aufklärung über die Zusammenhänge von Essen und Trinken und Körpergewicht in Abhängigkeit von Lebensmittelauswahl, –zusammenstellung, –zubereitung und Essverhalten,
- Nahrungsenergie und Ursachen der Adipositas,
- Lebensmittelpyramide oder vergleichbare Darstellungsformen,
- geeignete Lebensmittel, optimierte Mischkost (energie-, fett- und zuckerreduzierte Mischkost),
- Bedeutung von Nahrungsfetten, Süßigkeiten, Fastfood, Getränken,

- positive Bewertung von Lebensmitteln, die bevorzugt verzehrt werden sollen, ggf. Anwendung des Ampelsystems,
- Bemessung von Portionsgrößen und Mahlzeitenfrequenzen,
- individualisierte statt pauschaler Ernährungsempfehlungen,
- Hunger versus Appetit und Sättigung,
- Konsumverhalten, Werbung, Einkaufstraining,
- Führen eines Ernährungsprotokolls/-Tagebuchs,
- regelmäßige Gewichtskontrolle,
- 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 muss durch das interdisziplinäre Team begleitet werden und frühzeitig im Schulungsverlauf beginnen. Für extrem adipöse Kinder und Jugendliche sind spezielle Sportangebote notwendig. Das Programm muss folgende Empfehlungen umsetzen:

- die körperliche Aktivität im Alltag wird generell deutlich erhöht,
- Umfang von 90 Minuten moderate Aktivität am Tag,
- bewegungsarme bzw. sportungewohnte Kinder und Jugendliche werden schrittweise an diese Umfänge herangeführt,
- das körperliche Training beinhaltet ein Kraft- und ein Ausdauertraining unter Einbezug attraktiver motivierender Bewegungs-, Spiel- und Übungsformen,
- Grundlagen zur Bedeutung von Bewegung (u. a. für Energiebilanz) werden vermittelt,
- 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,

- Information über und Kontakt zu speziellen Bewegungsangeboten für adipöse Kinder und Jugendliche erfolgt und wird ggf. vermittelt,
- Übungen zu aktiver Freizeitgestaltung in Familie und Peer-Group.

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

Im Vordergrund stehen:

- eine 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. Die Vermittlung dieser Techniken an die Eltern und Bezugspersonen in geeigneter Form muss inhaltlich adaptiert an das Alter der Kinder und Jugendlichen erfolgen. Die Zielgruppe steht in direkter Abhängigkeit mit ihrer differierenden Lebenswelt (Kontextfaktoren), so dass die Eltern und Bezugspersonen als Adressaten eine wesentliche Rolle spielen.

Hierbei sollten umfassende verhaltensbasierte Interventionen die eine Kombination aus Ernährung, körperlicher Bewegung und Verhaltensschulung beinhalten, zur Anwendung kommen.

Im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Intervention sollten verschiedene Techniken/Strategien angewendet werden wie z. B.

- die Bereitstellung von Informationen über die Konsequenzen des Verhaltens für den Einzelnen,
- die Veränderung der Lebensbedingungen,
- die direkte Verfügbarkeit von und der direkte Bezug zu Vorbildern,
- Stressmanagement/Training emotionaler Kontrolle,
- ein allgemeines Training kommunikativer Fähigkeiten,
- die direkte praktische Übung des erlernten Verhaltens.

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,
- Erlernen und Einüben eines flexibel kontrollierten Essverhaltens. Eine rigide Kontrolle des Essens kann nur in Ausnahmefällen, bspw. bei extremer Adipositas, und nur zeitweise eingesetzt werden.

#### **IV. 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.

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

Hierbei ist das Lebensalter der Patientin bzw. des Patienten zu berücksichtigen. Schulungsprogramme, die sich ausschließlich an Kinder oder Jugendliche richten und bei denen die Eltern/Bezugspersonen in keiner Form eingebunden sind, kommen nicht in Betracht. Bei Kindern sollte eine interdisziplinäre verhaltenstherapeutische Intervention zusätzlich auch bei deren Eltern und Familie durchgeführt werden; bei Jugendlichen sollen die Eltern und Familie aktiv mit einbezogen werden, müssen aber nicht ständig anwesend sein. 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.

- 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 direkter, weniger permissiver Erziehungsstil); dazu können eigene Elterngruppen ohne teilnehmende Kinder eingerichtet werden.

## 6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme

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

### 6.1 Einschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm

Die Teilnahme an einer Adipositas-schulung kann für Kinder und Jugendliche angezeigt sein, bei denen:

- der BMI die 99,5-BMI-Perzentile übersteigt (extreme Adipositas),
  - der BMI die 97-BMI-Perzentile übersteigt (Adipositas), insbesondere bei denen
    - adipositas-assoziierten Risikofaktoren oder
    - behandlungsbedürftige, adipositas-assoziierte Erkrankungen vorliegen
- und zuvor eine fachärztliche (pädiatrische) Behandlung gemäß der zurzeit vorhandenen Leitlinienempfehlung (z. B. der AGA) erfolglos stattgefunden hat, <sup>[1] [4]</sup>
- der BMI die 90-BMI-Perzentile übersteigt (Übergewicht) und behandlungsbedürftige adipositas-assoziierte Erkrankungen vorliegen und zuvor eine fachärztliche (pädiatrische) Behandlung gemäß der zurzeit vorhandenen Leitlinienempfehlung erfolglos stattgefunden hat,
  - eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung durch Pädiaterin/Pädiater bzw. Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner vorgelegt wurde (eine medizinische Befürwortung lediglich durch eine Ärztin/einen Arzt des Schulungsteams ist nicht ausreichend).

Als adipositas-assoziierte **Risikofaktoren** gelten vor allem 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 adipositas-assoziierte **Erkrankungen**, für deren Behandlung eine Reduktion des Körpergewichtes notwendig ist, sofern der Zusammenhang mit dem erhöhten Körpergewicht plausibel erscheint, werden insbesondere angesehen:

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

In Ausnahmefällen können psychische und seelische Störungen ebenfalls 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 der behandelnden Kinder- oder Hausärztin bzw. des behandelnden Kinder- oder Hausarztes enthält Angaben zu:

- Größe, Gewicht, BMI und Perzentile,
- vorhandenen medizinischen und psychosozialen Risikofaktoren,
- adipositas-assoziierten Erkrankungen,
- relevanten Laboruntersuchungen/Diagnostik,
- Übergewicht in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister),
- bisher durchgeführten Maßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie bisher eigenverantwortlich durchgeführten Maßnahmen zur Gewichtsreduktion,
- Motivierbarkeit der Familie, aktiv an dem Schulungsprogramm teilzunehmen,
- Gruppen- und Schulungsfähigkeit,
- möglicherweise vorliegenden psychischen Störungen und Ausschluss manifester Essstörungen,
- Ausschluss von sekundären und syndromalen Adipositasformen (z. B. Prader-Willi-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 Erkrankungen, die eine aktive Teilnahme beeinträchtigen,
- manifeste Essstörung/Bulimie,
- fehlende Motivierbarkeit der teilnehmenden Person oder deren Eltern/Bezugspersonen, aktiv an dem Programm mitzuarbeiten,
- unzureichende Gruppenfähigkeit,

- Adipositasformen, die auf eine Erkrankung (z. B. Prader-Willi-Syndrom) zurückzuführen sind,
- vorangegangene mehrwöchige Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Ist jedoch durch eine vorangegangene Leistung zur medizinischen Rehabilitation das Ziel nicht oder noch nicht vollständig erreicht worden, kann im Einzelfall eine ambulante Schulungsmaßnahme im Anschluss medizinisch notwendig sein.

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

Ist **eines** der nachstehenden Kriterien erfüllt, ist das Schulungsprogramm abzubrechen:

- keine regelmäßige Teilnahme der teilnehmenden Person und/oder der Eltern bzw. der Bezugspersonen an den Schulungsterminen (mindestens 80 Prozent der Schulungstermine müssen wahrgenommen werden),
- Auftreten von psychischen Störungen einschließlich Essstörungen (z. B. Bulimie),
- Auftreten anderer schwerer Gesundheitsstörungen, die eine regelmäßige Teilnahme nicht mehr möglich machen,
- keine erkennbare Motivierbarkeit im Verlauf.

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

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

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

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

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

### **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.

Hierfür gelten die Ausführungen im Allgemeinen Teil zur Struktur- und Prozessqualität und zur Dokumentation.

Ergänzend zu den Ausführungen im allgemeinen Teil dieser Empfehlungen sind die folgende Ausführungen maßgeblich.

#### **7.2.1.1 Strukturiertes Schulungskonzept**

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

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 und Dozenten (Qualifikationsnachweise der Berufsqualifikation, ggf. Train-the-Trainer-Zertifikate etc.).

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)<sup>[15]</sup> in wesentlichen Punkten, so dass bei Vorliegen eines entsprechenden Zertifikats ggf. auf eine gesonderte Überprüfung der Anbieterqualifikationen verzichtet werden kann.

#### **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 Teammitglieder getroffen werden. Jedes Teammitglied muss eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie entsprechende pädagogische und methodisch-didaktische Fähigkeit vorweisen, möglichst auch Kompetenzen in der Beratung, Betreuung und Behandlung von adipösen Kindern und Jugendlichen. Diese Erfahrungen und entsprechende Zusatzqualifikationen sowie regelmäßige Weiterbildungen sind nachzuweisen. Die Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin bzw. 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: Diätassistentin/Diätassistent, Oecotrophologin/Oecotrophologe (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor of Arts), Ernährungswissenschaftlerin/Ernährungswissenschaftler mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor, die in den zur Anwendung kommenden Ernährungsmaßnahmen geschult sind.
- **Bewegung:** Sportlehrerin/Spotlehrer (Diplom, Staatsexamen, Master, Bachelor), Sportpädagogin/Sportpädagoge (Magister Artium/Magistra Artium (M.A.), Bachelor, Master) mit dem Studienschwerpunkt Rehabilitations-/Behindertensport, Krankengymnastin/Krankengymnast, Physiotherapeutin/Physiotherapeut.
- **Psychologie:** Psychologin/Psychologe (Diplom, Master) oder Ärztin/Arzt für psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie jeweils mit Beratungserfahrung in der Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher und deren Eltern.

- **Medizin:** Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiaterin/Kinder- und Jugendpsychiater sowie Ärztin/Arzt aus der pädiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses mit einer mindestens zweijährigen pädiatrischen Weiterbildungszeit und Erfahrung in der Behandlung von und Gruppenarbeit mit adipösen Kindern und Jugendlichen.

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**

Der Leistungserbringer dokumentiert für die einzelnen Teilnehmenden alle im Rahmen der Patientenschulung durchgeführten Maßnahmen und deren Effekte. Zur Dokumentation gehören:

- Teilnahmebescheinigung für die Versicherte bzw. den Versicherten zur Vorlage bei der Krankenkasse,
- Anwesenheit (Teilnehmende und Therapeutinnen/Therapeuten),
- Schulungsinhalte,
- Schulungsverlauf,
- Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen/Ärzten,
- Schulungsabbruch mit Angaben der Gründe,
- Teambesprechungen,
- Abschlussbericht an weiterbehandelnde Ärztin/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 Teilnehmenden individuellen Therapieziele und -schritte interdisziplinär festgelegt und dokumentiert.

Das Schulungsteam dokumentiert die enge Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten.

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

#### **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 für Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche der Krankenkasse einmal jährlich vorzulegen.

Beteiligt der Leistungserbringer sich nicht an einer externen Begleitevaluation (z. B. APV), sondern evaluiert die Ergebnisse seines Schulungsprogramms selbst, muss er die geplante Evaluation im Rahmen der Konzeptprüfung oder der Standortprüfung (vgl. Ziffer 8.2 des Allgemeinen Teils dieser Gemeinsamen Empfehlungen) sozialmedizinisch auf ihre Geeignetheit bewerten lassen.

### 7.2.2.1 Ergebnisqualität

Die im Rahmen des **externen Qualitätsmanagements** oder einer **Evaluation** erfolgenden Darstellungen der Behandlungserfolge eines Programmanbieters müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Zielparame-ter für die Ermittlung der Erfolgsquote (Anteil der Teilnehmenden, 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.<sup>[16]</sup>
- Die Berechnung des SDSLMS ist sinnvoll zum Vergleich der BMI-Werte der Kinder und Jugendlichen mit extremer Adipositas (alle oberhalb des 99,5- BMI-Perzentils) bzw. zur Beurteilung der BMI-Veränderungen bei diesen Kindern und Jugendlichen. Während die Perzentilwerte bei Kindern und Jugendlichen mit extremer Adipositas keine adäquate Vergleichsmöglichkeit bieten, ist durch die SDSLMS-Werte eine genaue Zuordnung möglich. <sup>[1]</sup>
- 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 Zusammensetzung der jeweiligen Auswahl der Teilnehmenden 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 Schulungsteilnehmenden – aufgrund von durch die Einrichtung nicht beeinflussbarer 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 Patientinnen und 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 bzw. die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse zeitnah nach Schulungsbeginn erfolgt. Der Beginn der Schulung muss für alle Teilnehmenden einzeln eindeutig dokumentiert werden, damit die Abbrecherquote (Drop-out im Verlauf der Schulung) für den Programmanbieter berechnet werden kann.
- 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 Probanden am Ende der Schulung und nach einem Jahr, optional nach zwei Jahren,
  - c) Angaben zum „drop-out“,
  - d) 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 sozioökonomischer Status (Migrationshintergrund, Beschäftigungssituation der Eltern, Beschulung).

### 7.2.3 Vorlagepflichten

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

## 8. Durchführung von Patientenschulungen

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

Im Verlauf des Schulungsprogramms wird der individuelle Lernfortschritt jeder Teilnehmerin und jedes Teilnehmers (und der Eltern/Bezugspersonen) spätestens nach sechs Wochen erfasst, im Team reflektiert und ein individueller Schulungsplan erstellt. Dieser Schulungsplan berücksichtigt die individuelle Ausgangssituation in Bezug auf BMI, die körperliche Belastbarkeit (Fitness) und die verfügbare soziale Unterstützung. Er 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). Eine solche individualisierte Zielvereinbarung erfolgt auch mit den Eltern/Bezugspersonen in Bezug auf deren Einbeziehung in den weiteren Programmverlauf.

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 bzw. den behandelnden Vertragsarzt vor. Dazu erhält sie bzw. er 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 folgende Angaben:

- Eltern-/Familiensituation,
- Betreuungssituation des Kindes,
- Entwicklungsstand des Kindes,
- Ernährungssituation und Veränderung der Ernährungsgewohnheiten,
- Bewegungssituation und Veränderung der Bewegungsgewohnheiten,
- Änderung von Risikofaktoren,
- Größe und Gewicht, BMI-SDS,
- 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 umfasst 6 bis höchstens 12 Patientinnen und 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 Teilnehmenden ist ein gemeinsamer und einheitlicher Beginn der Schulung festgelegt.

Das Patientenschulungsprogramm berücksichtigt die Bildung altershomogen 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 und 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 mindestens sechs Monaten sinnvoll. Die Angemessenheit des zeitlichen Umfangs und die Anzahl der Schulungseinheiten sind vom Leistungsanbieter zu begründen. Dieses betrifft ebenfalls eine mögliche Flexibilisierung der einzelnen Module, welche konzeptionell nachvollziehbar begründet sein müsste. Die Schulung entspricht gemäß den Anforderungen und Vorgaben einem strukturierten und standardisierten Vorgehen. Somit sind Individualisierungen und Berücksichtigung möglicherweise sinnvoller flankierender Leistungen, welche jedoch nicht vom § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V umfasst sind, Grenzen aufgezeigt. Das Patientenschulungsprogramm sollte durch eine regionale Vernetzung in eine „therapeutische Kette“ eingebunden sein (Primärinterventionen, Präventionsmaßnahmen, Indikationsstellung und langfristige Begleitung, qualifizierte Nachbetreuung, ggf. notwendige Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V).

### **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 von der behandelnden Ärztin bzw. 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 Pädiauerinnen und Pädiatern sowie ggf. Hausärztinnen und Hausärzten.

## 8.5 Wiederholung der Schulung

Die Wiederholung einer ambulanten Maßnahme gleichen Inhalts und Umfangs ist grundsätzlich nicht möglich. Dies gilt entsprechend bei Teilnahme an inhaltlich vergleichbaren Schulungen (z. B. im Rahmen von Vorsorge- und/oder Rehabilitationsmaßnahmen).

Ist jedoch durch eine vorangegangene Leistung zur medizinischen Rehabilitation das Ziel nicht oder noch nicht vollständig erreicht worden, kann eine ambulante Schulungsmaßnahme im Anschluss medizinisch notwendig sein.

Grundsätzlich gilt es, die alters-, entwicklungs-, geschlechts- und krankheitsspezifischen Besonderheiten der Zielgruppe zu berücksichtigen, wobei die einzelnen Bereiche einer hohen Individualisierung unterliegen. Flankierend zeigen die Konditionen der jeweiligen Lebenswelt des Kindes und der/des Jugendlichen einen maßgeblichen Einfluss.

Eine weitere Schulung kann mit altersentsprechend angepassten Inhalten in angemessenem zeitlichen Abstand und ggf. nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst im Einzelfall vor diesem Hintergrund indiziert sein.

## 9. Leistungsgewährung

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

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

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

## 10. Perspektive

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

## 11. Inkrafttreten

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

## 12. Literaturverzeichnis

---

<sup>1</sup> Evidenzbasierte (S3-) Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ): Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, AWMF-Nr. 050-002, Version August 2019

[https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/050-002I\\_S3\\_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche\\_2019-11.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-002I_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf)

<sup>2</sup> Journal of Health Monitoring 2018 3(3) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-080, Robert Koch-Institut, Berlin: Anja Schienkiewitz, Stefan Damerow, Angelika Schaffrath Rosario: Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Einordnung der Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 nach internationalen Referenzsystemen

<sup>3</sup> 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)

[http://www.kinderumweltgesundheit.de/index2/pdf/themen/Adipositas/BZGA\\_qualitaetskriterien.pdf](http://www.kinderumweltgesundheit.de/index2/pdf/themen/Adipositas/BZGA_qualitaetskriterien.pdf)

<sup>4</sup> Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG), Version 15.10.2015

<sup>5</sup> 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

<sup>6</sup> 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

<sup>7</sup> [Cochrane Database Syst Rev.](#) 2017 Jun 22;6:CD012691. doi: 10.1002/14651858.CD012691.

Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years.

[Al-Khudairy L](#), [Loveman E](#), [Colquitt JL](#), [Mead E](#), [Johnson RE](#), [Fraser H](#), [Olajide J](#), [Murphy M](#), [Velho RM](#), [O'Malley C](#), [Azevedo LB](#), [Ells LJ](#), [Metzendorf MI](#), [Rees K](#).

<sup>8</sup> International Journal of Obesity (2018) 42:1823-1833

<https://doi.org/10.1038/s41366-018-0230-y> Interventions for treating children and adolescents with overweight and obesity: an overview of Cochrane reviews

Louisa J. Ells<sup>1</sup>, Karen Rees<sup>2</sup>, Tamara Brown<sup>1</sup>, Emma Mead<sup>1,3</sup>, Lena Al-Khudairy<sup>2</sup>, Liane Azevedo<sup>1</sup>, Grant J. McGeechan<sup>1</sup>, Louise Baur<sup>4</sup>, Emma Loveman<sup>5</sup>, Heather Clements<sup>1</sup>, Pura Rayco-Solon<sup>6</sup>, Nathalie Farpour-Lambert<sup>7</sup>, Alessandro Demaio<sup>6</sup>

<sup>9</sup> [Eur J Clin Invest](#). 2018 Dec;48(12):e12982. doi: 10.1111/eci.12982. Epub 2018 Jul 13. Environmental risk factors and nonpharmacological and nonsurgical interventions for obesity: An umbrella review of meta-analyses of cohort studies and randomized controlled trials. [Solmi M](#)<sup>1</sup>, [Köhler CA](#)<sup>2</sup>, [Stubbs B](#)<sup>3,4,5</sup>, [Koyanagi A](#)<sup>6,7</sup>, [Bortolato B](#)<sup>8</sup>, [Monaco F](#)<sup>1</sup>, [Vancampfort D](#)<sup>9,10</sup>, [Machado MO](#)<sup>2</sup>, [Maes M](#)<sup>11,12</sup>, [Tzoulaki I](#)<sup>13,14,15</sup>, [Firth J](#)<sup>16,17</sup>, [Ioannidis JPA](#)<sup>18,19,20,21</sup>, [Carvalho AF](#)<sup>22,23</sup>.

<sup>10</sup> [Obes Rev](#). 2018 Aug;19(8):1065–1079. doi: 10.1111/obr.12688. Epub 2018 Apr 19. Interventions aimed at preventing and reducing overweight/obesity among children and adolescents: a meta-synthesis. [Kobes A](#)<sup>1</sup>, [Kretschmer T](#)<sup>1</sup>, [Timmerman G](#)<sup>1</sup>, [Schreuder P](#)<sup>1</sup>.

<sup>11</sup> [Obes Surg](#). 2018 Aug;28(8):2537–2549. doi: 10.1007/s11695-018-3285-x. Treatment of Obesity in Young People—a Systematic Review and Meta-analysis. 1, 2, [Aggarwal N](#)<sup>1</sup>, [Darzi AW](#)<sup>1</sup>, [Purkayastha S](#)<sup>1,3</sup>.

<sup>12</sup> Brown\_T, Moore\_THM, Hooper\_L, Gao\_Y, Zayegh\_A, Ijaz\_S, Elwenspoek\_M, Foxen\_SC, Magee\_L, O'Malley\_C, Waters\_E, Summerbell\_CD. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 7. Art. No.: CD001871. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.pub4

<sup>13</sup> Reinehr T. Effectiveness of lifestyle intervention in overweight children. *Proc Nutr Soc*. 2011 Nov; 70(4):494–505

<sup>14</sup> 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

<sup>15</sup> Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Zertifizierung von Therapieeinrichtungen: <https://adipositas-gesellschaft.de/aga/zertifizierung/trainerausbildung/>

<sup>16</sup> 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