

Patientenschulungen auf der Grundlage von

§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

- Allgemeiner Teil: Patientenschulungen für chronisch Kranke

Grundlage der Prüfung eines Antrages auf Anerkennung einer Patientenschulung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V sind die *Gemeinsamen Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in der gültigen Fassung vom 16. Juni 2026*.

Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband haben des Weiteren spezielle Gemeinsame Empfehlungen zu Patientenschulungen für adipöse Kinder und Jugendliche und adipöse Erwachsene sowie spezielle Gemeinsame Empfehlungen zu Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) entwickelt. Diese sind zu beachten, wenn Patientenschulungen für adipöse Kinder und Jugendliche sowie adipöse Erwachsene bzw. Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) erbracht/geprüft werden sollen.

Die nachfolgend aufgeführten Unterlagen sind vom Leistungserbringer/-anbieter für eine **Prüfung der Anerkennung als Patientenschulungsprogramm nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V** vorzulegen:

Teil A – Allgemeine Angaben	
Datum Antragstellung/Antragseingang	
Indikation	
Name des Programms (ggf. Angabe, ob bereits geprüftes Programm und Übernahme dieses Programms durch Leistungsanbieter)	
Antragsteller	Name
	Straße
	PLZ, Ort
Durchführungsort (falls Anschrift abweichend von oben)	Name
	Straße
	PLZ, Ort
Konzeptform	☐ Originalkonzept ☐ Lizenz/Franchise ☐ in Anlehnung an ein bereits existierendes Konzept
Datum der Konzepterstellung (original) bzw. Versionsnummer	
Zertifizierung (ggfs. Name der zertifizierenden Stelle):	
Trainermanual, Teilnehmerunterlagen	☐ In das Konzept integriert ☐ Sind beigelegt
Zielgruppe (n) (bei Kindern/Jugendlichen bitte Altersgruppen ergänzen)	
Programm richtet sich ausschließlich an chronisch Kranke	☐ Ja

	☐ Nein
Kriterien (Einschluss-, Ausschluss-, Abbruchkriterien)	☐ Sind im Konzept dargestellt ☐ Erläuterungen: _____
Detaillierte Kostenaufstellung	☐ Ist im Konzept dargestellt ☐ Anlage ist beigefügt
Dauer des Programms (Angaben der Dauer in Wochen und Zeitstunden)	

Teil B – Formale Programmanforderungen:	
Personelle Ausstattung *1 (Darstellung des interdisziplinären Teams. Angaben zu den Mitarbeitern mit Namen, Berufsqualifikation, Zusatzqualifikationen, berufliche Erfahrung mit der Zielgruppe. Ggfs. Vertretungsregelung)	Beigefügte Anlage bitte ausfüllen und Qualifikationsnachweise beifügen.
Gruppengröße	Minimale Gruppengröße: _____ Maximale Gruppengröße: _____
Gruppenzusammenstellung	☐ Geschlossene Gruppe ☐ Offene Gruppe
Einbeziehung von ständigen Betreuungspersonen	☐ Darstellung im Konzept enthalten ☐ Erläuterung: _____
Apparativ-technische und räumliche Strukturen (inkl. Fotodokumentation *2)	☐ Sind im Konzept dargestellt ☐ Anlage mit Darstellung der Strukturen ist beigefügt
Muster-Stundenplan *3	☐ Ist im Konzept dargestellt ☐ Anlage ist beigefügt

Teil C – Angaben zum Konzept	
Sind Ausführungen zu folgenden Punkten im Konzept enthalten?	
- Ziele (z. B. Kenntniserwerb zum Krankheitsbild, Stärkung der Eigenverantwortlichkeit)	☐ Ja ☐ Nein
- Aufbau (z.B. Beschreibung der Module)	☐ Ja ☐ Nein
- Inhalte (z. B. Vermittlung spezifischen Krankheits- und Behandlungswissens, Erwerb sozialer Kompetenzen)	☐ Ja ☐ Nein
- pädagogischer Stundenaufbau	☐ Ja ☐ Nein
- Eingesetzte Methoden	☐ Ja ☐ Nein
- Lehr- und Lernmedien	☐ Ja ☐ Nein
- Dokumentation	☐ Ja ☐ Nein
- Internes Qualitätsmanagement	☐ Ja ☐ Nein
- Qualitätssicherung	☐ Ja ☐ Nein

Teil D - Wirksamkeit	
Unterlagen zur Wirksamkeit sind beigelegt	☐ Ja ☐ Nein
Nachweis der Wirksamkeit (z. B. Meta-Analysen, Studien) sind beigelegt	☐ Ja ☐ Nein

Datum

Unterschrift

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

- **Ernährung:** abgeschlossene Berufsausbildung zu Diätassistentinnen, die in den zur Anwendung kommenden Ernährungsmaßnahmen geschult sind, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler oder abgeschlossenes Hochschulstudium zu Oecotrophologinnen und Oecotrophologen mit Abschluss (Diplom, Bachelor, Master).
- **Bewegung:** Dipl. Sportlehrerinnen und Sportlehrer, Sportpädagoginnen und Sportpädagogen M. A. oder vergleichbare Abschlüsse mit dem Studienschwerpunkt Rehabilitations-/Behindertensport, staatlich geprüfte Sport und Gymnastiklehrerinnen und Gymnastiklehrer, Sportlehrerinnen und Sportlehrer mit Abschluss (Diplom, Bachelor, Master), Krankengymnasten/Physiotherapeuten.
- **Psychologie:** Diplom-Psychologe/in oder Arzt/Ärztin für psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie jeweils mit Beratungserfahrung in der Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher und deren Eltern.
- **Medizin:** anhängig von Ausrichtung und Zielgruppe der Schulung: Fachärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde sowie Neurologie oder Dermatologie/Allergologie; Kinder- und Jugendpsychiater sowie Ärzte aus der pädiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses mit einer mindestens zweijährigen pädiatrischen Weiterbildungszeit und Erfahrung in der Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher

*2 Fotodokumentation

Die Fotodokumentation soll einen Eindruck folgender Räumlichkeiten/Bereiche des Schulungsstandortes vermitteln: Schulungsraum mit Bestuhlung /Schwerlaststühle, behindertengerechte Sanitäranlage, ggf. Lehrküche, Turnhalle oder vergleichbare Räumlichkeiten für die Bewegungseinheiten

*3 Musterstundenplan

Musterstundenplan für die gesamte Maßnahme mit Verknüpfung der einzelnen Komponenten/Module