

## Patientenschulungen auf der Grundlage von

### § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

#### - **Spezieller Teil: Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche**

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 vom 11.06.2001 in der jeweils gültigen Fassung*.

Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband haben des Weiteren spezielle Gemeinsame Empfehlungen zu Patientenschulungen für adipöse Kinder und Jugendliche und spezielle Gemeinsame Empfehlungen zu Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) abgegeben. Diese sind zu beachten, wenn Patientenschulungen für adipöse Kinder und Jugendliche 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 für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V** vorzulegen:

<b>Teil A – Allgemeine Angaben</b>	
Datum Antragstellung/Antragseingang	Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.
Name des Programms <small>(ggf. Angabe, ob bereits von der MDK-Gemeinschaft geprüftes Programm und ob Übernahme des <u>vollständigen</u> Programms durch Leistungsanbieter)</small>	
Antragsteller	_____
	Name
	_____
	Straße
	PLZ, Ort
Durchführungsort bzw. Durchführungsorte <small>(falls Anschrift ganz oder teilweise abweichend von oben, z.B. Standort Lehrküche, Sporteinrichtung)</small>	_____
	Name
	_____
	Straße
	PLZ, Ort
Konzeptform	<input type="checkbox"/> Originalkonzept <input type="checkbox"/> Lizenz/Franchise <input type="checkbox"/> in Anlehnung an ein bereits existierendes Konzept“
Datum der Konzepterstellung (Original) bzw. Versionsnummer	Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.
Zertifizierung <small>(ggfs. Name der zertifizierenden Stelle):</small>	
Trainermanual, Teilnehmerunterlagen	<input type="checkbox"/> Im Konzept integriert <input type="checkbox"/> Sind beigefügt

Teil A – Allgemeine Angaben	
Ziel- und Altersgruppe(n)	<input type="checkbox"/> Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren: Schulung der Kinder und Eltern <input type="checkbox"/> Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren: Schulung der Jugendlichen mit optionaler Eltern-einbindung <input type="checkbox"/> _____
chronische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Hinweis auf die Indikationsstellung zur Teilnahme im Programm enthalten <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____
Kriterien (Einschluss-, Ausschluss-, Abbruchkriterien)	<input type="checkbox"/> Sind im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____
Detaillierte Kostenaufstellung	<input type="checkbox"/> Ist im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Anlage ist beigefügt
Dauer des Programms (Angaben der Dauer z. B. in Wochen oder Zeitstunden)	

Teil B – Unterrichtseinheiten				
Unterrichtseinheiten	Anzahl Kinder/ Jugendliche	Dauer je Einheit in Minuten	Anzahl Eltern	Dauer je Einheit in Minuten
Sport				
Ernährung - davon praktische Einheiten (Lehrküche)				
Verhaltenstraining				
Medizinische Einheiten				

Teil C – Formale Programmanforderungen:	
Personelle Ausstattung* (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	<input type="checkbox"/> Geschlossene Gruppe <input type="checkbox"/> Offene Gruppe
Einbeziehung von ständigen Betreuungspersonen	<input type="checkbox"/> Darstellung im Konzept enthalten <input type="checkbox"/> Erläuterung: _____
Apparativ-technische und räumliche Strukturen	<input type="checkbox"/> Sind im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Anlage mit Darstellung der Strukturen ist beigefügt
Muster-Stundenplan	<input type="checkbox"/> Ist im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Anlage ist beigefügt

Teil D – Angaben zum Konzept	
Sind Ausführungen zu folgenden Punkten im Konzept enthalten?	
- Alle verbindlichen Themenbereiche (Ernährung, Bewegung, aktive Elterneinbindung, verhaltenstherapeutische Interventionen bzw. deren Einbindung in die anderen Bereiche, medizinische Information) sind enthalten	<input type="checkbox"/> Im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____

<b>Teil D – Angaben zum Konzept</b>	
- Neben theoretischer und praktischer Vermittlung von Wissen und Anregungen zu Ernährungsumstellung und vermehrter Bewegung ist der überwiegende Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden in allen Programmbausteinen gewährleistet	<input type="checkbox"/> Im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____
- Extrem kalorienreduzierten Diäten, Formula-Diäten, Nahrungsergänzungsmittel, nicht zugelassene oder in der vertragsärztlichen Versorgung nicht verordnungsfähige Medikamente oder chirurgische Eingriffe sind Bestandteil des Schulungsprogramms	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte Erläuterungen: _____
- eine ärztliche Befürwortung und eine Einbindung des behandelnden (Kinder-)Arztes in den Schulungsablauf ist vorgesehen	<input type="checkbox"/> Im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____
- Ziele (z. B. dauerhafte Veränderung des aktuellen Ess- und Bewegungsverhaltens, Förderung einer positiven körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung.)	<input type="checkbox"/> Im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____
- Aufbau (z. B. Beschreibung der Module)	<input type="checkbox"/> Im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____
- Inhalte (Themenbereich Ernährung, Bewegung, verhaltenstherapeutische Interventionen, aktive Einbindung der Eltern/Bezugspersonen, medizinische Information)	<input type="checkbox"/> Im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____
- pädagogischer Stundenaufbau	<input type="checkbox"/> Im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____
- Eingesetzte Methoden	<input type="checkbox"/> Im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____
- Lehr- und Lernmedien	<input type="checkbox"/> Im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____
- Dokumentation	<input type="checkbox"/> Im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____
- Internes Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/> Im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____
- Qualitätssicherung	<input type="checkbox"/> Im Konzept dargestellt <input type="checkbox"/> Erläuterungen: _____

<b>Teil E - Wirksamkeit</b>	
Unterlagen zur Wirksamkeit sind beigelegt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Teilnahme an APV erfolgt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nachweis der Wirksamkeit (z. B. Meta-Analysen, Studien) sind beigelegt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum

Unterschrift

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:** Fachärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde; 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.