

**Rahmenempfehlung**  
**der Ersatzkassen und ihrer Verbände**  
**zur Förderung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation**  
**nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V**  
**- Rahmenempfehlung Patientenschulung -**

- September 2007 -

## **1. Allgemeines**

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation beinhalten qualitativ hochwertige, wirksame und effiziente individuelle beratungs- und gruppenbezogene Schulungsmaßnahmen. Ziele dieser Leistungen sind eine wirksame Ergänzung der Krankenbehandlung und/oder der Rehabilitation sowie die Sicherung der Nachsorge und die Vermittlung von Hilfen zur Selbsthilfe.

Patientenschulungen bieten z.B. bei Erkrankungen der Stoffwechsel- und Verdauungsorgane, Allergien, Asthma und chronischen Hauterkrankungen Hilfen zur Veränderung der Lebensweise und zur Bewältigung der z.T. durch Risikoindikatoren verursachten Erkrankungen.

Grundlage für die Förderung und Durchführung von Patientenschulungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V sind die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom xxxxx (11. Juni 2001 alt!).

Leistungen zur allgemeinen Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens, u.a. primärpräventive Maßnahmen, sowie Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten gehören nicht zu den ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation. Weiter sind berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation und Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung von dieser Empfehlung ausgeschlossen.

## **2. Ziele**

Um eine ambulante bzw. stationäre kurative Behandlung und/oder die Rehabilitation wirksam zu ergänzen, fördern die Ersatzkassen als ergänzende Leistung zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V individuelle beratungs- und gruppenbezogene Schulungsmaßnahmen (Patientenschulungen) und führen diese ggf. durch. Diese Maßnahmen tragen dem individuellen Versorgungsbedarf chronisch kranker Versicherter Rechnung und stärken ihre Potentiale zur Krankheitsbewältigung. Sie beziehen sich auf die in den Anlagen geregelten Handlungsfelder.

Weitere Module/Handlungsfelder können auf der Grundlage dieser Rahmenvereinbarung nach Beschlussfassung durch das zuständige Gremium (FA - Leistungen -) ergänzt werden.

## **3. Voraussetzungen**

Patientenschulungen ergänzen die ärztliche Behandlung bzw. medizinische Rehabilitation. Bei medizinischer Notwendigkeit kommen sie unter Berücksichtigung der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung in Betracht, soweit sie nicht Bestandteil der medizinischen Rehabilitation sind und nicht zum Bereich der kurativen Versorgung gehören.

## **4. Qualitätssicherung**

Die durch diese Rahmenempfehlung geregelten ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation müssen anerkannten Qualitätsstandards gerecht werden. Die Einzelmaßnahmen und Gruppenschulungsprogramme müssen dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, erprobt und qualitätsgesichert sein. Wissenschaftliche Nachweise und Veröffentlichungen zur Wirksamkeit der Schulungsmaßnahmen sind wünschenswert.

Zu einer qualifizierten Leistungserbringung durch den Leistungsanbieter gehört ein internes Qualitätsmanagement, zu dem insbesondere die nachstehenden Komponenten gehören: strukturiertes Schulungskonzept, aufbereitete, patientenorientierte Medien, Qualifikation des Schulungspersonals, Bereitschaft zur kontinuierlichen Fort-/Weiterbildung des Schulungspersonals sowie die Dokumentation der Leistungserbringung.

Die mit der Durchführung der Maßnahmen betrauten Fachkräfte müssen auf Grund ihrer Berufsausbildung und Zusatzausbildung entsprechend dem jeweiligen Handlungsfeld qualifiziert sein. Neben der fachlichen Qualifikation ist die methodische, didaktische und soziale Kompetenz von besonderer Bedeutung. Es werden nur solche Fachkräfte akzeptiert, die eine staatlich anerkannte Berufs-

ausbildung und entsprechende Berufserfahrung im jeweiligen Handlungsfeld nachweisen. Die kontinuierliche Fort-/Weiterbildung der Fachkräfte wird vorausgesetzt. Näheres ist in der jeweiligen Anlage geregelt.

Die Qualitätssicherung (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) ist in geeigneter Weise durch den Leistungserbringer sicherzustellen.

## **5. Berechtigung zur Durchführung der Leistung**

Die Durchführung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation erfolgt ambulant und wohnortnah.

Als Leistungserbringer für ergänzende Leistungen zur Rehabilitation gemäß dieser Rahmenempfehlung kommen solche Fachkräfte bzw. Einrichtungen in Betracht, die die Voraussetzungen gemäß Abschnitt 4 erfüllen.

Die Auswahl geeigneter Leistungserbringer erfolgt durch die Ersatzkassen, bei bundesweit tätigen Einrichtungen und/oder bei bundesweit angebotenen Schulungsprogrammen auf Empfehlung des Fachausschusses - Leistungen - und bei landesweit tätigen Einrichtungen auf Empfehlung des VdAK/AEV-Landesausschusses. Der Abschluss von Vereinbarungen bzw. Verträgen mit Leistungserbringern durch den VdAK/AEV ist nicht vorgesehen.

Leistungserbringer kann auch die Ersatzkasse selbst sein.

## **6. Dauer der Inanspruchnahme**

Die Voraussetzungen einer Leistungsgewährung zur Förderung individueller beratungs- und gruppenbezogener Schulungsmaßnahmen gemäß dieser Rahmenempfehlung sind solange erfüllt, wie die medizinische Notwendigkeit vorliegt und der Versicherte der Anleitung bedarf, also noch nicht über Fertigkeiten verfügt, die ihn in die Lage versetzen, die Maßnahme selbstständig durchzuführen.

Die Dauer einer Maßnahme muss der Indikation angemessen sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die konkrete Dauer ergibt sich aus der jeweiligen Anlage.

Eine Verlängerung bzw. Wiederholung kann in Ausnahmefällen und bei entsprechender medizinischer Begründung in Betracht kommen; hierzu bedarf es der vorherigen Genehmigung durch die Ersatzkasse. Näheres dazu ergibt sich aus der jeweiligen Anlage.

## **7. Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung**

Die medizinische Notwendigkeit ergänzender Leistungen zur Rehabilitation ist vom behandelnden Arzt zu bestätigen.

## **8. Leistungsgewährung**

Die Ersatzkasse entscheidet auf Grund der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung über die Leistungsgewährung und ihre Durchführung. Die Ersatzkasse kann die Notwendigkeit der Maßnahme durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen.

Für die jeweilige Maßnahme wird ein Höchstzuschuss festgelegt. Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, erhalten 85% der Schulungskosten, maximal den Höchstbetrag. Alle anderen Versicherten erhalten 100 % der Schulungskosten, maximal den Höchstbetrag. Bei der vom Versicherten ggf. zu tragenden Eigenbeteiligung handelt es sich nicht um eine gesetzliche Zuzahlung nach § 61 SGB V. Demnach ist eine Anrechnung auf die Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V nicht möglich. Auf den VdAK-Rundbrief Nr. 14/2001 vom 14.08.2001 und VdAK-Information Nr. 1646 vom 18. Dezember 2003 wird verwiesen.

## **9. Abrechnung**

Die Vergütung der Leistung/Maßnahme ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Vertragsärzte rechnen die erbrachten Leistungen, gesondert von den übrigen vertragsärztlichen Leistungen, kalendervierteljährlich mit der jeweiligen Ersatzkasse ab.

## **10. Inkrafttreten**

Diese Empfehlung tritt am 01. Juli 2001 in Kraft. Bestehende Vereinbarungen bleiben hiervon unberührt.

## **Ernährungsberatung**

### **1. Ziele und Inhalte**

Die Ernährungsweise hat einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden des Einzelnen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Krankheiten können durch ein gesundheitsförderliches Essverhalten - vermittelt im Rahmen der Ernährungsberatung - behandlungsunterstützend positiv beeinflusst werden.

Ziele der Ernährungsberatung sind:

- Aufklärung und Beratung der Ersatzkassenversicherten
- Motivation zu einem gesunden Essverhalten
- Vermittlung von Handlungskompetenz
- Förderung eines gesunden Essverhaltens und damit die Unterstützung der Therapie der vorliegenden Erkrankung
- Reduzierung des Medikamentenverbrauchs
- Linderung der Beschwerden
- Vermeidung bzw. Verkürzung der Arbeitsunfähigkeit
- langfristige Besserung der Gesundheit der PatientInnen.

Als Inhalte des Beratungsangebotes müssen gewährleistet sein:

- Wissensvermittlung zur Entstehung der vorliegenden Erkrankung und über die ernährungsbedingten Einflussfaktoren
- individuelle Vorschläge zur Änderung des Ernährungsverhaltens der PatientInnen, ggf. Hinweise auf die Notwendigkeit und die Möglichkeiten weiterführender Beratungsangebote (z.B. Kurse zur Gewichtsreduktion, Praxiskurse zur Umsetzung der neu vermittelten Ernährungskennnisse, kompetente Selbsthilfe-Organisationen).

### **2. Voraussetzungen**

Ernährungsberatung gemäß dieser Rahmenempfehlung kommt für Versicherte in Betracht, deren Erkrankung durch eine Fehlernährung verursacht bzw. mitverursacht wurde und/oder bei denen eine Ernährungsumstellung die Therapie unterstützen kann. Zu den Indikationsbereichen zählen insbesondere:

- Stoffwechselerkrankungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane (z.B. Fett- und Harnstoffwechselstörungen, Lebererkrankungen)
- Krebserkrankungen
- Osteoporose
- Allergien
- Hauterkrankungen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

### **3. Durchführung und Dauer**

Die Ernährungsberatung muss wirksam sein. Daher soll diese Maßnahme einer Qualitätsprüfung standhalten, qualifiziert angeboten und durchgeführt werden.

Um Verhaltensänderungen zu initiieren, soll die Ernährungsberatung personenzentriert und handlungsorientiert erfolgen. Im Mittelpunkt der Beratung stehen neben der Information insbesondere die Motivierung der Versicherten i.S.d. Handlungsaktivierung und Reflexion des Ernährungsverhaltens. Aufgabe der Ernährungsberatung ist es, dem Versicherten eine Hilfe zur Selbsthilfe zu geben.

Die Ernährungsberatung wird als Einzelberatung oder in Kleingruppen durchgeführt. Im Rahmen der Einzelberatung können die PatientInnen bis zu maximal fünf Termine in Anspruch nehmen, wobei 60 Minuten auf die Erstberatung und 30 Minuten auf die Folgeberatung entfallen. Sollten zeitnah mehrere PatientInnen mit der gleichen Indikation eine Beratung benötigen, ist die Zusammenfassung dieser Personen in einer Kleingruppe (bis maximal fünf Personen) zulässig.

Eine Wiederholung der Teilnahme an der Einzelberatung ist zwölf Monate nach Beendigung der letzten Beratung möglich, wenn die medizinische Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird.

### **4. Anforderungen**

Als geeignete Leistungsanbieter kommen Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Grundausbildung im Bereich Ernährung in Betracht (Ernährungsmedizinische BeraterInnen, Diplom-OecotrophologInnen mit Universitäts- oder Fachhochschulabschluss, DiätassistentInnen).

Die Ernährungsfachkräfte müssen mindestens ein Jahr Berufserfahrung in der Einzelberatung aufweisen und über pädagogische sowie methodisch-didaktische Kompetenzen verfügen.

Fachliche Grundlage für alle Angebote zur Ernährungsberatung sind die jeweils aktuellen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Als Ergänzung hierzu können die Empfehlungen der Gießener Ernährungswissen-

schaftler von Koerber, Männle, Leitzmann zur Vollwerternährung herangezogen werden. Sie werden auch vom Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung (UGB), Gießen, vertreten. Empfehlungen anderer Ernährungsrichtungen sind ausgeschlossen.

## **5. Qualität**

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

- Es muss sich um ein strukturiertes Schulungskonzept handeln.
- Es liegen pädagogisch aufbereitete Schulungsmaterialien vor (patientenorientierte Medien).
- Das Schulungspersonal ist fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziert (entsprechende Qualifikationsnachweise liegen vor).
- Die Bereitschaft zur kontinuierlichen Fort-/Weiterbildung des Schulungspersonals wird vorausgesetzt.
- Die Leistungserbringung wird dokumentiert.

## **6. Vergütung**

Vgl. Abschnitte 8 und 9 der Rahmenempfehlung.

## **Rehabilitative Rückenschule**

### **1. Ziele und Inhalte**

Allgemeines Ziel der rehabilitativen Rückenschule ist die Vermittlung von Handlungskompetenzen der PatientInnen im Hinblick auf ein rückengerechtes Verhalten. Mit Hilfe der Rückenschule wird, ggf. ergänzend zur krankengymnastischen Therapie, ein Langzeiteffekt angestrebt, um im Sinne der Sekundär-/Tertiärprävention möglichen Rezidiven und Folgeerkrankungen sowie einer Chronifizierung vorzubeugen:

- Intervention bei Haltungsschwäche und -schäden
- Vermeidung einer Chronifizierung von Rückenleiden
- Vermeidung rezidivierender Wirbelsäulenbeschwerden
- Verhinderung degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen
- Rezidivprophylaxe nach Erkrankungen, z.B. Bandscheibenprotrusio/-prolaps und Bandscheiben-OP
- Vermeidung von Folgeerkrankungen/-schäden
- Verringerung eines evtl. Medikamentenverbrauchs
- Senkung von durch Dorsopathien verursachten AU-Tagen.

Hierzu ist es notwendig, die ursächlichen Faktoren in der Symptomatik und Pathogenese von Beschwerden und Erkrankungen des Rückens zu berücksichtigen. Das Verhalten, aber auch die Verhältnisse im Lebensumfeld (z.B. Beruf) der PatientInnen spielen in dem komplexen, mehrdimensionalen Erkrankungsprozess eine wichtige Rolle. Die reine Informationsvermittlung über rückenfreundliches Verhalten sowie eine eher symptomorientierte funktionelle Behandlung, beispielsweise im Rahmen der krankengymnastischen Therapie, ist notwendig, reicht i.d.R. aber nicht aus, um die Voraussetzungen für eine dauerhafte Verhaltensänderung zu schaffen.

Im Rahmen der Rückenschule wird daher mit verhaltensmodifizierenden Methoden auf eine systematische Veränderung von Verhaltensweisen hingewirkt, die ursächlich zu Beschwerden und Erkrankungen des Rückens beitragen können. Den TeilnehmerInnen sollen durch Reflexion des eigenen Bewegungs- und Verhaltensmusters, Verhaltenstraining, Vermittlung von Schmerzbewältigungsstrategien, weiterführende themenbezogene Information und gezielte Bewegungsprogramme praktische Fähigkeiten vermittelt werden, mit ihrer Gesundheit selbstverantwortlich und kompetent umzugehen. Unter dem Motto "Hilfe zur Selbsthilfe" sollen die PatientInnen mit Hilfe induktiver Lehrmethoden unter Nutzung gruppendynamischer Prozesse in die Lage versetzt werden, von der Fremdkontrolle durch den Therapeuten zu einer Selbstkontrolle zu gelangen.



Zusammenfassend: In der Therapie(-straße) von Rückenbeschwerden stellen Rückenschulen und Krankengymnastik getrennte, aber sich ergänzende Maßnahmen dar. Im Rahmen der krankengymnastischen Therapie kommen eher symptomorientierte funktionelle Maßnahmen zum Einsatz (Patienteninformation, schmerzlindernde Maßnahmen, lokale Behandlung der Strukturen des arthromuskulären Systems, Stabilisation und Funktionstraining). Hiermit können z.B. in indizierten Fällen auch Voraussetzungen zur Teilnahme an einer Rückenschule geschaffen werden, in der darüber hinaus die kausalen Entstehungszusammenhänge von Rückenbeschwerden berücksichtigt werden. Die Rückenschule kann ergänzend im Anschluss oder begleitend zur ärztlichen, physikalischen und/oder krankengymnastischen Therapie je nach individuellem medizinischem Bedarf der PatientIn durchgeführt werden.

Folgende Inhalte sollen vermittelt werden:

Informationen über

- Anatomie und Funktion der Wirbelsäule sowie wirbelsäulenbelastende Bewegungsabläufe
- Ursachen und Entstehung von Wirbelsäulenerkrankungen
- Verhaltensänderungen als Möglichkeit zur Vermeidung von Wirbelsäulenerkrankungen bzw. Rezidiven
- die vorhandene Erkrankung.

Praktische Übungen dienen

- der Förderung der Körperwahrnehmung zur Selbstbeobachtung der Spannungsverhältnisse der Muskulatur sowie der eigenen Haltung und der Bewegung
- dem Erlernen der aufrechten Körperhaltung im Sitz und Stand
- dem Erlernen von rüchenschonendem Bewegungsverhalten beim Bücken, Heben und Tragen
- dem Transfer rüchenschonenden Verhaltens im Alltag, Beruf und bei Freizeitaktivitäten
- der dauerhaften Durchführung eines rüchengerechten Muskeltrainings, z.B. zum Ausgleich von Muskeldysbalancen als Heimprogramm
- dem Erlernen von Methoden zur Schmerzbewältigung
- der Motivation zur Eigenverantwortung und Selbsthilfe.

## **2. Voraussetzungen**

Die rehabilitative Rückenschule als ergänzende Leistung zur Rehabilitation kann je nach Art, Schwere und Dauer einer Erkrankung angezeigt sein, wenn die Krankenkasse Krankenbehandlung leistet bzw. zuletzt geleistet hat. Die Vorlage einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung ist erforderlich.

Die rehabilitative Rückenschule richtet sich an PatientInnen mit (chronischen) Beschwerdebildern des Rückens als Ergänzung bzw. im Anschluss an therapeutische Maßnahmen, wenn eine ausreichende Stabilisierung erfolgt ist. Zu den Indikationen zählen:

- Rezidivierende schmerzhafte Muskelverspannungen/muskuläre Dysbalancen ohne degenerative Wirbelsäulenveränderungen
- chronisch rezidivierende Beschwerden z.B. durch Lumbago und Ischialgie ohne neurologische Ausfallerscheinungen
- degenerative Wirbelsäulenerkrankungen ohne akute radikuläre Symptomatik
- im Anschluss an postoperative Phase bei Prolaps, frühestens aber nach 8 bis 10 Wochen, ohne neurologische Ausfallerscheinungen.

Zu den absoluten Kontraindikationen zählen:

- akute therapiebedürftige Schmerzen, z.B. Lumbago, Ischialgie
- Bandscheibenprotrusio bzw. -prolaps mit neurologischen Ausfallerscheinungen
- unmittelbar vorangegangener Wirbelsäuleneingriff
- Wirbelsäulentumore
- Wirbelsäuleninfektionen (Osteomyelitis, WS-Tuberkulose)
- kardiopulmonale Erkrankungen (z.B. Zustand nach Herzinfarkt, Hypertonie in Ruhe 180/120 mm Hg).

Zu den relativen Kontraindikationen zählen:

- schwere Coxarthrosen oder Gonarthrosen
- komplexe Krankheitsbilder (Mehrfacherkrankungen)
- schwere diagnostizierte psychosomatische Symptome
- entzündliche rheumatische Erkrankungen (z.B. Morbus Bechterew).

Zur rehabilitativen Rückenschule gemäß dieser Rahmenempfehlung zählen nicht Übungen ohne medizinische Notwendigkeit, die lediglich der Erzielung oder Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens des Versicherten dienen (vgl. hierzu den "Leitfaden" der Spitzenverbände der Krankenkassen zum § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001).

### **3. Durchführung und Dauer**

Die rehabilitative Rückenschule muss wirksam sein. Daher soll diese Maßnahme einer Qualitätsprüfung standhalten, qualifiziert angeboten und durchgeführt werden.

Die rehabilitative Rückenschule wird in Gruppen mit mindestens 8, höchstens 10 TeilnehmerInnen durchgeführt. Eine ausreichende räumliche Ausstattung für bewegungstherapeutische Maßnahmen in Gruppen muss vorhanden sein.

Die Dauer der Maßnahme beträgt bis zu 12 Kurseinheiten zwischen 60 und 90 Minuten.

Bei medizinischer Notwendigkeit kann frühestens 12 Monate nach Beendigung der ersten Maßnahme eine einmalige Wiederholung erfolgen. Die Wiederholungsmaßnahme kann bis zu 12 Kurseinheiten zwischen 60 und 90 Minuten umfassen.

### **4. Anforderungen**

Als geeignete Anbieter dieser Leistung kommen KrankengymnastInnen bzw. PhysiotherapeutInnen und Diplom-SportlehrerInnen mit der Zusatzqualifikation zur RückenschullehrerIn in Betracht. Die Zusatzqualifikation muss erworben worden sein beim

- Zentralverband der Krankengymnasten - ZVK e.V.
- Verband Physikalische Therapie - VPT e.V.
- Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie - DVGS e.V.
- Bundesverband der deutschen Rückenschulen e.V. - BdR e.V
- Bundesverband selbständiger PhysiotherapeutInnen - IFK e.V.

Die Fachkräfte müssen mindestens ein Jahr Berufserfahrung in der Durchführung von rehabilitativen Rückenschulen aufweisen und über pädagogische sowie methodisch-didaktische Kompetenzen verfügen.

### **5. Qualität**

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

- Es muss sich um ein strukturiertes Schulungskonzept handeln.
- Es liegen pädagogisch aufbereitete Schulungsmaterialien vor (patientenorientierte Medien).
  - Das Schulungspersonal ist fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziert (entsprechende Qualifikationsnachweise liegen vor).
  - Die Bereitschaft zur kontinuierlichen Fort-/Weiterbildung des Schulungspersonals wird vorausgesetzt.
  - Die Leistungserbringung wird dokumentiert.

## **6. Vergütung**

Vgl. Abschnitte 8 und 9 der Rahmenempfehlung.

## **Schmerzbewältigung**

### **1. Ziele und Inhalte**

Schmerzbewältigungsmaßnahmen gemäß dieser Vereinbarung kommen sowohl für Schmerz Betroffene mit beginnender Chronifizierung (Stufe I) als auch für Langzeit chronisch Schmerz Betroffene (Stufe II) in Betracht. Der Übergang ist meist fließend, als Anhaltspunkt ist jedoch bei Stufe I von ca. einem halben Jahr bis etwa drei Jahre chronisch auftretenden Schmerzen, in Stufe II von ca. drei Jahren stark chronifizierten Schmerzen auszugehen.

Schmerz Betroffene fühlen sich in ihrer Befindlichkeit und Lebensqualität stark beeinträchtigt. Häufig können sie wesentliche Funktionen im Berufsleben und in der Freizeit nicht mehr wahrnehmen. Die Maßnahmen gemäß dieser Vereinbarung sollen zur Steigerung des Aktivitätsniveaus der PatientInnen auf der physischen und insbesondere der psychosozialen Ebene durchgeführt werden. Durch Verbesserung der Schmerzbewältigungskompetenz, der Optimierung des Medikamentenverhaltens der Betroffenen und den Abbau der schmerzverstärkenden Faktoren soll einer (weiteren) Chronifizierung der Schmerzen entgegengewirkt werden.

Wesentliche Inhalte der Schmerzbewältigungsmaßnahmen sind:

#### **Wissensvermittlung (Stufe I und II)**

- Informationen zur Schmerzverarbeitung und zum Schmerzsyndrom
- Informationen über Auslöser von Schmerzen und Stress
- Identifikation von Schmerzauslösern und deren Vermeidung
- Informationen über Medikamente und deren Wirkung
- Verhalten im Gesundheitssystem (u.a. Informationen über regionale Einrichtungen)
- Informationen über Maßnahmen zur Schmerzvermeidung und deren praktisches Einüben (nur Stufe II).

#### **Beeinflussung von Beschwerden und die Vermeidung von Rückfällen (nur Stufe I)**

- Entspannungsverfahren (z.B. Atemübung, Fantasiereisen)
- Angemessener Umgang mit Schmerzsituationen.

### **Verhaltensänderung (Stufe I und II)**

- Hilfestellung bei der Analyse der eigenen Einstellung zur Krankheit und Gesundheit und deren Folgen für das eigene Verhalten und Erleben
- Förderung von Gesundheitsverhalten (u.a. Genussregeln)
- Förderung von Lebenszufriedenheit
- äußere und innere Aufmerksamkeitslenkung bei Schmerz
- individuelle Analyse und Veränderung schmerzfördernder Bedingungen, Gedanken, Gefühlen und Erwartungen (nur Stufe II).

### **Methodisches Vorgehen (Stufe I und II)**

- Bewegungs- und Entspannungsübungen
- Erlernen der progressiven Muskelentspannung (Stufe II)
- Einsatz von Schmerztagebüchern (siehe Anlage).

Die Vermittlung der Schulungsinhalte erfolgt durch praktische Übungen in Gruppen.

## **2. Voraussetzungen**

Die Vorlage einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung ist erforderlich. Zu den Indikationsbereichen zählen insbesondere:

- Kopfschmerz
- Migräne
- Rückenschmerzen.

Die Betroffenen müssen zudem motiviert sein, sich auch zu Hause mit dem Erlernten auseinander zu setzen und/oder Übungen alleine durchzuführen.

Kontraindiziert sind:

- Erkrankungen, bei denen vordergründig psychotherapeutische Aspekte zu berücksichtigen sind
- schwere Erkrankungen (z.B. Tumorerkrankungen), bei denen die Schmerz-bewältigungsmaßnahmen gemäß dieser Vereinbarung voraussichtlich nicht ausreichen, um einen therapeutischen Effekt zu erzielen.

Ausgeschlossen sind Leistungen, die bereits über Anlage 12 Arzt-/Ersatzkassenvertrag geregelt sind.

### **3. Durchführung und Dauer**

Die Schmerzbewältigungsmaßnahme muss wirksam sein. Daher soll diese Maßnahme einer Qualitätsprüfung standhalten, qualifiziert angeboten und durchgeführt werden.

Die Schmerzbewältigungsmaßnahme wird in Gruppen mit maximal 9 TeilnehmerInnen durchgeführt. Eine ausreichende räumliche Ausstattung muss vorhanden sein.

Die Dauer der Maßnahme beträgt im wöchentlichen Turnus 10 Sitzungen von je 120 Minuten.

Eine Wiederholung der Teilnahme an der Maßnahme ist zwölf Monate nach Beendigung des vorangegangenen letzten Kurses möglich, wenn die medizinische Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird.

### **4. Anforderungen**

Die Schmerzbewältigungsmaßnahmen gemäß dieser Vereinbarung (Stufe I und Stufe II) sollen von einer Psychologischen SchmerztherapeutIn durchgeführt werden. Die Qualifikation kann bei der Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) oder bei dem Schmerztherapeutisches Kolloquium (STK) erworben werden.

Alternativ können zur Behandlung von Schmerz betroffenen mit beginnender Chronifizierung der Stufe I weitere Fachpersonen in Frage kommen, sofern sie die nachstehenden Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen:

- Psychologische PsychotherapeutIn mit einer Ausbildung in Verhaltenstherapie
- oder
- Arzt/Ärztin mit Zusatzausbildung Psychotherapie bei verhaltenstherapeutischer Orientierung

Wünschenswert wären:

- Erfahrung mit SchmerzpatientInnen
- Erfahrungen im Leiten von Gruppen.

KursleiterInnen, die Langzeit-chronisch-Schmerzbetroffene der Stufe II betreuen, müssen zusätzlich - sofern sie nicht Psychologische SchmerztherapeutInnen nach DGSS bzw. STK sind - zu den o.g. Voraussetzungen eine abgeschlossene mindestens 75-Stunden-Weiterbildung zur Psychologischen SchmerztherapeutIn haben und wahlweise einen der folgenden Nachweise besitzen:

- Mitarbeit in einer Institution, in der PatientInnen mit chronischen Schmerzen versorgt werden,
- oder
- enge Kooperation mit einer solchen Institution,
- Hospitation in einer solchen Institution,
- oder
- regelmäßige Mitarbeit in einer interdisziplinären Schmerzkonferenz.

Neben der fachlichen Qualifikation ist die methodische und die soziale Kompetenz von besonderer Bedeutung.

## **5. Qualität**

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

- Es muss sich um ein strukturiertes Schulungskonzept handeln.
- Es liegen pädagogisch aufbereitete Schulungsmaterialien vor (patientenorientierte Medien).
- Das Schulungspersonal ist fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziert (entsprechende Qualifikationsnachweise liegen vor).
- Die Bereitschaft zur kontinuierlichen Fort-/Weiterbildung des Schulungspersonals wird vorausgesetzt.
- Die Leistungserbringung wird dokumentiert.

## **6. Vergütung**

Vgl. Abschnitte 8 und 9 der Rahmenempfehlung.



## **Anlage 4**

### **Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche**

**Adipositas** (oder **starkes Übergewicht**) gilt als eine bedeutende ernährungsbedingte Gesundheitsstörung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Als adipös werden Kinder und Jugendliche mit einem BMI über dem 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentil definiert. Nach aktuellen Studien sind 4% bis 6% der Schulkinder stark übergewichtig. Die Prävalenz nimmt stetig zu. Mit dem Übergewicht einhergehende Risikofaktoren und Erkrankungen sind mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. Deshalb ist ein Handeln von größter gesundheitspolitischer Bedeutung und liegt in der Verantwortung verschiedenster Akteure.

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

Adipöse Kinder und Jugendliche haben ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Problemen, Diabetes und Gelenkerkrankungen. Hinzu kommen die psychosozialen Probleme wie z.B. Hänseleien durch Gleichaltrige, Unbehagen bei körperlicher Bewegung, Druck in Schule oder Elternhaus.

Ernährungsgewohnheiten und Lebensweisen werden bis zum 10./12. Lebensjahr in erster Linie durch die Familie entscheidend geprägt. Deshalb kann eine effektive Verhaltensbeeinflussung bei Kindern und Jugendlichen in der Familie dazu beitragen, die notwendigen Veränderungen der Lebensgewohnheiten zu erreichen und schwer wiegende Gesundheitsstörungen zu vermeiden, um mögliche durch Adipositas entstehende Folgekosten im Gesundheitswesen zu verringern.

Valide Evaluationsergebnisse zur Wirksamkeit von Schulungsprogrammen liegen derzeit nicht vor. Deshalb haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem ersten Schritt verbindliche Kriterien und Standards für Adipositasprogramme für Kinder und Jugendliche entwickelt, bei denen eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse in Betracht kommen kann. Das BMG-Konsensuspapier vom September 2004 und die sozialmedizinischen Gutachten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen stellten hierfür die Grundlagen dar. Selbstverständlich können diese Anforderungskriterien nur solange gelten, bis wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über die langfristige Wirksamkeit und die Erfolge von Adipositasprogrammen für Kinder und Jugendliche vorhanden

sind. Dies erfordert jedoch eine Evaluation in Form einer repräsentativen wissenschaftlichen Langzeit-Studie. Vor diesem Hintergrund haben die nachstehenden Ausführungen zunächst vorläufigen Charakter.

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

## **1. Indikation, Kontraindikation, Abbruch**

### **1.1 Voraussetzungen für die Teilnahme**

Eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen kann erfolgen, wenn die nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Zielgruppe sind Patienten im Alter von 8 bis 16 Jahren und deren Eltern/Bezugspersonen.
- Der BMI des Patienten übersteigt die 99,5 Perzentile<sup>1</sup> (extreme Adipositas).  
[BMI = Körpergewicht (kg) : Körpergröße (m x m)]
- Der BMI übersteigt die 97. Perzentile **und** es liegen entweder
  - Adipositas assoziierte Risikofaktoren oder
  - Adipositas assoziierte Erkrankungenvor.

Bei Patienten mit Übergewicht zwischen der 90. und der 97. Perzentile **und** einer **behandlungsbedürftigen Begleiterkrankung**, kann ggf. die Teilnahme an einer Patientenschulung angezeigt sein.

- Die bisher durchgeführte ambulante ärztliche Behandlung gemäß der zurzeit vorhandenen Leitlinienempfehlung (z.B. AGA, [www.a-g-a.de](http://www.a-g-a.de)) war erfolglos.
- Die Patientenschulungsmaßnahme muss ärztlich befürwortet werden durch den behandelnden Kinder- oder Hausarzt. Eine medizinische Befürwortung lediglich durch einen Arzt des Schulungsteams ist nicht ausreichend. Diese ärztliche Befürwortung enthält Angaben zu:
  - Größe, Gewicht, BMI und Perzentile
  - vorhandenen Risikofaktoren
  - Adipositas assoziierte Erkrankungen
  - Übergewicht in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister)
  - Motivation der Familie, aktiv an dem Schulungsprogramm teilzunehmen

---

<sup>1</sup> Vgl. Perzentilkurven (Jungen/Mädchen) im Anhang.

- Gruppen- und Schulungsfähigkeit
- Ausschluss von psychischen Störungen, manifesten Essstörungen
- Ausschluss von sekundären und syndromalen Adipositasformen (z.B. Prader-Willi-Syndrom)
- bisher durchgeführte Maßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie bisher eigenverantwortlich durchgeführte Maßnahmen zur Gewichtsreduktion.

### **1.2 Kriterien für den Ausschluss von der Teilnahme an einem Schulungsprogramm (Kontraindikationen)**

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

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

### **1.3 Kriterien, die die Weiterführung der Schulung ausschließen (Abbruch)**

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

- Keine regelmäßige Teilnahme an den Schulungsterminen (Patienten und/oder Eltern bzw. Bezugspersonen)
- Auftreten von psychischen Störungen einschließlich Essstörungen (z.B. Bulimie)
- Auftreten anderer schwerer Gesundheitsstörungen, die eine regelmäßige Teilnahme nicht mehr möglich machen.

Der Abbruch ist zu dokumentieren.

## **2. Strukturqualität: Anforderungen an Schulungsprogramme**

### **2.1 Ziele und Inhalte**

Ziele ambulanter Schulungen für adipöse Kinder und Jugendliche müssen sein:

- Langfristige Gewichtsreduktion und –stabilisierung
- Dauerhafte Veränderung des aktuellen Ess- und Bewegungsverhaltens

**Rahmenempfehlung der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Förderung  
ergänzender Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V  
- Rahmenempfehlung Patientenschulung – Stand: September 2007**

---

- Aktive und systematische Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen
- Erlernen von Problembewältigungsstrategien und langfristiges Sicherstellen von erreichten Verhaltensänderungen
- Verbesserung der Adipositas assoziierten Risikofaktoren und Erkrankungen
- Vermeiden unerwünschter Therapieeffekte (z.B. Essstörungen, psychische Destabilisierung)
- Förderung von physischen und psycho-sozialen Gesundheitsressourcen
- Förderung einer positiven körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen

- a) die **Kinder und Jugendlichen unter Nutzung verhaltenstherapeutischer Elemente**
  - zu vermehrter körperlicher Bewegung (auch außerhalb des Schulungsprogramms) animiert und dauerhaft motiviert werden,
  - ein neues Essverhalten kennen lernen, akzeptieren und trainieren,
  - Möglichkeiten veränderten Problem-/Konfliktlösungsverhalten kennen lernen und bewusst einüben,
  - realistische Zielstellungen erarbeiten.
- b) die **Eltern/Bezugspersonen**
  - dazu motiviert werden, im Lebensumfeld (Familie) die notwendigen Unterstützungsstrukturen aufzubauen.

Erfolg versprechende Therapieprogramme weisen eine Kombination der folgenden fünf Module auf:

- I. Modul **Ernährung**: Wissensvermittlung, Beratung und praktische Einübung für Eltern und Kinder zur Ernährungsumstellung unter Berücksichtigung der DGE bzw. FKE-Empfehlungen.
- II. Modul **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.
- III. Modul **verhaltenstherapeutische Elemente**: Änderung von Einstellungen und Verhaltensmustern des Ess- und Bewegungsverhaltens, Stabilisierung des geänderten Verhaltens und Rückfallverhütung. Durch den Einsatz verhaltenstherapeutischer Elemente soll eine langfristige und dauerhafte Lebensstiländerung zu gesunder und ausgewogener Ernährung und mehr Bewegung im Alltag erreicht werden. Vermittlung dieser Techniken an die Eltern in geeigneter Form.
- IV. Modul **aktive Einbindung der Eltern/Bezugspersonen**: Hierbei ist das Lebensalter des Patienten zu berücksichtigen. Schulungsprogramme, die sich lediglich an Kinder oder Jugendliche richten und bei denen die EI-

**Rahmenempfehlung der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Förderung  
ergänzender Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V  
- Rahmenempfehlung Patientenschulung – Stand: September 2007**

---

tern/Bezugspersonen in keiner Form eingebunden sind, kommen nicht in Betracht. Bei Programmen für Jugendliche sollten die Eltern eingebunden, aber nicht ständig anwesend sein.

- V. Modul **medizinische Information**: Definition und Folgen der Adipositas, der Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten.

Verbindliche Inhalte von Schulungsprogrammen für adipöse Kinder und Jugendliche:

zu I. Modul **Ernährung**

- Grundlagen des Essverhaltens,
- Nahrungsenergie und Ursachen der Adipositas,
- Lebensmittelpyramide oder vergleichbare Darstellungsformen,
- geeignete Lebensmittel (energie-, fett- und zuckerreduzierte Mischkost)
- Bedeutung von Nahrungsfetten, Süßigkeiten, Fastfood, Getränke
- positive Bewertung gesunder Nahrungsmittel,
- Bemessung von Portionsgrößen und Mahlzeitenfrequenzen
- Hunger vs. Appetit und Sättigung
- Konsumverhalten, Werbung, Einkauf
- Führen eines Ernährungsprotokolls/-tagebuchs
- praktische Übungen (Ziele: Essmengenbegrenzung, Selbstwahrnehmung, ggf. in geringem Umfang Mahlzeitenzubereitung, Übungen zur Stimuluskontrolle, Essgenusstraining,
- vgl. hierzu auch Seite 4.

zu II. Modul **Bewegung**

- Grundlagen zur Bedeutung von Bewegung (u.a. für Energiebilanz),
- Übungen zur Verbesserung der Ausdauer und Koordination,
- Übungen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körperbewusstseins,
- Erlernen und Anwenden von Techniken zur selbständigen Belastungskontrolle und –steuerung,
- Erlernen und Anwenden von Techniken zur Verletzungsprophylaxe,
- Motivation zur Erhöhung der körperlichen Aktivität.
- Motivation zur aktiven Alltagsgestaltung und Nutzung wohnortnaher Bewegungsmöglichkeiten und Sportangebote, Anleitung zur Reduktion der sitzenden Lebensweise, sinnvoller Fernseh-/Computerkonsum
- vgl. hierzu auch Seite 4.

zu III. Modul **verhaltenstherapeutische Interventionen**

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 (z.B. 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
- vgl. hierzu auch Seite 4.

**Rahmenempfehlung der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Förderung  
ergänzender Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V  
- Rahmenempfehlung Patientenschulung – Stand: September 2007**

---

Zu IV. Modul **aktive Einbindung der Eltern/Bezugspersonen**

Die Inhalte und Methoden der einzelnen Module sollten in geeigneter Form den Eltern/Bezugspersonen vermittelt und sie zur Unterstützung ihrer Kinder motiviert werden.

zu V. Modul **medizinische Information**

- Symptome der Adipositas
- Ursachen der Adipositas
- Gewichtsregulationsmechanismen
- Energiebilanz und –speicherung
- Einfluss der Umwelt und von genetischen Faktoren.

**Hinweis:**

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

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

## **2.2 Ausschluss von Schulungsprogrammen**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen, solche Schulungsprogramme aus der Kostenübernahme auszuschließen,

- die nicht alle verbindlichen Module (Ernährung, Bewegung, aktive Elterneinbindung, verhaltenstherapeutische Interventionen bzw. deren Einbindung in die anderen Module, medizinische Information) enthalten,
- die extrem kalorienreduzierte Diäten, Formuladiäten, Nahrungsergänzungsmittel, nicht zugelassene oder in der vertragsärztlichen Versorgung nicht verordnungsfähige Medikamente oder chirurgische Eingriffe vorsehen,
- die keine ärztliche Befürwortung und keine Einbindung des behandelnden (Kinder-)Arztes vorsehen.

## **2.3 Vorlage eines strukturierten Schulungsprogramms**

Der Leistungsanbieter hat unter Berücksichtigung der vorgenannten Ziele, Inhalte und Zielgruppen sowie des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes der jeweiligen Teildisziplinen ein **schriftlich fixiertes strukturiertes Patientenschu-**



**lungsprogramm** vorzulegen, das auch schriftliches Schulungsmaterial für die Kursleiter und Teilnehmer (Kinder, Eltern) vorsieht. Das Schulungsmaterial für die Kinder sollte altersgerecht sein. Das Schulungskonzept legt auch die Interventionsmaßnahmen sowie die diesen zugrunde liegenden Wirkungstheorien dar. Die einzureichenden Dokumente umfassen demnach eine Beschreibung des inhaltlichen und didaktischen Konzepts mit Literaturangaben, eine Darstellung der wesentlichen Prozesse der Durchführung des Schulungsprogramms, eine Beschreibung des Schulungsteams und ein Nachweis der vorhandenen Qualifikation, eine Beschreibung der verfügbaren Räumlichkeiten, eine Darstellung der Verlaufs- und Ergebnisdokumentation und Kommunikation mit der behandelnden Vertragsärztin bzw. dem Vertragsarzt und einen Nachweis der Ergebnisqualität.

## **2.4 Anbieterqualifikationen**

Das Adipositas-Schulungsprogramm ist von einem **interdisziplinären Schulungsteam** mit mehrjähriger **Berufserfahrung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen**, mit entsprechenden pädagogischen und methodisch-didaktischen Fähigkeiten durchzuführen. Diese Erfahrungen, entsprechende Zusatzqualifikationen und regelmäßige Weiterbildungen sind nachzuweisen. Die Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt wird vorausgesetzt.

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

Ernährung	ErnährungswissenschaftlerIn, Diplom-OecotrophologIn, DiätassistentIn, die in den zur Anwendung kommenden Ernährungsmaßnahmen geschult sind.
Bewegung	Diplom-SportlehrerIn, Sport- und GymnastiklehrerIn, KrankengymnastIn, PhysiotherapeutIn, die in den zur Anwendung kommenden Bewegungseinheiten geschult sind.
Psychologie	Diplom-PsychologIn, PsychotherapeutIn (Kinder- und Jugendtherapie), PädagogIn, die in den zur Anwendung kommenden verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und Methoden geschult sind.
Medizin	zur Vermittlung der medizinischen Informationen (Fachrichtung Kinderheilkunde sowie Ärzte aus der pädiatrischen Facharztabteilung bzw. Internisten, Allgemeinmediziner und praktische Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung adipöser Kinder).

## **2.5 Durchführung und Dauer**

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 hin-

aus – erreicht werden soll, erscheint eine Programmdauer von 6 Monaten bis höchstens 12 Monaten sinnvoll. Die Angemessenheit des zeitlichen Umfangs und die Anzahl der Schulungseinheiten sind vom Leistungsanbieter zu begründen. Das Schulungsprogramm wird ambulant als Gruppenmaßnahme durchgeführt. Die Gruppengröße besteht aus höchstens 12 Patienten. Geeignete Räumlichkeiten sind vorzuhalten (z.B. Gelegenheit zur Zubereitung geeigneter Mahlzeiten, Möglichkeiten zur Durchführung von Bewegungsaktivitäten).

### **3. Prozessqualität**

- Die Indikationsstellung für die Teilnahme an einem Schulungsprogramm erfolgt durch den behandelnden Arzt.
- Das Patientenschulungsprogramm berücksichtigt die Bildung altershomogener, d.h., entsprechend den Altersgruppen zusammengesetzte Patientengruppen. Es sind Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 16 Jahren zugelassen. Die Schulungsgruppen sollten getrennt nach Kindern und Jugendlichen zusammengestellt werden. Ab dem Alter von 11 Jahren können getrennt geschlechtliche Gruppen eingerichtet werden.
- Es sind verbindliche Ein-, Ausschluss- und Abbruchkriterien definiert worden.
- Zu Beginn des Programms wird für jeden Patienten ein individueller Interventionsplan erstellt. Dieser zeigt auf, welche Effekte der Schulung bis zu welchem Zeitpunkt eingetreten sein sollen, damit die Schulung erfolgreich abgeschlossen werden kann (Zielvereinbarung, Festlegung von Teilzielen).
- Im Verlauf des Schulungsprogramms wird der individuelle Lernfortschritt jedes Teilnehmers spätestens alle sechs Wochen erfasst, im Team reflektiert und der individuelle Schulungsplan entsprechend angepasst.
- Das Patientenschulungsprogramm sieht eine regelmäßige ärztliche Begleitung durch den behandelnden Vertragsarzt vor. Die Begleitung umfasst einen Zwischenbericht, die Kontaktaufnahme bei Problemen (z.B. Erfüllung der Abbruchkriterien) und nach Abschluss der Maßnahme einen Abschlussbericht mit Angaben zur
  - Eltern-/Familiensituation
  - Betreuungssituation des Kindes
  - Entwicklung des Kindes
  - Ernährungssituation und Veränderung der Ernährungsgewohnheiten
  - Bewegungssituation und Veränderung der Bewegungsgewohnheiten
  - Änderung von Risikofaktoren
  - Größe und Gewicht
  - Art der durchgeführten Maßnahmen
  - Verlauf der Intervention

**Rahmenempfehlung der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Förderung  
ergänzender Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V  
- Rahmenempfehlung Patientenschulung – Stand: September 2007**

---

- Empfehlungen für die Integration des Erlernten in den Alltag.
- Empfehlungen von ergänzenden Angeboten, z.B. Sportvereinen oder niedrigschwellige Präventionsmaßnahmen, die eine anhaltende Wirkung der Patientenschulung nachhaltig unterstützen.

#### **4. Qualitätsmanagement**

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

#### **5. Dokumentation / Evaluation**

Der Leistungserbringer dokumentiert alle im Rahmen der Patientenschulung durchgeführten Maßnahmen und deren Effekte. Bei Programmabbruch sind die Gründe zu dokumentieren.

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

Das Schulungsteam arbeitet eng mit den zuweisenden Ärzten zusammen.

Das Schulungskonzept ist regelmäßig entsprechend dem aktuellen Forschungsstand zu überarbeiten.

Der Schulungsverlauf ist zu dokumentieren. Abweichungen von den im Schulungskonzept vorgesehenen Unterrichtseinheiten/Module sind darzulegen. Weiter sind die Anwesenheiten der Schulungsteilnehmer an den jeweiligen Unterrichtseinheiten zu dokumentieren.

Im Übrigen gelten die jeweils aktuellen gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Stichprobenartig kann es sich anbieten, das Schulungskonzept und seine Umsetzung in die Praxis durch den MDK überprüfen zu lassen.

Nach den Kriterien der evidenz-basierten Medizin ist die langfristige Wirksamkeit von Patientenschulungsprogrammen für adipöse Kinder und Jugendliche derzeit nicht belegt. Ebenfalls existieren zurzeit keine evidenz-basierten (anbieter- und industrieunabhängigen) Leitlinien für eine Adipositas-therapie. Deshalb muss das zur Anwendung kommende und von den Krankenkassen geförderte Patientenschulungsprogramm dokumentiert werden. Hierzu hat sich der Anbieter zu verpflichten.

Die Dokumentation kann über die Adipositas-Verlaufsdokumentation (APV) erfolgen. Sofern der Anbieter nicht an einem bereits bestehenden Dokumentationsverfahren wie APV teilnimmt und eigenständige Verfahren der Dokumentation an-

wendet, haben diese wissenschaftlichen Kriterien und Voraussetzungen zu entsprechen. Mindestanforderungen bei eigenständig durchgeführten Dokumentationen sind die nachstehenden Angaben:

- aussagekräftige Informationen zur Abbrecherquote
- aussagekräftige Informationen bzw. Ergebnisse zum Grad der Zielerreichung
- systematische Auswertungen von Teilnehmerfragebögen
- Offenlegung der sonstigen erhobenen Verlaufsdaten.

Der Leistungsanbieter erklärt sich im Vorfeld bereit, die Ergebnisse der Dokumentation den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen, und händigt sie nach Abschluss der Schulung der Krankenkasse aus.

Ist der Leistungsanbieter nicht bereit, entsprechende Dokumentations-/Evaluationsbemühungen zu unternehmen, empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen die sofortige Einstellung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

## **6. Kosten**

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

Eine Kostenübernahme/-beteiligung durch die Krankenkasse sollte nur bei nachgewiesener regelmäßiger Teilnahme (80% Anwesenheit) erfolgen.

Vgl. Abschnitte 8 und 9 der Rahmenempfehlung.

## **7. Wiederholung von Patientenschulungen**

Die Wiederholung einer ambulanten Maßnahme gleichen Inhalts und Umfangs ist grundsätzlich nicht möglich. Dies gilt entsprechend, wenn der Patient an inhaltlich vergleichbaren Schulungen im Rahmen von Vorsorge- und/oder Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen hat. Eine Nachschulung kann in angemessenem zeitlichen Abstand und ggf. nach Prüfung durch den MDK sinnvoll sein.

Eine ambulante Schulungsmaßnahme im Anschluss an eine mehrwöchige stationäre (Reha-)Maßnahme kommt nur dann in Betracht, wenn in der vorangegangenen Maßnahme das Ziel nicht oder noch nicht vollständig erreicht wurde und die medizinische Notwendigkeit eindeutig begründet wird. Die Krankenkassen behalten sich vor, in diesen Fällen die medizinische Notwendigkeit durch den MDK prüfen zu lassen.

## **Anlage 5 A**

### **Patientenschulungen für asthmakranke Kinder und Jugendliche**

Asthma ist eine der häufigsten chronischen Krankheiten in den industrialisierten Ländern. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass in der Bundesrepublik 5% der Erwachsenen und fast 10% der Kinder und Jugendlichen an Asthma leiden. Jährlich sterben in der Bundesrepublik über 5000 Personen an Asthma. Dabei handelt es sich nach Expertenmeinung zu einem großen Teil um vermeidbare Todesfälle.

Die Aufklärung, Beratung und Schulung von PatientInnen mit Asthma trägt entscheidend zur Akzeptanz und angemessenen Krankheitsbewältigung und damit zum Erfolg der Behandlung bei. Patientenschulungen können die ambulanten und stationären Behandlungskosten senken, Notfallsituationen verringern und eine der chronischen Erkrankung angepasste Lebensführung ermöglichen. Es besteht daher weithin Konsens, dass Patientenschulungen einen zentralen Stellenwert im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung asthmakranker PatientInnen einnehmen müssen. Zwischenzeitlich liegen qualitätsgesicherte Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche vor.<sup>2</sup>

In den 90er Jahren haben sich in der Asthmatherapie führende Einrichtungen in der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. zusammengeschlossen und ein einheitliches Schulungskonzept sowie einheitliche Schulungsstandards entwickelt. Die in der Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossenen Schulungsteams haben sich verpflichtet, diese Standards in ihre Arbeit aufzunehmen.

Die Ersatzkassen führen ausschließlich auf der Grundlage dieses strukturierten Schulungsprogrammes Maßnahmen durch oder beteiligen sich an deren Kosten.

#### **1. Ziele und Inhalte**

Als Ziele der Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter gelten:

- Größeres Wissen über die Krankheit
- Verminderung der Häufigkeit von Asthmaanfällen
- Erlernen von Notfallvermeidungsmaßnahmen

---

<sup>2</sup> Für die Zielgruppe der Erwachsenen befinden sich standardisierte Patientenschulungsprogramme in Vorbereitung. Es ist vorgesehen, hierzu ebenfalls einen entsprechenden Baustein zu entwickeln.

**Rahmenempfehlung der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Förderung  
ergänzender Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V  
- Rahmenempfehlung Patientenschulung – Stand: September 2007**

---

- Größere Selbstständigkeit im Umgang mit der Erkrankung
- Unterstützung bei der psychischen Krankheitsbewältigung auf der individuellen und der familiären Ebene
- Förderung der Teilnahme an sportlichen Aktivitäten
- Reduzierung der Schulfehlzeiten
- Verringerung von Krankenhausaufenthalten.

Die Trainings- und Schulungsmaßnahmen bei asthmakranken Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern werden als Gruppenberatung nach einem standardisierten Programm mit folgenden Blöcken durchgeführt:

**Block 1**

- Familieneingangsgespräch
- Aufklärung über das Krankheitsbild
- Umgang mit notwendigen Arzneimitteln
- Asthmasport und Atemübungen
- Übungen zur Selbsteinschätzung

**Block 2**

- Training mit Hilfsmitteln (u.a. Peak-Flow-Messung und Inhalationstechnik)
- Wirkungsweise von Medikamenten
- Aufklärung über die Ursachen und Auslöser von Asthma sowie vorbeugende Maßnahmen, getrennt für Eltern und Kinder
- Elterngespräch

**Block 3**

- Entspannungsübungen
- Aufklärung über Verhalten beim Asthmaanfall
- angstabbauendes Training
- Aufklärung über Medikamente im Rahmen einer Dauertherapie
- Asthma und soziales Umfeld (Rollenspiel)

**Block 4**

- Verhaltensmaßnahmen beim Asthmaanfall
- Rückblick auf die Schulungsmaßnahme
- Familienabschlussgespräch

## **2. Voraussetzungen**

Die Schulungsprogramme richten sich an asthmakranke Kinder und Jugendliche im Alter von ca. 5 bis 18 Jahren und ihre Eltern bzw. ständigen Bezugs- und Betreuungspersonen. Voraussetzung für die Teilnahme an einer Schulung ist eine gesicherte Diagnose Asthma bronchiale. Der Schweregrad der Erkrankung (I-IV) stellt kein Eingangskriterium dar.

Leistungen zu Lasten der Ersatzkassen dürfen nur auf Grund einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung unter Angabe der Diagnose und der verordneten Therapiemaßnahme "Ambulante Asthmaschulung" abgegeben werden.

### **3. Durchführung und Dauer**

Die Schulungs- und Trainingsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen sind als Gruppenberatung durchzuführen. Die unter Punkt 1 aufgeführten Themenblöcke haben einen zeitlichen Umfang von jeweils vier bis fünf Stunden. Je nach Schulungssituation können die Themenblöcke in kleinere Einheiten unterteilt werden. Die Schulungen sollen in möglichst altershomogenen Gruppen für 6 bis 7 Kinder/Jugendliche und deren Eltern/Erziehungspersonen durchgeführt werden. Die erforderlichen Schulungsmaterialien werden den TeilnehmerInnen in bedarfsge- rechtem Umfang von den Schulungsteams kostenlos zur Verfügung gestellt.

Bei bereits geschulten Kindern und Jugendlichen ist es sinnvoll, nach Ablauf von ca. 6 Monaten eine Nachschulung durchzuführen, in der die wesentlichen Inhalte der Schulung wiederholt werden.

Die Asthma-Nachschulung für Kinder und Jugendliche soll einen zeitlichen Um- fang von max. 4 Doppelstunden nicht überschreiten.

Eine Wiederholung der Asthmaschulung ist erst nach Ablauf von drei Jahren nach Beendigung der Ersts Schulung möglich.

### **4. Anforderungen an das Schulungsteam**

Die Schulung wird von einem interdisziplinären Team durchgeführt, das aus min- destens drei verschiedenen Berufsgruppen besteht. Hierbei sind zwingend vorge- schrieben:

- Arzt/Ärztin
- Dipl.-PsychologIn, Dipl.-PädagogIn
- SporttherapeutIn, PhysiotherapeutIn.

Die Beteiligung anderer Berufsgruppen (z. B. MitarbeiterInnen eines Sozialberu- fes mit therapeutischer Zusatzausbildung, Kinderkrankenschwester/-pfleger) ist wünschenswert. Mindestens ein Teammitglied muss über ein Trainerzertifikat der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. (Asthma- akademie) verfügen.

Es muss darüber hinaus sichergestellt sein, dass die Schulung unter der generel- len und einzelfallbezogenen Verantwortung eines/einer Facharztes/Fachärztin für Kinderheilkunde (Koordinator) durchgeführt wird.



Für die beteiligten Berufsgruppen hat die Arbeitsgemeinschaft Asthmapatientenschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. detaillierte Qualifikationsvoraussetzungen festgelegt:

Der/Die für die ambulante Schulungsmaßnahme verantwortliche Arzt/Ärztin (Kordinator) hat die Weiterbildung als Facharzt/Fachärztin für Kinderheilkunde, als Lungenfacharzt/-ärztin oder InternistIn mit Erfahrung in der Behandlung asthmakranker Kinder im Sinne der jeweils aktuell geltenden Weiterbildungsordnung nachzuweisen. Er/Sie muss über spezielle Erfahrungen in der Behandlung asthmakranker Kinder und Jugendlicher verfügen (möglichst Zusatzbezeichnung Allergologie).

Sofern ein/eine andere(r) Arzt/Ärztin als Koordinator die Schulungsmaßnahme durchführt, hat er/sie mehrjährige Berufserfahrung auf dem Gebiet der pädiatrischen Allergologie und/oder Pneumologie nachzuweisen.

Andere Berufsgruppen, die die Schulungsmaßnahme durchführen (Dipl.-Psychologen, Dipl.-Pädagogen, Kinderkrankenschwester/-pfleger usw.), müssen ebenfalls über spezielle Erfahrungen im Bereich der Betreuung asthma- und allergiekranker Kinder und Jugendlicher verfügen.

Die an der Durchführung der ambulanten Schulung beteiligten KrankengymnastenIn und SporttherapeutIn haben den Nachweis über den Erwerb einer entsprechenden Berufsbezeichnung zu erbringen. Sie sollten über spezielle Erfahrungen im Bereich der Betreuung asthmakranker Kinder und Jugendlicher verfügen.

## **5. Qualität**

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

- Es muss sich um ein strukturiertes Schulungskonzept handeln.
- Es liegen pädagogisch aufbereitete Schulungsmaterialien vor (patientenorientierte Medien).
- Das Schulungspersonal ist fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziert (entsprechende Qualifikationsnachweise liegen vor).
- Die Bereitschaft zur kontinuierlichen Fort-/Weiterbildung des Schulungspersonals wird vorausgesetzt.
- Die Leistungserbringung wird dokumentiert.

## **6. Vergütung**

Vgl. Abschnitte 8 und 9 der Rahmenempfehlung.

## **Patientenschulungen für asthmakranke Erwachsene**

Es existieren zahlreiche Patientenschulungsprogramme für erwachsene Asthmatiker, die von verschiedenen Verbänden und der pharmazeutischen Industrie entwickelt bzw. zusammengestellt wurden. Diese weisen eine unterschiedliche Qualität auf. Dies hat den Bundesverband der Pneumologen Deutschlands, die Sektion Prävention und Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie sowie die Deutsche Atemwegsliga veranlasst, sich auf einen nationalen Konsens in der Vielfalt der verfügbaren Programme zu verständigen. Dieser nationale Konsens über Asthaschulung für Erwachsene stellt das „**Nationale ambulante Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker - NASA**“ dar. Es enthält solche Schulungsmodule, die für diese Zielgruppe wesentlich sind und gilt als qualitätsgesichert. Die Ersatzkassen fördern Patientenschulungen für Erwachsene ausschließlich auf der Grundlage des NASA-Programms.

Patientenschulungen für Erwachsene unterscheiden sich von den Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche. Während bei Kindern und Jugendlichen eine eher spielerische Auseinandersetzung mit dem Schulungsthema erfolgt, steht bei Erwachsenen die Information und Wissensvermittlung im Mittelpunkt.

### **1. Ziele und Inhalte**

Durch die Teilnahme an den Patientenschulungen sollen chronisch asthmakranke Erwachsene zu einem besseren Krankheits selbstmanagement sowie zur Vermeidung und Reduzierung von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen befähigt und damit auch ihre Lebensqualität erhöht werden.

Basierend auf dem nationalen Konsens über Asthaschulungen (NASA) haben die Patientenschulung für erwachsene Asthmatiker folgende Inhalte zu umfassen:

- Grundlage der Anatomie und Pathophysiologie der Atemwege
- Ursachen der Asthmaentstehung unter besonderer Gewichtung allergischer Erkrankungen, umweltbedingter Einflüsse sowie des Rauchens, rezidivierender Atemwegsinfekte (Aufklärung über Krankheitsmechanismen, auslösende Stimuli und Beschwerden)
- Körperselbstwahrnehmung
- ausführliche Darstellung des Stufenplans der Asthmatherapie mit Besprechung der einzelnen Substanzklassen
- Trennung zwischen Dauer- und Bedarfsmedikation

- Erkennen einer Asthma-Exazerbation und möglichst auch der Auslöser
- Peak-Flow-Messung, Selbstbeurteilung, Dokumentation von Symptomen und Medikamentenverbrauch (u.a. Führen von Asthma-Tagebüchern)
- richtige Inhalationstechnik (Auswahl und Anwendung geeigneter Inhalationshilfen)
- Verhaltensprävention (Verhalten bei Atemnot, angepasste Lebensweise, richtiges Atmen, Atem- und Entspannungsübungen, Auswirkungen z.B. auf Familie, Beruf und Freizeit, Hinweise zum Asthmasport)
- Verhalten des Patienten z.B. bei einer Verschlechterung bzw. Meiden von Verschlimmerungsfaktoren (Tierhaltung, Rauchen, sonstige Umwelteinflüsse)
- Selbsthilfemaßnahmen und Selbstmedikation
- Verweis auf die örtlichen Selbsthilfegruppen.

## **2. Voraussetzungen**

Voraussetzung für die Teilnahme an einer Schulungsmaßnahme ist das Vorliegen einer chronischen Erkrankung und die gesicherte Diagnose Asthma bronchiale. Der Schweregrad der Erkrankung (I-IV) stellt kein Eingangskriterium dar.

Leistungen zu Lasten der Ersatzkassen dürfen nur auf Grund einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung unter Angabe der Diagnose und der verordneten Therapiemaßnahme „ambulante Asthmaschulung“ abgegeben werden.

Es muss sichergestellt sein, dass der Patient über die erforderlichen motivationalen und kognitiven Voraussetzungen (z.B. Lernbereitschaft, Lernfähigkeit) verfügt. Ist abzusehen, dass das Schulungsziel durch den Versicherten nicht erreicht werden kann (u.a. fehlende Krankheitseinsicht, fehlende Motivation, aus Altersgründen), ist eine Patientenschulung kontraindiziert.

Eine Nachschulung i.S. einer Auffrischung ist bei begründetem Bedarf möglich. Vgl. hierzu Abschnitt 2.3.

## **3. Durchführung und Dauer**

Die Patientenschulungsmaßnahmen für erwachsene Asthmatiker sind ambulant und wohnortnah in Gruppen mit mindestens sechs bis maximal 12 Patienten (ggf. auch unter Einbeziehung einer Bezugsperson/Angehörige) durchzuführen. Die entsprechende räumliche Ausstattung sowie die Ausstattung mit entsprechenden Lernmedien müssen zur Verfügung stehen.

Die erforderlichen Schulungsmaterialien werden den TeilnehmerInnen in bedarfsgerechtem Umfang von den Schulungsteams kostenlos zur Verfügung gestellt.

Es muss sich um ein abgeschlossenes Schulungskonzept handeln. Der Umfang der Schulung beläuft sich i.d.R. auf sechs Stunden à 60 Minuten oder vier Doppelstunden à 90 Minuten. Eine Wiederholung der Asthmaschulung ist ausgeschlossen.

Eine Nachschulung i.S. einer Auffrischung ist bei begründetem Bedarf frühestens 12 Monate nach Beendigung der Patientenschulung möglich. Die Nachschulung darf einen zeitlichen Umfang von maximal zwei Stunden à 60 Minuten nicht überschreiten und lehnt sich an die Voraussetzung gemäß NASA an. Die Ersatzkassen fördern maximal eine Nachschulung.

Die Gesamtaufwendungen für die Asthmaschulung für Erwachsene muss im Hinblick auf das angestrebte Ziel (Krankheitsmanagement) unter Berücksichtigung der Grundsätze der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit (vgl. § 12 SGB V) angemessen sein.

#### **4. Qualität und Anforderungen an die AsthmatrainerInnen**

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

- Es muss sich um ein strukturiertes Schulungskonzept handeln.
- Es liegen pädagogisch aufbereitete Schulungsmaterialien vor (patientenorientierte Medien).
- Das Schulungspersonal ist fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziert (entsprechende Qualifikationsnachweise liegen vor).
- Die Bereitschaft zur kontinuierlichen Fort-/Weiterbildung des Schulungspersonals wird vorausgesetzt.
- Die Leistungserbringung wird dokumentiert.

Die Qualifikationsvoraussetzungen der Anbieter entsprechend NASA-Vorgaben:

- Arzt/Ärztin (Fachrichtung: Innere Medizin, Pneumologie mit entsprechender Zusatzqualifikation/Trainerlizenz).

Die Verantwortung für die Durchführung der Schulung liegt bei dem/der Facharzt/Fachärztin. Die Beteiligung anderer Berufsgruppen (Dipl.-PsychologIn, Dipl.-PädagogIn, Physio-, SporttherapeutIn) ist wünschenswert. Jedoch müssen diese über spezielle Erfahrungen im Umgang mit asthmakranken Erwachsenen sowie über den Erwerb einer entsprechenden Zusatzqualifikation verfügen.

#### **5. Vergütung**

Vgl. Abschnitt 8 und 9 der Rahmenempfehlung.

## **Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis)**

### **Vorwort**

Krankenkassen können nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation für chronisch Kranke erbringen. Mit dem Ziel der Entwicklung und Erprobung eines standardisierten Patientenschulungsprogramms wurde auf Bundesebene seit dem 01.09.2000 ein Modellprojekt zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Neurodermitis von der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitis-Schulung (AGNES e.V.) und dem Bundesministerium für Gesundheit durchgeführt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben das Modellprojekt kontinuierlich begleitet und unterstützt. Das Modellprojekt ist inzwischen abgeschlossen und der Abschlussbericht liegt vor. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass die im Rahmen des Modellvorhabens durchgeführten Patientenschulungsmaßnahmen Verbesserungen bei vielen der untersuchten Zielgrößen erzielt haben. Die besten Effekte wurden für die Zielgruppe der 0- bis 7-Jährigen nachgewiesen.

**Mit den nachfolgenden Empfehlungen werden inhaltliche und strukturelle Voraussetzungen für eine Kostenübernahme definiert.**

### **1. Schulungsarten und Zielgruppen der Patientenschulung**

#### **1.1 Indikationsstellung**

Für neurodermitis-krankte Kinder und Jugendliche existieren altersspezifische, auf den jeweiligen Entwicklungsstand ausgerichtete Typen von Schulungskonzepten. Dies sind

- für Kinder im Alter von 0 bis 7 Jahre: die Elternschulungen,
- für Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren: Schulung der Kinder und Eltern,
- für Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren: Schulung der Jugendlichen mit optionaler Elterneinbindung.

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

- das Vorliegen von Neurodermitis medizinisch gesichert diagnostiziert wurde (Ekzem besteht seit mindestens drei Monaten),
- zuvor eine fachärztlich (pädiatrisch und/oder dermatologisch) durchgeführte Therapie stattgefunden hat

- der SCORAD<sup>1)</sup> trotz der fachärztlichen Behandlung nach wie vor einen Wert von > 20 aufweist (Therapieresistenz) und
- eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung durch Pädiater/Pädiaterin bzw. Dermatologen/Dermatologin vorgelegt wurde.

Eine weitere wesentliche Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer Patientenschulung sowie für die Leistungserbringung ist die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung sowohl bei den Angehörigen (Eltern/Bezugspersonen) als auch bei den Kindern und Jugendlichen.

## **1.2 Kontraindikationen**

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

- fehlende Motivation der Patienten oder deren Eltern/Bezugspersonen, aktiv an dem Schulungsprogramm mitzuarbeiten
- unzureichende Gruppenfähigkeit
- fehlende Schulungsfähigkeit.

## **2. Ziele und Inhalte**

Durch die Teilnahme an einer Neurodermitisschulung soll für die Kinder und Jugendlichen eine langfristige Besserung der Hauterkrankung erreicht werden (Ergebnisqualität). Damit eine Steigerung der Therapiemotivation im Sinne der Umsetzung von Behandlungsempfehlungen erfolgt, sollen Eltern/Bezugspersonen bzw. die Betroffenen in die Lage versetzt werden, die auf Grund der Erkrankung im Alltag entstehenden Probleme besser bewältigen zu können. Durch die Schulung sollen die TeilnehmerInnen Inhalte und Hintergründe gesicherter Erkenntnisse und Therapien verstehen, werten und für sich zu nutzen lernen. Weitere Ziele sind:

- Verminderung der Häufigkeit von Krankheitsschüben und deren Dauer
- Reduzierung stationärer Maßnahmen
- Reduzierung psychosozialer Folgekosten
- Optimierung der Behandlung (die Inanspruchnahme ineffektiver und ungesicherter Therapiemaßnahmen soll ausgeschlossen werden)
- Förderung einer adäquaten Bewältigung somatischer und psychosozialer Aspekte
- frühzeitigere Betonung positiver eigener und sozialer Ressourcen
- Verminderung von Folgekosten auf Grund falscher Berufswahl.

---

<sup>1)</sup> Vgl. hierzu die Erläuterung des SCORAD im Anhang dieser gemeinsamen Hinweise.

Folgende Inhalte sollen vermittelt werden:

- medizinische Informationen
- Informationen zur stadiengerechten Hautbehandlung
- Einübung und Transfer in den Alltag
- Kenntnisse über mögliche Auslöser und deren Vermeidung
- Kenntnisse über geeignete diagnostische Maßnahmen zur Vermeidung von Exazerbationen
- Einblick und Erprobung in Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelentspannung, Fantasiereisen, autogenes Training)
- Umgang mit Juckreiz und Erarbeiten von Kratzalternativen
- Erarbeiten und Erproben von Strategien im Umgang mit psychosozialen Belastungen von Kindern und Eltern-
- Möglichkeit zur Besprechung familiärer Belastungen im Zusammenhang mit der Neurodermitis
- kindgerechte Ernährung im Allgemeinen und neurodermitisgerechte Ernährung im Besonderen.

Auf Basis der vorgenannten Ziele und Inhalte sind strukturierte Schulungskonzepte vom Leistungserbringer vorzulegen.

### **3. Gruppengröße, Umfang und Dauer der Schulung**

Die Patienten werden in altershomogenen Gruppen geschult. Bei der Eltern- und Jugendlichenschulung beträgt die Gruppengröße 6 maximal 8 Personen. Bei Schulung der Kinder mit paralleler Elternschulung (8 bis 12 Jahre) sollte die Gruppengröße maximal 8, bei gemeinsamer Schulung 16 Personen nicht überschreiten.

Hinsichtlich des Umfangs gilt bei diesen Zielgruppen, dass Kinder und Eltern gemeinsam (12 Stunden mit mindestens 2 TeammitarbeiterInnen) oder parallel (Kinder 12 Stunden und Eltern 12 Stunden) geschult werden können.

Die Schulungen für Kinder und Jugendliche sowie die reine Elternschulung umfassen in der Regel 6 Unterrichtseinheiten à 2 Zeitstunden im wöchentlichen Abstand. Bei Jugendlichen kommen optional zwei zusätzliche Stunden für die Eltern-/Bezugspersonen in Betracht.

### **4. Anbieterqualifikationen**

Neurodermitisschulungen für Kinder und Jugendliche finden grundsätzlich in interdisziplinär zusammengesetzten Schulungsteams statt. Die folgenden drei Berufsgruppen müssen mindestens einbezogen sein:

1. Arzt/Ärztin: z.B. Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Ausbildung im Bereich Allergologie; PädiaterIn mit Ausbildung im Bereich Allergologie – jeweils mit Beratungserfahrung neurodermitiskrankter Kinder und deren Eltern.
2. Diplom-PsychologIn oder Arzt/Ärztin für psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie jeweils mit Beratungserfahrung neurodermitiskrankter Kinder und deren Eltern. Im Einzelfall kann dieser Part auch von einer Diplompädagogin bzw. Diplompädagogen wahrgenommen werden, vorausgesetzt, es liegen Beratungserfahrungen mit neurodermitiskranken Kindern oder Eltern vor.
3. Ernährungsfachkraft: abgeschlossene Berufsausbildung zur DiätassistentIn bzw. abgeschlossenes Hochschulstudium zur ÖkotrophologIn jeweils mit Beratungserfahrung neurodermitiskrankter Kinder und deren Eltern.

Zur Qualifikation des Schulungspersonals wurden von AGNES e.V. Akademien eingerichtet. Diese vergeben ein Zertifikat zum Neurodermitistrainer. Diese Zertifizierung ist Bestandteil der Qualitätssicherung. Mindestens ein Mitglied des Schulungsteams muss daher ein bei der AGNES e.V. erworbenes Trainerzertifikat besitzen. Empfohlen wird, dass der Arzt bzw. die Ärztin über dieses Zertifikat verfügt. Weiter werden methodisch-didaktische Kompetenzen für die Durchführung von Gruppenmaßnahmen vorausgesetzt. Die Mitwirkung weiterer Berufsgruppen (z.B. Kinderpflegekräfte, ErzieherInnen, ArzthelferInnen) ist möglich. Sie dürfen jedoch die Schulung nicht anstelle der vorgenannten drei Berufsgruppen durchführen.

Verfügt der an der Schulung beteiligte Arzt bzw. Ärztin noch nicht über eine Zertifizierung durch AGNES, sollte diese Zertifizierung innerhalb eines Jahres erworben und nachgewiesen werden.

Ein nach Postleitzahlen geordnetes Verzeichnis der von der AGNES e.V. zertifizierten Anbieter/Fachkräfte ist unter [www.neurodermitisschulung.de](http://www.neurodermitisschulung.de) abrufbar.

## **5. Methodik**

Auch die methodisch-didaktischen Vorgehensweisen sind im Schulungskonzept darzustellen. Weiter sind die den jeweiligen Unterrichtseinheiten zugrundeliegenden Lernziele zu beschreiben. Die angewandte didaktisch-methodische Vorgehensweise soll gemäß den von AGNES e.V. definierten diesbezüglichen Qualitätsstandards entsprechen (siehe [www.neurodermitisschulung.de](http://www.neurodermitisschulung.de)). Die Unterrichtseinheiten umfassen auch Anleitungen für das Üben im Alltag, um dadurch das Gelernte bzw. die erworbenen Kompetenzen zu festigen.



## **6. Räumliche Voraussetzungen und Teilnehmermaterialien**

Es sind folgende Räumlichkeiten vorzuhalten:

- bei Parallelschulungen zwei Räume, wobei einer der Räume ausreichend Platz für die gesamte Gruppe bietet.

Auf die jeweils zu schulende Zielgruppe ausgerichtete Unterrichts- und Teilnehmermaterial sollte zur Weitergabe an die Patienten bzw. ihre Eltern/Bezugspersonen entwickelt sein.

## **7. Qualitätssicherung**

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

Mindestens ein Mitglied des Schulungsteams verfügt über das bei der AGNES e.V. erworbene Neurodermitistrainerzertifikat und ist für die Qualität des Schulungsteams sowie die Durchführung der Schulung verantwortlich (vgl. auch Abschnitt 4).

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

Das Schulungsteam arbeitet eng mit den zuweisenden Ärzten zusammen.

Das Schulungskonzept ist regelmäßig entsprechend dem aktuellen Forschungsstand zu überarbeiten.

Der Schulungsverlauf ist zu dokumentieren. Abweichungen von den im Schulungskonzept vorgesehenen Unterrichtseinheiten/Modulen sind darzulegen. Weiter sind die Anwesenheiten der Schulungsteilnehmer an den jeweiligen Unterrichtseinheiten zu dokumentieren.

Im Übrigen gelten die jeweils aktuellen Empfehlungen zum „Qualitätsmanagement in der Neurodermitisschulung von Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern“, herausgegeben von der Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement der AGNES e.V. ([www.neurodermitisschulung.de](http://www.neurodermitisschulung.de)), sowie die gemeinsamen Hinweise der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Stichprobenartig kann es sich anbieten, das Schulungskonzept und/oder den Leistungserbringer in Einzelfällen vom MDK überprüfen zu lassen.

## **8. Schulungs-/Kurskosten**

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

Zum Leistungsumfang und zu den vorgenannten Schulungskosten gehören auch ein Eingangsgespräch und ein Abschlussgespräch mit den Eltern bzw. den Bezugspersonen.

Eine Kostenübernahme/-beteiligung durch die Krankenkasse sollte nur bei nachgewiesener regelmäßiger Teilnahme (80% Anwesenheit) erfolgen.

Vgl. auch die Abschnitte 8 und 9 der Rahmenempfehlung.

## **9. Erneute Schulung**

Ein möglicher zusätzlicher Schulungsbedarf kann sich u.a. aus einem geänderten Gesundheitszustand bzw. Krankheitsverlauf oder in Abhängigkeit vom angestiegenen Lebensalter (z.B. Wechsel in die Pubertät) ergeben. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren kann eine erneute Schulung im Einzelfall angezeigt sein. Voraussetzung hierfür ist die Befürwortung durch den behandelnden Arzt. Im Einzelfall kann diese weitere Leistungsanspruchnahme vom MDK geprüft werden.

**Anlage**

(neurodermitis Kranke Kinder und Jugendliche)

**SCORAD**

(**SC**oring **A**topic **D**ermatitis der European Task Force on Atopic Dermatitis))

Definition: Evaluiertes Messinstrument zur Bestimmung des Schweregrades einer Neurodermitis (Synonyme: Atopisches Ekzem, Atopische Dermatitis)

Im Rahmen der körperlichen Untersuchung werden folgende Befund erhoben:

**A**

Summe der Ausdehnung in % der befallenen Körperoberfläche, differenziert nach dem Alter: Kindern unter 2 Jahre und Ältere

**B**

Summe der Intensität der Hautveränderungen:

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| • Rötung          | <b>Intensität (0-3)</b> |
| • Ödem, Papeln    | 0 = gar nicht           |
| • Nässen, Krusten | 1 = wenig               |
| • Exkorationen    | 2 = mäßig               |
| • Lichenifikation | 3 = schwer              |

**C**

Summe der Subjektive Empfindlichkeit

- Juckreiz (0-10)
- Schlaflosigkeit wegen Juckreiz (0-10)

$$\text{SCORAD} = A/5 + 7 \times B / 2 + C = \underline{\hspace{2cm}}$$

Informationen, Anwendungsbeispiele und SCORAD-Rechner unter  
[www.adserver.sante.univ-nantes.fr/Scorad.html](http://www.adserver.sante.univ-nantes.fr/Scorad.html)