

Gemeinsame Empfehlungen
zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen
auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V
vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 8. Februar 2017

Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin

AOK-Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e. V., Berlin

Knappschaft, Bochum

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), Kassel

GKV-Spitzenverband, Berlin

unter Beteiligung

der SEG 1 der MDK-Gemeinschaft

Inhaltsverzeichnis

1. Präambel	4
2. Gesetzliche Grundlage	4
3. Begriffsbestimmungen	5
3.1 Patientenschulungsmaßnahmen.....	5
3.2 Chronisch krank.....	5
3.3 Angehörige	5
3.4 Ständige Betreuungspersonen.....	6
4. Für eine Konzeptprüfung erforderliche Unterlagen	6
5. Ziele und Inhalte von Patientenschulungen	7
6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme	9
6.1 Abgrenzung zu Nachsorgemaßnahmen im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation	10
6.2 Abgrenzung zu Rehabilitationssport und Funktionstraining	10
6.3 Abgrenzung zu Leistungen zur Primärprävention.....	11
6.4 Abgrenzung zur Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels	11
7. Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation	11
7.1 Vorhandensein strukturierter Schulungskonzepte	12
7.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal	12
7.3 Dokumentation der Leistungserbringung	13

7.4	Qualitätsmanagement.....	14
7.4.1	Internes Qualitätsmanagement.....	14
7.4.2	Externes Qualitätsmanagement.....	14
8.	Durchführung von Patientenschulungen	15
8.1	Teilnehmeranzahl /Gruppengröße.....	15
8.2	Räumliche Voraussetzung und Ausstattung	15
8.3	Dauer und Umfang.....	15
8.4	Wiederholung der Schulung.....	16
9.	Leistungsgewährung.....	16
10.	Perspektive.....	16
11.	Inkrafttreten.....	16

1. Präambel

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

Patientenschulungen, die im Rahmen ergänzender Leistungen zur Rehabilitation angeboten werden, zeichnen sich durch ein heterogenes Bild von Konzepten, Inhalten, Methoden, Schulungsdauer und Qualitätsanforderungen aus. An strukturierten und wissenschaftlich erprobten Schulungsprogrammen mangelt es. Bei den meisten Patientenschulungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V liegen keine Wirksamkeitsnachweise vor. Aus diesem Grunde, aber auch vor dem Hintergrund der vom Gesetzgeber geschaffenen Rechtsgrundlage, leisten die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene mit diesen Gemeinsamen Empfehlungen einen Beitrag zur qualitativen Weiterentwicklung ambulanter Patientenschulungsmaßnahmen. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf ambulante Patientenschulungsmaßnahmen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

2. Gesetzliche Grundlage

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

§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V lautet:

"Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 44 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 53 und 54 SGB IX als ergänzende Leistungen zu erbringen sind, ...

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

wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet."

3. Begriffsbestimmungen

3.1 Patientenschulungsmaßnahmen

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

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

3.2 Chronisch krank

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

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

3.3 Angehörige

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

3.4 Ständige Betreuungspersonen

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

4. Für eine Konzeptprüfung erforderliche Unterlagen

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

Die nachfolgenden Angaben und Programmunterlagen sind der Krankenkasse vorzulegen.

Allgemeine Angaben

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

Formale Programmanforderungen

- Ø Durchführungsart/-ort
- Ø Einbeziehung von ständigen Betreuungspersonen
- Ø Gruppengröße
- Ø Gruppenzusammenstellung (geschlossene/offene Gruppe etc.)
- Ø Ausführung zu Zielen
- Ø Ausführung zu Inhalten
- Ø Ausführung zum inneren Stundenaufbau
- Ø Ausführungen zu den Schulungseinheiten (Inhalte)
- Ø Verhältnis von praktischen zu theoretischen Einheiten
- Ø Muster-Stundenplan
- Ø Methodisches Vorgehen (eingesetzte Methoden)
- Ø Ausführungen zur Vermeidung von Schulungsabbrüchen (z. B. Motivationskonzept)
- Ø Lehr - und Lernmedien
- Ø Dokumentation
- Ø Internes/externes Qualitätsmanagement
- Ø Qualitätssicherung
- Ø Personelle Ausstattung
- Ø Train-the-Trainer Angebote/Zertifikate (sofern vorhanden)
- Ø Beschreibung der apparativ-technische/räumliche Struktur.

Wirksamkeit

- Ø Nachweis/Unterlagen zur Wirksamkeit

5. Ziele und Inhalte von Patientenschulungen

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

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

Ambulante Patientenschulungen müssen inhaltlich den nachstehenden zentralen Komponenten gerecht werden:

- Ø **Aufklärung:** Vermittlung spezifischen Krankheits- und Behandlungswissens sowie eines angemessenen Krankheitsmodells
- Ø **Aufbau einer positiven Einstellung zur Erkrankung und ihrer Bewältigung:** Fundierte Krankheits- und Behandlungseinsicht, Erhöhung der Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Krankheit

- Ø **Sensibilisierung der Körperwahrnehmung:** Frühzeitiges Erkennen von Warnsignalen, Vorboten, Überlastungsanzeichen und Verschlimmerungen des Krankheitszustandes
- Ø **Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen:** u. a. Fertigkeiten bezüglich der medikamentösen Therapie, Einhaltung von Diätplänen, Kennenlernen von Entspannungsübungen usw.
- Ø **Maßnahmen zur Prävention:** Aufbau einer gesundheitsförderlichen Lebensweise, Vermeidung von spezifischen Auslösern und Verhalten in Krisensituationen (Notfallprophylaxe).
- Ø **Erwerb sozialer Kompetenzen und Mobilisierung sozialer Unterstützung:** Kommunikationsfähigkeit über die Erkrankung und ihre Auswirkungen, Formulierung eigener behandlungsbezogener Befürchtungen und Bedürfnisse gegenüber dem Arzt und soweit erforderlich Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

Programmbestandteile,

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

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

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

6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme

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

Schulungsbedarf ist unter anderem dann gegeben, wenn

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

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

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

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

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

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

Im Einzelfall kann auch nach vorausgegangener medizinischer Rehabilitation parallel zu einer Nachsorgemaßnahme die Durchführung einer Patientenschulungsmaßnahme aufgrund derselben Erkrankung notwendig sein. Voraussetzung hierfür ist, dass die Inhalte der Patientenschulung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V bzw. der Nachsorgemaßnahme nicht mit den Inhalten der Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V identisch sind. Doppelleistungen bei gleichen Schulungsinhalten sind ausgeschlossen.

6.2 Abgrenzung zu Rehabilitationssport und Funktionstraining

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

Das Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln/Gelenke usw.) der Behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen. Das

Funktionstraining ist organorientiert, es dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder Verbesserung von Störungen der Funktionen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, der Schmerzlinderung, der Bewegungsverbesserung, der Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und der Hilfe zur individuellen Selbsthilfe.

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

6.3 Abgrenzung zu Leistungen zur Primärprävention

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

6.4 Abgrenzung zur Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels

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

7. Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation

Gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 müssen Patientenschulungen wirksam und effizient sein. Sie müssen hinsichtlich ihrer Ausführung, Art und Dauer den anerkannten Erfahrungsgrundsätzen der beteiligten Wissenschaftsdisziplinen (z. B. Psychologie, Physiotherapie, Pädagogik, Ernährungswissenschaft etc.) und dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die Wirksamkeit und Effizienz von Patientenschulungsmaßnahmen ist gegenüber der Krankenkasse an Hand von Studien nachzuweisen. Liegen keine gesicherten Erkenntnisse über die jeweiligen indikationsspezifischen Schulungsmaßnahmen vor und ist die Wirksamkeit nicht mit ausreichender Evidenz nachgewiesen, ist der Krankenkasse aufzuzeigen, welche Begleitevaluation eingeleitet wird (z. B. Teilnahme an der Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV) der Universität zu Ulm, Institut für Epidemiologie und medizinische Biometrie (ZIBMT), Herrn Prof. Dr. Reinhard W. Holl). Die Krankenkasse kann vorsehen, dass diese Evaluation in regelmäßigen Abständen vorgelegt wird. Abweichende Regelungen hiervon

können indiziert sein und werden dann indikationsbezogen im speziellen Teil näher ausgeführt.

Weiterhin kann die Krankenkasse die Evidenz nach Abschluss von Studien zur Wirksamkeit des vorgelegten Patientenschulungsprogramms auch im Nachgang von Konzeptbewertungen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen. Belegen die Studien dann jedoch die fehlende Wirksamkeit, können diese Programme nicht mehr zur Anwendung gelangen.

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

7.1 Vorhandensein strukturierter Schulungskonzepte

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

7.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal

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

Der Umfang der ärztlichen Einbindung kann bei der einzelnen Indikation variieren und wird deshalb im Speziellen Teil (II.) näher ausgeführt. Beim Auftreten

von medizinischen Problemen bei Programmteilnehmern ist eine fachliche Klärung sicherzustellen. Die Einweisung in das durchzuführende Schulungsprogramm ist für alle - ärztliche und nichtärztliche - Teammitglieder verbindlich.

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

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

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

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

- Ø Psychologische/Psychotherapeutische Berufsgruppe, die in den zur Anwendung kommenden verhaltenstherapeutischen Methoden geschult sind,
- Ø Sportwissenschaftler,
- Ø Krankengymnasten/Physiotherapeuten,
- Ø Sport- und Gymnastiklehrer,
- Ø Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufsabschluss im Bereich Ernährung: Diätassistenten, Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor), Ernährungswissenschaftler (mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor), die in den zur Anwendung kommenden Ernährungsmaßnahmen geschult sind.

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

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

7.3 Dokumentation der Leistungserbringung

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

- Ø Teilnahmebescheinigung für den Versicherten zur Vorlage bei der Krankenkasse
- Ø Dokumentation der Anwesenheit (Teilnehmer und Therapeut)
- Ø Dokumentation der Schulungsinhalte
- Ø Dokumentation des Schulungsverlaufs
- Ø Vereinbarung von und ggf. Anpassung der Patientenziele im Verlauf der Maßnahme
- Ø Kommunikation mit den behandelnden Ärzten
- Ø Dokumentation und Auswertung der Schulungsergebnisse inklusive der Schulungsabbrecher
- Ø Dokumentation der Teambesprechungen
- Ø Abschlussbericht an weiterbehandelnden Arzt.

7.4 Qualitätsmanagement

7.4.1 Internes Qualitätsmanagement

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

7.4.2 Externes Qualitätsmanagement

- Ø Teilnahme an externen Qualitätszirkeln
- Ø Kontinuierlichen Fort-/Weiterbildung des Schulungspersonals
- Ø Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen der Krankenkasse.

Sofern vom Leistungserbringer kein Wirksamkeitsnachweis im Zusammenhang mit Patientenschulungsprogrammen vorgelegt werden kann, hat sich der Leistungserbringer an externen Begleitevaluationen (z. B. für den Bereich der Adipositas-schulungen an der Adipositas-Patientenverlaufsdokumentation (APV) der Universität Ulm, Prof. Dr. Holl) zu beteiligen oder in Abstimmung mit der

Krankenkasse eigene Auswertungen zu erstellen. Die Krankenkasse kann bei Bedarf die Auswertung der Ergebnisse anfordern.

Möchte der Leistungserbringer Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu Lasten der Krankenkassen erbringen, sind die o. a. Nachweise vorzulegen und den Krankenkassen oder dem Medizinischen Dienst die Möglichkeit des Besuchs der Schulung zu ermöglichen.

8. Durchführung von Patientenschulungen

Die Durchführung von Patientenschulungen erfolgt ambulant und wohnortnah. Die definierten Anforderungen an die Qualität (siehe Abschnitt 6 dieser Empfehlung) sind zu erfüllen.

8.1 Teilnehmeranzahl /Gruppengröße

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

8.2 Räumliche Voraussetzung und Ausstattung

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

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

8.3 Dauer und Umfang

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

8.4 Wiederholung der Schulung

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

9. Leistungsgewährung

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

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

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

10. Perspektive

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

11. Inkrafttreten

Diese Empfehlung tritt am 1. März 2017 in Kraft und ersetzt vorherige Fassungen.