

Gemeinsame Empfehlungen
zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen
auf der Grundlage von § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V
vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 16. Juni 2026

GKV-Spitzenverband, Berlin

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

AOK-Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e. V., Berlin

Knappschaft, Bochum

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

unter Beteiligung

des Medizinischen Dienst Bund

und

der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Leistungsbeurteilung und Teilhabe“

(SEG 1) der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

Inhaltsverzeichnis

I.	Allgemeiner Teil	5
1	Präambel	5
2	Gesetzliche Grundlage	5
3	Begriffsbestimmungen	6
3.1	Patientenschulungsmaßnahmen	6
3.2	Chronisch krank	6
3.3	Angehörige	6
3.4	Ständige Betreuungspersonen	6
4	Für eine Prüfung des Patientenschulungsprogrammes erforderliche Unterlagen	7
5	Ziele und Inhalte von Patientenschulungen	8
6	Voraussetzung für die Inanspruchnahme	10
6.1	Einschlusskriterien für die Teilnahme an einem Schulungsprogramm	10
6.2	Ausschlusskriterien für die Teilnahme an einem Schulungsprogramm	10
6.3	Abbruchkriterien, welche die weitere Teilnahme an der Schulung ausschließen	11
7	Abgrenzung der Patientenschulungen nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V von anderen Leistungsbereichen	11
7.1	Abgrenzung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation	11
7.2	Abgrenzung zu Rehabilitationssport und Funktionstraining	11
7.3	Abgrenzung zu Leistungen zur Primärprävention	12
7.4	Abgrenzung zur Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels	12
7.5	Abgrenzung von Disease-Management-Programmen (DMP)	12
8	Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation	13
8.1	Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms	13
8.2	Qualitätsmanagement	14
8.2.1	Internes Qualitätsmanagement	14
8.2.1.1	Vorhandensein strukturierter Schulungskonzepte	14
8.2.1.2	Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal	14
8.2.1.3	Dokumentation der Leistungserbringung	15
8.2.1.4	Instrumente des internen Qualitätsmanagements	16
8.2.2	Externes Qualitätsmanagement	16

8.2.3	Vorlagepflichten	16
9	Durchführung von Patientenschulungen	16
9.1	Teilnehmendenzahl / Gruppengröße	17
9.2	Räumliche Voraussetzung und Ausstattung	17
9.3	Dauer und Umfang	17
9.4	Wiederholung der Schulung	17
10	Schulungsformat	18
10.1	Definition online Elemente	18
10.2	Umfang und mögliche Inhalte von online Elementen	19
10.3	Qualifikationsanforderungen an die Durchführenden	19
10.4	Videokonferenz Tool, technische und weitere Anforderungen	19
10.5	Datenschutz	19
11	Leistungsgewährung	20
12	Perspektive	20
13	Inkrafttreten	20
II.	Spezieller Teil: Schulungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis)	21
1	Präambel	21
2	Gesetzliche Grundlagen	21
3	Ausführungen zum Krankheitsbild des atopischen Ekzems bei Kindern und Jugendlichen	21
3.1	Das Krankheitsbild des atopischen Ekzems bei Kindern und Jugendlichen	21
3.2	Entwicklung von Neurodermitisschulungen für Kinder und Jugendliche	23
4	Erforderliche Unterlagen	24
5	Ziele und Inhalte von Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis)	24
5.1	Ziele	24
5.2	Inhalte	25
6	Voraussetzungen für die Inanspruchnahme	25
6.1	Einschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm	25
6.2	Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm	26
6.3	Abbruchkriterien, die die weitere Teilnahme an der Schulung ausschließen	27
7	Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation	27
7.1	Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms	27

7.2	Qualitätsmanagement	27
7.2.1	Internes Qualitätsmanagement	27
7.2.1.1	Strukturiertes Schulungsprogramm	28
7.2.1.2	Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal	28
7.2.1.3	Dokumentation der Leistungserbringung	30
7.2.1.4	Dokumentation	30
7.2.2	Externes Qualitätsmanagement	30
7.2.3	Vorlagepflichten	30
8	Durchführung von Patientenschulungen	31
8.1	Teilnehmendenzahl/Gruppengröße	31
8.2	Räumliche Voraussetzungen und Ausstattung	31
8.3	Dauer und Umfang	32
8.4	Schulungs-/Kurskosten	32
8.5	Wiederholung der Schulung	32
9	Leistungsgewährung	33
10	Perspektiven	33
11	Inkrafttreten	33
12	Anlage	34
13	Literaturverzeichnis	35

I. Allgemeiner Teil

1 Präambel

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

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

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf ambulante Patientenschulungen nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V.

2 Gesetzliche Grundlage

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

§ 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V lautet:

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

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

wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet."

3 Begriffsbestimmungen

3.1 Patientenschulungsmaßnahmen

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

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

3.2 Chronisch krank

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

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

3.3 Angehörige

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

3.4 Ständige Betreuungspersonen

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

4 Für eine Prüfung des Patientenschulungsprogrammes erforderliche Unterlagen

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

Die nachfolgenden Angaben und Programmunterlagen sind der Krankenkasse vorzulegen:

Allgemeine Angaben

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

Formale Programmanforderungen

- Durchführungsort,
- Schulungsformat (Präsenz oder anteilig online),
- Einbeziehung von Angehörigen bzw. ständigen Betreuungspersonen,
- Gruppengröße,
- Gruppenzusammenstellung (geschlossene/offene Gruppe etc.),
- Ausführung zu Zielen,
- Ausführung zu Inhalten,
- Ausführung zum inneren Stundenaufbau,
- Ausführungen zu den Schulungseinheiten (Inhalte),
- Verhältnis von praktischen zu theoretischen Einheiten,
- Muster-Stundenplan,

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

Wirksamkeit

- Nachweis/Unterlagen zur Wirksamkeit (Anforderungen s. Kapitel 8)

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

5 Ziele und Inhalte von Patientenschulungen

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

Als grundsätzliche Ziele von Patientenschulungen sind des Weiteren zu nennen:

- Kenntniserwerb bzw. -erweiterung über das Krankheitsbild,
- Verstehen von Inhalten und Hintergründen gesicherter Erkenntnisse und Therapien nach aktuellem Stand der Wissenschaft,
- Optimierung der Behandlung,
- Steigerung der Therapiemotivation gemäß Behandlungserfordernissen,
- In Abhängigkeit der Zielgruppe ist die Vermittlung krankheitsspezifischer Aspekte, die in bestimmten Entwicklungs- und Lebensphasen an Bedeutung gewinnen (z. B. Sexualität, Kinderwunsch/Schwangerschaft, Ausbildung und Beruf, Loslösung vom Elternhaus, Alkoholkonsum), relevant.
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Erkrankung auf der Basis eines „Informiert seins“,
- Vermittlung von Handlungskompetenz,
- Förderung der Bereitschaft zur langfristigen Änderung der Lebensgewohnheiten,
- Langfristige Besserung bzw. Stabilisierung des Gesundheitszustandes und Vorbeugung von Rückfällen und Folgeerkrankungen,
- Verminderung der Häufigkeit von Krankheitsschüben und deren Dauer,
- Adäquate Bewältigung der somatischen und psychosozialen Situation,

- Langfristige Verminderung der Frequenz der Arztkonsultationen, stationärer Aufenthalte, psychosozialer Folgekosten und des Medikamentenkonsums,
- Vermeidung bzw. Verminderung von Arbeitsausfällen und Arbeitsunfähigkeit,
- Information über Selbsthilfegruppen und/oder ergänzender Beratungsangebote,
- Weitervermittlung in adäquate Angebote zur kontinuierlichen Umsetzung im Alltag.

Ambulante Patientenschulungen müssen inhaltlich den nachstehenden zentralen Komponenten gerecht werden:

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

Programmbestandteile, die

- therapeutische Behandlungen (z. B. medikamentöse Behandlungen) oder
- diagnostische Maßnahmen (z. B. Blutbild, Belastungs-EKG, Messungen Körperzusammensetzung) beinhalten, werden nicht im Rahmen von § 43 Absatz 1 Nummer 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 Begleitprodukte (z. B. Nahrungsergänzungsmittel, Nahrungsersatzmittel, Formula-Diäten, homöopathische Mittel) werden **ebenfalls nicht** im Rahmen von § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V bezuschusst.

6 Voraussetzung für die Inanspruchnahme

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

Schulungsbedarf ist unter anderem dann gegeben, wenn

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

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

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

6.1 Einschlusskriterien für die Teilnahme an einem Schulungsprogramm

Die indikationsspezifischen Einschlusskriterien sind auszuformulieren.

Schulungsfähigkeit setzt insbesondere voraus:

- ausreichende Sprachkenntnisse,
- Gruppenfähigkeit,
- körperliche und psychische Eignung,
- Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung.

6.2 Ausschlusskriterien für die Teilnahme an einem Schulungsprogramm

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

- psychische Störungen oder Erkrankung, die eine aktive Teilnahme beeinträchtigen,
- fehlende Motivierbarkeit der Patientin/des Patienten,
- fehlende Schulungsfähigkeit,
- fehlende positive Schulungsprognose.

6.3 Abbruchkriterien, welche die weitere Teilnahme an der Schulung ausschließen

Ist **eines** der nachstehenden Kriterien erfüllt, ist die Teilnahme am Schulungsprogramm abubrechen:

- keine regelmäßige Teilnahme der Patientin/des Patienten an den Schulungsterminen (mindestens 80 % der Schulungstermine müssen wahrgenommen worden sein),
- Eintreten eines der oben angeführten Ausschlusskriterien oder
- andere schwere Gesundheitsstörungen, die eine regelmäßige Teilnahme nicht mehr möglich machen.

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

7 Abgrenzung der Patientenschulungen nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V von anderen Leistungsbereichen

Nachstehend werden die Leistungen der Patientenschulungen nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V von anderen Leistungsbereichen abgegrenzt.

7.1 Abgrenzung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Prioritäres Ziel der indikationsbezogenen Patientenschulung ist die Optimierung des Krankheits selbstmanagements der Patientin/des Patienten, d. h. durch Schulung soll krankheits- und behandlungsbezogene Kompetenz vermittelt werden.

Patientenschulungen stellen auch ein wesentliches Behandlungselement im Rahmen von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (unabhängig vom Kostenträger) dar. Im Einzelfall kann auch nach einer vorausgegangenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Durchführung einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V aufgrund derselben Erkrankung notwendig sein. Voraussetzung hierfür ist, dass die Inhalte der Patientenschulung im Rahmen der Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V nicht mit den Inhalten der Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V identisch sind. Doppelleistungen bei gleichen Schulungsinhalten sind ausgeschlossen.

7.2 Abgrenzung zu Rehabilitationssport und Funktionstraining

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

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

7.3 Abgrenzung zu Leistungen zur Primärprävention

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

7.4 Abgrenzung zur Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels

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

7.5 Abgrenzung von Disease-Management-Programmen (DMP)

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten können sich bei ihrer Krankenkasse in ein DMP einschreiben lassen. Damit werden sie sektorenübergreifend auf dem aktuellen medizinischen Forschungsstand behandelt. Ein koordiniertes Vorgehen soll dazu beitragen, Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und Folgeschäden vorzubeugen. Patientenschulungen sind grundsätzlicher Bestandteil von DMP und sollten von Patientinnen/Patienten im Rahmen der DMP in Anspruch genommen werden. Eine Schulung zu derselben Indikation außerhalb des DMP, für die ein Versicherter eingeschrieben ist, ist nicht angezeigt.

8 Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation

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

8.1 Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramm

Gemäß § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V müssen Patientenschulungen wirksam und effizient sein. Sie müssen hinsichtlich ihrer Ausführung, Art und Dauer dem aktuellen Stand der externen Evidenz (Ergebnisse relevanter Forschungen) und der internen Evidenz (der klinischen Expertise) der beteiligten Wissenschaftsdisziplinen (z. B. Psychologie, Sport- und Trainingstherapie, Pädagogik, Ernährungswissenschaft etc.) und dem Stand der aktuellen medizinischen Erkenntnisse entsprechen, sowie den medizinischen Fortschritt berücksichtigen (§ 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V).

Der Nachweis der Wirksamkeit (Nutzen in Bezug auf patientenrelevante Endpunkte) eines Patientenschulungsprogramms ist innerhalb eines definierten organisatorischen Rahmens anhand einer qualitativ hochwertigen kontrollierten randomisierten Studie zu führen. In den Studien müssen die Interventionen gegen Usual Care (Regelversorgung) getestet werden. Unter Usual Care wird in diesem Kontext die Kontrollgruppe in der ambulanten Regelversorgung ohne Patientenschulungsprogramm verstanden. Der Nachbeobachtungszeitraum sollte i. d. R. 24 Monate nach Programmende betragen.

Ist in Ausnahmefällen eine kontrollierte randomisierte Studie nicht möglich (z. B. bei seltenen Erkrankungen oder Kindern), kann der Wirksamkeitsnachweis auch anhand eines abweichenden Studiendesigns der bestmöglichen Evidenzklasse erbracht werden. Dieses abweichende Vorgehen muss hinreichend begründet sein.

Neben dem Nachweis der Wirksamkeit fordert § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V den Nachweis der Effizienz.

Patientenschulungen werden in dem jeweils vorgelegten Schulungsformat (Präsenz oder anteilig online, vgl. Kapitel 10) sozialmedizinisch begutachtet. Soll bei einer bereits begutachteten Patientenschulung das Schulungsformat verändert werden, ist eine erneute Vorlage des Patientenschulungsprogrammes erforderlich. Sofern ausschließlich das Schulungsformat verändert wird, erfolgt die erneute sozialmedizinische Begutachtung ausschließlich im Hinblick auf die Umsetzung der Anforderungen an das (geänderte) Schulungsformat. Falls darüber hinaus konzeptionelle und/oder inhaltliche Änderungen vorgenommen wurden, erfolgt eine vollständige sozialmedizinische Begutachtung des vorgelegten Patientenschulungsprogramms.

Bei geändertem Schulungsformat ist ein (erneuter) Nachweis der Wirksamkeit erforderlich, auch wenn der Nachweis der Wirksamkeit bereits für ein (anderes) Schulungsformat erbracht ist. Ausgenommen

sind Änderungen des Schulungsformates bei Lerneinheiten mit ausschließlicher Vermittlung von Wissensinhalten (Theorie) ohne praktische Umsetzungselemente.

8.2 Qualitätsmanagement

8.2.1 Internes Qualitätsmanagement

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

8.2.1.1 Vorhandensein strukturierter Schulungskonzepte

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

8.2.1.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal

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

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

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

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

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

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

- Psychologische/Psychotherapeutische Berufsgruppe, die in den zur Anwendung kommenden verhaltenstherapeutischen Methoden geschult sind,
- Sportwissenschaftlerinnen/Sportwissenschaftler (mit indikationsspezifischer bewegungstherapeutischer Ausrichtung),
- Physiotherapeuteninnen/Physiotherapeuten,
- Sportlehrerinnen/Sportlehrer (bevorzugt mit medizinischer Ausrichtung oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie)
- staatlich geprüfte Gymnastiklehrerinnen/Gymnastiklehrer,
- Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufsabschluss im Bereich Ernährung: Diätassistentinnen/Diätassistenten, Oecotrophologinnen/Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor), Ernährungswissenschaftlerinnen/Ernährungswissenschaftler (mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor), die in den zur Anwendung kommenden Ernährungsmaßnahmen geschult sind.

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

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

8.2.1.3 Dokumentation der Leistungserbringung

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

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

8.2.1.4 Instrumente des internen Qualitätsmanagements

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

8.2.2 Externes Qualitätsmanagement

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

Als weitere Instrumente des externen Qualitätsmanagements kommen insbesondere in Frage:

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

8.2.3 Vorlagepflichten

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

9 Durchführung von Patientenschulungen

Die Durchführung von Patientenschulungen erfolgt ambulant und wohnortnah. Grundsätzlich werden Patientenschulungen in Präsenz durchgeführt. In Teilen können Patientenschulungen online durchgeführt werden. Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr werden Patientenschulungen regelhaft ausschließlich in Präsenz erbracht.

Die Voraussetzungen sind im Folgenden definiert. Die definierten Anforderungen an die Qualität (siehe Abschnitt 8) sind zu erfüllen.

9.1 Teilnehmendenzahl / Gruppengröße

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

9.2 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.

9.3 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 Jugendliche individuelle Kontextfaktoren berücksichtigen.

9.4 Wiederholung der Schulung

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

Eine Wiederholung der Schulung kann im Einzelfall vor dem Hintergrund alters-, entwicklungs-, geschlechts- und krankheitsspezifischer Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen in einem angemessenen zeitlichen Abstand möglich sein.

10 Schulungsformat

Grundsätzlich finden Patientenschulungen als Gruppenschulungen wohnortnah und in Präsenz statt. Schulungen für Erwachsene können anteilig online durchgeführt werden. Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr können Patientenschulungen regelhaft ausschließlich in Präsenz erbracht werden. Die Anforderungen der Gemeinsamen Empfehlungen sind unabhängig vom Schulungsformat zu erfüllen.

10.1 Definition online Elemente

Online-Elemente im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen sind Videokonferenzen, die als synchrone Kommunikation zwischen Schulungspersonal und Teilnehmenden in Echtzeit zu festen Terminen stattfinden. Alle Anwesenden haben die Kamera angeschaltet und können einander sehen und hören. Ein wechselseitiger Austausch in Echtzeit ist möglich.

Asynchrone Angebote wie z.B. vorab aufgezeichnete Videos, on-demand-Angebote, self-guided Onlinetools und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA, § 33a SGB V) sind im Rahmen von Patientenschulungen nicht zugelassen. Ebenfalls ausgeschlossen sind Hybrid-Module, bei denen ein Teil der Schulungsgruppe in Präsenz und ein anderer Teil online teilnimmt.

Anwendungssoftware oder Computerprogramme, die digitale Anwendungen ermöglichen (mobile Anwendung (App)), können kein Bestandteil einer Patientenschulung sein. Einzige Ausnahme bilden Apps, die ausschließlich der Dokumentation dienen (z. B. Ernährungstagebuch). Diese können ggf. in ein Schulungsprogramm aufgenommen werden. In diesem Fall sind nachstehende Anforderungen zu erfüllen:

- Die Nutzung von Apps muss für die Versicherten freiwillig sein und es muss eine Alternative zur App geben (z. B. Vordrucke, in die Eintragungen vorgenommen werden können).
- Die App muss für die Versicherten kostenfrei zugänglich und nutzbar sein.
- Die Krankenkassen beteiligen sich nicht an den Kosten der Entwicklung und/oder Nutzung von Apps oder stellen Apps zu ihren Lasten zur Verfügung. Auch die ggf. erforderliche technische Ausstattung ist keine Leistung der GKV.
- Die in der App gespeicherten Daten müssen für den Programmanbieter nachvollziehbar und auslesbar sein.
- Der Programmanbieter darf die Daten ausschließlich im Rahmen der Schulung und ausschließlich für die jeweiligen Zwecke der Schulung verwenden. Die datenschutzrechtlichen Vorgaben sind zu beachten. Insbesondere sind dabei die gesetzlichen Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Telemediengesetzes (TMG) und zum Sozialgeheimnis im ersten Sozialgesetzbuch (SGB I) zu berücksichtigen.
- Die dokumentierten Informationen (z. B. Bewegung, Ernährung) müssen von Versicherten aus online übertragen werden können oder ausdrückbar sein.

10.2 Umfang und mögliche Inhalte von online Elementen

Die Auswahl des Schulungsformates (Präsenz/anteilig online) richtet sich nach den Inhalten des jeweiligen Moduls. Bewegungs- und/oder praktische Ernährungselemente (Lehrküche, Einkaufen), praktische Unterweisungen (z. B. der Eltern bei Neurodermitis, eincremen) erfordern immer einen zeitlichen Anteil, der in Präsenz erfolgt.

In den speziellen Teilen der GE finden sich abhängig von der Indikation ggf. weitere Konkretisierungen und/oder ergänzende Regelungen zum möglichen Umfang von online Elementen in einzelnen Modulen.

Die technische Unterweisung kann nicht auf das Stundenkontingent des Schulungsprogramms angerechnet werden. Sie darf zudem nicht Bestandteil der Preiskalkulation für die mögliche Kostenbeteiligung der Krankenkasse sein.

10.3 Qualifikationsanforderungen an die Durchführenden

Sofern ein Patientenschulungsprogramm online-Anteile vorsieht, sollte sich die Gruppenleitung der jeweiligen online-Anteile hinreichend mit den Besonderheiten und Anforderungen an das Blended Learning befassen haben.

10.4 Videokonferenz Tool, technische und weitere Anforderungen

- Das eingesetzte Videokonferenz-Tool muss
 - bei Schwankungen der Verbindungsqualität bezüglich der Ton- und Bildqualität adaptiv sein,
 - eine Austauschmöglichkeit zwischen den Teilnehmenden und der Übungsleitung gewährleisten und
 - die Durchführung von Videokonferenzen mit mindestens 16 Teilnehmenden ermöglichen.
- Der Klurname der Teilnehmenden muss für den Leistungserbringenden erkennbar sein.
- Das Schalten von Werbung im Rahmen der telemedizinischen Leistung ist untersagt.
- Die Aufzeichnung der online Elemente durch die Leistungserbringenden zu Qualitätssicherungs- und/oder Dokumentationszwecken ist mit Einwilligung aller Teilnehmenden möglich. Die Aufzeichnung durch die Teilnehmenden ist untersagt.

10.5 Datenschutz

Datenschutzrechtlichen Anforderungen ist Rechnung zu tragen. Insbesondere sind dabei die gesetzlichen Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Telemediengesetzes (TMG) und zum Sozialgeheimnis im ersten Sozialgesetzbuch (SGB I) zu berücksichtigen. Die Pflicht zu deren Beachtung und Einhaltung obliegt dem Anbieter / Durchführenden des Patientenschulungsprogramms.

11 Leistungsgewährung

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

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

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

12 Perspektive

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

13 Inkrafttreten

Diese Empfehlungen treten am 16.06.2026 in Kraft und ersetzen vorherige Fassungen.

II. Spezieller Teil: Schulungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis)

1 Präambel

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

Das atopische Ekzem ist eine der häufigsten entzündlichen Hauterkrankungen im Kindesalter.^{1 2}

10 - 15 % der Vorschulkinder sind zumindest zeitweise davon betroffen.^{3 4 5} Bei Erwachsenen tritt das atopische Ekzem seltener als bei Kindern auf, die Prävalenz in Deutschland liegt bei etwa 3 %.^{6 7 8}

Die Erkrankung bedeutet sowohl eine erhebliche individuelle als auch gesamtgesellschaftliche sozioökonomische Belastung. Ring J. et al. ermittelten im Weißbuch 2010 Gesamtkosten pro Patientin/Patient und pro Jahr von etwa 6.500 Euro.⁷ Die direkten (70 %) und indirekten (30 %) Kosten in Deutschland wurden auf 3 - 5 Milliarden Euro jährlich geschätzt.

2 Gesetzliche Grundlagen

Der Gesetzgeber hat im § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V die Rechtsgrundlage für die Förderung und Durchführung von Patientenschulungen zu Lasten der Krankenkassen im Rahmen der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation geschaffen. Differenziertere Ausführungen finden sich im Allgemeinen Teil dieser Empfehlungen.

3 Ausführungen zum Krankheitsbild des atopischen Ekzems bei Kindern und Jugendlichen

3.1 Das Krankheitsbild des atopischen Ekzems bei Kindern und Jugendlichen

Das atopische Ekzem ist eine chronische oder chronisch rezidivierende entzündliche, nicht kontagiöse Hauterkrankung, die typischerweise von starkem Juckreiz begleitet wird. Je nach Alter der Patientin/des Patienten sind Erscheinungsbild und Lokalisation unterschiedlich ausgeprägt. Bei Säuglingen und Kleinkindern sind meist Kopf, Gesicht und Hals von exsudativen (nässenden) Hautveränderungen betroffen, im Schulkindalter finden sich mehr trockene Ekzeme in den Ellenbeugen, Kniekehlen und an den Handgelenken. Beim Jugendlichen und Erwachsenen bleiben die Hauterscheinungen symmetrisch mit bevorzugter Lokalisation im Gesicht, am Hals, an oberer Brust, Schultergürtel, großen Gelenkbeugen, Hand- und Fußrücken. Chronische Veränderungen gehen mit Lichenifikation der Haut (entzündliche Infiltration mit Vergrößerung der Hautfelderung) einher, auch die Manifestation einer Prurigoform mit juckenden Knoten ist möglich.^{9 10 11 12}

Das Spektrum der Hauterkrankung reicht von leichten, lokalisierten Hautveränderungen bis zu schweren Verlaufsformen mit Generalisation der Ekzeme bis hin zur Erythrodermie (universelle entzündliche Rötung und Schuppung der Haut). Als Komplikationen können sich Infektionen mit bakterieller Besiedlung der Haut meist durch *Staphylococcus aureus* einstellen, aber auch virale Infektionen und Mykosen treten auf.¹³

Der Objektivierung des Schweregrades und der Ausdehnung der Hauterkrankung dient der SCORAD-Index.^{2 14} Einbezogen werden neben Intensität und flächenhaftem Ausmaß der Hautveränderungen auch subjektive Parameter wie Schlaflosigkeit und Juckreiz. Die theoretische maximale Punktzahl für den SCORAD beträgt 103 (vgl. hierzu die Erläuterungen des SCORAD in der Anlage).

Die Häufigkeit des atopischen Ekzems hat seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts deutlich zugenommen und scheint jetzt ein Plateau erreicht zu haben. Es bestehen große Differenzen in den erhobenen Zahlen einzelner Studien, die am ehesten auf methodische Unterschiede zurückzuführen sind. Die Ursachen für die Zunahme der Häufigkeit sind weitgehend unklar, insbesondere Veränderungen der allgemeinen Lebensbedingungen scheinen eine Rolle zu spielen.³ Folgende Hypothesen werden von Ring benannt:

- „Psychosoziale Einflüsse,
- Allergenexposition,
- Fehlende Stimulation des Immunsystems (Urwald- oder Hygiene-Hypothese),
- Iatrogen (Medikation),
- Umweltverschmutzung,
- Klimawandel“.¹⁵

Meist kommt es in den ersten beiden Lebensjahren zur Erstmanifestation der Erkrankung. Bei etwa einem Drittel der Kinder heilt das atopische Ekzem bis zur Pubertät im Sinne einer dauerhaften Remission ab, die übrigen zwei Drittel zeigen intermittierende Symptome oder ein Anhalten der Ekzeme bis ins Erwachsenenalter.^{7 8 16 17}

Die Ursache des atopischen Ekzems ist nicht bekannt. Eine genetische Disposition ist anzunehmen. So beträgt das Risiko für Kinder, bei denen beide Eltern eine atopische Disposition aufweisen, 60 – 80 % ebenfalls ein atopisches Ekzem zu entwickeln.^{9 11}

Die überwiegende Anzahl der Patientinnen/Patienten mit atopischem Ekzem hat IgE-vermittelte- Typ I - Sensibilisierungen (extrinsisches atopisches Ekzem), 20 - 30 % zeigen hingegen keine Sensibilisierungen auf Aero- und Nahrungsmittelallergene (intrinsisches atopisches Ekzem).^{2 7 8 18} Auch andere Auslösefaktoren spielen für das Erstauftreten und für Erkrankungsschübe eine wichtige Rolle. Stellenwert und Art der Provokationsfaktoren sind individuell unterschiedlich. Ihre Kenntnis, Meidung bzw. Reduktion sind bedeutsam. In der AWMF-Leitlinie Neurodermitis werden folgende mögliche Auslösefaktoren aufgeführt: „Irritation der Haut, IgE- vermittelte Allergien, mikrobielle Faktoren, klimatische Faktoren, psychischer Stress, hormonelle Faktoren“.¹⁰

3.2 Entwicklung von Neurodermitisschulungen für Kinder und Jugendliche

Mit dem Ziel der Entwicklung und Erprobung eines standardisierten Patientenschulungsprogramms wurde auf Bundesebene im Jahre 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.

Im Abschlussbericht wird festgestellt, dass „die Schulung einen positiven Effekt auf alle untersuchten somatischen und psychologischen Outcomeparameter“ habe. Dies gelte für alle Altersgruppen.¹⁹

Eine gesundheitsökonomische Bewertung des Modellvorhabens erfolgte durch die Studiengruppe des Multicenterprojektes im Jahr 2009 im Rahmen der Veröffentlichung einer Originalarbeit.²⁰ Sie ergab, dass die Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Analyse nur sehr begrenzt aussagefähig seien. Die Ergebnisse der Kosten-Wirksamkeitsstudie hätten hingegen aufgezeigt, dass „durch die Schulungen sowohl im Zeit- als auch im Gruppenvergleich positive Ergebnisse erzielt werden konnten“. Um repräsentative Ergebnisse zu erzielen, müsste die Studie jedoch eine längere Laufzeit (mindestens 3 Jahre) haben.

In einer evidenzbasierten Literaturanalyse zur Wirkung von Patienten- und Elternschulungen in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Neurodermitis aus dem Jahr 2010 kommen J. Ahnert et al. zu dem Schluss, dass sich aus der Literatur eine hohe empirische Evidenz ableiten lasse, für konkrete Empfehlungen hinsichtlich der notwendigen Dauer, Häufigkeit und der spezifischen Schulungsinhalte allerdings weiterer Forschungsbedarf bestehe.²¹

Ein Cochrane Review aus dem Jahr 2014 von Ersser et al. über psychologische und erzieherische Maßnahmen bei Kindern mit atopischem Ekzem ergab, dass die vorliegenden Studien keine Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der o. g. Maßnahmen zuließen. Es bedürfe detaillierter Beschreibungen der Maßnahmen, die eingesetzt wurden und vergleichbarer Ansätze in der Studienplanung. Weiterer Forschungsbedarf bestehe, auch um die Kosten-Effektivität zu klären.²²

Ein Review Artikel aus dem Jahr 2011, in den 10 RCTs eingeschlossen werden konnten, zeigte, dass Patientenschulungen bei chronischen Hauterkrankungen die Lebensqualität verbessern und die Schwere der Erkrankung zu mindern scheinen. Weitere Studien seien erforderlich, insbesondere zur Bewertung der Kosten-Nutzen-Analyse.²³ Neuere Veröffentlichungen weisen darauf hin, dass Patientenschulungsmaßnahmen einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf haben.^{24 25 26 27 28 29}

Zusammenfassend liegt nach den Kriterien evidenzbasierter Medizin derzeit kein Nachweis der Wirksamkeit für Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) vor.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bereits früh in einem ersten Schritt verbindliche Kriterien und Anforderungen an Patientenschulungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) entwickelt, bei denen eine Kostenübernahme bzw. Kostenbeteiligung durch die Krankenkasse für Teilnehmende an der Maßnahme in Betracht kommen kann. Diese Anforderungskriterien an Patientenschulungsmaßnahmen sollen nur so lange gelten, bis wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über die langfristige Wirksamkeit und die Erfolge von

Patientenschulungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem vorhanden sind. Dies erfordert jedoch eine Evaluation in Form einer repräsentativen wissenschaftlichen Langzeitstudie.

Vor diesem Hintergrund haben die nachstehenden Ausführungen weiterhin vorläufigen Charakter. Mit den nachfolgenden speziellen Ausführungen werden die inhaltlichen und strukturellen Voraussetzungen hierfür definiert.

4 Erforderliche Unterlagen

Die Prüfung einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V erfordert die Vorlage eines aussagekräftigen, verbindlichen Konzeptes, eines Wirksamkeitsnachweises sowie grundsätzliche Aussagen zu räumlichen/apparativ-technischen und personellen Anforderungen (vgl. Allgemeiner Teil, Abschnitt 4). Bei Standortprüfungen sind zusätzlich Nachweise zur konkreten räumlichen/apparativ-technischen und personellen Ausstattung einschließlich der Qualifikationsnachweise des interdisziplinären Teams durch den Leistungserbringer vorzulegen.

5 Ziele und Inhalte von Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis)

5.1 Ziele

Durch die Teilnahme an Neurodermitisschulungen soll für die Kinder und Jugendlichen der Umgang mit der Erkrankung verbessert und damit langfristig auch eine Besserung der Hauterkrankung erreicht werden. 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 wird angestrebt, dass die Teilnehmenden 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 Folgen,
- 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,
- Verhinderung von Folgen auf Grund nicht geeigneter Berufswahl.

5.2 Inhalte

Folgende **Inhalte** sollen vermittelt werden:

- medizinische Informationen, z. B. zur Diagnostik und Therapie,
- Informationen zur stadiengerechten Hautbehandlung,
- Einübung und Transfer in den Alltag,
- Kenntnisse über mögliche Krankheitsauslöser und deren Vermeidung,
- 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/Jugendlichen und Eltern/Bezugspersonen,
- Möglichkeit zur Besprechung familiärer Belastungen im Zusammenhang mit dem atopischen Ekzem (Neurodermitis),
- Kindgerechte Ernährung im Allgemeinen und neurodermitisgerechte Ernährung im Besonderen.

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

6 Voraussetzungen für die Inanspruchnahme

Eine Kostenübernahme bzw. Kostenbeteiligung durch die Krankenkasse für eine Patientenschulungsmaßnahme kommt unter den im Allgemeinen Teil (Abschnitt 6) formulierten Voraussetzungen in Betracht.

6.1 Einschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm

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

- das Vorliegen eines atopischen Ekzems (Neurodermitis) medizinisch gesichert diagnostiziert wurde,
- (Ekzem besteht seit mindestens 3 Monaten),
- zuvor eine fachärztliche (pädiatrische und/oder dermatologische) Behandlung stattgefunden hat,
- der SCORAD trotz der fachärztlichen Behandlung nach wie vor einen Wert von > 20 aufweist (Therapieresistenz),
- eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung durch Pädiaterin/Pädiater bzw. Dermatologin/Dermatologen vorgelegt wurde. Eine medizinische Befürwortung lediglich durch eine Ärztin/einen Arzt des Schulungsteams ist nicht ausreichend.

Die **ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung** der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes enthält Angaben zu:

- gesicherter Diagnose,
- bisher durchgeführten Therapiemaßnahmen und Frequenz der fachärztlichen Behandlung,
- Begleiterkrankungen (z. B. Asthma bronchiale, Nahrungsmittelallergien),
- Gruppen- und Schulungsfähigkeit,
- Ausschluss psychischer Störungen oder Erkrankung, die eine aktive Teilnahme beeinträchtigen.

Grundsätzlich muss neben dem Schulungsbedarf die **Schulungsfähigkeit** gegeben sein. Hierzu gehören:

- ausreichende Sprachkenntnisse für die Schulungssprache,
- Gruppenfähigkeit,
- ausreichende Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung sowohl bei den Angehörigen (Eltern/Bezugspersonen) als auch bei den Kindern und Jugendlichen.

Sinnvoll ist die Aufteilung in folgende **Zielgruppen**:

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

6.2 Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Schulungsprogramm

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

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

Im direkten Anschluss an eine 4 – 6wöchige medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit der Erkrankung „Atopisches Ekzem“ ist bei weitgehender Übereinstimmung der Schulungsinhalte eine erneute ambulante Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V medizinisch **nicht** indiziert. In seltenen Fällen kann aufgrund von entwicklungsbedingten Verhaltensänderungen jedoch eine Schulungsmaßnahme zu einem späteren Zeitpunkt, auch innerhalb eines Vierjahresintervalls erforderlich sein (beispielsweise Übergang vom Kleinkind- in das Schulkindalter bzw. später in die Pubertät).

6.3 Abbruchkriterien, die die weitere Teilnahme an der Schulung ausschließen

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

- keine regelmäßige Teilnahme (weniger als 80 %) an den Schulungsterminen (Patientinnen/Patienten und/oder Eltern bzw. Bezugspersonen),
- Auftreten von psychischen Störungen,
- Auftreten anderer schwerer Gesundheitsstörungen, die eine regelmäßige Teilnahme nicht mehr möglich machen.

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

7 Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation

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

7.1 Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms

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

7.2 Qualitätsmanagement

7.2.1 Internes Qualitätsmanagement

Konzeptqualität: Das Konzept ist regelmäßig an den aktuellen Forschungsstand anzupassen.

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

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

Ergänzend zu den Ausführungen im Allgemeinen Teil dieser Empfehlungen sind die folgenden Ausführungen maßgeblich:

7.2.1.1 Strukturiertes Schulungsprogramm

Der Leistungsanbieter hat unter Berücksichtigung der vorgenannten Ziele, Inhalte und Zielgruppen sowie des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes der jeweiligen Teildisziplinen ein schriftlich fixiertes, strukturiertes Schulungskonzept vorzulegen, das auch schriftliches Schulungsmaterial für die Kursleitung und Teilnehmenden (Kinder/Jugendliche, Eltern/Bezugspersonen) vorsieht. Das Schulungsmaterial für die Kinder und Jugendlichen muss jeweils altersgerecht sein.

Das Schulungskonzept legt auch die Interventionsmaßnahmen sowie die diesen zugrundeliegenden Wirkungstheorien dar.

Auch die methodisch-didaktischen Vorgehensweisen sind im Schulungskonzept darzustellen. Weiter sind die den jeweiligen Unterrichtseinheiten zugrundeliegenden Lernziele zu beschreiben. Die Unterrichtseinheiten umfassen auch Anleitungen für das Üben im Alltag, um dadurch das Gelernte bzw. die erworbenen Kompetenzen zu festigen.

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 mit Zuordnung der jeweiligen Aufgabenbereiche und Nachweis der vorhandenen Qualifikationen, eine Beschreibung der verfügbaren Räumlichkeiten, eine Darstellung der Verlaufs- und Ergebnisdokumentation und Kommunikation mit der behandelnden Vertragsärztin/ dem Vertragsarzt und einen Nachweis der Ergebnisqualität. Im Übrigen gelten die Ausführungen im Allgemeinen Teil dieser Empfehlungen.

Wird das Konzept eines anderen Konzeptentwicklers übernommen (z. B. Franchise), so ist ein regionalisiertes Umsetzungskonzept erforderlich. Dies muss für jeden Standort mindestens folgende Angaben enthalten:

- konkrete Angabe des verwendeten Konzeptes (z. B. Versionsnummer, ISBN Nr.). Abweichungen sind kurz darzustellen. Ggf. ist das Einverständnis des Konzepterstellers zur Verwendung im Rahmen der beantragten Schulung beizufügen,
- Ablaufplan (Stundenplan) mit geplanter Terminierung (Wochentag, Tageszeit, zeitlicher Umfang),
- Ausstattung mit Lehrmaterial (z. B. Spezialkleidung, Encasing etc. zu Demonstrationszwecken),
- Darstellung der Räumlichkeiten,
- Konkrete Angaben zu den Dozentinnen/Dozenten (Qualifikationsnachweise der Berufsqualifikation, ggf. Train-the-Trainer Zertifikate etc.).

Im Übrigen gelten die Ausführungen im Allgemeinen Teil dieser Empfehlungen.

7.2.1.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal

Das Schulungsprogramm ist von einem interdisziplinären Schulungsteam durchzuführen. Die Leitung des Teams muss benannt, eine Vertretungsregelung getroffen werden. Jedes Teammitglied muss eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) sowie entsprechende pädagogische und methodisch-didaktische Befähigung vorweisen. Diese Erfahrungen und entsprechende Zusatzqualifikationen sowie regelmäßige

Weiterbildungen sind nachzuweisen. Die Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt wird vorausgesetzt.

Die folgenden drei Berufsgruppen müssen mindestens einbezogen sein:

Ärztin/Arzt: Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Zusatzbezeichnung Allergologie; Pädiaterin/Pädiater mit Zusatzbezeichnung Allergologie – jeweils mit Beratungserfahrung in der Behandlung neurodermitiskrankter Kinder und Jugendlicher und deren Eltern/Bezugspersonen.

Zu den Aufgaben der o. a. Berufsgruppen gehören die qualifizierte fachärztliche und allergologische Beratung durch Vermittlung medizinischer Informationen zu Prävalenz, Diagnostik, Therapie, Prognose sowie Prävention des atopischen Ekzems (Neurodermitis) und die Durchführung der praktischen Übungen zur Hautbehandlung.

Die praktischen Übungen zur Hautbehandlung und Hautpflege sowie die Demonstration von Encasing oder Spezialkleidung etc. können ggf. durch Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Arzthelferinnen/Arzthelfer mit zweijähriger Berufserfahrung in der Betreuung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit atopischem Ekzem übernommen werden.

Diplom-Psychologin/Diplom-Psychologe oder Ärztin/Arzt für psychotherapeutische Medizin bzw. psycho-somatische Medizin und Psychotherapie jeweils mit Beratungserfahrung in der Behandlung neurodermitiskrankter Kinder und Jugendlicher und deren Eltern/Bezugspersonen.

Zu den Aufgaben der o. a. Berufsgruppen gehört die Durchführung des Entspannungstrainings und der verhaltenstherapeutischen Interventionen (Kratz-Reduktionstraining).

Ernährungsfachkraft: Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufsabschluss im Bereich Ernährung; Diätassistentinnen/Diätassistenten, Oecotrophologinnen/Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor of Arts), Ernährungswissenschaftlerinnen/Ernährungswissenschaftler mit Abschluss Diplom, Master oder Bachelor of Arts, jeweils mit Beratungserfahrung neurodermitiskrankter Kinder und Jugendlicher und deren Eltern/Bezugspersonen.

Zu den Aufgaben dieser Berufsgruppen gehört die Durchführung der Ernährungsberatung und ggf. die Zusammenstellung von spezifischen Diätplänen.

Zur Qualifikation des Schulungspersonals wurden von der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e. V. (AGNES e. V.) Akademien eingerichtet. Diese vergeben ein Zertifikat zur Neurodermitistrainerin/zum Neurodermitistrainer. Diese oder eine vergleichbare Zertifizierung ist Bestandteil der Qualitätssicherung. Mindestens ein Mitglied des Schulungsteams muss daher ein bei der AGNES e.V. erworbenes oder ein qualitativ gleichwertiges Trainerzertifikat besitzen. Empfohlen wird, dass die Ärztin/der Arzt über dieses Zertifikat verfügt. Weiter werden methodisch-didaktische Kompetenzen für die Durchführung von Gruppenmaßnahmen vorausgesetzt.

Ein nach Postleitzahlen geordnetes Verzeichnis der von der AGNES e. V. zertifizierten Anbieter/Fachkräfte ist unter www.neurodermitisschulung.de abrufbar.

7.2.1.3 Dokumentation der Leistungserbringung

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

Zur Dokumentation gehören:

- Teilnahmebescheinigung für die Versicherte bzw. den Versicherten zur Vorlage bei der Krankenkasse,
- Anwesenheit (Teilnehmende und Therapeutinnen/Therapeuten),
- Schulungsinhalte,
- Schulungsverlauf,
- Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen/Ärzten,
- Schulungsabbruch mit Angabe der Gründe,
- Teambesprechungen,
- Abschlussbericht an weiterbehandelnde Ärztin/weiterbehandelnden Arzt.

7.2.1.4 Dokumentation

Durch den Leistungserbringer werden regelmäßige Teambesprechungen des Schulungsteams sowie die kontinuierliche Fortbildung der Teammitglieder dokumentiert (u. a. Teilnahme an Qualitätszirkeln). Im Rahmen der Teambesprechungen werden für die einzelnen Teilnehmenden individuelle Therapieziele und -schritte interdisziplinär festgelegt und dokumentiert.

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

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

7.2.2 Externes Qualitätsmanagement

Zur externen Qualitätssicherung gehört die Teilnahme an vorhandenen Qualitätssicherungssystemen. Die AGNES e. V. hat hierzu Qualitätsstandards herausgegeben. Die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen bzw. Qualitätszirkeln und Fortbildungen der AGNES e. V. wird bei Anbietern nach dem AGNES-Konzept vorausgesetzt.³⁰ Bei anderen Anbietern ist das zu verwendende Qualitätsmanagementsystem darzustellen, es muss die Behandlungserfolge anhand qualifizierter Evaluationsparameter darlegen. Geeignete Evaluationsparameter sind z. B. Häufigkeit, Dauer und Schwere der Krankheitsschübe, Komplikationen durch Superinfektionen, Häufigkeit stationärer Maßnahmen, etc.

7.2.3 Vorlagepflichten

Möchte der Leistungserbringer Leistungen nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V zu Lasten der Krankenkassen erbringen, ist die Erfüllung der unter 7.2.1 und 7.2.2 genannten Voraussetzungen durch Vorlage geeigneter Nachweise dar-zulegen.

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) sowie die gemeinsamen Hinweise der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V.

8 Durchführung von Patientenschulungen

Aus dem Konzept müssen die Umsetzung und Durchführung ersichtlich sein.

Zur Umsetzung gehören:

- Es sind verbindliche Ein-, Ausschluss- und Abbruchkriterien definiert worden.
- Zu Beginn des Programms wird für jede Patientin/jeden Patienten ein individueller Interventionsplan erstellt.
- Bei der Hautpflege sollte auf ein breites Spektrum an Produkten verwiesen werden. Die Beschränkung auf Produkte ausgewählter Hersteller im Sinne eines werbenden Vertriebs ist zu vermeiden.
- Das Patientenschulungsprogramm sieht vor, dass die ärztliche Behandlung während der Schulungsmaßnahme durch die behandelnde Vertragsärztin/den behandelnden Vertragsarzt erfolgt. Dies umfasst unter anderem die Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt durch das Schulungsteam bei Problemen (z. B. Erfüllung der Abbruchkriterien). Die behandelnde Vertragsärztin/der behandelnde Vertragsarzt erhält nach Abschluss der Maßnahme einen Bericht mit Angaben zur/zum
 - Eltern-/Familiensituation,
 - Betreuungssituation des Kindes/Jugendlichen
 - Art der durchgeführten Maßnahmen,
 - Verlauf der Intervention,
 - Empfehlungen für die Integration des Erlernten in den Alltag.

8.1 Teilnehmendenzahl/Gruppengröße

Das Schulungsprogramm wird ambulant und wohnortnah als Gruppenmaßnahme in geschlossenen Gruppen durchgeführt. Die Patientinnen und Patienten werden in altershomogenen Gruppen geschult. Bei der Schulung von Eltern- und Jugendlichen beträgt die Gruppengröße minimal 6 bis maximal 12 Betroffene. Bei Schulung der Kinder mit paralleler Elternschulung (8 bis 12 Jahre) sollte die Gruppengröße maximal 8, bei gemeinsamer Schulung 16 Personen nicht überschreiten.

8.2 Räumliche Voraussetzungen und Ausstattung

Es sind für die Schulungen geeignete Räume, ggf. Schulungs- und Besprechungsraum, für die zu schulenden Gruppen inklusive ausreichenden Sanitäranlagen vorzuhalten. Bei Parallelschulungen sind mind. zwei Räume erforderlich, wobei einer der Räume ausreichend Platz für die gesamte Gruppe bieten muss.

Eine allergenarme Ausstattung der Schulungsräume ist anzustreben.

Auf die jeweils zu schulende Zielgruppe ausgerichtete Unterrichts- und Teilnehmermaterial zur Weitergabe an die Patientinnen/Patienten bzw. ihre Eltern/ Bezugspersonen ist vorzusehen (siehe Schulungskonzept).

8.3 Dauer und Umfang

Die Schulungen für Kinder und Jugendliche sowie die reine Elternschulung umfassen in der Regel 6 Unterrichtseinheiten à 2 Zeitstunden im wöchentlichen Abstand.

Kinder und Eltern/Bezugspersonen können gemeinsam (dann insgesamt 12 Zeitstunden mit mindestens zwei Teammitarbeiterinnen/Teammitarbeitern) oder parallel (Kinder 12 Zeitstunden und Eltern/Bezugspersonen 12 Zeitstunden) geschult werden.

Bei Jugendlichen kommen optional zu den 12 Zeitstunden zwei zusätzliche Stunden für die Eltern/Bezugspersonen in Betracht.

8.4 Schulungs-/Kurskosten

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

Die Erhebung diagnostisch relevanter Laborwerte und weiterer Untersuchungsbefunde darf nicht Bestandteil des Patientenschulungsprogramms sein. Diese Werte werden von der behandelnden Ärztin/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 diagnostische Maßnahmen optimal zur individuellen Therapiesteuerung nutzen zu können, unterstützen Patientenschulungsprogramme die enge Zusammenarbeit mit örtlichen Pädaterinnen/Pädiatern und Hausärztinnen/Hausärzten.

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

8.5 Wiederholung der Schulung

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

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, Berufswahl) ergeben. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren kann eine erneute Schulung im Einzelfall angezeigt sein. Voraussetzung hierfür ist die Befürwortung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt. Im Einzelfall kann diese weitere Leistungsanspruchnahme vom Medizinischen Dienst geprüft werden.

9 Leistungsgewährung

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

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

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

10 Perspektiven

Die Herausgeber dieser Gemeinsamen Empfehlungen prüfen in einem regelmäßigen Abstand von ca. 3 Jahren, ob aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Aktualisierung erforderlich ist.

11 Inkrafttreten

Diese Empfehlungen treten am 16.06.2026 in Kraft und ersetzen vorherige Fassungen.

12 Anlage

SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis der European Task Force on Atopic Dermatitis, 1993)

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 | Intensität (0-3) |
| – | Ödem, Papeln | 0 = gar nicht |
| – | Nässen, Krusten | 1 = wenig |
| – | Exkorationen | 2 = mäßig |
| – | Lichenifikation | 3 = schwer |

C ≡ Summe der subjektiven Empfindlichkeit:

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

SCORAD = A/5 + 7xB / 2 + C = _____

Informationen, Anwendungsbeispiele und SCORAD-Rechner unter: www.adserver.sante.univ-nantes.fr/Scorad.html

13 Literaturverzeichnis

- ¹ Ring J, Ruzicka T, Przybilla B (Hrsg.) (2006). Handbook of atopic eczema 2. Auflage. Berlin, New York: Springer
- ² Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran S, Fink-Wagner A, Gieler U, Girolomoni G, Lau S, Muraro A, Czarnecka-Operacz M, Schäfer T, Schmid-Grendelmeier P, Simon D, Szalai Z, Szepietowski JC, Taieb A, Torrelo A, Werfel T, Ring J. (2021) Consensus based European Guidelines for Treatment of Atopic Eczema 1 (Atopic Dermatitis) in Adults and Children; EDF Guideline AE part I and II final – 24.01.18 (modified 08.05.19), Stand 2021
- ³ Aktualisierung „Systemtherapie bei Neurodermitis“ zur 2. Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem; atopische Dermatitis] 3 Entwicklungsstufe: S2k 4 [ICD 10: L20.8, L20.9, L28.0] 5 AWMF-Registernummer: 013-027 6 Erstellungsdatum: 04/2008 / Aktualisierung Systemtherapie: 02/2020
- ⁴ Schmitz R, Thamm M, Ellert U, Kalcklösch M, Schlaud M. (2014) KiGGS Study Group, Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsbl 2014, 57:771–778 DOI 10.1007/s00103-014-1975-7, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg
- ⁵ Thamm R, Poethko-Müller C, Hüther A, Thamm M. (2018) Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends, Journal of Health Monitoring 2018 3(3), DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-075, Robert Koch-Institut, Berlin
- ⁶ Schäfer T, Krämer U, Behrend H, Ring J (2003). Epidemiologie des atopischen Ekzems. Allergo J, 12, 430-438
- ⁷ Ring J, Bachert C., Bauer C.-P., Czech W. (Hrsg.) (2010). Weißbuch Allergie in Deutschland, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Springer Medizin, Urban und Vogel GmbH
- ⁸ Ring J, Schnopp C, Kugler C (2010). Atopisches Ekzem. In: Klinische Ernährungsmedizin. Ledochowski M (Hrsg.). Wien New York: Springer Verlag, 125-132
- ⁹ Plewig, G., Landthaler, M., Burgdorf, W., Hertl, M., Ruzicka, T. (2011). Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie, 6. Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- ¹⁰ Werfel T, Aberer W, Bieber T, Buhles N, Kapp A, Vieluf D (2001). Atopische Dermatitis. Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und des Berufsverbandes Deutscher Dermatologen (BVDD). Erstellungsdatum 07/2002 (S1)
- ¹¹ Weidinger S, Novak N, Atopic dermatitis, Lancet, (2016) Mar 12;387(10023):1109-1122. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00149-X. Epub 2015 Sep 13.
- ¹² Augustin M, Glaeske G, Hagenström K. (2021) Neurodermitisreport, Prävention, Versorgung und Innovation, Hamburg
- ¹³ Biedermann T (2006). Dissecting the role of infections in atopic dermatitis. Acta Dermato-Venereologica, 86(2), 99-109
- ¹⁴ European Task Force on Atopic Dermatitis (1993). Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis, Dermatology 186, 23-31
- ¹⁵ Ring J (2012). Neurodermitis-Atopisches Ekzem. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- ¹⁶ Illi S, von Mutius E, Lau S, Nickel R, Grüber C, Niggemann B, Wahn U (Multicenter Allergy Study Group) (2004). The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. Journal of Allergy and Clinical Immunology 113, 925-931
- ¹⁷ Werfel T, Claes C, Kulp W, Greiner W, Von der Schulenburg (Graf) J-M (2006). Therapie der Neurodermitis. Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information. Köln
- ¹⁸ Fröschl B, Arts D, Leopold C. (2008). Topische antientzündliche Behandlung der Neurodermitis im Kindesalter. Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information, Köln
- ¹⁹ Wahn U (ohne Datum). Abschlussbericht (Band 1-3, revidierte Fassung) „Modellvorhaben zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit atopischem Ekzem (Neurodermitis)“
- ²⁰ Haubrock H, Daschner A, Diepgen TL, Fartasch M, Gieler U, Korsch E, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, Scheewe S, Scheidt R, Schmid-Ott G, Schnopp C, Staab D, Wahn U, Werfel T, Wittenmeier M, Szczepanski R. (2009). Gesundheitsökonomische Aspekte der Prävention im Rahmen des Modellvorhabens zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit atopischem Ekzem (Neurodermitis), Ein nationales prospektives Multicenterprojekt zur Entwicklung und Erprobung eines standardisierten

Patientenschulungsprogramms (GADIS) (German Atopic Dermatitis Intervention Study). *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 14, 191-199

²¹ Ahnert J, Müller J, Löffler S, Vogel H. (2010). Patienten und Elternschulungen bei Neurodermitis. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158, 586-591

²² Ersner SJ, Cowdell F, Latter S, Gardiner E, Flohr C, Thompson AR, Jackson K, Farasat H, Ware F, Drury A. (2014) Psychological and educational interventions for atopic eczema in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD004054. DOI: 10.1002/14651858.CD004054.pub3.

²³ De Bees J, Legierse C M, Prinsen C A C, De Corte J (2011). Patient education in chronic skin disease: a systematic review. *Acta Dermato-Venereologica*, 91, 12-17.

²⁴ Staab D, Diepgen TL, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, et al. (2006) Age related, structured 22 educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: 23 multicentre, randomised controlled trial. *BMJ*. 2006; 332(7547):933-8. Epub 2006/04/22.

²⁵ Farasat H. (2014) Cochrane Review update: psychological and educational interventions for atopic eczema 43 in children. *Community Pract*. 2014; 87(9):11-2.

²⁶ Barbarot S, Bernier C, Deleuran M, De Raeve L, Eichenfield L, El Hachem M, et al. (2013) Therapeutic 50 patient education in children with atopic dermatitis: position paper on objectives and recommendations. 51 *Pediatric dermatology*. 2013; 30(2):199-206. Epub 2013/03/07. 52

²⁷ Pustišek N, Šitum M, Vurnek Živković M, Ljubojević Hadžavdić S, Vurnek M, Niseteo T. (2016) The 12 significances of structured parental educational intervention on childhood atopic dermatitis: a randomized 13 controlled trial. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*. 2016 30:806- 14 12.

²⁸ Ahrens B, Staab D. (2015) Extended implementation of educational programs for atopic dermatitis in childhood, 24 February 2015

²⁹ Stalder JF, Bernier C, Ball A, De Raeve L, Gieler U, Deleuran M, et al. (2013) Therapeutic patient education 53 in atopic dermatitis: worldwide experiences. *Pediatric dermatology*. 2013;30(3):329-34. Epub 2013/02/15.

³⁰ Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung (AGNES) e.V. (Hrsg), März 2020, Qualitätsmanagement in der Neurodermitisschulung von Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern, 2. Auflage (www.neurodermitisschulung.de)