

Gemeinsame Empfehlungen
zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen
für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis)
auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V
vom 2. Dezember 2013

AOK-Bundesverband, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e. V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin

GKV-Spitzenverband, Berlin

unter Beteiligung

der SEG 1 der MDK-Gemeinschaft

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.....	7
3.4	Ständige Betreuungspersonen	7
4.	Für eine Konzeptprüfung erforderliche Unterlagen	7
5.	Ziele und Inhalte von Patientenschulungen	9
6.	Voraussetzungen für die Inanspruchnahme	11
6.1	Abgrenzung zu Nachsorgemaßnahmen im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.....	12
6.2	Abgrenzung zu Rehabilitationssport und Funktionstraining	13
6.3	Abgrenzung zu Leistungen zur Primärprävention	13
6.4	Abgrenzung zur Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels	13
7.	Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation	14
7.1	Vorhandensein strukturierter Schulungskonzepte.....	15
7.2	Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal	15

7.3	Dokumentation der Leistungserbringung.....	17
7.4	Internes und externes Qualitätsmanagement.....	17
8.	Durchführung von Patientenschulungen	18
8.1	Teilnehmeranzahl / Gruppengröße	18
8.2	Räumliche Voraussetzung und Ausstattung	18
8.3	Dauer und Umfang	18
8.4	Wiederholung der Schulung	19
9.	Leistungsgewährung	19
10.	Perspektive	19
11.	Inkrafttreten	20
II.	SPEZIELLER TEIL: SCHULUNGSMÄßNAHMEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT ATOPISCHEM EKZEM (NEURODERMITIS)	21
1.	Präambel	21
2.	Gesetze	21
3.	Ausführung zum Krankheitsbild des atopischen Ekzems.....	21
3.1.	Entwicklung von Neurodermitisschulungen.....	23
4.	Erforderliche Unterlagen	25
5.	Ziele und Inhalte von Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis).....	26
6.	Voraussetzungen für die Inanspruchnahme	27

7. Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation	29
7.1 Vorlage eines strukturierten Schulungsprogramms	29
7.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal	30
7.3 Dokumentation der Leistungserbringung.....	32
7.4 Internes und externes Qualitätsmanagement.....	33
8. Durchführung von Patientenschulungen	33
8.1 Teilnehmeranzahl / Gruppengröße	34
8.2 Räumliche Voraussetzungen und Ausstattung	34
8.3 Dauer und Umfang	35
8.4 Schulungs-/Kurskosten.....	35
8.5 Wiederholung der Schulung	36
9. Leistungsgewährung	36
10. Perspektive	37
11. Inkrafttreten	37
12. Anlage.....	38
13. Literaturverzeichnis:.....	39

I. Allgemeiner Teil

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 von 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,

1. ...
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 Krankheitsselbstmanagements 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

Die Prüfung einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Abs.1 Nr.2 SGB V erfordert die Vorlage eines aussagekräftigen Konzeptes, Angaben zur Wirksamkeit sowie bei Standortprüfungen zusätzlich konkrete Angaben zur räumlichen/apparativ-technischen Ausstattung einschließlich Qualifikationsnachweisen des interdisziplinären Teams durch den Leistungserbringer.

Die nachfolgend in der Checkliste aufgeführten Unterlagen sind der Krankenkasse vom Leistungserbringer für die strukturierte Konzeptprüfung einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und diesen Empfehlungen vorzulegen.

Allgemeine Angaben

- Antrageingang
- Name des Programms
- Zielgruppe
- Antragsteller (Name, Straße, PLZ, Ort)
- Indikation
- Dauer
- Datum der Original-Konzepterstellung (oder Versionsnummer)
- Konzeptform (Original, Lizenz/Franchise, in Anlehnung an „Ursprungsprogramm“)
- Trainermanual, Teilnehmerunterlagen (falls nicht im Konzept integriert)
- Ziel- und Altersgruppe(n)
- chronische Erkrankung (Hinweis auf die Indikationsstellung zur Teilnahme am Programm)
- Kriterien (Einschluss-, Ausschluss-, Abbruchkriterien)

Formale Programmanforderung

- Durchführungsart/-ort
- Einbeziehung von ständigen Betreuungspersonen
- Gruppengröße
- Gruppenzusammenstellung (geschlossene/offene Gruppe etc.)
- Ausführung zu Zielen
- Aufbau
- Ausführung zu Inhalten
- Ausführung zum inneren Stundenaufbau
- Inhaltliche Ausführungen zu Schulungseinheiten

- Verhältnis von praktischen zu theoretischen Einheiten
- Muster-Stundenplan
- eingesetzte Methoden
- Lehr – und Lernmedien
- Dokumentation
- internes Qualitätsmanagement
- Qualitätssicherung
- Personelle Ausstattung
- ggf. Train-The-Trainer Angebote/Zertifikate
- apparativ-technische/räumliche Struktur

Unterlagen zur Wirksamkeit (sofern vorhanden)

- Unterlagen zur Wirksamkeit
- Nachweis der 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 Krankheits selbstmanagement 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:

- 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
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Erkrankung auf der Basis eines „Informiertseins“

- 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.

Nach konsentierter Expertenmeinung müssen ambulante Patientenschulungen 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 dem Arzt und soweit erforderlich, Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

Schulungsbestandteile, die therapeutische Behandlungen (z. B. Akupunktur) oder diagnostische Maßnahmen (z. B. Blutbild, Belastungs-EKG, Messungen Körperzusammensetzung) beinhalten, können **nicht** im Rahmen von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V übernommen werden. Hierbei handelt es sich in der Regel um Leistungen, die bereits im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vergütet werden.

Ebenfalls ausgeschlossen sind Begleitprodukte (z. B. Nahrungsergänzungsmittel, Nahrungsersatzmittel, Formulardiäten, homöopathische Mittel), die Bestandteil von Schulungsprogrammen sein können.

6. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme

Patientenschulungen kommen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, ggf. für deren Angehörige bzw. ständige Betreuungspersonen 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 den behandelnden Arzt bescheinigt wird und

- Schulungsfähigkeit vorliegt; d. h., dass der Patient über die erforderlichen kognitiven Voraussetzungen verfügt und motiviert ist (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,

Die Voraussetzung für die Teilnahme an Patientenschulungsmaßnahmen gemäß dieser Gemeinsamen Empfehlungen ist neben der ärztlichen Befürwortung und Begründung die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse.

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 Patientenschulungsmaßnahme ist die Optimierung des Krankheits selbstmanagements des Patienten, d. h. durch „Schulungen“ 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 Hinzuzögern 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 „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“ Hierbei geht es um die Erhaltung von Gesundheit bei 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 SGB V 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. So lange jedoch keine gesicherten Erkenntnisse über die jeweiligen indikationsspezifischen Patientenschulungsmaßnahmen vorliegen und ihre Wirksamkeit deshalb noch nicht mit ausreichender Evidenz nachgewiesen werden kann, ist der Krankenkasse aufzuzeigen, welche Begleitevaluation eingeleitet wird (z. B. Teilnahme am APV bei adipösen Kindern¹). 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

¹ Adipositas-Patienten-Verlaufs-Dokumentation der Universität Ulm

7.1 Vorhandensein strukturierter Schulungskonzepte

- Schriftlich fixiertes Schulungskonzept und Trainermanual mit Ausführungen zu:
 - Darstellung von Ablauf, Zielen
 - Aussagen zur Methodik
 - Schulungskomponenten (Aufbau der Komponenten verschiedener Fachbereiche ggf. Beschreibung der Module)
 - Schulungseinheiten (Angabe zu Anzahl, Frequenz und Zeitumfang der einzelnen Stunden, Differenzierung je nach Komponente)
 - Stundenaufbau (Themen, Übungen)
 - Verhältnis des Schulungsumfangs von Patienten- zu Angehörigen (bei Eltern-/Kinderprogrammen)
 - Verhältnis des Umfangs von praktischen zu theoretischen Schulungseinheiten
 - Musterstundenplan für die gesamte Maßnahme mit Verknüpfung der einzelnen Komponenten/Module
 - Indikationsspezifisch und altershomogen zusammengesetzte geschlossene Gruppen.
 - Formulierung von Ein-, Aus- und Abbruchkriterien
- Pädagogisch und zielgruppenspezifisch aufbereitete Schulungsmaterialien (z. B. Teilnehmermanual)

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 Klä-

rung sicherzustellen. Die Einweisung in das durchzuführende Schulungsprogramm ist für alle – ärztliche und nichtärztliche – Teammitglieder verbindlich.

Nachzuweisen für die nicht ärztlichen Teammitglieder sind:

- Berufsabschluss im Handlungsfeld mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation und mehrjährige Berufserfahrung in der Arbeit mit chronisch Kranken
- psychologische und methodisch–didaktische (pädagogische) 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.

Dieses 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
- Sportwissenschaftler
- Krankengymnasten / Physiotherapeuten
- Sport- und Gymnastiklehrer
- Ernährungsfachkräfte mit entsprechender Zusatzqualifikation (Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler, Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmedizinischer Berater/DGE) sofern diese im Rahmen einer Schulung in die durchzuführende Patientenschulungsmaßnahme speziell eingewiesen sind.

Ein Ausdruck der Interdisziplinarität und der integrativen Teamarbeit sind regelmäßig stattfindende Teambesprechungen. Die Frequenz ist der Dauer der Schulungsmaßnahme angepasst.

Eine Vertreterregelung für alle beteiligten Professionen ist bei langfristigen Schulungen unbedingt erforderlich.

7.3 Dokumentation der Leistungserbringung

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

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

7.4 Internes und externes Qualitätsmanagement

- Teilnahme an internen und bei Vorhandensein externen Qualitätszirkeln
- Benennung eines Qualitätsbeauftragten
- 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-Trainer Zertifikate.

Die Bereitschaft zur kontinuierlichen Fort-/Weiterbildung des Schulungspersonals wird vorausgesetzt. An eventuellen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Krankenkasse hat sich der Leistungsanbieter zu beteiligen. Sofern vom Leistungserbringer kein Wirksamkeitsnachweis im Zusammenhang mit Patientenschulungsprogrammen vorgelegt werden kann, hat sich der Leistungserbringer an bestehenden externen Begleitevaluationen z. B. APV (Adipositas Patienten

Verlaufsdokumentation der Universität Ulm) 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, dann 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 Gruppen mit sechs bis maximal 12 Patienten (ggf. einschließlich Angehörige/sonstige Betreuungspersonen) in geschlossenen Gruppen durchgeführt.

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. Hierbei ist zwischen der ggf. überregional erfolgenden Konzeptprüfung durch den Medizinischen Dienst (grundsätzliche Angaben zur geplanten Personalausstattung erforderlich) 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 Kindern und Jugendlichen die individuellen 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. Bei Kindern und Jugendlichen ist im Einzelfall zu prüfen, ob aufgrund entwicklungsphysiologischer Aspekte von diesem Grundsatz abgewichen werden muss.

Eine Nachschulung kann nach einem angemessenen zeitlichen Abstand und ggf. nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst sinnvoll erscheinen.

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 angemessenen Zeitabständen von in der Regel drei Jahren, ob aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Aktualisierung erforderlich ist.

11. Inkrafttreten

Diese Empfehlung tritt am 1. Januar 2014 in Kraft

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

1. Präambel

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

Das atopische Ekzem ist eine der häufigsten entzündlichen Hauterkrankungen im Kindesalter [1]. 10 –15 % der Vorschulkinder sind zumindest zeitweise davon betroffen [2]. Bei Erwachsenen tritt das atopische Ekzem seltener als bei Kindern auf, die Prävalenz in Deutschland liegt bei etwa 3 % [3] [4] [5].

Die Erkrankung bedeutet eine erhebliche sozioökonomische Belastung sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft. Ring J. et al. ermittelten im Weißbuch 2010 Gesamtkosten pro Patient und pro Jahr von etwa 6.500 Euro. Die direkten (70 %) und indirekten (30 %) Kosten in Deutschland wurden auf 3–5 Milliarden Euro jährlich geschätzt.

2. Gesetze

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. Differenziertere Ausführungen finden sich im Allgemeinen Teil dieser Empfehlung.

3. Ausführung zum Krankheitsbild des atopischen Ekzems

Das atopische Ekzem ist eine chronische oder chronisch rezidivierende entzündliche, nicht kontagiöse Hauterkrankung, die typischerweise von starkem

Juckreiz begleitet wird. Je nach Alter 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 [6] [7].

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 [8].

Der Objektivierung des Schweregrades und der Ausdehnung der Hauterkrankung dient der SCORAD-Index [9]. 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 im Anhang).

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 [2]. Folgende Hypothesen werden von Ring benannt [10]:

- „Psychosoziale Einflüsse
- Allergenexposition
- Fehlende Stimulation des Immunsystems (Urwald- oder Hygiene-Hypothese)

- Iatrogen (Medikation)
- Umweltverschmutzung
- Klimawandel“

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 [11] [12] [4] [5].

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 [6].

Die überwiegende Anzahl der 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) [13] [4] [5]. 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“[7].

3.1. Entwicklung von Neurodermitisschulungen

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. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben das Modellprojekt kontinuierlich begleitet und unterstützt. Es wurde im Jahre 2003 abgeschlossen.

Im Abschlussbericht wird festgestellt, dass „die Schulung einen positiven Effekt auf alle untersuchten somatischen und psychologischen Outcomeparameter“ habe. Dies gelte für alle Altersgruppen [14].

Eine gesundheitsökonomische Bewertung des Modellvorhabens erfolgte durch die Studiengruppe des Multicenterprojektes im Jahr 2009 im Rahmen der Veröffentlichung einer Originalarbeit [15]. 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 ließe, für konkrete Empfehlungen hinsichtlich der notwendigen Dauer, Häufigkeit und der spezifischen Schulungsinhalte allerdings weiterer Forschungsbedarf bestehe [16].

Ein Cochrane Review aus dem Jahr 2009 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 [17].

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 [18].

Zusammenfassend liegt ein eindeutiger Wirksamkeitsnachweis nach den Kriterien Evidenz basierter Medizin von Schulungsprogrammen für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) derzeit nicht vor.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bereits früh in einem ersten Schritt verbindliche Kriterien und Standards für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) entwickelt, bei denen eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse in Betracht kommen kann. Die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für Patientenschulungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) datieren vom 20. Dezember 2006. Bereits seit dem 5. November 2004 liegen Rahmenempfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Förderung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V – Rahmenempfehlungen Patientenschulung vor. Um eine Vereinheitlichung im Bundesgebiet sicherzustellen, sollen diese beiden Empfehlungen zusammengefasst und überarbeitet werden. Diese Anforderungskriterien an Patientenschulungsmaßnahmen sollen nur solange 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 Langzeit-Studie. Vor diesem Hintergrund haben die nachstehenden Ausführungen zunächst vorläufigen Charakter.

Mit den nachfolgenden speziellen Ausführungen werden inhaltliche und strukturelle Voraussetzungen definiert, unter denen eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse möglich sein kann.

4. Erforderliche Unterlagen

Die Prüfung einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V erfordert die Vorlage eines aussagekräftigen Konzeptes, Angaben zur Wirksamkeit sowie bei Standortprüfungen zusätzlich konkrete Angaben zur räumlichen/apparativ-technischen Ausstattung einschließlich Qualifikationsnachweisen des interdisziplinären Teams durch den Leistungserbringer. Differenzierte Ausführungen finden sich im Allgemeinen Teil dieser Empfehlung.

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

Durch die Teilnahme an Neurodermitisschulungen soll für die Kinder und Jugendlichen der Umgang mit der Erkrankung verbessert werden 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 Teilnehmerinnen Inhalte und Hintergründe gesicherter Erkenntnisse und Therapien verstehen, werten und für sich zu nutzen lernen.

Weitere Ziele sind:

- Verminderung der Häufigkeit von Krankheitsschüben und deren Dauer
- Reduzierung stationärer Maßnahmen
- Reduzierung psychosozialer Folgen
- Optimierung der Behandlung (die Inanspruchnahme ineffektiver und unsicherer 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.

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 und Eltern
- 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

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 Pädiater/Pädiaterin bzw. Dermatologen/Dermatologin vorgelegt wurde. Eine medizinische Befürwortung lediglich durch einen Arzt des Schulungsteams ist nicht ausreichend.

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

- ausreichende Sprachkenntnisse für die Schulungssprache gegeben sind
- 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 Jahre: die Elternschulungen, optional mit Einbindung der Kinder
- für Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren: Schulung der Kinder und Eltern,
- für Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren: Schulung der Jugendlichen mit optionaler Elterneinbindung.

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

Im direkten Anschluss an eine 4 – 6 wöchige medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit der Erkrankung „Atopisches Ekzem“ ist bei weitgehender Übereinstimmung der Schulungsinhalte eine erneute ambulante Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 Abs. 1 Nr. 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).

Abbruchkriterien, die die Weiterführung der Schulung ausschließen

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

- Keine regelmäßige Teilnahme (weniger als 80 %) an den Schulungsterminen (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 zu dokumentieren.

7. Qualitative Anforderungen an das Schulungsprogramm und Dokumentation

7.1 Vorlage eines strukturierten Schulungsprogramms

Der Leistungsanbieter hat unter Berücksichtigung der vorgenannten Ziele, Inhalte und Zielgruppen sowie des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes der jeweiligen Teildisziplinen ein schriftlich fixiertes strukturiertes Patientenschulungsprogramm vorzulegen, das auch schriftliches Schulungsmaterial für die Kursleiter und Teilnehmer (Kinder, Eltern) vorsieht. Das Schulungsmaterial für die Kinder/ Jugendliche muss dem jeweiligen Entwicklungsstand gerecht werden und altersgerecht aufbereitet sein.

Das Schulungskonzept legt auch die Interventionsmaßnahmen sowie die diesen zugrunde liegenden 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 bzw. dem Vertragsarzt und einen Nachweis der Ergebnisqualität. Im Übrigen gelten die Ausführungen im Allgemeinen Teil (I.) dieser Empfehlungen.

Wird das Konzept eines anderen Konzeptentwicklers übernommen, so ist ein regionalisiertes Umsetzungskonzept erforderlich. Dies muss 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 Dozenten (Qualifikationsnachweise der Berufsqualifikation, ggf. Train-the-Trainer Zertifikate etc.)

7.2 Fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziertes Schulungspersonal

Das Schulungsprogramm ist von einem interdisziplinären Schulungsteam durchzuführen. Hierbei muss mehrjährige Berufserfahrung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) sowie entsprechende pädagogische und methodisch-didaktische Befähigung vorhanden sein. Diese Erfahrungen und entsprechende Zusatzqualifikationen sowie regelmäßige Weiterbildungen sind nachzuweisen. Die Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt wird vorausgesetzt.

Die folgenden drei Berufsgruppen müssen mindestens einbezogen sein:

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

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 Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen oder Arzthelferinnen mit zweijähriger Berufserfahrung in der Betreuung und Versorgung von Kindern mit atopischem Ekzem übernommen werden.

Diplom-Psychologe/in oder Arzt/Ärztin für psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie jeweils mit Beratungserfahrung in der Behandlung neurodermitiskrankter Kinder und deren Eltern. Zu den Aufgaben der o. a. Berufsgruppen gehört die Durchführung des Entspannungstrainings und der verhaltenstherapeutischen Interventionen (Kratz-Reduktionstraining).

Ernährungsfachkraft: Abgeschlossene Berufsausbildung zur Diätassistentin mit Zusatzqualifikation in Ernährungsberatung bei allergischen Erkrankungen bzw. abgeschlossenes Hochschulstudium zur Ökotrophologin jeweils mit Beratungserfahrung neurodermitiskrankter Kinder und deren Eltern. 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 zum Neurodermitistrainer. Diese oder eine vergleichbare Zertifizierung ist Bestandteil der Qualitätssicherung. Mindest-

tens ein Mitglied des Schulungsteams muss daher ein bei der AGNES e.V. erworbenes oder ein qualitativ gleichwertiges Trainerzertifikat besitzen. Empfohlen wird, dass der Arzt bzw. die Ärztin über dieses Zertifikat verfügt. Weiter werden methodisch-didaktische Kompetenzen für die Durchführung von Gruppenmaßnahmen vorausgesetzt

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

7.3 Dokumentation der Leistungserbringung

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

- Teilnahmebescheinigung für den Versicherten zur Vorlage bei der Krankenkasse
- Dokumentation der Anwesenheit (Teilnehmer und Therapeut)
- Dokumentation der Schulungsinhalte
- Dokumentation des Schulungsverlaufs
- Kommunikation mit den behandelnden Ärzten
- Dokumentation der Schulungsabbrecher
- Dokumentation der Teambesprechungen;
- Abschlussbericht an den weiterbehandelnden Arzt.

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

Das Schulungsteam arbeitet eng mit den zuweisenden Ärzten zusammen.

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

7.4 Internes und externes Qualitätsmanagement

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

Zur internen Qualitätssicherung gehört die Dokumentation wie unter 3.2 geschildert. Ein Qualitätsbeauftragter ist zu benennen.

Zur externen Qualitätssicherung gehört die Teilnahme an vorhandenen Qualitätssicherungssystemen. Hierzu hat die AGNES e. V. Qualitätsstandards herausgegeben. Die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen bzw. Qualitätszirkeln und Fortbildungen der AGNES wird bei Anbietern nach dem AGNES Konzept vorausgesetzt. Bei anderen Anbietern ist das zu verwendende Qualitätsmanagementsystem darzustellen und muss qualitativ gleichwertig zur AGNES sein.

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 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Stichprobenartig kann es sich anbieten, das Schulungskonzept und/oder den Leistungserbringer vom MDK überprüfen zu lassen.

8. Durchführung von Patientenschulungen

Aus dem Konzept muss die Umsetzung und Durchführung ersichtlich sein.

Zur Umsetzung gehören:

- Es sind verbindliche Ein-, Ausschluss- und Abbruchkriterien definiert worden.

- Zu Beginn des Programms wird für 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 den behandelnden Vertragsarzt erfolgt. Dies umfasst unter anderem die Kontaktaufnahme mit dem Vertragsarzt durch das Schulungsteam bei Problemen (z.B. Erfüllung der Abbruchkriterien). Der behandelnde Vertragsarzt erhält nach Abschluss der Maßnahme einen Bericht mit Angaben zur/m
 - Eltern-/Familiensituation
 - Betreuungssituation des Kindes
 - Art der durchgeführten Maßnahmen
 - Verlauf der Intervention
 - Empfehlungen für die Integration des Erlernten in den Alltag.

8.1 Teilnehmeranzahl / Gruppengröße

Das Schulungsprogramm wird ambulant als Gruppenmaßnahme in geschlossenen Gruppen durchgeführt. Die Patienten werden in altershomogenen Gruppen geschult. Bei der Schulung von Eltern- und Jugendlichen beträgt die Gruppengröße minimal 6, 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 ausreichende große Räume für die zu schulenden Gruppen inklusive ausreichenden Sanitäreinrichtungen vorzuhalten. Bei Parallelschulungen sind 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 sollte zur Weitergabe an die Patienten bzw. ihre Eltern/ Bezugspersonen vorhanden sein (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 können gemeinsam (dann 12 Zeit-Stunden mit mindestens zwei TeammitarbeiterInnen) oder parallel (Kinder 12 Zeit-Stunden und Eltern 12 Zeit-Stunden) 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 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 Pädiatern und 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 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 MDK 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 den behandelnden Arzt. Im Einzelfall kann diese weitere Leistungsanspruchnahme vom MDK geprüft werden.

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 ca. 3 Jahren, ob aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Aktualisierung erforderlich ist.

11. Inkrafttreten

Diese Empfehlung tritt am 1. Januar 2014 in Kraft.

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 Befunde 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:

	Intensität (0–3)
➤ Rötung	
➤ 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] 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), letzte Überarbeitung 04/2008 (S2). [www.uni-duesseldorf.de WWW/AWMF](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF)
- [3] Schäfer T, Krämer U, Behrend H, Ring J (2003). Epidemiologie des atopischen Ekzems. *Allergo J*, 12, 430–438
- [4] 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
- [5] Ring J, Schnopp C, Kugler C (2010). Atopisches Ekzem). In: Klinische Ernährungsmedizin. Ledochowski M (Hrsg.). Wien New York: Springer Verlag, 125–132
- [6] Braun-Falko O., Plewig G., Wolff H.H., Burgdorf W.H.C., Landthaler M. (2005). Dermatologie und Venerologie. 5. Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- [7] 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)
- [8] Biedermann T (2006). Dissecting the role of infections in atopic dermatitis. *Acta Dermatovenereologica*, 86(2), 99–109
- [9] 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
- [10] Ring J (2012). Neurodermitis–Atopisches Ekzem. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- [11] 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
- [12] 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, <http://www.dimdi.de/static/de/hta/dahta/>
- [13] Fröschl B., Arts D., Leopold C.. Topische antientzündliche Behandlung der Neurodermitis im Kindesalter. Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information, Köln, <http://www.dimdi.de/static/de/hta/dahta/>
- [14] Wahn U. (ohne Datum). Abschlussbericht (Band 1–3, revidierte Fassung) „Modellvorhaben zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit atopischem Ekzem (Neurodermitis)“ <http://www.neurodermitisschulung.de/41.html>

-
- [15] 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
- [16] Ahnert J., Müller J., Löffler S., Vogel H. (2010). Patienten und Elternschulungen bei Neurodermitis. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158, 586–591
- [17] Ersser S. J., Larter S., Sibley A., Satherly P.A., Welbourne S. (2009). Psychological and educational interventions for atopic eczema in children (Review). *The Cochrane Collaboration Issue 1*, John Wiley & Sons, Ersser et al. 2009)
- [18] 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.