

Bitte per Fax an die zuständige Krankenkasse senden.

**Antrag im Rahmen eines Disease-Management-Programms in Hessen auf Genehmigung einer (vorzeitigen) Wiederholungsschulung vor Ablauf von 8 Quartalen oder einer Nachschulung**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Schulungsprogramm, für das die Maßnahme beantragt wird (Abrechnungsgenehmigung der KV Hessen liegt vor):

**(vorzeitige) Wiederholungsschulung vor Ablauf von 8 Quartalen**

Der/die Patient/in hat bereits an dem genannten DMP-Schulungsprogramm teilgenommen. Diese Schulung liegt weniger als 2 Jahre zurück.

- Patient/in mit Asthma bronchiale oder COPD: Es besteht keine befriedigende Asthmakontrolle bzw. es kommt gehäuft zu Exazerbationen und als Ursache sind unzureichende Selbstmanagement-Kenntnisse anzunehmen, obwohl der/die Versicherte bereits eine Schulung absolviert hat.
- Patient/in mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2: Der HbA1c ist trotz erfolgter Schulung über 4 – 6 Quartale nicht unter 7,5 (bei geriatrischen Patienten nicht unter den empfohlenen Zielwert) einzustellen. Eine schlechte Adhärenz wegen mangelnden Wissens um das Krankheitsbild ist als Ursache anzunehmen, obwohl der Patient bereits eine Schulung absolviert hat.
- anderer Grund:

**Hinweis:**

Die Aktualisierung von Behandlungsinhalten ist kein Grund für eine wiederholte Schulung; Therapieaktualisierungen sind durch den Arzt im Rahmen der Sprechstunde zu vermitteln. Bei dauerhaft erhöhtem Blutdruck sollte vorrangig die Medikation überprüft werden. Bei fehlender Adhärenz im Zusammenhang mit der Blutdruckmessung hat die Demonstration durch Arzt/MFA bzw. Blutdruckmessung in der Praxis Vorrang vor einer Wiederholungsschulung.

**Nachschulung** (begrenzt auf ein bis zwei Unterrichtseinheiten - die Nachschulung erfolgt als Einzelschulung)

- Patient/in mit Asthma bronchiale oder COPD: Es kommt zu wiederholten Fehlern bei der Medikamentenanpassung
- Patient/in mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus: Es kommt zu Fehlern bei der BE-Berechnung oder bei der Berechnung und Korrektur von Insulindosen
- anderer Grund:

Welche Unterrichtseinheiten/Themen sollen erneut geschult werden?

Mit der Bitte um kurzfristige Antwort an Fax-Nummer: .....

<p><b>Die Richtigkeit der o.g. Angaben wird hiermit bestätigt:</b></p>          <p>_____ Datum, Unterschrift und Stempel Vertragsarzt</p>	<p><b>Wird von der zuständigen Krankenkasse ausgefüllt:</b></p> <p>Die beantragte Schulung wird</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> genehmigt</li><li><input type="checkbox"/> nicht genehmigt</li></ul> <p>Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Patient ist nicht im DMP eingeschrieben</li><li><input type="checkbox"/> Es liegt keine anerkennungsfähige Begründung vor</li><li><input type="checkbox"/> Sonstiges: .....</li></ul> <p>.....</p> <p>_____ Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p>
---	--