

**Antrag auf Übernahme der Kosten für eine
ambulante Primäre Immundefekt-Patientenschulung**

entsprechend den Kriterien der AG PID-Schulung gemäß „ergänzender Leistungen zur Rehabilitation“ nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| Name der/des Versicherten | | |
| Geburtsdatum | | |
| Straße | | |
| PLZ, Wohnort | | |

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| Versicherungsnummer Patient | | |
| ggf. Hauptversicherter | | |
| Krankenkasse | | |
| PLZ, Ort der Krankenkasse | | |

Ich beantrage die Übernahme der Kosten wie umseitig für die Patientenschulung zur Erstattung an die AG PID-Schulung e.V.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter

Ärztliche Bescheinigung

Die oben genannte Patientin / der oben genannte Patient befindet sich wegen einer Primären Immundefekt-Erkrankung bei mir in Behandlung. Es liegt eine schwerwiegende chronische Erkrankung gemäß § 62 SGB V vor.

Der Patient erfüllt zum Zeitpunkt der Schulung die medizinischen Zugangsvoraussetzungen

- Diagnose eines Primären Immundefekts
- Subkutane oder intravenöse Behandlung mit Immunglobulinen
- Informationsgespräch(e) über Diagnose und Therapie
- bei subkutaner Therapie zusätzlich: Einweisung/Unterweisung in Pumpenhandhabung

Die Teilnahme des o.g. Patienten / der o.g. Patientin an der Schulung, ggf. zusammen mit Eltern/Begleitpersonen befürworte ich.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes/der Klinik

Leistungserbringer

Arbeitsgemeinschaft Schulung für Patienten mit Primären Immundefekten (AG PID-Schulung) e.V.

Vorsitzender: Dr. Maria Faßhauer, Leipzig
 Stellv. Vorsitzender: Prof. Dr. Ulrich Baumann, Medizinische Hochschule Hannover
 Geschäftsführer: Mandy Keller, Leipzig

Sitz des Vereins: Aachen

Inhalte der Schulung, Qualitätsstandards, Evaluation, Trainerqualifikationen

Der Inhalt richtet sich nach den Standards der AG PID-Schulung e.V. und des Kompetenznetzes Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (KomPaS), deren Mitglied der Veranstalter ist, und umfasst

- Physiologie des Immunsystems
- Pathophysiologie Primärer Immundefekterkrankungen
- Krankheitsbilder und Komplikationen
- Humangenetische Aspekte
- Medikamentöse Therapie (intravenöse und subkutane Immunglobulin-Substitution)
- Supportive Therapien/Prophylaxe (Antibiotika, Impfungen), Physiotherapie
- Verhalten bei Verschlechterungen und Notfallmanagement
- Herstellung und Sicherheit von Immunglobulinen
- Selbstmanagement
- Psychosoziale Aspekte
- Krankheitsmanagement im Alltag

Die Inhalte basieren auf einem standardisierten, modularen Schulungskonzept (ModuS) (Download-Link siehe unten).

Die Leistung wird anerkannten Qualitätsstandards gerecht (internes Qualitätsmanagement, strukturiertes Schulungskonzept, patientenorientierte Medien, Qualifikation des Schulungspersonals: fachlich, methodisch, didaktisch und sozial; staatlich anerkannte Berufsausbildung der Trainer mit Berufserfahrung im Handlungsfeld). Alle Teammitglieder haben langjährige Erfahrungen mit Immundefekt-Schulungen und mindestens ein Teammitglied verfügt über die Zusatzausbildung zum Immundefekt-Trainer.

Das Schulungskonzept wurde wissenschaftlich evaluiert [1] und wird explizit in der aktuellen S3-Leitlinie „Therapie Primärer Antikörpermangelkrankungen“ [2] empfohlen. Die Leistungen entsprechen damit dem aktuellen wissenschaftlichen Stand und sind wirtschaftlich und zweckmäßig [3, 4].

Zeitlicher Umfang und Veranstaltungsort der Schulung

20 Unterrichtseinheiten zu 45 Minuten

| | | | | | |
|---|---|---|---|------------------------|------------------------|
| 21.3.20 8 ⁰⁰ Uhr - 22.3.20 15 ⁰⁰ Uhr | 18.4.20 8 ⁰⁰ Uhr - 19.4.20 15 ⁰⁰ Uhr | 16.5.20 8 ⁰⁰ Uhr - 17.5.20 15 ⁰⁰ Uhr | 20.6.20 8 ⁰⁰ Uhr - 21.6.20 15 ⁰⁰ Uhr | -! ⁰⁰ Uhr - | -! ⁰⁰ Uhr - |
| Freiburg i.Br. | Berlin | München | Leipzig | | |

Bestätigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse

Die Kosten in Höhe von 360,- € pro Patient werden wie beantragt übernommen. Die zusätzlichen Kosten für Übernachtung und Verpflegung sind nicht enthalten und werden vom Patienten selbst getragen.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel der Krankenkasse

Krankenkassen, die die Kosten übernommen haben

| | | | |
|------------------------|-------------|--------------------|--------------|
| Techniker Krankenkasse | BKK mhplus | Allianz Private KV | Barmer GEK |
| AOK Baden-Württemb. | BKK VBU | BKK Securvita | BKK Diakonie |
| AOK Nordwest | BKK RWE | BKK TUI | BKK Audi |
| AOK plus | BKK EWE | BKK Mobil Oil | DAK |
| IKK Brandenburg | IKK classic | BKK VBU | Actimonda |
| SBK | pronova BKK | Bergische KK | und Weitere |

Literaturhinweise

- [1] BMBF (Förderkennzeichen 01GM0894/Projekt A6)
 [2] AWMF-Leitlinie Register-Nr. 189-001
 [3] DOI: 10.3205/10kit079
 [4] DOI: 10.3205/10kit131
 [5] Schulungshandbuch: https://www.pabst-publishers.com/fileadmin/user_upload/_modus_9783899678987/modus_9783958530751.pdf