

**Rahmenvereinbarung  
der Spitzenverbände der Krankenkassen  
zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität  
sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen  
nach § 43 Abs. 2 SGB V**

**vom 1. Juli 2005**

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003 wird den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder zu erbringen oder zu fördern.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen

der AOK-Bundesverband,  
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,  
der IKK-Bundesverband,  
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,  
die Bundesknappschaft,  
die See-Krankenkasse,  
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,  
der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,

schließen gemeinsam und einheitlich auf der Grundlage des § 43 Abs. 2 SGB V nachfolgende Rahmenvereinbarung zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität der Leistungen.

Die Anforderungen an die Leistungserbringer nach § 132 c SGB V werden in einer gesonderten Empfehlung vereinbart.

# **1 Grundlagen und Ziele**

Bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern erweist sich die häusliche Versorgungssituation nach der Entlassung aus der stationären Akutversorgung oder einer Rehabilitationseinrichtung oft als sehr schwierig. Eltern und Betreuungspersonen sind mit der Versorgungssituation im häuslichen Bereich oftmals überfordert. In diesen Fällen kann die sozialmedizinische Nachsorge als Hilfe zur Selbsthilfe unterstützend wirken, in dem sie eine sektorenübergreifende Brückenfunktion einnimmt, die sich in Art, Umfang und Dauer an der Schwere der Erkrankung und dem Interventions- und Unterstützungsbedarf des Kindes und dessen Eltern bzw. Bezugspersonen orientiert. Durch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie die Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme werden stationäre Aufenthalte verkürzt oder durch die Sicherung der ambulanten Behandlung wird eine erneute stationäre Aufnahme vermieden. Dies soll sowohl dem Wohl des Kindes und seiner Familie als auch der Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung dienen.

Konzeptionelle und begriffliche Grundlage der sozialmedizinischen Nachsorge bildet die von der WHO verabschiedete Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

## **2 Anspruchsvoraussetzungen und Indikationen**

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen kommen in Betracht, wenn die Voraussetzungen nach 2.1 und 2.2 dieser Rahmenvereinbarung erfüllt sind.

### **2.1 Anspruchsvoraussetzungen**

Anspruchsberechtigt sind chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder,

- die bei Beginn der Nachsorge das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
- bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen können nur verordnet werden

- a) in unmittelbarem Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder eine stationäre Rehabilitation (auch wenn die Krankenkasse nicht Träger der Rehabilitation war),
- b) wenn die Nachsorge wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist,
  - um stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder
  - eine anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

## 2.2 Indikationen

Die Indikation zur Inanspruchnahme von sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V ergibt sich aus

- der Kombination von schweren Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit nach ICF (Schädigung, Beeinträchtigung der altersentsprechenden Aktivitäten/Teilhabe) sowie der Notwendigkeit eingreifender, komplexer Interventionen bei gleichzeitig erschwerter Organisation der erforderlichen Unterstützung (negative Kontextfaktoren)

oder

- dem Finalstadium einer Erkrankung, in dem ein erhöhter Bedarf an Koordination komplexer Interventionen sowie von Motivierung und Unterstützung der Angehörigen eines sterbenden Kindes vorausgesetzt wird.

Einzelheiten sind dem **Anhang** zu entnehmen.

## 3 Leistungsinhalt und Leistungsort

Aufgaben, die bisher von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung wahrgenommen wurden (z.B. vom Sozialdienst), werden auch künftig von diesen wahrgenommen und werden nicht durch sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen ersetzt. Ebenso werden Leistungen, die auf Grund anderer gesetzlicher Grundlagen von Krankenkassen oder anderen Sozialleistungsträgern (z.B. häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V und Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI) erbracht werden, nicht durch sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen ersetzt.

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen umfassen die erforderliche:

☐ Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung

Die Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung beinhaltet im Einzelnen:

- Durchführung einer umfassenden Analyse auf Basis der ICF
- Unterstützung und Motivierung der Eltern während des Klinikaufenthaltes bei der Entscheidung für die häusliche Versorgung
- Beteiligung bei der Planung, Organisation und Durchführung einer interdisziplinären und multiprofessionellen Fallkonferenz vor Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus/der Rehabilitationseinrichtung

oder bei Verordnung durch den behandelnden Vertragsarzt

- Planung, Organisation und Durchführung einer interdisziplinären und multiprofessionellen Abstimmung der am Versorgungsprozess Beteiligten
- Erstellung und Kommunikation eines Plans für Krisensituationen medizinischer und psychosozialer Natur

☐ Koordinierung der verordneten Leistungen

Der Koordinierungsbedarf ist abhängig von der Art, dem Umfang und der Dauer der verordneten Leistungen. Die Koordinierung beinhaltet im Einzelnen:

- Darstellung der vorhandenen Versorgungsangebote
- Anbahnung und Vermittlung von Kontakten zum weiterbehandelnden Vertragsarzt und sonstigen Leistungserbringern und Leistungsträgern
- Koordinierung der ambulanten ärztlichen, medizinisch-therapeutischen, medizinisch-technischen und pflegerischen Versorgung
- Strukturierung und Sicherstellung der Kommunikation zwischen allen an der Versorgung Beteiligten (das schließt regelmäßige Kontakte zum behandelnden Kinderarzt ein)

☐ Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen

Der Bedarf an Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen ist insbesondere abhängig von den Kontextfaktoren. Die Anleitung und Motivierung dient der Förderung des Krankheitsverständnisses und beinhaltet im Einzelnen:

- Weiterführende Aufklärung zur Förderung des Krankheitsverständnisses einschließlich der Besprechung des Nutzens von z.B. regelmäßigen Kontrollen, Behandlungen und Therapien bezogen auf den individuellen Krankheitsverlauf
- Motivierung und Unterstützung bei der Bewältigung alltagsbezogener Anforderungen und krankheitsbezogener Versorgungsaufgaben
- Erläuterung der Aufgaben von Vertragspartnern, wie Arzt, interdisziplinäre Frühförderstellen, sozialpädiatrische Zentren, Selbsthilfegruppen, häusliche Krankenpflegedienste etc.
- Hilfe beim Abbau von Ängsten im Zusammenhang mit der Versorgung
- Ermutigung der Eltern zu selbständigen Aktivitäten, z.B. bei der Pflege oder Ernährung des Kindes
- Anleitung und Ermutigung des Kindes zu selbständigen Aktivitäten in Bezug auf die Selbstversorgung
- Bei Bedarf Begleitung zu Vertragspartnern, z.B. bei massiven Ängsten oder Verständigungsproblemen

Auch wenn sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen primär vom Bedarf des chronisch kranken oder schwerstkranken Kindes abhängen, sind die Angehörigen bzw. die ständigen Bezugspersonen in die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen einzubeziehen. Probleme der Familie aufgrund der besonderen Situation sowie ihre Ressourcen sind zu berücksichtigen und Hilfsangebote aufzuzeigen.

Die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen werden je nach Bedarf sowohl aufsuchend als auch in der Nachsorgeeinrichtung durchgeführt.

#### **4 Leistungsumfang und Leistungsdauer**

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen kommen nur in Betracht, wenn ein Leistungsumfang von mindestens 6 sozialmedizinischen Nachsorgeeinheiten (davon müssen mindestens 3 im häuslichen Umfeld erbracht werden) angezeigt ist. Dabei handelt es sich um Leistungen gemäß Ziffer 3 dieser Rahmenvereinbarung.

Eine sozialmedizinische Nachsorgeeinheit beträgt 60 Minuten, die maßnahmenbezogen in kleinere Zeiteinheiten aufgeteilt werden kann. Dies ist entsprechend zu dokumentieren. Fahrzeiten sind darin nicht enthalten.

Je nach Bedarf können auch mehrere sozialmedizinische Nachsorgeeinheiten an einem Tag erbracht werden.

Die sozialmedizinische Nachsorge ist in der Regel nach maximal 20 sozialmedizinischen Nachsorgeeinheiten in einem Zeitraum von 6 bis 12 Wochen abgeschlossen. Dabei entfallen auf die Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung maximal 3 Leistungseinheiten.

Kann in begründeten Ausnahmefällen das Nachsorgeziel nicht mit den regulären sozialmedizinischen Nachsorgeeinheiten innerhalb des vorgegebenen Zeitraums erreicht werden, ist einmalig eine Verlängerung der sozialmedizinischen Nachsorge um bis zu 10 sozialmedizinische Nachsorgeeinheiten auf der Grundlage einer begründeten Folgeverordnung möglich.

Bei einer wiederholten Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme wegen derselben Indikation(en) kommen erneute sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen nur in Betracht, wenn eine Veränderung der Ausgangssituation (veränderte Kontextfaktoren oder veränderter Krankheitsverlauf) vorliegt (z.B. Bezugsperson fällt aus oder der Krankheitsverlauf erfordert andere Interventionen).

## **5 Verordnung**

Verordnungsberechtigt für die Erst- oder Folgeverordnung sind:

- der behandelnde Arzt des Krankenhauses,
- der behandelnde Arzt der stationären Rehabilitationseinrichtung,
- der behandelnde Vertragsarzt.

Die Erstverordnung der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen erfolgt im Regelfall durch den behandelnden Arzt des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung

bereits während der stationären Behandlung/Rehabilitation oder im Einzelfall noch innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der Einrichtung. Wird die Leistung nicht während der Krankenhausbehandlung oder der Rehabilitation veranlasst, kann die Verordnung längstens innerhalb einer Frist von bis zu 6 Wochen nach Abschluss der stationären Behandlung/Rehabilitation erfolgen.

Die Verordnung ist vom Erziehungsberechtigten zu unterschreiben und der Krankenkasse zur Genehmigung unverzüglich vorzulegen. Da es sich bei den sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen um Leistungen handelt, deren Notwendigkeit primär von dem Bedarf des Kindes abhängt, ist immer die Krankenkasse zuständig, bei der die Familienversicherung nach § 10 SGB V bzw. eine eigene Mitgliedschaft des Kindes besteht.

Die Leistungserbringung hat nach ergangener Bewilligung unverzüglich zu erfolgen.

Die Verordnung muss enthalten:

- Diagnose (ICD), Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe
- Art der Einzelleistungen (z.B. häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Pflegeleistungen nach dem SGB XI), aufgrund derer die Inanspruchnahme von sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen notwendig wird
- Art, Umfang und Dauer der Leistungen, die im Rahmen der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen notwendig sind:
  - Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung,
  - Koordinierung der verordneten Leistungen,
  - Motivierung und Anleitung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen.

Eine Folgeverordnung muss zusätzlich zu den o.a. aufgeführten Angaben auch beinhalten, welche Ziele bisher erreicht wurden, warum welche Ziele nicht erreicht wurden und welche Ziele noch erreicht werden sollen bzw. können.

## **6 Genehmigung**

Jede sozialmedizinische Nachsorgemaßnahme bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des anspruchsberechtigten Kindes. Die Krankenkasse teilt dem/der Versicherten die Entscheidung über den Antrag in der Regel innerhalb von 4 Arbeitstagen mit. Der verordnende Arzt ist über die Entscheidung zu benachrichtigen.

Die Krankenkasse kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Verordnung beauftragen. Der MDK teilt der Krankenkasse das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme in der Regel innerhalb von 2 Arbeitstagen nach Auftragserteilung mit.

## **7 Inkrafttreten**

Die Rahmenvereinbarung wird mit Wirkung zum 01. Juli 2005 geschlossen.

Die Rahmenvereinbarung wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen innerhalb von 3 Jahren nach Inkrafttreten überprüft und bei Bedarf angepasst.

## Voraussetzungen zur poststationären Inanspruchnahme von sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V

Die Indikation zur Inanspruchnahme von sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V ergibt sich aus der Kombination von schweren Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit nach ICF (Schädigung, Beeinträchtigung der altersentsprechenden Aktivitäten/Teilhabe) sowie der Notwendigkeit eingreifender, komplexer Interventionen bei gleichzeitig erschwerter Organisation der erforderlichen Unterstützung (negative Kontextfaktoren).

Demnach können sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen in Betracht kommen, wenn alle folgenden Kriterien erfüllt sind (vgl. Algorithmus - **Anlage 1**):

1. Es muss mindestens eine der relevanten ICD-10-Diagnosen (**Anlage 2**) vorliegen.

Im Einzelfall können auch nicht aufgeführte Erkrankungen mit vergleichbaren Auswirkungen und Konsequenzen gemäß dem Algorithmus nach Begutachtung durch den MDK berücksichtigt werden.

2. Es liegen aufgrund der o.a. Diagnosen schwere Schädigungen (Beeinträchtigungen der Körperstruktur und/oder Körperfunktion) (**Anlage 3**) vor, die eingreifende, komplexe Interventionen (**Anlage 3**) erfordern.
3. Die o.a. Schädigungen führen zu schweren Beeinträchtigungen altersrelevanter Aktivitäten/Teilhabe wie
  - Mobilität,
  - Kommunikation,
  - interpersonelle Beziehungen,
  - Selbstversorgung.

Hierdurch sind eingreifende, komplexe Interventionen wie

- umfangreiche Pflege (orientierend größer als 240 Minuten täglich),
- intensive Betreuung,
- technische anspruchsvolle Mobilitätshilfen oder
- die Einleitung einer umfassenden Familienberatung/-therapie, notwendig.

4. Es sind negative Kontextfaktoren wie

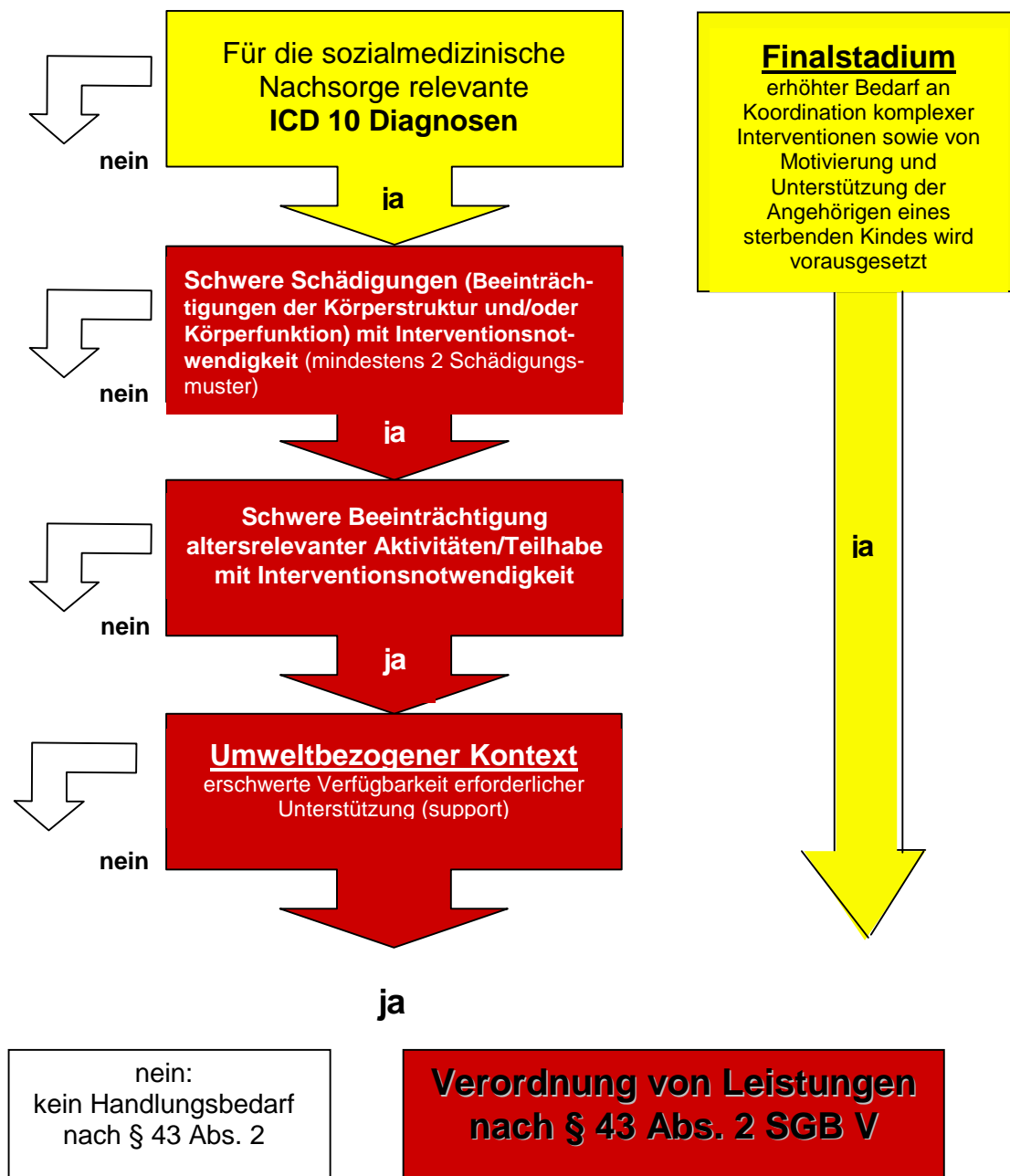
- erschwerte Bereitstellung und Anwendung von Hilfsmitteln und Technologien,
- erschwerte Verfügbarkeit von Fachleuten sowie
- eine familiäre Überforderung mit der Versorgungsaufgabe vorhanden.

Liegt ein Finalstadium vor, wird unabhängig von der Erkrankung ein erhöhter Aufwand an Intervention unterstellt, so dass die Indikation für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen ohne einen Nachweis von Schädigungen, Beeinträchtigungen der altersrelevanten Aktivitäten/Teilhabe sowie negativer Kontextfaktoren gegeben ist.

## Anlage 1 zum Anhang

Anhang zu Ziffer 2.2 - Indikationen - der "Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V

# Algorithmus



## Anlage 2 zum Anhang

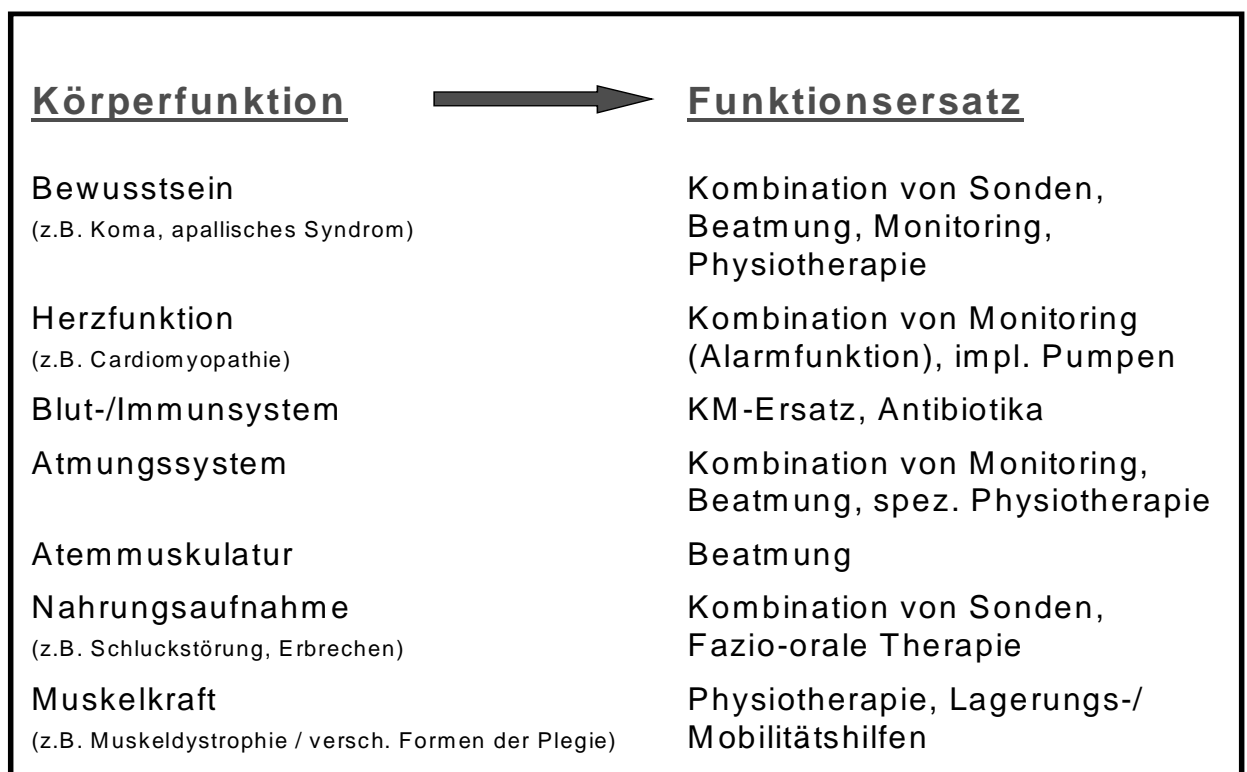
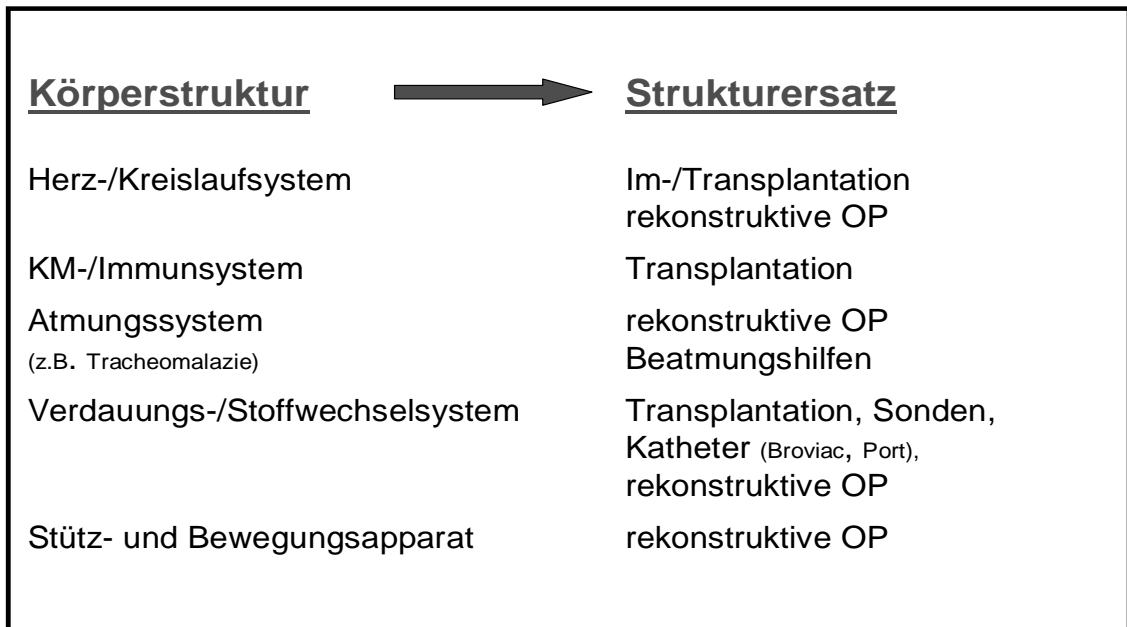
Anhang zu Ziffer 2.2 - Indikationen - der "Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V

ICD-10-GM 2004	Diagnose
<b>I Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten</b>	
B22.0	HIV-Enzephalopathie
<b>II Neubildungen der nachfolgenden Klassifizierungen</b>	
C22.2	Hepatoblastom
C40.- bis C41.-	maligner Knochentumor
C49.-	maligner Weichteiltumor
C64	Wilms-Tumor
C69.2	Retinoblastom
C71.-	maligner Hirntumor
C74.9	Neuroblastom
C80	z.B. maligne Teratome
C81.-	Morbus Hodgkin
C82.- bis C83.-; C85.-	malignes Lymphom
C91.- bis C96.-	lymphatische, myeloische und andere Leukämien, Langerhans-Zell-Histiozytose
<b>III Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems</b>	
D43.-	Benigner Hirntumor
D46.-	myelodysplastisches Syndrom
D70	Agranulozytose
<b>IV Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</b>	
E84.-	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)
<b>VI Krankheiten des Nervensystems</b>	
G00 bis G09	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
G10 bis G13	Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
G31.8	z. B. mitochondriale Enzephalomyelopathien
G41	Status epilepticus
G70 bis G73	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels, z.B. Muskeldystrophie und mitochondriale Myopathien
G80 bis G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
<b>IX Krankheiten des Kreislaufsystems</b>	
I27.2	Sonstige sekundäre pulmonale Herzkrankheiten als Folge von.....
I40.- bis I43.-	Myokarditis und Kardiomyopathie
I50.-	Herzinsuffizienz
I63.-	Hirnfarkt
<b>X Krankheiten des Atmungssystems</b>	
J96.-	Respiratorische Insuffizienz als Folge von.....

**Anhang zu Ziffer 2.2 Indikationen der "Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V**

ICD-10-GM 2004	Diagnose
<b>XI Krankheiten des Verdauungssystems</b>	
K72	Leberversagen, kongenital und bei Intoxikationen-selten
K90.-	Intestinale Malabsorption z. B. als Folge einer nekrotisierenden Enterocolitis
<b>XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</b>	
M34	Systemische Sklerose
<b>XVI Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben</b>	
P04.3	Schädigung des Feten/Neugeborenen durch Alkoholkonsum der Mutter
P04.4	Schädigung des Feten /Neugeborenen durch Einnahme abhängigkeits-erzeugender Medikamente/Drogen der Mutter
P07	Frühgeburtlichkeit (kurze Schwangerschaftsdauer, niedriges Geburtsgewicht)
P20 bis P29	Sauerstoffmangelzustände und Lungenerkrankungen
P35 bis P37	Angeborene Infektionskrankheiten, insbesondere Zytomegalie und Toxoplasmose
P52	Intrakranielle, nichttraumatische Blutung beim Feten/Neugeborenen
P77	Enterocolitis necroticans beim Feten und Neugeborenen
P96.0	Angeborene Niereninsuffizienz
P96.1	Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von Abhängigkeitserzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter
<b>XVII Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien</b>	
Q20 bis Q28	Angeborene Fehlbildungen des Herzens und des Kreislaufsystems
Q32 bis Q34	Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
Q67	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems, spez. WS und Thorax
Q85	Phakomatosen
Q86	Angeborenes Fehlbildungssyndrom aufgrund toxininduzierter Embryopathien
Q91	Chromosomenanomalien (Trisomie 13/18)
<b>XIX Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen</b>	
T00-T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08 bis T09.-	Verletzungen der Wirbelsäule
T20 bis T32	Verbrennungen und Verätzungen
T36 bis T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T51 bis T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nichtmedizinisch verwendeten Substanzen
T74.-	Missbrauch von Personen (Vernachlässigung, körperlicher, sexueller und psychischer Missbrauch)

## Anlage 3 zum Anhang



AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapp.	<b>Verordnung für sozialmedizinischen Nachsorge- maßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V</b>
Name, Vorname des Kindes						Geb.am	
Kassen Nr.		Versicherten Nr.		Status			
Vertragsarzt Nr.		VK gültig bis		Datum			

## Ärztliche Verordnung für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

**Stat. KH-Behandlung seit:** \_\_\_\_\_ **(voraussichtlich) bis:** \_\_\_\_\_

**Stat. Rehabilitation seit:** \_\_\_\_\_ **(voraussichtlich) bis:** \_\_\_\_\_

**Leistungsbegründende Diagnose (ICD-10-Schlüssel):** \_\_\_\_\_

**Nebendiagnose:** \_\_\_\_\_

**Operationen:** \_\_\_\_\_

**Anzahl der verordneten Nachsorgeeinheiten (mind. 6):** \_\_\_\_\_

**Im Zeitraum: von** \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_

**Art der verordneten Nachsorgemaßnahmen:**

Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung ja  nein

Koordinierung der verordneten Leistungen ja  nein

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen ja  nein

**Liegt eine Krankheit im Finalstadium vor?** ja  nein

**Hinweis:** Bei Vorliegen einer Krankheit im Finalstadium wird ein erhöhter Bedarf an Koordination komplexer Interventionen sowie von Motivierung und Unterstützung der Angehörigen eines sterbenden Kindes vorausgesetzt. Aus diesem Grund entfallen die nachfolgenden Angaben.

**Es liegen folgende Strukturschädigungen vor, die durch Interventionen zu ersetzen oder durch unterstützende Maßnahmen zu kompensieren sind:**

<u>Körperstruktur</u>	<u>Strukturersatz</u>	
Herz-/Kreislaufsystem	Implantation	<input type="checkbox"/>
	Transplantation	<input type="checkbox"/>
	Rekonstruktive OP	<input type="checkbox"/>
KM-/Immunsystem	Transplantation	<input type="checkbox"/>
Atmungssystem	Rekonstruktive OP	<input type="checkbox"/>
	Beatmungshilfen	<input type="checkbox"/>
Verdauungs-/Stoffwechselsystem	Transplantation	<input type="checkbox"/>
	Sonden	<input type="checkbox"/>
	Katheter (Broviac, Port)	<input type="checkbox"/>
	Rekonstruktive OP	<input type="checkbox"/>
Stütz- und Bewegungsapparat	Rekonstruktive OP	<input type="checkbox"/>

**Es liegen folgende Funktionsschädigungen vor, die durch Interventionen zu ersetzen oder durch unterstützende Maßnahmen zu kompensieren sind:**

<u>Körperfunktion</u>		<u>Funktionsersatz</u>	
Bewusstsein	Kombination von:	Sonden	<input type="checkbox"/>
		Beatmung	<input type="checkbox"/>
		Monitoring	<input type="checkbox"/>
		Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
Herzfunktion	Kombination von:	Monitoring (Alarmfunktion)	<input type="checkbox"/>
		Impl. Pumpen	<input type="checkbox"/>
Blut-/Immunsystem		KM-Ersatz	<input type="checkbox"/>
		Antibiotika	<input type="checkbox"/>
Atmungssystem	Kombination von:	Monitoring	<input type="checkbox"/>
		Beatmung	<input type="checkbox"/>
		Spez. Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
Atemmuskulatur		Beatmung	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	Kombination von:	Sonden	<input type="checkbox"/>
		Fazio-orale Therapie	<input type="checkbox"/>
Muskelkraft		Lagerungshilfen	<input type="checkbox"/>
		Mobilitätshilfen	<input type="checkbox"/>
		Physiotherapie	<input type="checkbox"/>

**Es liegen folgende Beeinträchtigungen altersentsprechender Aktivitäten / Teilhabe vor:**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Mobilität  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Selbstversorgung                                   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Kindergartenbesuch                                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schulbesuch  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Familienbeziehungen aufbauen und aufrecht erhalten | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Sonstige   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche

---

---

**Voraussichtlich erforderliche Behandlungen / notwendigen Interventionen (zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt bzw. der Antragstellung durch den Vertragsarzt) aufgrund derer die Inanspruchnahme von sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen notwendig erscheint:**

- Häusliche Krankenpflege
- Heilmittel
  - Physiotherapie
  - Ergotherapie
  - Logopädie
- Fazio-orale Therapie
- Leistungen der Pflegeversicherung
- Beatmung \_\_\_\_\_
- Monitoring \_\_\_\_\_
- parenterale Medikation
- parenterale Ernährung
- Sonstiges (z.B. implantierte Pumpen, Sonden, Katheter, Lagerungs-/Mobilitätshilfen)
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
- Psychologische Betreuung

- Sind die notwendigen Interventionen am Wohnort unter erheblich erschwerten Bedingungen zugänglich? ja  nein
- Ist eine familiäre Überforderung mit der Versorgungsaufgabe zu erwarten? ja  nein
- Ist eine sehr zeitaufwendige Koordination der Leistungen erforderlich? ja  nein
- Ist eine Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der Leistungen erforderlich? ja  nein
- Ist die ambulante Versorgung ohne die Inanspruchnahme der Leistung sichergestellt? ja  nein
- Ist eine Verkürzung eines stationären Krankenhausaufenthaltes oder einer stationären Rehabilitation nur durch die Inanspruchnahme der Leistung zu erwarten? ja  nein

Welche Probleme ergeben sich voraussichtlich bei der Sicherstellung der häuslichen Versorgung?

---



---



---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des verordnenden Arztes

**Antrag**

**Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen werden beantragt und sollen bei dem folgenden Leistungserbringer erbracht werden**

Name und Anschrift der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des(r) Erziehungsberechtigten

### Erklärung der Krankenkasse zur Kostenübernahme bzw. -beteiligung

Die Krankenkasse trägt die Kosten der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen in Höhe von \_\_\_\_\_ € pro Nachsorgeeinheit innerhalb von \_\_\_\_\_ Wochen für insgesamt \_\_\_\_\_ sozialmedizinische Nachsorgeeinheiten

für die Leistungen:

Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung

ja  nein

Koordinierung der verordneten Leistungen

ja  nein

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen

ja  nein

bei folgendem Leistungserbringer:

Name und Anschrift der Einrichtung

Mit den übernommenen Kosten sind alle Ansprüche gegenüber der Krankenkasse abgegolten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel der Krankenkasse/Unterschrift

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht.