

GKV-Spitzenverband¹

Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V

vom 1. April 2009

in der Fassung vom 06.12.2021

Die Krankenkassen erbringen aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Der GKV-Spitzenverband bestimmt nachfolgend das Nähere zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität der Nachsorgemaßnahmen auf der Grundlage des § 43 Abs. 2 SGB V.

Die Anforderungen an die Leistungserbringer nach § 132c Abs. 2 SGB V sind in den gesonderten Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 01.07.2005 i. d. F. vom 30.06.2008 vereinbart.

1. Grundlagen und Ziele

Bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern/Jugendlichen erweist sich die häusliche Versorgungssituation nach der Entlassung aus der Krankenhausbehandlung (gem. § 39 Abs. 1 SGB V) oder einer Rehabilitationseinrichtung oft als sehr schwierig. Eltern und Betreuungspersonen sind mit der Versorgungssituation im häuslichen Bereich nicht selten überfordert. In diesen Fällen kann die sozialmedizinische Nachsorge als Hilfe zur Selbsthilfe unterstützend wirken, in dem sie eine sektorenübergreifende

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V

Brückenfunktion einnimmt, die sich in Art, Umfang und Dauer an der Schwere der Erkrankung und dem daraus resultierenden Interventions- und Unterstützungsbedarf des Kindes/Jugendlichen und dessen Eltern bzw. Bezugspersonen orientiert. Der Arzt klärt, ob die notwendige Motivation und Motivierbarkeit der Angehörigen/Bezugspersonen vorliegt, externe Unterstützung in Form sozialmedizinischer Nachsorge in Anspruch zu nehmen.

Durch Koordinierung der verordneten Leistungen, sowie Anleitung und Motivierung zu deren Inanspruchnahme soll die ambulante Weiterbehandlung gesichert, stationäre Aufenthalte verkürzt oder eine erneute stationäre Aufnahme vermieden werden. Dies dient einerseits dem Wohl des Kindes/Jugendlichen und seiner Familie und andererseits der Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

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

2.1 Personenkreis

Anspruchsberechtigt sind chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder/Jugendliche nach stationärer Krankenhausbehandlung bzw. Rehabilitationsleistung, die bei Beginn der Nachsorge

- das 14. Lebensjahr oder
- in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
- bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

2.2 Indikationskriterien

Die **Indikation** zur Inanspruchnahme von sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V für Kinder und Jugendliche ergibt sich, wenn bei schweren Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit (Schädigung von Körperfunktionen, Beeinträchtigung altersentsprechender Aktivitäten/ Teilhabe)

- ein komplexer Interventionsbedarf besteht und
- durch die Komplexität der verordneten Interventionen bei gleichzeitig ungünstigen Umfeldbedingungen (negative Kontextfaktoren) eine familiäre Überforderungssituation droht.

In **besonders schwerwiegenden Fällen** erbringen die Krankenkassen sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen auch für **Jugendliche vom 15. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr**, sofern die oben genannten Voraussetzungen vorliegen und, wenn

- aufgrund einer akuten Erkrankung, eines Unfalls oder einer Behinderung des Jugendlichen dieser nicht mehr in der Lage ist, einen altersentsprechenden Beitrag zur Selbstversorgung (wie Körperpflege, Toilettengang, An-/Ausziehen, Essen, Trinken) zu leisten oder
- der Jugendliche mindestens dreimal in den vergangenen 12 Monaten wegen der dem Antrag zugrundeliegenden Diagnose stationär im Krankenhaus behandelt wurde.

Im **Finalstadium** einer Erkrankung (voraussichtlich nur noch begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten) wird die Indikation zur Inanspruchnahme von sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen als gegeben angesehen; dies gilt gleichermaßen für **Kinder von 0 bis zum 14. Lebensjahr** wie auch für **Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr**. In dieser Phase der Erkrankung wird ein erhöhter Bedarf an Koordination komplexer Interventionen sowie von Motivierung und Unterstützung der Angehörigen eines sterbenden Kindes/Jugendlichen unterstellt.

2.3 Prüfung der Indikation

Grundvoraussetzung für die Verordnung ist das Vorliegen eines komplexen Interventionsbedarfs für das Kind/den Jugendlichen **zum Entlassungszeitpunkt**. Zusätzlich droht aufgrund ungünstiger Kontextfaktoren bei der Organisation und Umsetzung der Interventionen eine familiäre Überforderung. Sofern in diesen Fällen die Angehörigen/Bezugspersonen motiviert bzw. motivierbar sind, externe Hilfestellung zur Erarbeitung oder Festigung von Selbsthilfestrategien in Anspruch zu nehmen, kann der Arzt unter Darlegung der Indikationskriterien sozialmedizinische Nachsorge verordnen (siehe auch Algorithmus **Anlage 1**).

Außer im Finalstadium, in dem die vorgenannten Kriterien als erfüllt angesehen werden, sind der Krankenkasse Informationen zu den nachfolgenden Fragen in der Verordnung mitzuteilen:

A. ICD-10 und Funktionsdiagnosen zum Zeitpunkt der Entlassung:

Welche antragsbegründenden Diagnosen (ICD-10) liegen zum Entlassungszeitpunkt vor? Welche krankheits- oder behinderungsbedingten alltagsrelevanten Auswirkungen in den altersentsprechenden Aktivitäts- und Teilhabebereichen (Funktionsdiagnosen) resultieren daraus?

B. Interventionsbedarf nach Entlassung

Welcher Interventionsbedarf ergibt sich aus den vorliegenden Funktionsdiagnosen nach Entlassung? Welche Interventionen sind bereits eingeleitet und welche sind noch einzuleiten?

C. Kontextfaktoren

Welche Kontextfaktoren lassen eine familiäre Überforderung annehmen und können so den Erfolg der erforderlichen Interventionen nach Entlassung aus der Krankenhausbehandlung oder einer stationären Rehabilitation gefährden?

2.4 Abgrenzung zu anderen Leistungen

Aufgaben, die von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des Entlassmanagements nach §§ 39 Abs. 1a, 40 Abs. 2 SGB V beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung wahrzunehmen sind, können nicht durch sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen ersetzt werden.

Leistungen nach anderen gesetzlichen Vorschriften können nicht durch sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen ersetzt werden. Insbesondere gilt dies für: Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, Hebammenhilfe nach § 24d SGB V und Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI. Ebenso werden keine therapeutischen Inhalte wie psychologische Therapien durch die sozialmedizinische Nachsorge erbracht.

Werden Leistungen nach § 37b SGB V (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) in Anspruch genommen, kommen Leistungen nach dieser Bestimmung nicht in Betracht.

Sowohl die Beratung zu anderen Leistungsbereichen als auch deren Interventionen, die nicht unmittelbar die medizinische Versorgung des Kindes/Jugendlichen betreffen, sind nicht Bestandteil der sozialmedizinischen Nachsorge, z. B. Leistungen aus dem Schwerbehindertenrecht oder sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 SGB VIII.

Gleiches gilt für Maßnahmen, die den allgemeinen Lebensbereichen zuzuordnen sind, beispielsweise Inanspruchnahme der Ehe-/Schuldnerberatung. Insoweit kann der sozialmedizinischen Nachsorge lediglich eine Verweisfunktion in andere Leistungs-/Hilfesysteme zukommen.

3. Leistungsinhalt

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen orientieren sich primär am komplexen Interventionsbedarf des chronisch kranken oder schwerstkranken Kindes/Jugendlichen. Ziel ist die Unterstützung der Angehörigen bzw. ständigen Bezugspersonen, um einer familiären Überforderung im Zusammenhang mit der Versorgung dieser chronisch kranken oder schwerstkranken Kinder/Jugendlichen im häuslichen Umfeld entgegenzuwirken. Probleme der Familie aufgrund der besonderen Situation sowie ihre Ressourcen sind zu berücksichtigen und Hilfsangebote aufzuzeigen.

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen umfassen die erforderliche:

□ Analyse des Unterstützungsbedarfs

Die Analyse des Unterstützungsbedarfs beinhaltet im Einzelnen:

- Beteiligung im Rahmen des Entlassmanagements nach §§ 39 Abs. 1a, 40 Abs. 2 SGB V bei der Planung, Organisation und Durchführung einer interdisziplinären und multiprofessionellen Fallkonferenz vor Entlassung des Kindes aus der stationären Krankenhausbehandlung/der Rehabilitationseinrichtung oder
- bei Verordnung durch den behandelnden Vertragsarzt die Planung, Organisation und Durchführung einer interdisziplinären und multiprofessionellen Abstimmung der am Versorgungsprozess Beteiligten
- Unterstützung und Motivierung der Eltern beim Übergang in die häusliche Versorgung vor Entlassung
- Konkretisierung der negativen Kontextfaktoren und vorhandener Ressourcen
- Beteiligung bei der 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 regional vorhandenen Versorgungsangebote

- Kontaktaufnahme zum weiterbehandelnden Vertragsarzt sowie Anbahnung und Vermittlung von Kontakten zu Leistungserbringern und Leistungsträgern
- Koordinierung der ambulanten ärztlichen, medizinisch-therapeutischen, medizinisch-technischen und pflegerischen Versorgung und ggf. Anregung einer medizinischen Rehabilitationsleistung
- Strukturierung und Sicherstellung der Kommunikation zwischen allen an der Versorgung Beteiligten (das schließt bei Bedarf wiederholte 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 und Beratung zur Förderung des Krankheitsverständnisses und der Krankheitsbewältigung 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 einbezogener Leistungserbringer, wie Arzt, interdisziplinäre Frühförderstellen, sozialpädiatrische Zentren, häusliche Krankenpflegedienste etc. und bei Bedarf Begleitung zu diesen, z. B. bei massiven Ängsten oder Verständigungsproblemen
- Hilfe beim Abbau von Ängsten im Zusammenhang mit der Versorgung z. B. durch Information über Selbsthilfegruppen
- Ermutigung der Eltern zu selbständigen Aktivitäten, z. B. bei der Pflege oder Ernährung des Kindes
- Anleitung und Ermutigung des Kindes/Jugendlichen zu selbständigen Aktivitäten in Bezug auf die Selbstversorgung.

4. Umfang, Dauer und Ort der Leistung

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen kommen nur in Betracht, wenn ein Leistungsumfang von mindestens 6 sozialmedizinischen Nachsorgeeinheiten angezeigt ist. Davon müssen mindestens 3 Nachsorgeeinheiten im häuslichen Umfeld erbracht

werden, wovon eine Einheit der Analyse des Unterstützungsbedarfs zuzuordnen ist. Bei den Maßnahmen zur sozialmedizinischen Nachsorge handelt es sich um Leistungen gemäß Ziffer 3 dieser Bestimmung.

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 umfasst in Abhängigkeit zum individuellen Bedarf mindestens 6 bis maximal 20 Nachsorgeeinheiten in einem Zeitraum von 6 bis 12 Wochen. Dabei entfallen auf die Analyse des Unterstützungsbedarfs maximal 3 Leistungseinheiten, von denen mindestens eine in der Häuslichkeit zu erbringen ist.

In Ausnahmefällen ist eine Verlängerung der sozialmedizinischen Nachsorge um bis zu 10 sozialmedizinische Nachsorgeeinheiten auf der Grundlage einer begründeten Folgeverordnung möglich.

Insbesondere bei einer wiederholten stationären Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsleistung wegen derselben Indikation kommen erneute sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen in Betracht, wenn eine Verschlechterung der Ausgangssituation in Bezug auf den Krankheitsverlauf oder negative Kontextfaktoren vorliegt (z. B. der Krankheitsverlauf erfordert andere Interventionen oder die Bezugsperson fällt aus).

Die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen werden mindestens zu 2/3 im unmittelbar persönlichen Kontakt mit dem Kind oder dessen Eltern/Erziehungsberechtigten/Angehörigen erbracht. Dies umfasst insbesondere die Leistungserbringung in der Häuslichkeit oder anderen Orten im persönlichen Lebensumfeld des Kindes sowie bei Bedarf auch die Begleitung zu Leistungserbringern. Die Nutzung von Kommunikationsmitteln wie Telefon, E-Mail, digitalen neuen Medien (z. B. Apps) sowie interne Teambesprechungen gelten insoweit nicht als Leistungserbringung im unmittelbar persönlichen Kontakt.

5. Verordnung

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen kommen in Betracht

- a) in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung gem. § 39 Abs. 1 SGB V 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.

Die Verordnung erfolgt auf dem in **Anlage 2** befindlichen Formular. Erläuterungen zum Verordnungsformular können der Ausfüll- und Handlungsanleitung (**Anlage 3**) entnommen. 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 Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsleistung oder im Einzelfall noch innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der Einrichtung. Dabei kann die Erstverordnung jedoch frühestens zu einem Zeitpunkt erfolgen, zu dem der nachgehende Versorgungsbedarf und somit der notwendige Bedarf an Leistungen der sozialmedizinischen Nachsorge nachvollziehbar und hinreichend bestimmbar ist. In der Regel ist davon auszugehen, dass diese Einschätzung frühestens fünf Arbeitstage vor der geplanten Entlassung vorgenommen werden kann. 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 durch den Vertragsarzt 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/Jugendlichen abhängt, ist immer die Krankenkasse zuständig, bei der die Familienversicherung nach § 10 SGB V bzw. eine eigene Mitgliedschaft des Kindes/Jugendlichen besteht.

Die Leistungserbringung hat nach ergangener Bewilligung unverzüglich zu erfolgen. Eine **Folgeverordnung** muss zusätzlich beinhalten, warum auch weiterhin eine Koordinierung oder Anleitung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen erforderlich ist/sind.

6. Genehmigung

Jede sozialmedizinische Nachsorgemaßnahme bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des anspruchsberechtigten Kindes/Jugendlichen. 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. Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie

Vor dem Hintergrund der Herausforderungen zur Bewältigung des epidemischen Ausbruchsgeschehens aufgrund des SARS-CoV-2-Virus gilt für die Anwendung dieser Bestimmung zu Kapitel 4 folgende Maßgabe.

Im Zeitraum vom 01.12.2021 bis zum 31.03.2022 kann von der genannten Anforderung, dass die Nachsorgemaßnahmen mindestens zu 2/3 im unmittelbar persönlichen Kontakt mit dem Kind oder dessen Eltern/Erziehungsberechtigten/Angehörigen erbracht werden müssen, abgewichen werden. Dabei sind die Nachsorgemaßnahmen in diesem Zeitraum so oft wie möglich, jedoch nicht mehr im geforderten Umfang aufsuchend zu erbringen.

Des Weiteren kann der Zeitraum, in dem die bewilligten Leistungen in Anspruch genommen werden, kann in den Fällen auf maximal 5 Monate verlängert werden, wenn der reguläre 12-wöchige Zeitraum am 01.12.2021 noch nicht abgelaufen war. Davon unberührt bleiben die Regelungen zum Umfang der Nachsorgeeinheiten (6 bis maximal 20 Einheiten). Die Verlängerung des Zeitraums gilt für alle bis zum 31.03.2022 gestellten Anträge.

Die vorgesehene Sonderregelung bedarf nicht der gesonderten Genehmigung durch die Krankenkasse.

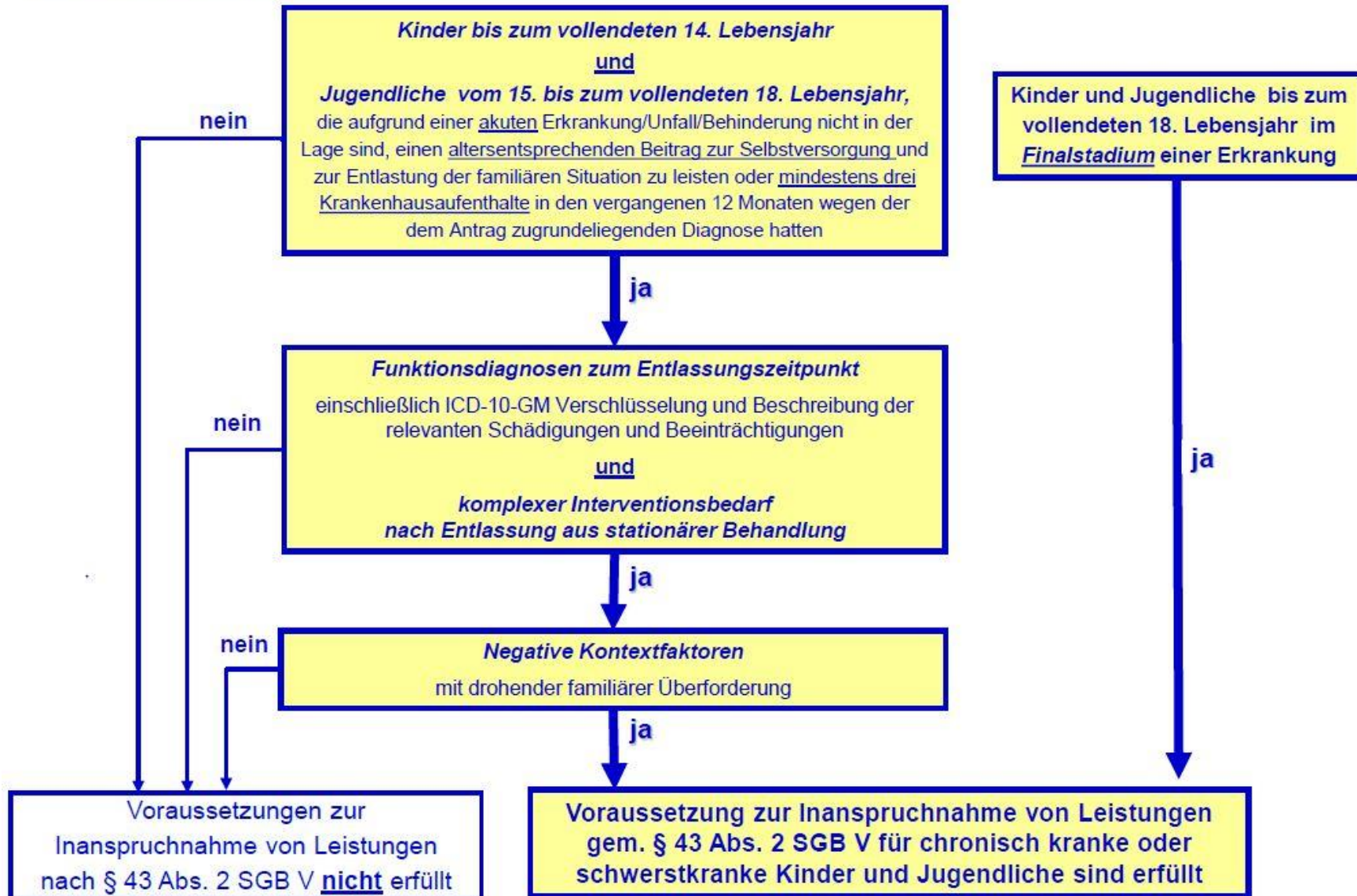
8. Inkrafttreten

Die Bestimmung nach § 43 Abs. 2 SGB V vom 1. April 2009 in der Fassung vom 06.12.2021 tritt am 01.12.2021 in Kraft. Sie ersetzt die Fassung vom 14.07.2021.

Die Bestimmung wird vom GKV-Spitzenverband spätestens nach 3 Jahren nach Inkrafttreten überprüft und bei Bedarf angepasst.

Anlage 1: Algorithmus

Die Angehörigen/Bezugspersonen der Kinder/Jugendlichen sind motiviert /motivierbar, externe Hilfestellung in Anspruch zu nehmen und ihrerseits Selbsthilfestrategien zu entwickeln



Verordnungsformular

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Kindes geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Verordnung
für sozialmedizinische Nachsorge-
maßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V**
Ärztliche Verordnung für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen
KH-Behandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V seit: (voraussichtlich) bis:

Stat. Rehabilitation seit: (voraussichtlich) bis:

Art der verordneten Nachsorgemaßnahmen:
Anzahl

Analyse des Unterstützungsbedarfs (max. 3 Einheiten)

 ja ☐ _____ nein ☐

Koordinierung der verordneten Leistungen

 ja ☐ _____ nein ☐

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen

 ja ☐ _____ nein ☐
Anzahl der verordneten Nachsorgeeinheiten (gesamt): _____

Im Zeitraum: von _____ **bis 12 Wochen nach Entlassung**
Liegt eine Krankheit im Finalstadium vor?

 ja ☐ nein ☐

Hinweis: Bei Vorliegen einer Krankheit im Finalstadium (voraussichtlich nur noch begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten) wird ein erhöhter Bedarf an Koordination komplexer Interventionen sowie von Motivierung und Unterstützung der Angehörigen eines sterbenden Kindes/Jugendlichen vorausgesetzt. Aus diesem Grund entfallen die nachfolgenden Angaben.

A Funktionsdiagnosen zum Entlassungszeitpunkt

Nr.	Funktionsdiagnosen zum geplanten Entlassungszeitpunkt Die ICD-10-Diagnose ist zwingend um eine Beschreibung der Schädigungen/ Beeinträchtigungen (= Funktionsdiagnose) zum geplanten Entlassungszeitpunkt zu ergänzen. Die mit der ICD zu verschlüsselnden klinischen Diagnosen sind zur besseren Übersicht durch <u>Unterstreichungen</u> im Text hervorzuheben. <i>(Nicht die Diagnose sondern die Krankheitsauswirkungen sind für die sozialmedizinische Beurteilung der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF maßgeblich. Durch die Zuordnung relevanter Funktionsschädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen zu einer Diagnose entsteht eine Funktionsdiagnose.)</i> Die Verordnung soll im Regelfall nicht früher als 5 Arbeitstage vor der geplanten Entlassung ausgestellt werden.	ICD 10				
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

B Interventionen nach Entlassung aus dem Krankenhaus/Reha-Einrichtung

B.1 Bereits eingeleitete/terminierte Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)

Funktions- diagnose Nr.	Bereits eingeleitete/terminierte Interventionen (z. B. Beatmung/Monitoring, HKP, Ernährungstherapie, Pflegeleistungen nach SGB XI, Heil-/Hilfsmittel)	<u>Art der SMN</u>		Keine externe Unterstützung erforderlich
		Koordination	Anleitung/ Motivation	
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐

B.2 Noch einzuleitende/terminierende Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)

Funktions- diagnose Nr.	Noch einzuleitende/terminierende Intervention (z. B. Heil-/Hilfsmittel, Ernährungstherapie, HKP, Beatmung/Monitoring, Pflegeleistungen nach SGB XI)	<u>Art der SMN</u>		Keine externe Unterstützung erforderlich
		Koordination	Anleitung/ Motivation	
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐

C Kontextfaktoren

Welche **Kontextfaktoren** lassen eine familiäre Überforderung annehmen?

Relevante Kontextfaktoren (bitte erläutern) (z. B. erschwerte Erreichbarkeit, fehlende Unterstützung durch Bezugspersonen, soziokulturelle Barrieren)

Datum

Stempel und Unterschrift des verordnenden Arztes

Antrag

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen werden beantragt und sollen durch den folgenden Leistungserbringer erbracht werden

Name und Anschrift der Einrichtung:

Datum

Unterschrift des(r) Erziehungsberechtigten

(Hinweis: Minderjährige, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können den Antrag selbst unterzeichnen)

Erklärung der Krankenkasse zur Kostenübernahme bzw. -beteiligung

Die Krankenkasse trägt die Kosten der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen entsprechend der bestehenden Vereinbarung innerhalb von _____ Wochen für insgesamt _____ sozialmedizinische Nachsorgeeinheiten

für die Leistungen:

Analyse des Unterstützungsbedarfs ja ☐ nein ☐ Anzahl* _____

Koordinierung der verordneten Leistungen ja ☐ nein ☐ Anzahl* _____

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen ja ☐ nein ☐ Anzahl* _____

*Angabe zur Anzahl
der verordneten Lei-
stungen nur bei diffe-
renzierten Vergütungs-
sätzen erforderlich

durch folgenden 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.

SEG 1

SOZIALMEDIZINISCHE
EXPERTENGRUPPE I

Ausfüll- und Handlungsanleitung zur Verordnung von sozialmedizinischer Nachsorge gemäß § 43 Abs. 2 SGB V

Hinweise für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte
sowie Krankenkassenmitarbeiterinnen/-mitarbeiter

12.06.2017

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	8
2	ÄRZTLICHE VERORDNUNG VON SOZIALMEDIZINISCHER NACHSORGE	9
2.1	<i>Praxisbeispiel 1 für ein frühgeborenes Kind (25+2 SSW)</i>	9
2.2	<i>Deckblatt des Verordnungsformulars</i>	10
2.3	<i>Abschnitt A - Funktionsdiagnosen zum Entlassungszeitpunkt</i>	11
2.4	<i>Abschnitt B - Interventionen nach Entlassung aus dem Krankenhaus/ Rehabilitationseinrichtung</i>	14
2.5	<i>Abschnitt C – Kontextfaktoren</i>	15
3	ANHANG	16
3.1	<i>Praxisbeispiel 2 für ein älteres Kind mit intrauteriner Zytomegalieinfektion (CMV)</i>	16
3.2	<i>Ärztliche Verordnung von sozialmedizinischer Nachsorge für ein älteres Kind mit CMV</i>	17

1 *Einleitung*

Die Krankenkassen erbringen nach § 43 Abs. 2 SGB V aus medizinischen Gründen erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation. Anspruchsberechtigt sind chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr oder in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Die vorliegende Ausfüll- und Handlungsanleitung ist Anlage der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V (vom 1. April 2009, in der jeweils aktuell gültigen Fassung).

Die nachfolgenden Hinweise zu den Abschnitten A bis C des Verordnungsformulars richten sich primär an die verordnenden Ärztinnen und Ärzte und sollen eine Hilfestellung für das Ausfüllen des Verordnungsformulars bieten sowie durch erläuternde Erklärungen die Nachvollziehbarkeit der erforderlichen Angaben erleichtern. Dazu wurde ein Praxisbeispiel in das zu verwendende Verordnungsformular eingearbeitet und mit weitergehenden Erläuterungen versehen. Ein weiteres Praxisbeispiel befindet sich im Anhang der Ausfüllanleitung, dass ebenfalls die Abschnitte A bis C umfasst. Ebenfalls dient die Ausfüllanleitung den Krankenkassen als Erläuterung zum Verordnungsvordruck.

2 **Ärztliche Verordnung von sozialmedizinischer Nachsorge**

Die **Erstverordnung** der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen erfolgt im Regelfall durch den behandelnden Arzt bereits während der Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V oder stationären Rehabilitation, frühestens 5 Arbeitstage vor geplanter Entlassung oder im Einzelfall noch innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der Einrichtung. Dabei soll die Erstverordnung jedoch frühestens zu einem Zeitpunkt erfolgen, zu dem der nachgehende Versorgungsbedarf und somit der notwendige Bedarf an Leistungen zur sozialmedizinischen Nachsorge nachvollziehbar und hinreichend bestimmbar ist. In der Regel ist davon auszugehen, dass diese Einschätzung frühestens fünf Arbeitstage vor der geplanten Entlassung vorgenommen werden kann. 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 Krankenhausbehandlung/stationären Rehabilitation durch den Vertragsarzt erfolgen.

Um die Verordnung und Indikationsprüfung von sozialmedizinischer Nachsorge zu erleichtern, werden die einzelnen Abschnitte des Formulars im Folgenden anhand eines Praxisbeispiels erläutert.

2.1 Praxisbeispiel 1 für ein frühgeborenes Kind (25+2 SSW)

Auszug aus der Krankenakte:

Mustermann, David, geboren im Januar nach 25 + 2 Schwangerschaftswochen bei vorzeitigem Blasensprung und unaufhaltsamer Wehentätigkeit. Geburtsgewicht 650 g, Atemnotsyndrom trotz früher Surfactantgabe, medikamentöser Verschluss eines Ductus arteriosus Botalli. Konsekutiv schwere bronchopulmonale Dysplasie (BPD) mit Sauerstoffbedürftigkeit bis zur Entlassung. Keine höhergradige Hirnblutung. Initial verzögerter enteraler Kostaufbau mit Teilsondierung bis wenige Tage vor Entlassung. Persistierende Trinkschwäche mit Refluxsymptomatik, so dass sich die Nahrungsaufnahme langwierig und schwierig gestaltet, aktuelles Gewicht 2200 g. Wegen muskulärer Hypotonie bereits im Krankenhaus Beginn mit Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage.

Die Eltern haben Schwierigkeiten mit der Situation zu Recht zu kommen, insbesondere bestehen bei der schlecht deutsch sprechenden Mutter Akzeptanzprobleme bezüglich der Sauerstoffversorgung und Pulsoxymeter-Überwachung. Die Mutter wirkt oft ungeduldig beim Füttern, wenig Unterstützung durch Kindsvater (Nachtschichten), zweijährige Zwillingsgeschwisterkinder. Vater wenig einsichtig in die Notwendigkeit der Vermeidung der Nikotinexposition des lungenkranken Kindes.

Zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Behandlung Verordnung sozialmedizinischer Nachsorge für die Dauer von 8 Wochen. Ziel der sozialmedizinischen Nachsorge: Motivation der Eltern, die notwendigen therapeutischen Maßnahmen (u. a. Physiotherapie, Logopädie, Inhalationen, Sauerstofftherapie) zu akzeptieren, die Kontrolltermine (insbesondere zunächst regelmäßige Gewichtskontrollen beim Kinderarzt) und die besonderen Bedürfnisse des Kindes im Bereich der Ernährung wahrzunehmen. Aufgrund der Sprachprobleme Koordinierung der Heilmitteltherapie und Begleitung zur Erstkonsultation beim Kinderarzt.

Die vorstehenden Informationen aus der Krankenakte gilt es zur Verordnung von sozialmedizinischer Nachsorge, wie nachfolgend dargestellt, in das Verordnungsformular zu übertragen.

2.2 Deckblatt des Verordnungsformulars

Bei der Verordnung von sozialmedizinischer Nachsorge wird primär auf Krankheitsauswirkungen und die dadurch erforderlichen komplexen Interventionen abgestellt. Diese lassen sich aus der alleinigen Nennung einer ICD-10 Diagnose nicht ableiten, so dass im Deckblatt des neuen Verordnungsformulars auf die Angabe der „leistungsauslösenden Diagnose“ verzichtet wird. Nunmehr sind in Abschnitt A des Verordnungsformulars die zum Entlassungszeitpunkt noch bestehenden Krankheitsauswirkungen den ICD-10 Diagnosen im Sinne einer Funktionsdiagnose zuzuordnen (s. Kapitel 2.3).

Verordnungsformular			
Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung für sozialmedizinische Nachsorge- maßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V	
Name, Vorname des Kindes Mustermann, David geb. am 10. Januar xxxx			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum 29. April xxxx

Ärztliche Verordnung für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

KH-Behandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V seit:	(voraussichtlich) bis:
10. Januar xxxx	03. Mai xxxx

Stat. Rehabilitation seit:	(voraussichtlich) bis:

Art der verordneten Nachsorgemaßnahmen:

	Anzahl
Analyse des Unterstützungsbedarfs/Vorbereitung (max. 3 Einheiten)	ja ☒ X nein ☐
Koordinierung der verordneten Leistungen	ja ☒ X nein ☐
Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen	ja ☒ X nein ☐

Anzahl der verordneten Nachsorgeeinheiten (gesamt): **X**

Im Zeitraum: von **03. Mai xxxx** bis 12 Wochen nach Entlassung

Liegt eine Krankheit im Finalstadium vor? ja ☐ nein ☒

Hinweis: Bei Vorliegen einer Krankheit im Finalstadium (voraussichtlich nur noch begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten) wird ein erhöhter Bedarf an Koordination komplexer Interventionen sowie von Motivierung und Unterstützung der Angehörigen eines sterbenden Kindes/Jugendlichen vorausgesetzt. Aus diesem Grund entfallen die nachfolgenden Angaben.

Nachsorgemaßnahmen werden in folgende Arten unterteilt:

- Analyse des Unterstützungsbedarfs
- Koordination der verordnenden Leistungen sowie
- Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen.

Die konkreten Leistungsinhalte sind unter Punkt 3 der Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes beschrieben.

Der verordnende Arzt soll die Art des individuellen Nachsorgebedarfs spezifizieren und den voraussichtlich erforderlichen Umfang für die einzelnen Leistungsinhalte sowie den Gesamtumfang realistisch einschätzen. Dabei ist nicht immer die maximal mögliche Anzahl von insgesamt 20 Nachsorgeeinheiten notwendig.

2.3 Abschnitt A - Funktionsdiagnosen zum Entlassungszeitpunkt

Funktionsdiagnosen nach ICF erweitern das mit der ICD zu kodierende Gesundheitsproblem um die Perspektive der Krankheitsauswirkungen.²

² <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/icf-praxisleitfaeden/>

A Funktionsdiagnosen zum Entlassungszeitpunkt

Funktionsdiagnosen zum geplanten Entlassungszeitpunkt Die ICD-10-Diagnose ist zwingend um eine Beschreibung der Schädigungen/ Beeinträchtigungen (= Funktionsdiagnose) zum geplanten Entlassungszeitpunkt zu ergänzen. Die mit der ICD zu verschlüsselnden klinischen Diagnosen sind zur besseren Übersicht durch <u>Unterstreichungen</u> im Text hervorzuheben. (Nicht die Diagnose sondern die Krankheitsauswirkungen sind für die sozialmedizinische Beurteilung der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF maßgeblich. Durch die Zuordnung relevanter Funktionsschädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen zu einer Diagnose entsteht eine Funktionsdiagnose.) Die Verordnung soll im Regelfall nicht früher als 5 Arbeitstage vor der geplanten Entlassung ausgestellt werden.		ICD-10				
1.	<u>Sehr kleines Frühgeborenes</u> , 25+2 SSW mit (Geburtsgewicht: <u>650g</u> , aktuelles Gewicht :2200g)	P	0	7.	0	1
2.	<u>Trinkschwäche</u> mit unzureichender Gewichtsentwicklung, unterhalb der 10. Perzentile und gastroösophagealen Reflux, dadurch deutlich erschwerter Ernährung mit dadurch erforderlicher individueller Nahrungsergänzung, häufige Mahlzeiten 8x pro Tag, langen Fütterungszeiten und notwendigen Lagerungsmaßnahmen	P	9	2		
3.	<u>Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)</u> mit inhalativer Dauertherapie eines Glucocorticoids und kontinuierlichem Sauerstoffbedarf von 0,5 l/min	P	2	7.	1	
4.	<u>Muskuläre Hypotonie</u> mit bereits eingetretener motorischer Entwicklungsverzögerung	P	9	4.	8	
5.						
6.						
7.						

Die Funktionsdiagnose nach ICF soll in kompakter Form einen Überblick über den aktuellen Gesundheitszustand geben. Dazu gehören neben den ICD-10 Diagnosen die jeweiligen Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen einschließlich des Schweregrades, ggf. im Zusammenhang mit einem aktuellen Ereignis/Intervention. Bei Frühgeborenen ist stets sowohl das Geburtsgewicht als auch das Gewicht zum Verordnungszeitpunkt (aktuelles Gewicht) anzugeben. Bei Reifgeborenen ist die Angabe des Gewichts zum Verordnungszeitpunkt (aktuelles Gewicht) ausreichend.³

³ Die Schädigungen/Beeinträchtigungen (= Funktionsdiagnosen) sind weiterhin zum geplanten Entlassungszeitpunkt zu beschreiben.

Ergänzt wird diese Zustandsbeschreibung um die alltagsrelevanten Auswirkungen in den altersentsprechenden Aktivitäts- und Teilhabebereichen zum Zeitpunkt der Entlassung. In Abhängigkeit des Lebensalters und den damit verbundenen Entwicklungsstufen erreichen Kinder einen alterstypischen Grad an Selbständigkeit im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe. Dieser kann krankheits- oder behinderungsbedingt eingeschränkt sein.

In die Funktionsdiagnosen nach ICF sind vorrangig Informationen aufzunehmen, die die unter Abschnitt B des Verordnungsformulars genannten Interventionen erforderlich machen.

Bei der Auflistung der für die Verordnung relevanten ICD-10 Diagnosen ist die Diagnose an den Anfang zu stellen, aus der die Mehrzahl der wesentlichen Krankheitsauswirkungen resultiert. Relevante Co-Morbiditäten sind ebenfalls als Funktionsdiagnose aufzuführen.

In jedem Diagnosefeld ist die kodierte ICD-10 Diagnose zu unterstreichen und um Aussagen zu relevanten Funktionseinschränkungen sowie zum Aktivitäts- und Teilhabeprofil zum Zeitpunkt der Entlassung allgemeinverständlich zu ergänzen.

Die Krankheitsauswirkungen lassen sich den jeweiligen ICF-Ebenen zuordnen.

Für den Kreis der Anspruchsberechtigten werden nachfolgend beispielhaft häufige Bereiche aufgelistet:

Körperfunktion:	Aktivität/Teilhabe
• Mentale Funktionen (z. B. Kognition, Verhalten) • Sinnesfunktionen und Schmerz • Stimm- und Sprechfunktionen • Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems (z. B. kardiopulmonale Belastbarkeit) • Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems (z. B. Nahrungsaufnahme, Defäkation) • Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems (z. B. Miktion, Sexualfunktion) • Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen (z. B. Muskelkraft, Muskeltonus)	• Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen) • Kommunikation • Mobilität (z. B. Sitzen, Krabbeln, Gehen, Greifen, Tragen) • Selbstversorgung (z. B. sich waschen, anziehen, Toilette benutzen, essen, trinken) • Häusliches Leben (z. B. Mahlzeiten vorbereiten) • Interpersonelle Interaktionen u. Beziehungen (z. B. Teilnahme an Aktivitäten Gleichaltriger) • Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Besuch von Kindergarten/ Schule)

2.4 Abschnitt B - Interventionen nach Entlassung aus dem Krankenhaus/ Rehabilitationseinrichtung

B Interventionen nach Entlassung aus dem Krankenhaus/Reha-Einrichtung				
B.1 Bereits eingeleitete/terminierte Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)				
Funktions- diagnose Nr.	Bereits eingeleitete/terminierte Interventionen (z. B. Beatmung/Monitoring, HKP, Ernährungstherapie, Pflegeleistungen nach SGB X, Heil-/Hilfsmittel)	Art der SMN		Keine externe Unterstützung erforderlich
		Koordination	Anleitung/ Motivation	
1.	Terminvereinbarung in der Frühgeborenen- sprechstunde	☐	☐	☒
3.	Versorgung mit Sauerstoff und Pulsoxymeter	☐	☐	☒
1. und 3.	Medikamentenplan	☐	☐	☒
2.	Ernährungsberatung	☐	☒	☐

B.2 Noch einzuleitende/terminierende Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)				
Funktions- diagnose Nr.	Noch einzuleitende/terminierende Intervention (z. B. Heil-/Hilfsmittel, Ernährungstherapie, HKP, Beatmung/Monitoring, Pflegeleistungen nach SGB XI)	Art der SMN		Keine externe Unterstützung erforderlich
		Koordination	Anleitung/ Motivation	
4. und 2.	Physiotherapie und Logopädie (Castillo- Morales)	☒	☒	☐
2.	Umsetzung Ernährungsplan	☐	☒	☐
1.	Begleitung zur Erstkonsultation beim Kinderarzt	☒	☒	☐
3.	Motivierung zur Steigerung der Akzeptanz von Sauerstoffgabe und Monitoring mit Pulsoxymeter sowie Vermeidung der Exposition mit Zigarettenrauch	☐	☒	☐
1.	Respiratory Syncytial Virus (RSV) Prophylaxe in den Wintermonaten	☐	☐	☒

Der komplexe Interventionsbedarf ergibt sich aus den in Abschnitt B des Verordnungsformulars genannten Interventionen. Deshalb sind in den Abschnitten B.1 und B.2 die Interventionen aufzulisten, die im Zusammenhang mit den in Abschnitt A genannten Funktionsdiagnosen nach Entlassung (noch) erforderlich sind.

Zu den eingeleiteten/terminierten Interventionen (Abschnitt B.1) zählen solche, die bereits vor oder während des stationären Aufenthaltes veranlasst wurden, deren Beginn oder Fortsetzung in der ambulanten Versorgung erfolgen soll. Diese sind mit Bezug auf die zugrundeliegende Funktionsdiagnose (laufende Nummer in Abschnitt A) einzutragen. Für jede Intervention ist die Art der sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahme zu spezifizieren in Koordination oder Anleitung und Motivation um die Anzahl der verordneten Nachsorgeeinheiten auf dem Deckblatt nachvollziehen zu können. Erfordert die Sicherstellung einer Intervention keine Unterstützung durch die Sozialmedizinische Nachsorge ist dies im entsprechenden Feld („Keine externe Unterstützung erforderlich“) zu kennzeichnen. **Maßnahmen, die bereits während der stationären Behandlung abgeschlossen wurden, sind nicht aufzuführen.**

Mit den noch einzuleitenden bzw. zu terminierenden Interventionen in Abschnitt B.2 ist analog zu verfahren.

Die Leistung der sozialmedizinischen Nachsorge hat zur Zielsetzung, die stationäre Behandlung zu verkürzen oder insbesondere die anschließende ambulante Behandlung zu sichern. Vor diesem Hintergrund können Interventionen, die den allgemeinen Lebensbereichen zuzuordnen sind (z. B. Inanspruchnahme der Ehe-, Erziehungs- oder Schuldnerberatung) oder die in keinem unmittelbaren Bezug zur medizinisch-pflegerischen Versorgung des Kindes stehen, keinen Anspruch auf Leistungen der sozialmedizinischen Nachsorge bedingen. Der sozialmedizinischen Nachsorge kann lediglich eine Verweisfunktion in andere Leistungs-/Hilfesysteme zukommen.

Ebenso umfasst die sozialmedizinische Nachsorge mit ihren Leistungsinhalten (Analyse des Unterstützungsbedarfs, Koordinierung der verordneten Leistung sowie Anleitung und Motivierung) keine therapeutischen Inhalte wie z. B. psychologische Therapie. Auch eine Beratung zu anderen Leistungsbereichen z. B. Schwerbehindertenrecht ist nicht Zielsetzung der sozialmedizinischen Nachsorge, da dies nicht die ambulante Versorgung des Patienten betrifft (siehe auch Ausführungen zu 2.5 Kontextfaktoren).

Leistungen, die nach anderen gesetzlichen Vorschriften erbracht werden, z. B. Hebammenhilfe nach § 24d SGB V, häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, Entlassmanagement nach §§ 39 Abs. 1a SGB V, 40 Abs. 2 SGB V, Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI können nicht durch die sozialmedizinische Nachsorge ersetzt werden.

Werden Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37 b SGB V in Anspruch genommen, kommen Leistungen nach § 43 Abs. 2 SGB V nicht in Betracht.

2.5 Abschnitt C – Kontextfaktoren

Die ICF ermöglicht mit der Fokussierung auf Kontextfaktoren die systematische Berücksichtigung des individuellen Lebenshintergrundes und der Lebensführung eines Menschen. Kontextfaktoren sind Einflussfaktoren auf die Funktionsfähigkeit eines Menschen und werden bei negativer Wirkung „Barrieren“ und bei positiver Wirkung „Förderfaktoren“ genannt.

C Kontextfaktoren

Welche **Kontextfaktoren** lassen eine familiäre Überforderung annehmen?

Relevante Kontextfaktoren (bitte erläutern)

(z. B. erschwerte Erreichbarkeit, fehlende Unterstützung durch Bezugspersonen, soziokulturelle Barrieren)

Zweijährige Zwillingsgeschwisterkinder

Mutter spricht kaum Deutsch und kann demzufolge Deutsch weder lesen noch schreiben

Vater arbeitet im Schichtdienst

Innerfamiliärer Konflikt (Vater ist starker Raucher)

Kontextfaktoren sind sensible Daten. Aus datenschutzrechtlichen Gründen sind diese nur mit Einwilligung weiter zu geben. Mit der Unterschrift auf dem Antrag ist diese anzunehmen.

Im Abschnitt C des Verordnungsformulars sind nur diejenigen Kontextfaktoren zu beschreiben, die eine familiäre Überforderung annehmen lassen und so den Erfolg der erforderlichen Interventionen nach Entlassung aus der Krankenhausbehandlung oder einer stationären Rehabilitation gefährden könnten.

Die Notwendigkeit für sozialmedizinische Nachsorge ergibt sich primär aus dem komplexen Interventionsbedarf zum Zeitpunkt der Entlassung im Gefolge einer chronischen oder schwersten Erkrankung. Aus diesem Grund können negative Kontextfaktoren allein keinen Bedarf an sozialmedizinischer Nachsorge begründen.

3.1 Praxisbeispiel 2 für ein älteres Kind mit intrauteriner Zytomegalieinfektion (CMV)

Auszug aus der Krankenakte:

9-jähriges Kind mit komplexer Entwicklungsverzögerung nach Frühgeburtlichkeit und intrauteriner Zytomegalieinfektion vor.

Versorgung mit ventrikulo-peritonealem Shunt bei Hydrocephalus, wiederholte Shuntinfektionen, nachfolgend mehrere operative Eingriffe, letzte Revision einen Monat vor dem jetzigen stationären Aufenthalt. Aktuell Wundheilungsstörung im Bereich des Kopfes.

Jetzt Krankenhausbehandlung wegen neuerlicher Aspirationspneumonie mit Beatmungspflichtigkeit, Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) bei ausgeprägter Trinkschwäche mit unzureichender Gewichtsentwicklung unter der 3. Perzentile und rezidivierenden Aspirationsereignissen. Die Mutter des Kindes konnte erst nach wiederholten Gesprächen mit den behandelnden Krankenhausärzten der Anlage der PEG-Sonde zustimmen und kann diese nur mühsam akzeptieren. Auch macht sich die Mutter aufgrund der jetzt durchgemachten vital bedrohlichen Erkrankung mit Beatmungspflichtigkeit große Sorgen um die weitere Betreuung des Kindes.

Pflegestufe III nach SGB XI seit längerem. Das Kind ist nicht steh- und gehfähig, mit einem Rollstuhl versorgt. Im Bereich der täglichen Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI benötigt das Kind weitgehende Übernahme dieser durch die Mutter bzw. die Betreuerinnen der Förderschule.

Bei muskulärer Hypotonie physiotherapeutische Behandlung 2 x pro Woche. Die zusätzlich vorliegende Epilepsie wird mit einem Antikonvulsivum behandelt. Regelmäßige Mitbehandlung in einem SPZ sowie einer universitären neurochirurgischen Sprechstunde.

Verordnung von sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Behandlung. Die neu in die Behandlung implementierte Versorgung mit einer PEG-Sonde und bedarfsweise notwendige Sauerstofftherapie sollen koordiniert werden. Des Weiteren soll die Mutter motiviert werden, diese neu eingeführten Betreuungsmaßnahmen zu akzeptieren. Es sollen Ängste im Rahmen dieser Versorgung abgebaut und weitere Krankenhausbehandlungen vermieden werden.

3.2 Ärztliche Verordnung von sozialmedizinischer Nachsorge für ein älteres Kind mit CMV

Verordnungsformular

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Kindes		Geb. am
9-jähriges Kind (mit angeborener Zytomegalie)		xx.xx.xxxx
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum 09.10.xxxx

**Verordnung
für sozialmedizinische Nachsorge-
maßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V**

Ärztliche Verordnung für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

KH-Behandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V seit: (voraussichtlich) bis:

26. September xxxx

13. Oktober xxxx

Stat. Rehabilitation seit:

(voraussichtlich) bis:

Art der verordneten Nachsorgemaßnahmen:

Analyse des Unterstützungsbedarfs (max. 3 Einheiten)

Anzahl
ja ☒ X nein ☐

Koordinierung der verordneten Leistungen

ja ☒ X nein ☐

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen

ja ☒ X nein ☐

Anzahl der verordneten Nachsorgeeinheiten (gesamt): X

Im Zeitraum: von 13. Oktober xxxx bis 12 Wochen nach Entlassung

Liegt eine Krankheit im Finalstadium vor?

ja ☐ nein ☒

Hinweis: Bei Vorliegen einer Krankheit im Finalstadium (voraussichtlich nur noch begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten) wird ein erhöhter Bedarf an Koordination komplexer Interventionen sowie von Motivierung und Unterstützung der Angehörigen eines sterbenden Kindes/Jugendlichen vorausgesetzt. Aus diesem Grund entfallen die nachfolgenden Angaben.

A Funktionsdiagnosen zum Entlassungszeitpunkt

Funktionsdiagnosen zum geplanten Entlassungszeitpunkt Die ICD-10-Diagnose ist zwingend um eine Beschreibung der Schädigungen/ Beeinträchtigungen (= Funktionsdiagnose) zum geplanten Entlassungszeitpunkt zu ergänzen. Die mit der ICD zu verschlüsselnden klinischen Diagnosen sind zur besseren Übersicht durch <u>Unterstreichungen</u> im Text hervorzuheben. <i>(Nicht die Diagnose sondern die Krankheitsauswirkungen sind für die sozialmedizinische Beurteilung der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF maßgeblich. Durch die Zuordnung relevanter Funktionsschädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen zu einer Diagnose entsteht eine Funktionsdiagnose.)</i> Die Verordnung soll im Regelfall nicht früher als 5 Arbeitstage vor der geplanten Entlassung ausgestellt werden.		ICD-10				
1.	<u>Komplexe Entwicklungsverzögerung bei ehemaliger Frühgeburtlichkeit nach intrauteriner Zytomegalieinfektion</u> Keine Geh- und Stehfähigkeit (Mobilisierung im Rollstuhl), keine Selbständigkeitsentwicklung im Bereich der täglichen Verrichtungen (vollständige Übernahme durch die Mutter bzw. die Betreuer in der Förderschule)	F	8	3		
2.	<u>Rezidivierende Aspirationspneumonien mit passagerer Sauerstoffpflichtigkeit</u> Aktuell Krankenhausbehandlung aufgrund einer erneuten Pneumonie mit passagerer Beatmungspflichtigkeit erfolgt, Entlassung mit bedarfsweiser Sauerstoffversorgung	J	6	9		
3.	<u>Trinkschwäche mit unzureichender Gewichtsentwicklung unter der dritten Perzentile, bisher Ernährung mit 8 Mahlzeiten flüssiger oder pürierter Kost, aufgrund der geringen Gewichtsentwicklung und rez. Aspirationssituationen im aktuellen Aufenthalt Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG)-Sonde</u> Somit keine eigenständige Nahrungsaufnahme, Sondierung der Nahrung durch die Mutter, für die Zeiten in der Förderschule übergangsweise Einschaltung eines Kinderkrankenpflegedienstes	R	6	3.	3	
4.	<u>Hydrocephalus mit VP-Shunt, Zustand nach mehrfachen Revisionen, zuletzt einen Monat vor der jetzigen stationären Aufnahme</u> Kontrolltermine in der neurochirurgischen Sprechstunde	G	9	1.	9	
5.	<u>Wundheilungsstörung am Kopf nach VP-Shuntrevision</u> Verordnung Häusliche Krankenpflege	T	8	1.	3	
6.	<u>Muskuläre Hypotonie mit ausgeprägter motorischer Entwicklungsverzögerung</u> Wenig alterstypische Aktivitäten (keine alterstypischen Spielinhalte, wenig Kontakte zu Gleichaltrigen), Fortführung der Physiotherapie notwendig	G	8	0.	8	
7.	<u>Cerebrale Krampfanfälle</u> Derzeit anfallsfrei, Fortführung der Medikation und Terminvereinbarung SPZ notwendig	G	4	0.	9	

B Interventionen nach Entlassung aus dem Krankenhaus/Reha-Einrichtung

B.1 Bereits eingeleitete/terminierte Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)

Funktions-diagnose Nr.	Bereits eingeleitete/terminierte Interventionen (z. B. Beatmung/Monitoring, HKP, Ernährungstherapie, Pflegeleistungen nach SGB X, Heil-/Hilfsmittel)	Art der SMN		Keine externe Unterstützung erforderlich
		Koordination	Anleitung/Motivation	
1. 4. 6. 7.	Terminvereinbarung im SPZ, der neurochirurgischen Sprechstunde und der Physiotherapeutischen Praxis	☐	☐	☒
2.	Bedarfsweise Sauerstoffversorgung (Hilfsmittelversorger)	☐	☐	☒
3.	Ernährungsberatung	☐	☐	☒

B.2 Noch einzuleitende/terminierende Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)

Funktions-diagnose Nr.	Noch einzuleitende/terminierende Intervention (z. B. Heil-/Hilfsmittel, Ernährungstherapie, HKP, Beatmung/Monitoring, Pflegeleistungen nach SGB XI)	Art der SMN		Keine externe Unterstützung erforderlich
		Koordination	Anleitung/Motivation	
3. und 5.	Einschaltung eines Kinderkrankenpflegedienstes	☒	☐	☐
2.	Motivierung zur Steigerung der Akzeptanz der bedarfsweisen Sauerstoffversorgung, Abbau von Ängsten im Zusammenhang mit der Versorgung	☐	☒	☐
3.	Motivierung zur Steigerung der Akzeptanz der aktuell erfolgten PEG-Versorgung	☐	☒	☐

C Kontextfaktoren

Welche Kontextfaktoren lassen eine familiäre Überforderung annehmen?

Relevante Kontextfaktoren (bitte erläutern) (z. B. erschwerte Erreichbarkeit, fehlende Unterstützung durch Bezugspersonen, soziokulturelle Barrieren)
Alleinerziehende Mutter, Vater hat die Familie vor 2 Monaten verlassen, zwei jüngere Geschwisterkinder
Mutter akzeptiert nur schwer die PEG-Versorgung
Bei Zustand nach vital bedrohlicher Pneumonie mit Beatmungspflichtigkeit ist die Mutter verunsichert und macht sich Sorgen um die weitere Betreuung des Kindes, insbesondere auch hinsichtlich der neu eingetretenen bedarfsweisen Sauerstoffpflichtigkeit