

Sozialmedizin Update 2020

Dr. med. Jürgen Herbers

**Allgemeinmedizin, Sozialmedizin, Palliativmedizin,
Naturheilverfahren, Ernährungsmedizin, Sportmedizin
Pleidelsheim**



**Institut für hausärztliche Fortbildung
im Deutschen Hausärzterverband (IHF) e.V.**

Gliederung



Verfahren in der Sozialmedizin

Krankenversicherung (SGB V)

AU

Kur/Reha

Haushaltshilfe

Schwerbehinderung (SGB IX)

GdB

Unfallversicherung (SGB VII)

Rentenversicherung (SGB VII)

Rente

Pflegeversicherung (SGB XI)

Neuer
Pflegebegriff



Verfahren in der Sozialmedizin



Antrag

- **Patient (= Versicherter)**

Evtl. Anhörung

Bescheid

Widerspruch

- **Arzt: Einspruch gegen ärztliches Gutachten**

Widerspruchsbescheid

Klage vor Sozialgericht

- **Arzt: sachverständiger Zeuge**



Was ist für

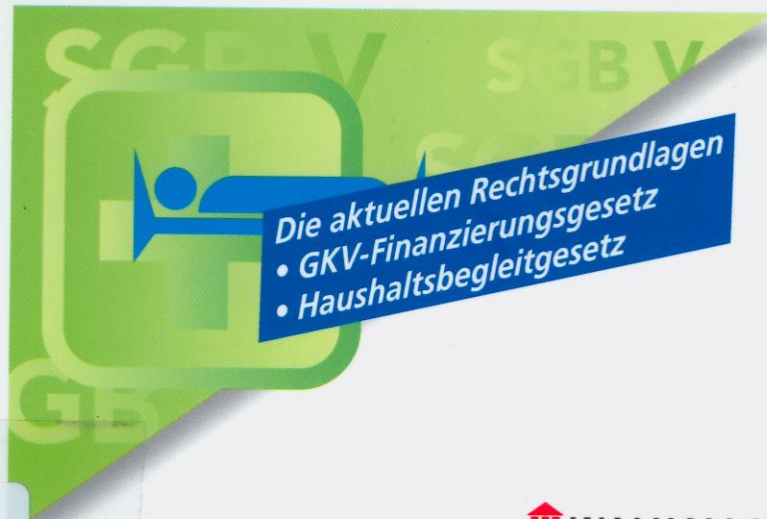
Horst Marburger

SGB V

Gesetzliche Kranken- versicherung

Textausgabe mit praxisorientierter
Einführung

6., aktualisierte Auflage



 **WALHALLA**
RECHTSHILFEN



Institut für hausärztliche Fortbildung
im Deutschen Hausärzteverband (IHF) e.V.



Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Auf diesen Seiten sind die Richtlinien veröffentlicht, die der Gemeinsame Bundesausschuss laut gesetzlichem Auftrag „über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“ beschließt (§ 92 SGB V).

Neben den Richtlinien sind auf der folgenden Seite strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen ([Disease-Management-Programme – DMP](#)) zu finden, die das Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage von Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses als Rechtsverordnung erlassen hat (§ 137f SGB V) und die noch nicht in eine Richtlinie überführt wurden.

Auswahl nach Unterausschuss

Alle

1 2 3 >

Richtlinien ▲

[Angestellte-Ärzte \(Richtlinie nicht mehr in Kraft\)](#)

[Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien](#)

[Arzneimittel-Richtlinie](#)

[Bedarfsplanungs-Richtlinie](#)

[Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte](#)

[Behandlungsrichtlinie](#)



Krankenversicherung



SGB V



Arbeitsunfähigkeits-(AU)-Richtlinie G-BA



AU liegt vor, wenn

- **Zuletzt vor AU ausgeübte Tätigkeit**
 - **Nicht mehr oder**
 - **Nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung**
 - **ausgeübt werden kann**
- **Aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit abträgliche Folgen erwachsen**



AU bei Arbeitslosen

(Alg-I Bezieher) - AU, wenn



AU bei Arbeitslosen

(Alg-I Bezieher) - AU, wenn



- leichte Tätigkeiten
- Nicht über den Zeitraum, für den der Pat. sich zur Vermittlung zur Verfügung gestellt hat
- Durchgeführt werden können
- Zuletzt ausgeübte Tätigkeit ohne Bedeutung



AU bei Grundsicherung für Arbeitssuchende (Hartz-IV)



AU, wenn



AU bei Grundsicherung für Arbeitssuchende (Hartz-IV)



AU, wenn

- **Nicht mindestens drei Stunden täglich gearbeitet werden kann
oder**
- **Nicht an einer Eingliederungsmaßnahme teilgenommen werden
kann**



Arbeitsplatz verloren während der AU I

An- u. Ungelernte dann AU, wenn



Arbeitsplatz verloren während der AU I

An- u. Ungelernte dann AU, wenn



- Letzte oder ähnliche Tätigkeit
- Nicht mehr oder
- Nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausgeübt werden kann



Keine AU



- **Betreuung eines erkrankten Kindes**

Muster
21



Keine AU



- **Betreuung eines erkrankten Kindes**
- **Während Inanspruchnahme von Heilmitteln**

Muster
21



Keine AU



- **Betreuung eines erkrankten Kindes**
- **Während Inanspruchnahme von Heilmitteln**
- **Bei ambulanten oder stationären Vorsorge/Reha-Leistungen
(Ausnahme: schon vorher au)**

Muster
21



Keine AU



- **Für Behandlung oder Diagnostik, wenn diese Maßnahmen selbst nicht zu einer AU führen**



Keine AU



- **Für Behandlung oder Diagnostik, wenn diese Maßnahmen selbst nicht zu einer AU führen**
- **Sterilisation (Ausnahme: krankheitsbedingt)**

Keine AU



- **Für Behandlung oder Diagnostik, wenn diese Maßnahmen selbst nicht zu einer AU führen**
- **Sterilisation (Ausnahme: krankheitsbedingt)**
- **Kosmetische Op. ohne Komplikationen**

Keine AU



- Für Behandlung oder Diagnostik, wenn diese Maßnahmen selbst nicht zu einer AU führen
- Sterilisation (Ausnahme: krankheitsbedingt)
- Kosmetische Op. ohne Komplikationen
- Bei Beschäftigungsverbot nach
 - Infektionsschutzgesetz
 - Mutterschutzgesetz



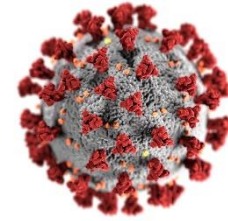
§ 42 Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote

(1) Personen, die

- 1. an Typhus abdominalis, Paratyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose, einer anderen infektiösen Gastroenteritis oder Virushepatitis A oder E erkrankt oder dessen verdächtig sind,
- 2. an infizierten Wunden oder an Hautkrankheiten erkrankt sind, bei denen die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger über Lebensmittel übertragen werden können,
- 3. die Krankheitserreger Shigellen, Salmonellen, enterohämorrhagische Escherichia coli oder Choleravibrionen ausscheiden,

dürfen nicht tätig sein oder beschäftigt werden

- a) beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen der in Absatz 2 genannten Lebensmittel, wenn sie dabei mit diesen in Berührung kommen, oder
- b) in Küchen von Gaststätten und sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung.



- **Wenn KEINE Beschwerden (also NICHT krank), dann KEINE AU, sondern Quarantäne**
- **Anspruch auf Entschädigung haben**
 - **Arbeitnehmer/Selbstständige in Quarantäne oder Tätigkeitsverbot**
 - **Berufstätige Eltern bei Kindern bis 12. LJ oder von behinderten Kindern, wenn Schulen/Betreuungseinrichtungen geschlossen**
 - **Selbstständige, deren Praxis/Betrieb wegen Quarantäne oder Tätigkeitsverbot geschlossen ist**
- **Wer zahlt?**
 - **<https://ifsg-online.de/antrag-taetigkeitsverbot.html>**

Mutterschutzgesetz geändert 23.04.17



§ 4 Verbot der Mehrarbeit; Ruhezeit

§ 5 Verbot der Nachtarbeit

§ 6 Verbot der Sonn- und Feiertagsarbeit

**§ 9 Gestaltung der Arbeitsbedingungen;
unverantwortbare Gefährdung**

§ 11 unzulässige Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen



Mutterschutzgesetz geändert 23.04.17



§ 4 Verbot der Mehrarbeit; Ruhezeit

§ 5 Verbot der Nachtarbeit

§ 6 Verbot der Sonn- und Feiertagsarbeit

**§ 9 Gestaltung der Arbeitsbedingungen;
unverantwortbare Gefährdung**

§ 11 unzulässige Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen

§ 10 Beurteilung der Arbeitsbedingungen

- **Gefährdungen, denen Schwangere ausgesetzt ist**
- **Ermittlung, welche Maßnahmen zur Abwendung möglich sind**
- **Nach Mitteilung der Schwangerschaft unmittelbarer Beginn evtl. Schutzmaßnahmen**





Nach §13 hat der Arbeitgeber folgende Rangfolge zu beachten

- **Umgestaltung der Arbeitsbedingungen**
- **Arbeitsplatzwechsel**
- **Betriebliches Beschäftigungsverbot**





Nach §13 hat der Arbeitgeber folgende Rangfolge zu beachten

- Umgestaltung der Arbeitsbedingungen
- Arbeitsplatzwechsel
- Betriebliches Beschäftigungsverbot

§ 16 Ärztliches Beschäftigungsverbot

(1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau nicht beschäftigen, soweit nach ärztlichem Zeugnis ihre Gesundheit oder die ihres Kindes bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist.



AU-Bescheinigung



- **Persönliche Untersuchung
(auch bei Folge-AU)**
- **Nur ganz ausnahmsweise rückwirkend und auch dann in der
Regel nur 3 (Kalender-)Tage**
- **Symptomdiagnosen („R-Diagnosen“) nur in den ersten 7 Tagen**



AU > 6 Wochen



- **Nächster Sprechstundentermin spätestens am Tag nach bescheinigtem AU-Ende**
- **Seit 11.5.19 (TSVG) Monatsfrist für Nahtlosigkeit**
 - **Aber: noch nicht in der AU-Richtlinie verankert**
- **Kreuz bei „ab 7. Woche AU“ machen**
- **Bei AU-Ende Kreuz bei „Endbescheinigung“**

AU bei Privatpatienten



- **Angestellte**
 - **Es gilt die zuletzt ausgeübte Tätigkeit**
- **Selbstständige**
 - **Nur AU, wenn auch leitende u. überwachende Tätigkeit nicht möglich ist**
 - **Frage nach BU, weil dann AU-Zahlungen eingestellt werden**

Reha-Maßnahme

Zuständigkeit



- **Im erwerbsfähigen Alter und keine komplette EU-Rente:**
 - **Rentenversicherung**
- **Rentner (außer Tumorkrankheit)**
 - **Krankenkasse**
- **Kinder**
 - **Wahlrecht der Eltern**

Reha-Form

Stationär

- Wohnortfern
- Patient lebt auf dem Land oder in Kleinstädten
- Immobilität (für Fahrweg zur Reha)
- häusliche Versorgung nicht gegeben
- feste Dauer (21 bzw. 28 Tage); in der Psychosomatik max. bis 12 Wochen Steuerung nach Op entsprechend der individuellen Belastbarkeit nur eingeschränkt möglich
- Therapien verteilen sich über den ganzen Tag
- Distanz von häuslichen Problemen, passives Bewältigen von privaten Belastungen und Stress-Situationen
- Neuorientierung in abgeschlossener Umgebung
- ungestörtes therapeutisches Milieu
- Bewältigung, Hilfsmöglichkeiten und Unterstützung bei Abwesenheit der Ausgangs- und Problemsituationen
- Erleichterung der Herstellung einer Patientenkooperation bei passiven Behandlungserwartungen des Rehabilitanden
- Fokussierung des Patienten auf sein eigenes Erleben

Handlungsanleitung für TK-Mitarbeiter bei der Entscheidungsfindung im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zur Ambulanten Muskuloskelettalen Rehabilitation (AMR) März 2009



Ambulant

- Wohnortnah
- Patient lebt in größeren Städten und Ballungsgebieten (Erreichbarkeit der Reha-Einrichtung innerhalb von 45 Minuten oder 30 km Radius)
- Mobilität
- häusliche Versorgung gesichert
- flexible Dauer; im Regelfall 15 – 20 Behandlungstage; zeitliche Stufung nach med. Anforderungen möglich (2 - 6 h), Behandlung 2 - 5 x wöchentlich, zeitlich längere Behandlungskonzepte (incl. Weiterbetreuung und Nachsorge) möglich. Flexibilisierung/Belastungsstufung gut möglich
- gute Therapiedichte, höherer Therapieumfang pro Behandlungstag, Flexibilisierung/ Belastungsstufung gut möglich, u.a. wenn verzögerter Reha-Beginn aus med. Gründen notwendig
- fortbestehende Beziehung zum eigenen Lebensumfeld; aktives Bewältigen von privaten Belastungen und Stress-Situationen
- Neuorientierung in vertrauter Umgebung
- Einbeziehung von Familie oder Arbeitgeber bzw. Kollegen in die Therapie
- Hoher Bezug zur täglichen Praxis, Ressourcen im eigenen Umfeld können besser entdeckt werden
- Nutzung einer primär hohen Therapiemotivation mit spezifischen Rehabilitationszielen
- Aufmerksamkeitslenkung des Patienten auf praktische Veränderungen in seinem täglichen Leben



Formen von **Vorsorgemaßnahmen**



- **Ambulant**
 - **Bad Füssing**
 - **Abano-Therme**
- **Stationär**
 - **„Kur“ für Pflegende**
 - **Kinder**
 - **Mutterkur**
 - **Vaterkur**
 - **Mutter-Kind-Kur**
 - **Vater-Kind-Kur**
 - **Familienkur**
 - **Oma-Kur?**

Probleme mit Mutter-(Kind)-Kuren



Mütterliche Indikation entscheidet

- **Wenn Kind im Vordergrund steht:
Kinderkur mit Mütterbegleitung**

Antragsfehler

- **Mutter „zu krank“ machen**
- **Keine medizinische Diagnose**
- **Familienrollen-spezifische Problematik fehlt**

Probleme mit Mutter-(Kind)-Kuren



Was die Kasse gerne macht:

- „Für Kur ist die Rentenversicherung zuständig“
- Lösung: Klarstellung, dass die Erwerbsfähigkeit nicht gemindert oder gefährdet ist

Was die Kasse nicht mehr darf

- Verweis auf „ambulant vor stationär“

Neues Muster Krankenförderung



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

Verordnung einer Krankenförderung 4

Unfall, Unfallfolge
 Arbeitsunfall, Berufskrankheit
 Versorgungsleiden (z.B. BVG)
 Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung
- b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)
- c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

- d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
- e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
- f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

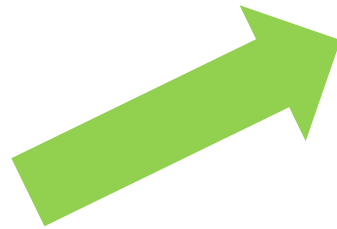
3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl
 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____ Tragestuhl
 _____ liegend
 RTW NAW/NEF andere _____

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Neues Muster Krankenförderung



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

Verordnung einer Krankenförderung 4

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung
- b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)
- c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

- d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
- e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
- f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

3. Art und Ausstattung der Beförderung

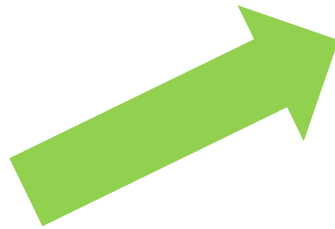
- Taxi/Mietwagen Rollstuhl
- KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____ Tragestuhl
- _____ liegend
- RTW NAW/NEF andere _____

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Neues Muster Krankenförderung

Nicht genehmigungspflichtig
(aber nur Krankenfahrten,
Krankentransporte müssen
weiterhin genehmigt werden)



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

Verordnung einer Krankenförderung 4

- Unfall, Unfallfolge
- Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung
- b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahr mit KTW ist unter f) zu verordnen)
- c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

- d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
- e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
- f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

3. Art und Ausstattung der Beförderung

- Taxi/Mietwagen Rollstuhl
- KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____ Tragestuhl
- _____ liegend
- RTW NAW/NEF andere _____

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



Für die Fahrten zu **ambulanten oder stationären
Rehabilitationsmaßnahmen** ist ebenfalls **keine
Verordnung** auszustellen, sondern der Versicherte zur Klärung der
An- und Abreise **direkt an seine Krankenkasse zu
verweisen**

Rehabilitation



Rehabilitation für Erwerbstätige

- **Ambulant**
- **Stationär**

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

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.
Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.



I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM Seite * Ursache **

1.			
2.			
3.			

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.			
5.			
6.			

- * **Seitenlokalisation**
R = rechts
L = links
B = beidseits
- ** **Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)**
1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirkung Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. ITSG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten

Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) ist **angezeigt**.

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Reha-Antrag Muster 61

Teil A muss nur ausgefüllt werden, wenn der Kostenträger unklar ist





ICD

- **Klassifikation der Krankheiten**

Gesundheitsproblem / ICD-10

- M54.4 exacerbiertes, chronisches LWS Syndrom bei Discusprolaps L4/L5 re.
- M16.1 mittelgradige Coxarthrose re.
- M17.1 Gonarthrose
- I 83.9 Stammvaricosis 2. Grades bds.
- I 10.9 arterielle Hypertonie



Klassifikation der Fähigkeitsstörungen



Körperfunktionen und -strukturen

- Schmerzen bei Discusprolaps L4/L5 re. mit sensiblen Wurzelreizsyndrom und mehrsegmentalen Osteochondrosen
- belastungsabhängige Schmerzen im re. Hüftgelenk bei Coxarthrose mit Ausstrahlung in den re. Oberschenkel und im re. Knie bei beginnender Gonarthrose
- eingeschränkte Beweglichkeit der LWS
- eingeschränkte Beweglichkeit im Hüft- und Kniegelenk nach Neutral-Null-Methode

Aktivitäten

- auf 300 m eingeschränkte Gehstrecke
- Gehen, Treppensteigen und Bücken nur verlangsamt oder mit Hilfsmitteln möglich
- Beeinträchtigung beim Ein- und Aussteigen von öffentlichen Verkehrsmitteln
- Auskleiden verlangsamt, Ankleiden nur mit Fremdhilfe möglich
- Beeinträchtigung beim Putzen, Kochen, Abwaschen, Bügeln, Unterstützung erforderlich

Teilhabe (Partizipation)

- Beeinträchtigung der Selbstversorgung (teilweise kompensiert)
- erschwertes Aufrechterhalten von persönlichen Beziehungen
- mobilitätsbedingte Einschränkung der Beteiligung am gesellschaftlichen Leben



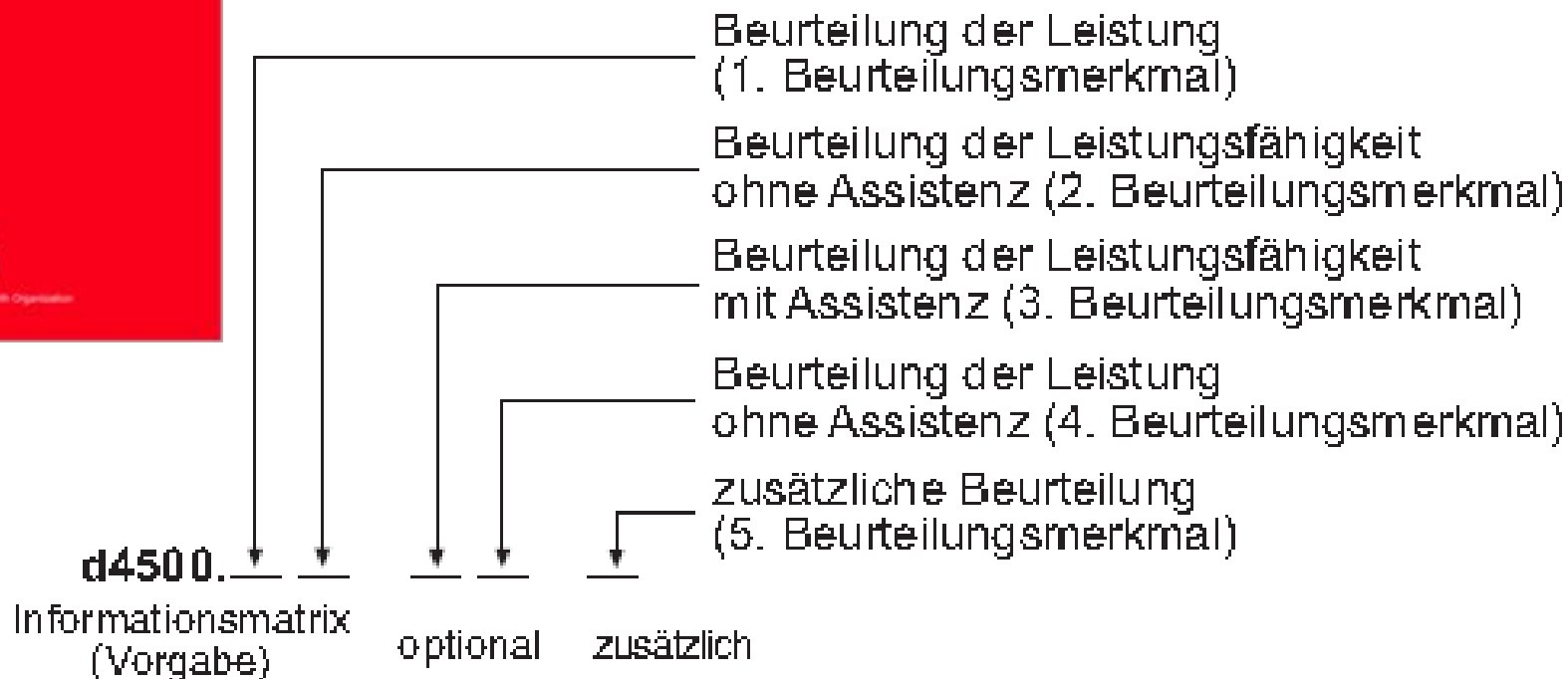
Kontextfaktoren

Umweltbezogene Faktoren

- Hochparterrewohnung (14 Stufen) -
- Tochter im selben Haus +
- Einkaufsmöglichkeiten vor Ort +
- Hausarzt vor Ort +
- Fachärzte 40 km entfernt -
- wirtschaftlich abgesichert +

Personbezogene Faktoren

- allein lebend -
- biologisch vorgealtert -
- Übergewicht -



Kurze Entfernung Gehen
d4500.231 : mäßige Einschränkung in der Geh-Leistung auf kurze Entfernungen, ohne Hilfsmittel erheblich eingeschränkte Leistungsfähigkeit, mit Hilfsmittel nur leicht ausgeprägt



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

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV



I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. Spinalkanalstenose LWK 3 – LWK 5			
2. Dysthymie			
3.			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4.			
5.			
6.			

* Seitenlokalisierung
R = rechts
L = links
B = beidseits

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Kriegs-, Zivl- oder Wehrdienst
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IISG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel
 nein ja, welche?

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

Schädigung

- Ständig rezidivierende Lumboischialgie bds. mit eingeschränkter Gehstrecke und Ruheschmerz bei Spinalkanalstenose LWK 3-5
- Dysthymie, in den letzten 6 Monaten verschlimmert mit ausgeprägter Schlafstörung, Antriebsschwäche u. soz. Isolation



G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren
 (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützungsbedarf, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel / Fehlhaltung Übergewicht Untergewicht Medikamente Nikotin

Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol) _____

Kontextfaktoren

- **Kinder wohnen weit weg; Wohnung auf 3 Etagen verteilt; kein Aufzug im Haus; kümmert sich als einzige Tochter um ihren Vater**
- **Schulsituation wird als „Mobbing“ empfunden; kein Verständnis des Arbeitgebers für hohe berufliche Belastung**
- **wenig soziale Kontakte; Umzug in neuen Wohnort, hier keine Bekannten; Hilfe des Pflegepersonals wird nicht angenommen**

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ja nein

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) _____

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant ambulant-mobil stationär

Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

nein ja, welche? _____

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

ja nein

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

ja nein

D. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

F. Rückruf erbeten unter

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum:

____/____/____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ziele



Steigerung der Gehstrecke und Beweglichkeit, Schmerzminderung, Antriebsteigerung, Schlafnormalisierung, Minderung Grübelzwang

Einkauf selbstständig möglich, Haushalt wieder selbst erledigen, Unternehmung mit Gemeinde, Mehr Kontakt mit Enkeln

Akzeptanz der Hilfe durch Sozialdienst. Integration in betreutes Wohnen. Besserer Familienkontakt



Neues Formular (64) ab 01.10.18



EBM 01624 - 210 Punkte (ca. 22€)

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	
geb. am:	
Kostenübernahme	Versicherer-Nr.
Stabus	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
Datum	

Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

64 Teil A

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen
(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, eigene Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väter-spezifische Problemkonstellation relevant sind

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie | <input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Väterrolle | <input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger | <input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung | <input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/Trennung vom Partner | <input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen | <input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme) | <input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen | <input type="checkbox"/> soziale Isolation | <input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters | <input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck | <input type="checkbox"/> allein erziehend | <input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, Frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten | | | |

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

48

Name, Vorname des Versicherten	Kostenübernahme	Versicherer-Nr.
--------------------------------	-----------------	-----------------

64 Teil B

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Pflege)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

Mütter-Leistung Väter-Leistung Mutter-Kind-Leistung Vater-Kind-Leistung

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Ältest Kind Insges.- Behandlungs- notwendigkeit*	Belastete Mutter/ Vater-Kind- Beziehung	Psychosoziale Gründe/ Betreuung notwendig
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Das „Ärztliche Ältest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenermut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

ja, folgende

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

ja, Erläuterung

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

Y	M	T	D	J
---	---	---	---	---

Ausfertigung für die Krankenkasse

Weborgansiegel / Unterschrift des Arztes

lung
(DHF) e.V.

Formular für das Kind – Muster 65



EBM 01622

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung Versicherungs-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	Ärztliches Attest Kind zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V
65	
I. Kurze Angaben zur Anamnese	
_____ _____ _____	
II. Vorliegende Gesundheitsprobleme	
A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)	
_____ _____ _____	
B. Erkrankungen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
_____ _____ _____	_____ _____ _____
C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)	
_____ _____ _____	
III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen	
_____ _____ _____	
IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme	
_____ _____ _____	
V. Hinweise für die Zuweisung	
A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)	
<input type="checkbox"/> ja, folgende	_____ _____
_____ _____	_____ _____
Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig	Ausstellungsdatum _____
Ausfertigung für die Krankenkasse	_____ _____ _____

MUSTER

Haushaltshilfe – I

§38



Anspruch laut Gesetz bei

- Krankenhausbehandlung
- Stationäre Vorsorgemaßnahme
- Reha-Maßnahme

Voraussetzung

- Kind im Haushalt noch nicht 12 Jahre

Haushaltshilfe - II



Zusätzlich auch Anspruch (ohne Kind)

- Bei schwerer Krankheit
- Wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere im Anschluss an
 - Krankenhausaufenthalt
 - Ambulante Operation
 - Ambulante Krankenhausbehandlung
- Dauer: max. 4 Wo
- Bei Kind bis 12 oder behindert: max. 26 Wo

Kein Anspruch: Pflegegrad 2-5



Haushaltshilfe – III

§38



Leistungen

- **Haushaltshilfe wird gestellt**
- **Erstattung von Kosten für selbstbeschaffte Hilfe**
 - **nicht: Verwandt/Verschwägert bis 2. Grad**
 - **Ausnahme: Erstattung Verdienstaufschlag**

Haushaltshilfe – III

§38



Leistungen

- **Haushaltshilfe wird gestellt**
- **Erstattung von Kosten für selbstbeschaffte Hilfe**
 - **nicht: Verwandt/Verschwägert bis 2. Grad**
 - **Ausnahme: Erstattung Verdienstaufschlag**

Zusätzliche Satzungsleistungen sind erlaubt

Haushaltshilfe IV

Schwangerschaft / Wochenbett



§ 24h

- **Die Versicherte erhält Haushaltshilfe, soweit ihr wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist**





Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

--	--	--	--

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen
(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

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

Erstverordnung Folgeverordnung Unfall

vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox					
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe					
<input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan					

Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) bei intensivierter Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen rechts links beidseits

Kompressionsverbände anlegen Kompressionsstrümpfe ausziehen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art Kompressionsverbände abnehmen

Wundversorgung, Präparate

	Lokalisation	aktuelle Größe	aktueller Grad				
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung							
<input type="checkbox"/> andere Wundverbände							

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

--	--	--	--	--	--

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V

Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V

Grundpflege

hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Weitere Hinweise

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Hauswirtschaftliche Versorgung (§37 SGB V)

Muster seit 10/17

Häusliche Krankenpflege



Krankenhausvermeidungspflege §37 (1)

- Behandlungspflege
- **Zusätzlich** Grundpflege/Hauswirtschaft

Unterstützungspflege §37 (1a)

- Grundpflege/Hauswirtschaft

Sicherstellungspflege §37 (2)

- Behandlungspflege
- Grundpflege/Hauswirtschaft
 - **NIE ohne** Behandlungspflege
- Satzungsleistung

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

<input type="checkbox"/>	Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V
<input type="checkbox"/>	Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V
<input type="checkbox"/>	Grundpflege
<input type="checkbox"/>	hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Krankenhausvermeidungspflege



ZUSÄTZLICH zu Behandlungspflege

Dauer

- Max. 4 Wo
- Verlängerung nur mit MDK-Genehmigung



Unterstützungspflege



OHNE Behandlungspflege bei

- Anschluss an Krankenhausaufenthalt
- Ambulante Operation
- Ambulante Krankenhausbehandlung
- Schwere Krankheit
- Akute Verschlechterung einer Erkrankung

NICHT bei Pflegegrad 2-5

Dauer wie Krankenhausvermeidungspflege



Sicherung der ärztlichen Behandlung



- **NIE ohne Behandlungspflege**
- **Kasse KANN zahlen, wenn Satzung dies erlaubt**
- **Ausschluss bei Pflegegrad 2-5**

Rehabilitation und Teilhabe Behinderter Menschen

SGB IX





§2 Absatz 1

- **Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.**

Rehabilitation u. Teilhabe GdB



- **Der Grad der Behinderung (GdB) wird in Zehnergraden abgestuft**
- **Behinderung liegt ab GdB 10 vor**
- **Max. mögliche Behinderung GdB 100**
- **GdB-Grade werden nicht addiert, sondern in ihrer Gesamtauswirkung gesehen**

Rehabilitation u. Teilhabe

Schwerbehinderung



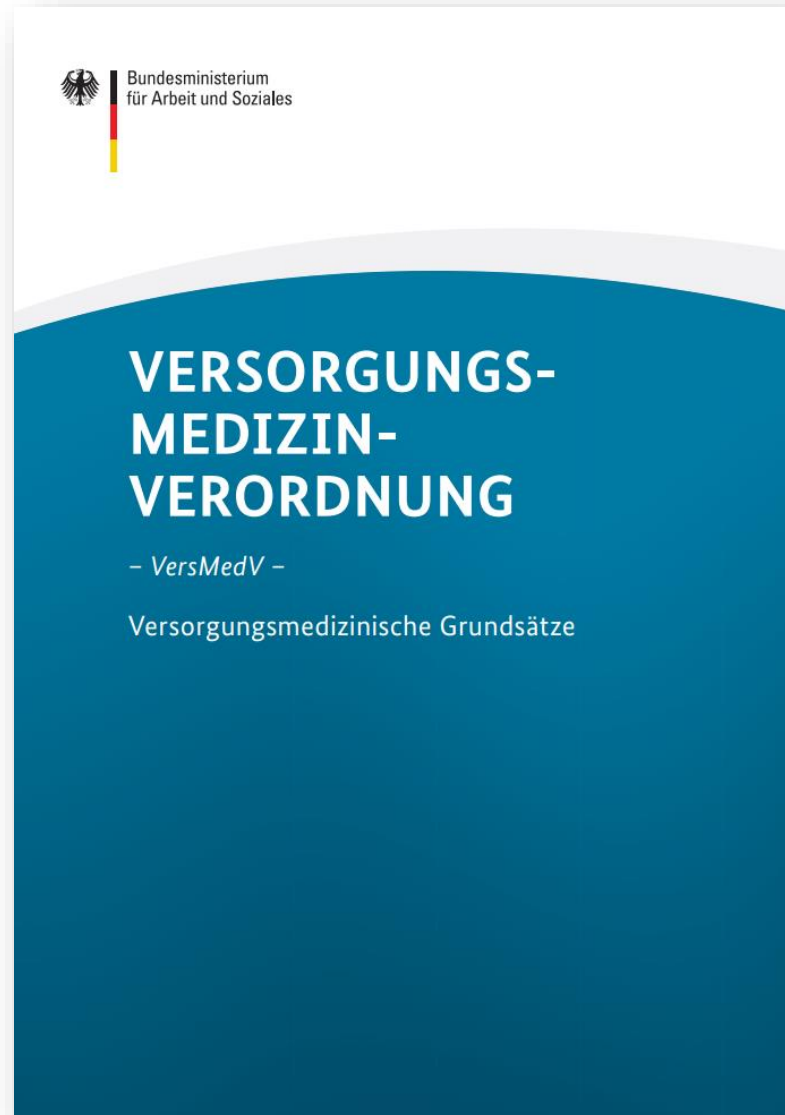
§2 Abs. 2 - Schwerbehinderung

- Menschen sind schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 vorliegt

§2 Abs. 3 - Gleichstellung

- GdB zwischen 30 u. 50
- infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des §73 nicht erlangen oder nicht behalten können

Begutachtungsgrundlage



Wirbelsäulenschäden



Wirbelsäulenschäden

ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität

0

mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome)

10

mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome)

20

mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome)

30

mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten

30-40

mit besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z. B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb])

50-70

bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunjähigkeit

80-100



Atopisches Ekzem („Neurodermitis constitutionalis“, „endogenes Ekzem“)	
geringe, auf die Prädilektionsstellen begrenzte Ausdehnung bis zu zweimal im Jahr für wenige Wochen auftretend	0-10
bei länger dauerndem Bestehen	20-30
mit generalisierten Hauterscheinungen, insbesondere Gesichtsbefall	40
mit klinischer oder vergleichbar intensiver ambulanter Behandlungsnotwendigkeit mehrmals im Jahr	50



Langdauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose im floriden Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten	50-100
Schizophrener Residualzustand (z. B. Konzentrationsstörung, Kontaktschwäche, Vitalitätseinbuße, affektive Nivellierung) mit geringen und einzelnen Restsymptomen	
ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten	10-20
mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten	30-40
mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50-70
mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80-100
Affektive Psychose mit relativ kurz andauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen	
bei 1 bis 2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer je nach Art und Ausprägung	30-50
bei häufigeren Phasen von mehrwöchiger Dauer	60-100

Nach dem Abklingen lang dauernder psychotischer Episoden ist eine Heilungsbewährung von zwei Jahren abzuwarten.

Rehabilitation u. Teilhabe

Nachteilsausgleich (§126)



- **Nachteile von Schwerbehinderten sollen ausgeglichen werden**
- **Ziel ist die Integration und Chancengleichheit**

Rehabilitation u. Teilhabe

Nachteilsausgleich I



Steuerrechtlich

- **Pauschbetrag**
- **Kraftfahrzeugkosten**
- **Haushaltshilfe**
- **Kfz-Steuer-Nachlass/Befreiung**

Rentenversicherung

- **Vorzeitige Rente ohne Abzüge
(nicht beim Versorgungswerk)**

Rehabilitation u. Teilhabe

Nachteilsausgleich II



Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr

Merkzeichen B

- **Unentgeltliche Beförderung von Begleitpersonen im Nah- u. Fernverkehr**

Merkzeichen BL

- **Landesblindengeld**

Rehabilitation u. Teilhabe

Nachteilsausgleich III



Merkzeichen G

- **Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegung im Straßenverkehr**

Merkzeichen aG

- **Gehen dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großen Anstrengungen außerhalb des Kraftfahrzeuges**

Merkzeichen RF

- **Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen nicht möglich**



Rehabilitation u. Teilhabe

Nachteilsausgleich IV



Merkzeichen H

- **Hilfslos**
- **Besondere steuerliche Entlastungen**

Freiwillige Vergünstigungen

- **ermäßigter Eintritt**
- **Verwendung spezieller Sitze in Verkehrsmitteln**

Unfallversicherung

SGB VII



Spitzenverband der
landwirtschaftlichen
Sozialversicherung



Vertrag Ärzte/Unfallversicherung, gültig seit 01.01.2011



Institut für hausärztliche Fortbildung
im Deutschen Hausärzteverband (IHf) e.V.

Wer ist bg-lich versichert?



Wer ist bg-lich versichert?



- **Arbeitnehmer während der Arbeit**
- **Direkter Weg von/zur Arbeit**
- **Schüler, Studenten, Kindergartenkinder**
- **Nothelfer**

- **Nicht: Beamte**



Allgemeine

- **Ärztliche Versorgung, die nach Art oder Schwere weder eines besonderen personellen, apparativ-technischen Aufwandes noch einer spezifischen unfallmedizinischen Qualifikation bedarf**



Allgemeine

- **Ärztliche Versorgung, die nach Art oder Schwere weder eines besonderen personellen, apparativ-technischen Aufwandes noch einer spezifischen unfallmedizinischen Qualifikation bedarf**

Besondere

- **Der Rest**
- **Immer: wenn Verletzter stationär war!**

Unfallmeldung



Am selben Tag, spätestens am nächsten Werktag

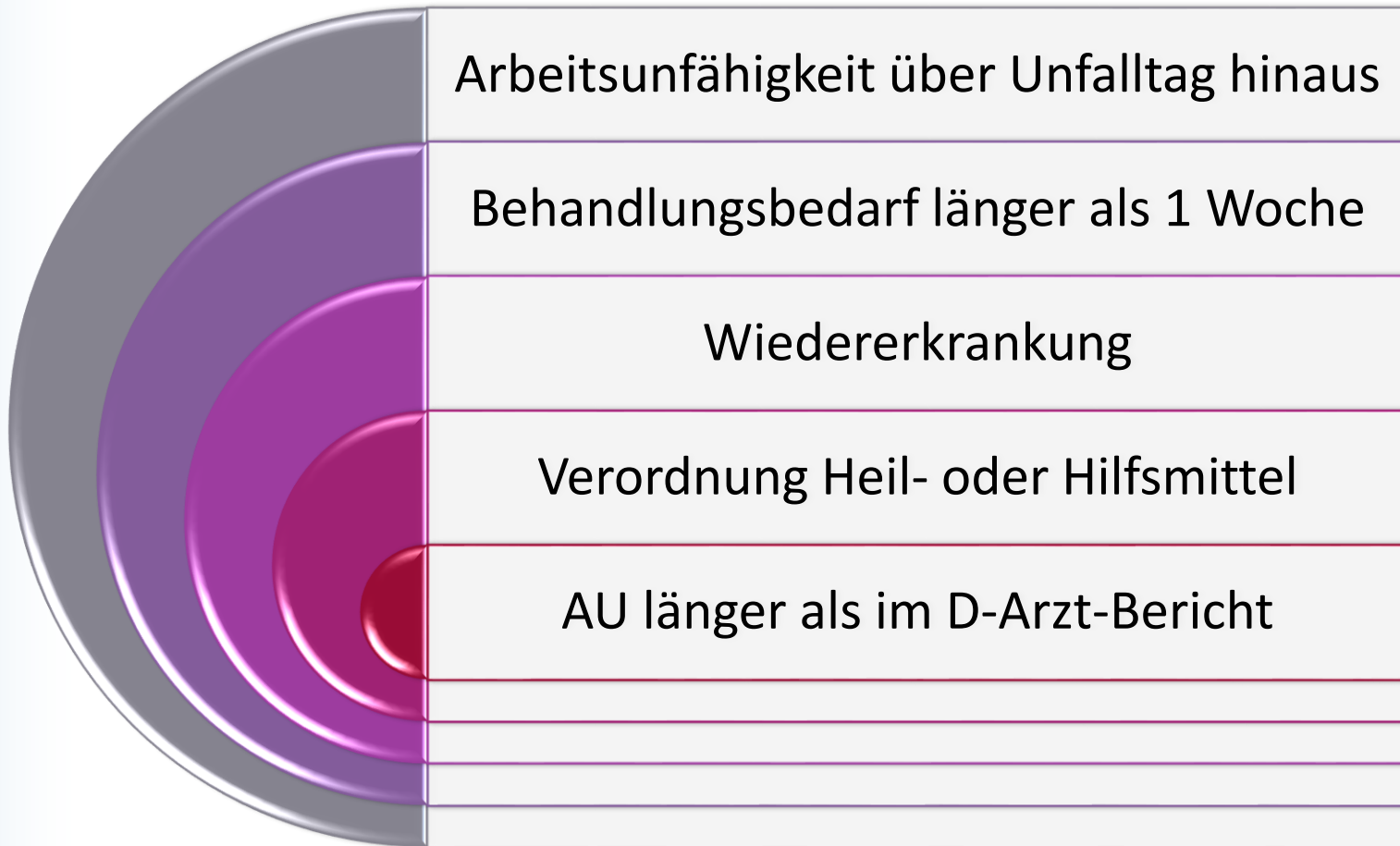
- **Es gibt keine Geld für die Meldung, wenn Bericht später als nach 1Wo eintrifft**

Ausnahme

- **Vorstellung beim D-Arzt**
- **Dann wird auch keine bezahlt**



Vorstellungspflicht

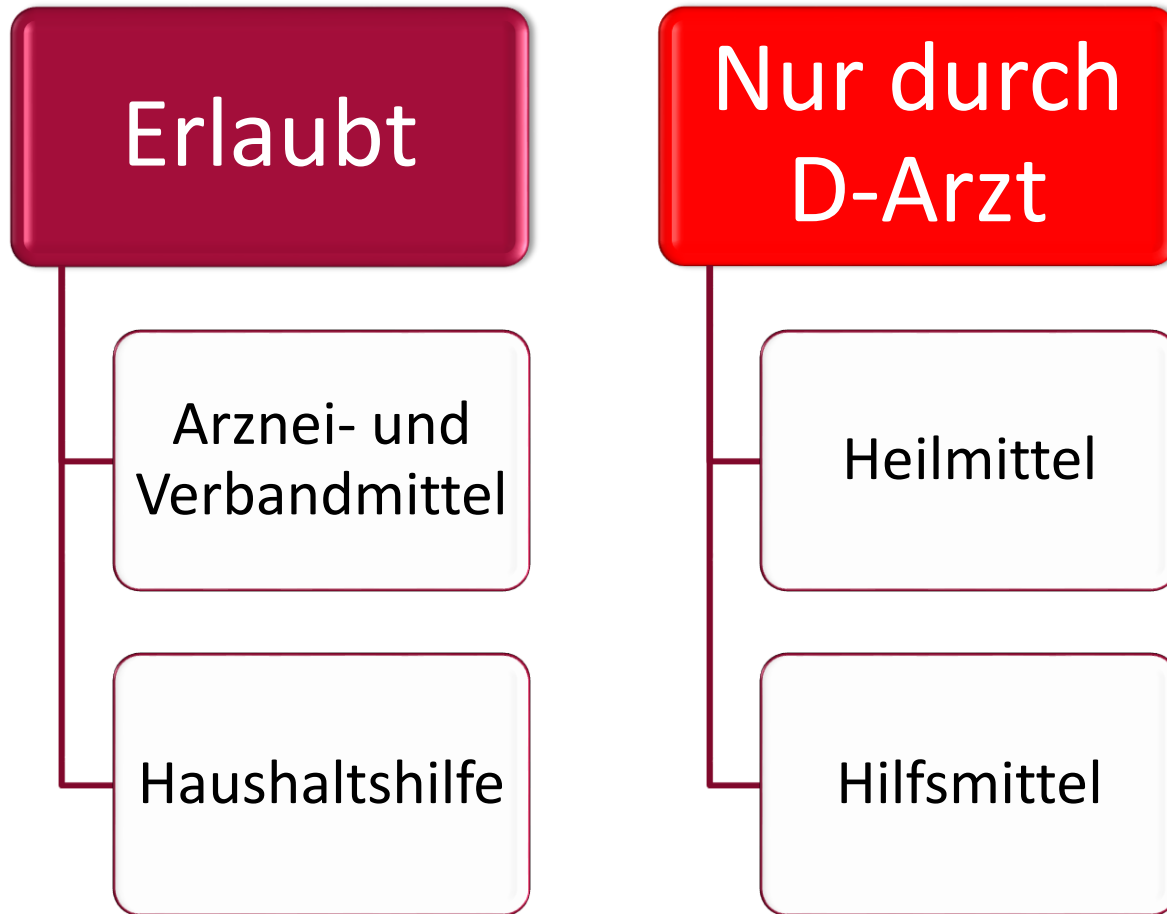


Vorstellungspflicht beim D-Arzt



12 Art der Heilbehandlung		
<input checked="" type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung <input checked="" type="checkbox"/> durch anderen Arzt <input type="checkbox"/> durch mich	<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsarten-/ Schwerstverletzungsartenverfahren vor? <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nach Ziffer	<input type="checkbox"/> es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit		14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?
<input checked="" type="checkbox"/> arbeitsfähig <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig ab:	<input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab: <input type="checkbox"/> voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird:
15 Nachschau ist erforderlich, sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte, am 20.10.2016; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben.		
16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses Dr. med. Jürgen Herbers Im Vogelsang 1 D-74385 Pleidelsheim		
Datum	Unterschrift des Durchgangsarztes	Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes
14.10.2016		260810625, Dr. med. Ulrich Gronwald , Riedstr. 12 , 74321 Bietigheim-Bissingen (Tel.: 07142 79-55001)





Rentenversicherung

SGB VI



Rentenversicherung

Erwerbsminderung (§43)



Voll erwerbsgemindert

- **Wg. Krankheit oder Behinderung**
- **außerstande, unter den üblichen Bedingungen auf allg. Arbeitsmarkt**
 - **mindestens 3 Std. tgl. zu arbeiten**
- **Auf nicht absehbare Zeit**

Nicht erwerbsgemindert

- **Mindestens 6 Std. erwerbstätig**

Teilweise erwerbsgemindert

- **Mehr als 3, weniger als 6 Stunden erwerbsfähig**

Rentenversicherung

Berufsunfähigkeitsrente (§240)



(1) Rente wg. teilweiser Erwerbsunfähigkeit

- Vor dem 2.1.61 geboren
- Berufsunfähig

(2) Berufsunfähig:

- Erwerbsfähigkeit weniger als 6 Std.
- Im Vergleich zu gesunden Vers. mit ähnlichen Ausbildung/Kenntnissen/Fähigkeiten

Antrag auf Reha



Wenn die Erwerbsfähigkeit „gefährdet“ ist

- **In den nächsten 6 Monaten wahrscheinlich Eintritt von EU oder BU**
- **Fast durchgehende AU in den nächsten Monaten zu befürchten**

Pflegeversicherung

SGB XI





Voraussetzungen (§14)

Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen

- Selbständigkeit oder
- Fähigkeiten

Deshalb der Hilfe durch andere bedürftig

Körperliche, kognitive oder psychische
Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte
Belastungen oder Anforderungen werden nicht
selbständig kompensiert oder bewältigt

Auf Dauer,

voraussichtlich für mindestens 6 Monate



Neuer Pflegebegriff

- Somatische und psychische Hilfe wird gleich bewertet
- Hauswirtschaft als „3. Säule“
- 5 Pflegestufen
- Automatische Überleitung in die höhere (bzw. zweithöhere Stufe)
- Stationär: Zuzahlung in Stufe 2-5 identisch



Module und Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					
	keine	geringe	erhebliche	schwere	schwerste	
Mobilität (10 Prozent)	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Punkte im Modul 1
	0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
kognitive und kommunikative Fähigkeiten	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Punkte im Modul 2
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Punkte im Modul 3
höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3 (15 Prozent)	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für das Modul 2 oder 3
Selbstversorgung (40 Prozent)	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Punkte im Modul 4
	0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 Prozent)	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Punkte im Modul 5
	0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 Prozent)	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Punkte im Modul 6
	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6

Einstufung in 5 Pflegegrade



- Pflegegrad 1:** geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)
- Pflegegrad 2:** erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)
- Pflegegrad 3:** schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)
- Pflegegrad 4:** schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)
- Pflegegrad 5:** schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit
besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
(ab 90 bis 100 Gesamtpunkte)

Leistungen ab 01.01.2017 (§§ 36ff)



Pflegegrad	Geldleistung	Sachleistung	Stationär
1	Beratung, Hilfsmittel, barrierefreier Umbau		125
2	316	689	770
3	545	1298	1262
4	728	1612	1775
5	901	1995	2005
Härtefall	901	1995	2005





Herzlichen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!



Internet-Adressen



GBA – Richtlinien

- <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/>

Gesundheitsministerium

- <http://www.bmg.bund.de>

Ministerium für Arbeit u. Soziales

- <http://www.bmas.bund.de>

Hilfsmittelverzeichnis

- <http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/hilfsmittelverzeichnis.jsp>

Kassenärztliche Bundesvereinigung

- <http://www.kbv.de/rechtsquellen/85.html>

Trabert, Gerhard u. Waller, Heiko: Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis. 7. Auflage 2013



AU-Richtlinie 2012

§2 (1)



¹Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte auf Grund von Krankheit seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. ²Bei der Beurteilung ist darauf abzustellen, welche Bedingungen die bisherige Tätigkeit konkret geprägt haben. ³Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn auf Grund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundung abträgliche Folgen erwachsen, die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen.



AU-Richtlinie 2012

§2 (2)



¹Arbeitsunfähigkeit besteht auch während einer stufenweisen Wiederaufnahme der Arbeit fort, durch die dem Versicherten die dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben durch eine schrittweise Heranführung an die volle Arbeitsbelastung ermöglicht werden soll. ²Ebenso gilt die befristete Eingliederung eines arbeitsunfähigen Versicherten in eine Werkstatt für behinderte Menschen nicht als Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit. ³Arbeitsunfähigkeit kann auch während einer Belastungserprobung und einer Arbeitstherapie bestehen.



AU-Richtlinie 2012

§2 (3)



¹Arbeitslose sind arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben. ²Dabei ist es unerheblich, welcher Tätigkeit der Versicherte vor der Arbeitslosigkeit nachging.



AU-Richtlinie 2012

§2 (4)



¹Versicherte, bei denen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit das Beschäftigungsverhältnis endet und die aktuell keinen anerkannten Ausbildungsberuf ausgeübt haben (An- oder Ungelernte), sind nur dann arbeitsunfähig, wenn sie die letzte oder eine ähnliche Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausüben können. ²Die **Krankenkasse informiert den Vertragsarzt** über das Ende der Beschäftigung und darüber, dass es sich um einen an- oder ungelernten Arbeitnehmer handelt, und nennt ähnlich geartete Tätigkeiten. ³Beginnt während der Arbeitsunfähigkeit ein neues Beschäftigungsverhältnis, so beurteilt sich die Arbeitsunfähigkeit ab diesem Zeitpunkt nach dem Anforderungsprofil des neuen Arbeitsplatzes.



AU-Richtlinie 2012

§2 (5)



¹Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit setzt die Befragung des Versicherten durch den Arzt zur aktuell ausgeübten Tätigkeit und den damit verbundenen Anforderungen und Belastungen voraus.

²Das Ergebnis der Befragung ist bei der Beurteilung von Grund und Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen. ³Zwischen der Krankheit und der dadurch bedingten Unfähigkeit zur Fortsetzung der ausgeübten Tätigkeit muss ein kausaler Zusammenhang erkennbar sein. ⁴Bei Arbeitslosen bezieht sich die Befragung des Versicherten auch auf den zeitlichen Umfang, für den der Versicherte sich der Agentur für Arbeit zur Vermittlung zur Verfügung gestellt hat.



AU-Richtlinie 2012

§2 (7)



Für körperlich, geistig oder seelisch behinderte Menschen, die in Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten beschäftigt werden, gelten diese Richtlinien entsprechend.



EntgeltFortzahlungsgesetz



EntgFG i.d.Fass. 21.7.12

§ 9 Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation

(1) Die Vorschriften der §§ 3 bis 4a und 6 bis 8 gelten entsprechend für die Arbeitsverhinderung infolge einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation, die ein Träger der gesetzlichen Renten-, Kranken- oder Unfallversicherung, eine Verwaltungsbehörde der Kriegsopferversorgung oder ein sonstiger Sozialleistungsträger bewilligt hat und die in einer Einrichtung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation durchgeführt wird. Ist der Arbeitnehmer nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert, gelten die §§ 3 bis 4a und 6 bis 8 entsprechend, wenn eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation ärztlich verordnet worden ist und in einer Einrichtung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation oder einer vergleichbaren Einrichtung durchgeführt wird.

(2) Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber den Zeitpunkt des Antritts der Maßnahme, die voraussichtliche Dauer und die Verlängerung der Maßnahme im Sinne des Absatzes 1 unverzüglich mitzuteilen und ihm a) eine Bescheinigung über die Bewilligung der Maßnahme durch einen Sozialleistungsträger nach Absatz 1 Satz 1 oder

b) eine ärztliche Bescheinigung über die Erforderlichkeit der Maßnahme im Sinne des Absatzes 1 Satz 2

unverzüglich vorzulegen



AU-Richtlinie 2015

§5 (3)



1Die Arbeitsunfähigkeit soll für eine vor der ersten ärztlichen Inanspruchnahme liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. 2Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist ebenso wie eine rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu drei Tagen zulässig.



Umsetzungsempfehlung

GKV-Spitzenverband u. MDS 2012



5.7 Weiterleitung des Antrags an den zuständigen Träger

Mutter-/Vater-Kindleistungen nach §§ 24, 41 SGB V werden ausschließlich durch die Krankenkassen erbracht. Von daher ist ein **Verweis der Antragsteller auf andere Träger grundsätzlich nicht zulässig**

4.6 Kein Grundsatz „ambulant vor stationär“

Sofern die Vorsorge- oder Rehabilitationsbedürftigkeit und die sich daraus abzuleitenden

Ziele wie unter 4.5 dargelegt von einer Mütter-/Väterspezifik geprägt sind, sind ausschließlich stationäre Leistungen nach §§ 24 und 41 SGB V zielführend.

Diese sind nur stationär in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V zu erbringen.

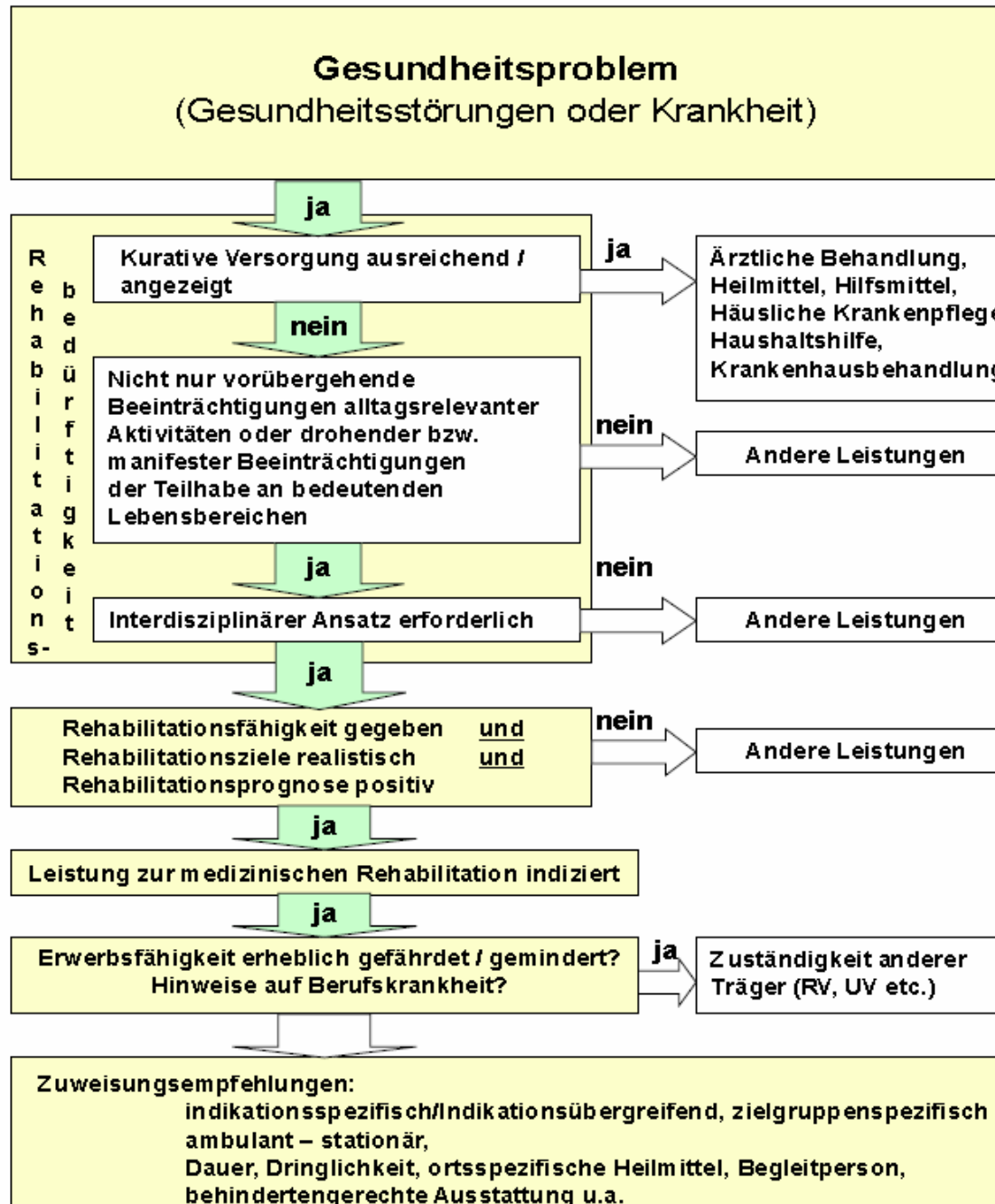
Die ambulante Erbringung einer komplexen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung nach § 24 und 41 SGB V ist im Gesetz nicht vorgesehen. Das erforderliche Leistungsangebot

wird nur in stationären Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen vorgehalten.

Der Grundsatz "ambulant vor stationär" gilt nicht.



Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation





Leistungen müssen

- **Ausreichend**
- **Notwendig**
- **Wirtschaftlich sein**

Leistungen dürfen

- **Das Maß des Notwendigen nicht überschreiten**

Muster 21



Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung

notwendig ja nein

Unfall ja nein

21

Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Das genannte Kind bedarf/bedurfte vom bis einschließlich der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 21 (10.2014)

Antrag des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Name, Vorname Geburtsdatum Versichertennummer

PLZ Wohnort Straße, Haus-Nr.

Kontoinhaber **Freigabe 01.09.2014**

IBAN

Geldinstitut BIC

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin und gegen meinen Arbeitgeber während der Freistellung von der Arbeit

keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe Anspruch auf Entgeltfortzahlung für Tage habe

Ich bin Alleinerziehende(r) ja nein

Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen. Krankengeld aus Anlass einer früheren Erkrankung des umseitig genannten Kindes wurde in diesem Kalenderjahr von mir

nicht für Tage bezogen

Datum

Verbindliches Muster

Unterschrift des Versicherten

* Dieser Antrag ist von dem Versicherten zu stellen, der den Anspruch auf Krankengeld geltend macht.





Institut für hausärztliche Fortbildung
im Deutschen Hausärzteverband (IHF) e.V.

Plötzlich selbst ein Notfall

Was tun, wenn ich selbst als Hausarzt an COVID-19 erkrankte

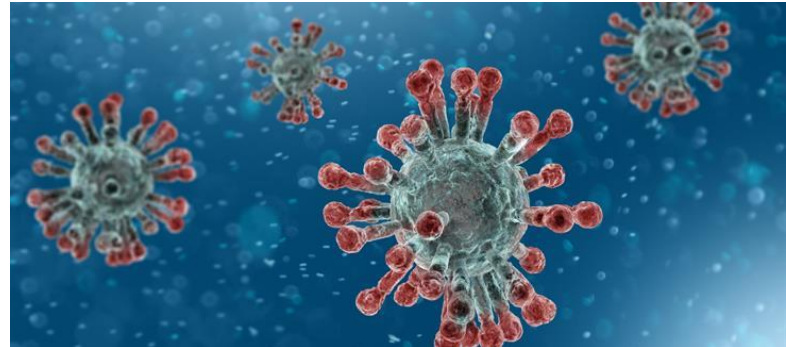
Dr. Jürgen Herbers, Pleidelsheim

Facharzt für Allgemeinmedizin; Sozial-, Sport-, Palliativ- und Ernährungsmedizin, NHV
Webinar, 23.10.2020

Interessenkonflikt-Erklärung



*Der Autor erklärt hiermit **in keinem Interessenkonflikt** gemäß den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachverbände e.V. (AWMF) zu stehen.*



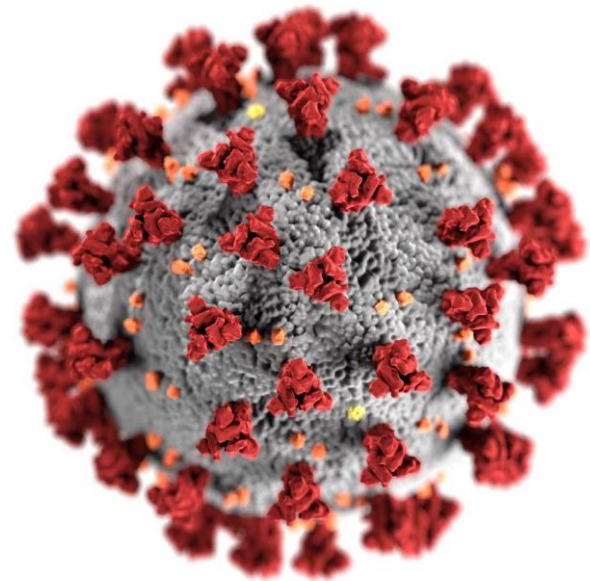


→ **Umfrage**
Wer von Ihnen ist Praxisinhaber/in?



Agenda

- Eigener Verlauf
- Verläufe von Kollegen
- Auswirkung auf die eigene Praxis
- Auswirkungen bei Kollegen
- Schlussfolgerungen
- Handlungsempfehlungen



Eigener Verlauf

Schwierige Anamneseerhebung 😊

- Husten ab 5.3.
- Kein Kontakt zu Risikopatient lt. RKI
- Letzter Sport am 23.3.
- Ab 22.3. Gliederschmerz, ab 23.3. Nachtschweiß, Abgeschlagenheit
- Ab 24.3. Krankheitsgefühl, Belastungsdyspnoe, danach Arbeit mit Maske
- 26.3. Abstrich, Temp. 37.5 °C
- 27.3. nachmittags „positives“ Ergebnis; SpO₂ 92%
- 3.4. deutliche Besserung
- Abstrich 5.4. positiv, 6.4. negativ, 8.4. negativ



Verläufe von Kollegen

- Nicht jeder hat Husten
- Luftnot wechselnden Ausmaßes sehr häufig
- Krankheitsgefühl besteht häufig
- Geschmacksstörungen sind typisch, aber nicht bei allen vorhanden
- Fieber häufig
- Manchmal starkes Durstgefühl und reichlich Trinken, manchmal sehr geringe Flüssigkeitsaufnahme
- Teils ganze Familie krank, teils nur 1 Familienmitglied



Auswirkungen auf die eigene Praxis

Mein Glück: super funktionierende Gemeinschaftspraxis 😊



Auswirkungen auf die eigene Praxis

Mein Glück: super funktionierende Gemeinschaftspraxis 😊

- Quarantäne galt nur für mich
- Der Rest der Praxis hatte keine Symptome – und keine Abstriche
- Außer mir durften alle weiterarbeiten – mit Mund-Nasen-Schutz
- Meine Patienten wurden verteilt
 - Vorteil: aktuell insgesamt wenig Präsenztermine
- Durch meine Quarantäne kein Verdienstausschlag
 - Angestellte Ärzte konnten sogar teilweise früher gehen
- Große Sorge bei den MFAs, sich angesteckt zu haben!
 - Selbst bei „negativer“ Kontrolle soll ich bis Ostern noch zuhause bleiben



Fragen?



Auswirkungen bei Kollegen

Hängt sehr vom örtlichen Gesundheitsamt ab ☹️

→ Dauer der Quarantäne

ROBERT KOCH INSTITUT



https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW.html?nn=13490888

- In den letzten beiden Tagen beschwerdefrei
- 10 Tage nach Symptombeginn
- Variationen
 - Nach 14 Tagen mit
 - Nur 1 Abstrich
 - Kein Abstrich
 - Die ganze Praxis muss in Quarantäne
 - Nur die betroffene Person muss in Quarantäne
 - Auch alle leicht symptomatischen müssen in Quarantäne



Auswirkungen bei Kollegen

Hängt sehr vom örtlichen Gesundheitsamt ab ☹️

→ Einzelpraxis

- Schließen der gesamten Praxis (2 Wochen „out of Order“)
- Ärztin/Arzt im Home-office mit Telefondienst und evtl. Videosprechstunde

→ Gemeinschaftspraxis

- Schließen der gesamten Praxis (2 Wochen „out of Order“)
- Reduzierte Praxistätigkeit mit „gesunden“ MFAs in der Praxis und Ärzten im Hintergrund (Aufrechterhalten einer Minimalversorgung)
- „Normales“ Weiterarbeiten der restlichen Praxis wie bei Urlaub



The background of the slide is a blurred image of a document containing financial data, likely a ledger or spreadsheet. The numbers are arranged in rows and columns, with some numbers having multiple decimal places. A white rounded rectangle is overlaid on the right side of the image, containing the text of the survey.

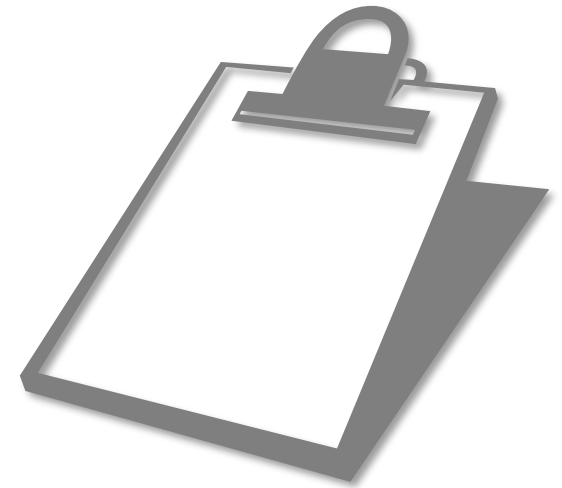
→ **Umfrage**
Wer hat in der Praxis Notfallpläne?



Vorgehen für den schlimmsten Fall

Checklisten und Adresslisten

- **Bei Quarantäne muss es schnell gehen**
- Es muss in einer Mappe und einem Ordner auf dem Server alles greifbar sein
- **Checklisten erklären**
 - Was ist zu tun
 - Wer ist zu informieren
 - Wer macht was
- **Adresslisten** müssen aktuell gehalten werden
 - Wer ist dafür zuständig? Halbjährlich!



Vorgehen für den schlimmsten Fall

Vertretung

→ Vertretung organisieren

- Wer kommt in Frage
- Wer ruft an

→ Wenn organisiert: Patienteninfo

- Praxisaushang
- Bandansage
- Evtl. Lokale Presse

→ Wer muss noch informiert werden?

- Kreisärzteschaft
- Umliegende Kollegen
- Örtliche Apotheker
- Sozialstation
- Pflegeheime
- Rettungsstelle
- Bürgermeister



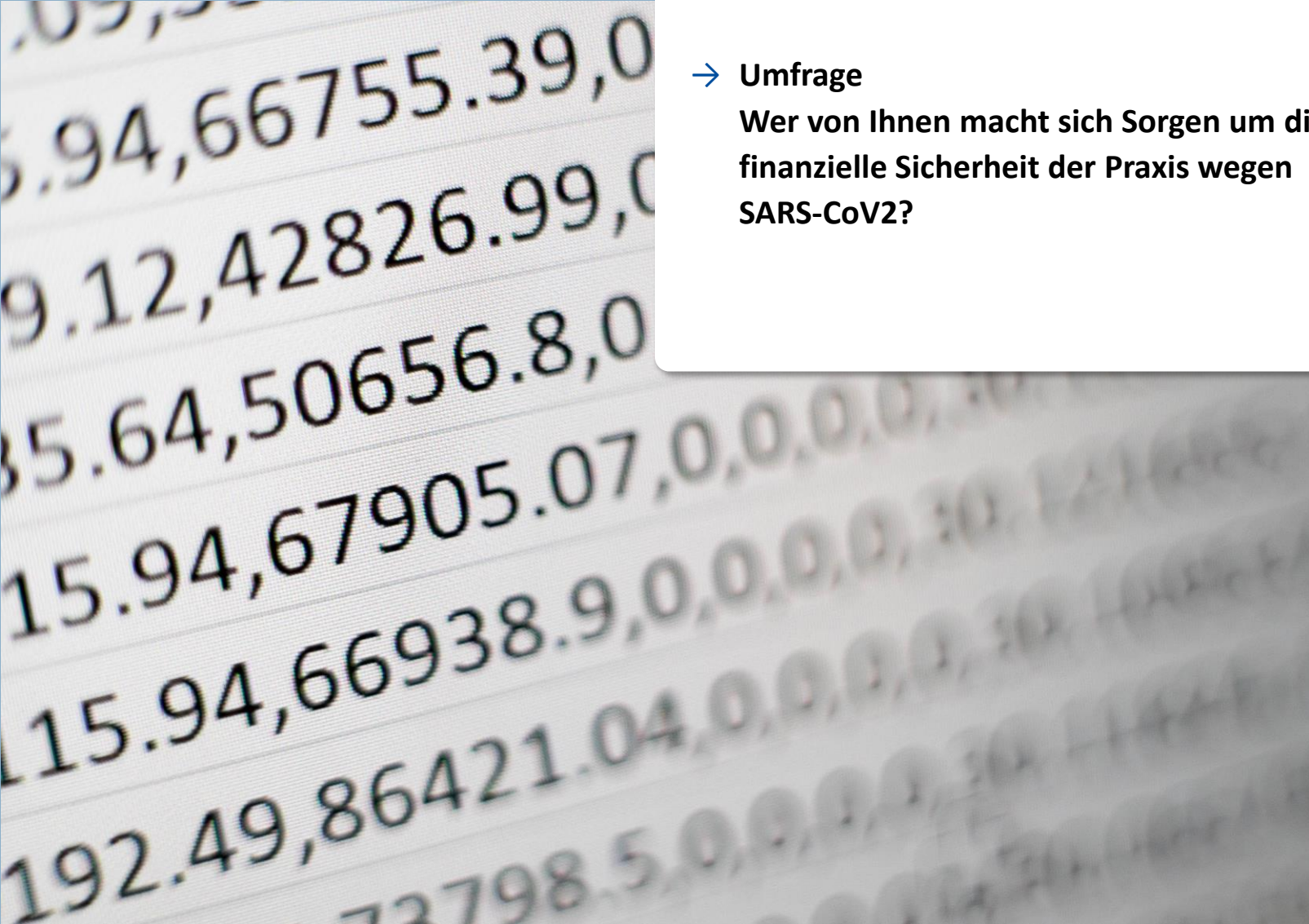
Vorgehen für den schlimmsten Fall

Organisatorisches

→ Vorgehen wie beim Urlaub

- Abbestellen
 - Laborfahrer
 - Zeitschriften
 - Blumengestecke
 - Lebensmittel
- Werden Lieferungen erwartet
- Wer kümmert sich um die Post und die Pakete





→ **Umfrage**
Wer von Ihnen macht sich Sorgen um die finanzielle Sicherheit der Praxis wegen SARS-CoV2?



Vorgehen für den schlimmsten Fall

Finanzielles

→ Praxis geschlossen

- Gehälter müssen weiter gezahlt werden
- Alle anderen regelmäßigen Ausgaben laufen weiter

→ Entschädigung nach §56 IfSG

- Anspruch bei Quarantäne (nicht bei Krankheit)
- Ansprechpartner je nach Bundesland unterschiedlich:

→ Praxisausfallversicherung

- Zahlt auch bei Quarantäne-Anordnung

→ Soforthilfeprogramm

- Info beim Wirtschaftsministerium
- Antragstellung erforderlich



<https://ifsg-online.de/antrag-taetigkeitsverbot.html>



Quarantäne – aber Praxis offen

Organisatorisches

→ Wie wird der Kontakt Praxis - Ärztin/Arzt hergestellt

- Telefon
- VPN-Tunnel
- Remote Desktop (z.B. „Teamviewer“)

→ Kontakt Pat. – Ärztin/Arzt

- Telefon (Rückruf)
- Videosprechstunde
- Viele kostenlose Angebote
(Achtung: oft nur für begrenzte Zeit)



Quarantäne – aber Praxis offen

Organisatorisches

→ Vorunterschiedene Formulare

- Werden nach telefonischer Rücksprache ausgedruckt

→ Vertretung

- Wer macht die notwendigen Hausbesuche?
- Wer untersucht Patienten, wenn dies notwendig ist?

→ Kurzarbeit

- Antrag bei Agentur für Arbeit
- Minimum 10% der Beschäftigten müssen vom Arbeitsausfall betroffen sein

→ Überstundenabbau

- Kann angeordnet werden (angemessene Ankündigungsfrist ist einzuhalten)

→ Anordnung Urlaub

- Nicht erlaubt, lediglich (bezahlte) Freistellung

https://www.hausaerzteverband.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2020/DHAEV_Coronavirus_Rechtliche_Fragestellungen.pdf



Schlussfolgerungen

→ Wichtig: Selbstschutz

- Um kein COVID-19 zu bekommen
- Um rasch gesund zu werden

→ Vorsorge (digital und auf Papier)

- Checklisten
- Wer macht was
- Adresslisten

→ Finanzielles

- Die Praxis wird auf jeden Fall überleben

