

# BEANTRAGUNG EINER STATIONÄREN VORSORGE- MAßNAHME (KUR) FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE BEI DER KRANKENKASSE

Für die Beantragung sollte grundsätzlich das von der zuständigen Krankenkasse bereitgestellte Formular verwendet werden.

Liegt ein solches Formular nicht vor, verwenden Sie bitte das Formular „Muster 64“, das ansonsten für die Beantragung von Mutter-/Vater-Kind-Kuren genutzt wird. Bei Fehlen eines eigenen Formulars für pflegende Angehörige hat sich die Verwendung des Formulars „Muster 64“ in inhaltlich abzuwandelnder Form (handschriftlicher Eintrag siehe Beispiel!) bewährt. Streichen Sie im Formular „Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V“ und ersetzen es durch „Pflegerische Angehörige“.

**Die Texteinträge sind beispielhaft und an das Krankheitsbild der jeweiligen Patientin oder des Patienten anzupassen.**

**Ausführliche Vordruckerläuterungen als weitere Hilfe für Ärztinnen und Ärzte** gibt es zum Download auf dem Pflegewegweiser NRW, [www.pflegewegweiser-nrw.de/downloads](http://www.pflegewegweiser-nrw.de/downloads) (Verbraucherzentrale NRW), und bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter [www.kbv.de/media/sp/02\\_Erlaeuterungen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf)

Beispiel/Auszug aus den Vordruckerläuterungen zum Muster 64:

**I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen**

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

**I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen**

**1** In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden vorsorgerelevanten Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel) sowie die vorsorgerelevanten Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung anzugeben. Die Diagnosen sind als ICD-Codes zu

verschlüsseln und können zusätzlich als Klartext angegeben werden. Um eine bessere Vorstellung davon zu erhalten, welche Einschränkungen im täglichen Leben aus der Erkrankung resultieren, können darüber hinaus Funktionsdiagnosen angegeben oder Freitextangaben gemacht werden.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
<b>MUSTER</b>		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**64 Teil A**

**Verordnung medizinischer  
Vorsorge für ~~Mütter oder Väter~~  
gemäß § 24 SGB V *Pflegende Angehörige***

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit  
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

**Bitte beachten: Die farbigen Texteintragungen sind  
beispielhaft. Alle Felder im Formular müssen  
individuell nach der Befundlage ausgefüllt werden!**

**I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen**

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

Eintrag psychosomatischer, körperlicher oder seelischer Beschwerden im frühen Befundstadium  
wie Musk.-Skelett-Erkrankg., Schlafstör., Risiko: Fehlhaltung d. Pflege, Nikotin, Fehlernährg., Bewegungsmangel..

**B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung**

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

Lumboischialgie, Schmerzsyndrome	M54.4, R52.2
Cervibrachialgie, Bandscheibenschäden m. Myelopathie	M53, M79, M51
Anpassungsstörungen, Adynamie/ Schwäche o.n.A.	F43.2, R53

**II. Vorsorgebedürftigkeit**

**A. Kurze Angaben zur Anamnese**

Pflegt seit ... Partner mit Pflegegrad, kommt auch nachts nicht zur Ruhe wg ständiger Belastung  
körperl./geist. erschöpft, ambulante Unterstützung/ ergänzende Hilfe nicht ausreichend

**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, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

Auf eigene Gesundheit und Ernährung achten, Pflege sozialer Beziehungen, Nachgehen von Hobbys,  
Umgang mit Stress, Führen von Partnerschaftlicher Beziehung, Interpersonelle Aktivitäten

**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-/Vaterrolle | <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 checked="" type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen   | <input checked="" type="checkbox"/> soziale Isolation                      | <input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)  | <input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen                          | <input type="checkbox"/> besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeiten | <input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit                       |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters  | <input checked="" type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck              | <input type="checkbox"/> allein erziehend                                  | <input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie |
| <input checked="" type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten |  |  |  |

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Wunsch, fremde Hilfe zu vermeiden, Mangel an freudigen Aktivitäten möglicherweise d. Ablehnung der pflegebedürftigen Person, verminderte Resilienz durch Stress, erhöhter Stress wg hoher Verantwortung

Ausfertigung für die Krankenkasse

**III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen****A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie**

Eintrag bereits durchgeführter Leistungen d. Krankenbehandlung, Arznei/Heilmitteltherapien,  
Krankengymnastik/ Physiotherapien



Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

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

Rehatraining, Patientenschulungen, Funktionstraining, Selbsthilfegruppen, Pflegekurse/Pflegeschulung  
Yogagruppe, Maßnahmen in Eigenregie

**IV. Vorsorgeziele**

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

Stärkung der eigenen Ressourcen u.d. Selbstfürsorgepotentials, Vermeidung d.Chronifizierung v. Krankheiten

Erlernen gesunderhaltender/gesundh.verbessernder Verhaltensweisen, Linderung v. gesundheitl. Beschwerden

**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. Attest Kind  
insbes. bei  
Behandlungs-  
notwendigkeit\*Belastete  
Mutter-/  
Vater-Kind-  
BeziehungPsychosoziale  
Gründe/  
Betreuung  
notwendig

1.

TTMMJJ



2.

TTMMJJ



3.

TTMMJJ



\* Das „Ärztliche Attest 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, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)**

ja, folgende

Einrichtung m. besonderem Konzept für pflegende Angehörige erforderlich

**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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes