

Bei der Verordnung von häuslicher Krankenpflege treten immer wieder Fragen zum Umfang der notwendigen Angaben auf dem Verordnungsformular auf. Von der AOK PLUS wurde aktuell auf die folgenden Angaben hingewiesen, welche häufiger nachgetragen werden müssen. Die dadurch verzögerte Bearbeitung und eventuell entstehenden Versorgungslücken bei den Patienten können vermieden werden.

Gemäß der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege und auch der Erläuterungen zum Verordnungsformular sind einige Angaben auf der Verordnung unverzichtbar, insbesondere Informationen zur Diagnose, zu den Präparaten und den Wundbefunden. An gleicher Stelle weist die AOK darauf hin, dass die Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplanes sind, dessen Koordination dementsprechend beim Vertragsarzt liegt.

Wenn eine Person im Haushalt des Patienten die geplanten Maßnahmen übernehmen kann, ist eine Verordnung zu Lasten der GKV nicht möglich. Dies ist vor der Verordnung zu prüfen. Können die Haushaltsmitglieder die Leistungen nicht, oder nicht vollständig durchführen oder ist eine Beurteilung durch den Arzt nicht eindeutig möglich, so ist dies auf der Verordnung anzugeben.

Die im folgenden genannten Inhalte waren in jüngster Zeit häufiger Anlass zu nachträglichen Ergänzungen:

Angaben	Hinweise
Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ verordnungsbegründende Diagnose (im eindeutigen Zusammenhang zur verordneten Maßnahme) ▪ ggf. medizinische Begründungen, z. B. aktuelle Befundsituationen, welche Anlass für die Verordnung sind ▪ ggf. Einschränkungen der Sehfähigkeit oder der körperlichen bzw. geistigen Leistungsfähigkeit
Häufigkeit und Dauer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ konkrete Angaben ▪ der Vermerk „bei Bedarf“ kann von Seiten der Kasse grundsätzlich nicht akzeptiert werden
Medikamentengabe/ Injektionen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung, ob ein Richten in der Wochenbox ausreicht ▪ medizinische Einschätzung, ob eine Reduktion der Einzelgaben der Arzneimittel therapeutisch möglich ist ▪ Angabe der Präparate, anhand aktuellem Medikamentenplan
Wundversorgung/ Verbandwechsel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angaben zu Lokalisation, Wundbefund sowie Präparaten
Dekubitusbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angabe zu Lokalisation, Grad und Größe ▪ Verordnungsvoraussetzung ist gemäß Richtlinie ein mindestens oberflächlicher Hautdefekt, evtl. Blasenbildung (Grad II)

Pflegehilfsmittel sind nicht verordnungsfähig

Für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln muss der Pflegebedürftige bzw. die von ihm Bevollmächtigten einen formlosen Antrag bei der Pflegekasse einreichen. Der Umfang ist im Pflegehilfsmittelverzeichnis, welches von den Spitzenverbänden der Pflegekassen erstellt wird definiert. Es ist eine Anlage des Hilfsmittelverzeichnisses und beinhaltet folgende Gruppen von Pflegehilfsmittel:

- Produktgruppe 50 – Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege
z. B. Pflegebetten, Zubehör und Seitengitter, Pflegerollstühle
- Produktgruppe 51 – Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene
z. B. Bettpfannen, Urinflaschen, Waschsysteme
- Produktgruppe 52 – Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität
z. B. Hausnotrufsysteme
- Produktgruppe 53 – Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden
z. B. Lagerungsrollen
- Produktgruppe 54 – zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
z. B. Schutzkleidung, Desinfektionsmittel

Unabhängig von der Pflegebedürftigkeit des Versicherten sind Hilfsmittel, die wegen Krankheit oder Behinderung benötigt werden, zu Lasten der Krankenversicherung oder von anderen Leistungsträgern zu verordnen.

Aktuelle Verordnungstipps zum Herausnehmen

Aufgrund zahlreicher Anfragen haben wir an dieser Stelle für Sie beispielhaft die Produktgruppen (PG) aufgeführt, bei denen es Überschneidungen zwischen Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenkassen und Pflegehilfsmittelverzeichnis gibt. Anhand der aufgeführten Indikationen kann eine Entscheidung über die Verordnung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung oder die Beantragung bei der Pflegekasse getroffen werden.

Verordnung als Hilfsmittel zu Lasten der Krankenkasse bei medizinischer Indikation auf Muster 16	Formlose Beantragung als Pflegehilfsmittel zu Lasten der Pflegekasse keine Verordnung auf Muster 16
<p>PG 19.40 behindertengerechte Betten und Zubehör</p> <p>Die Versorgung kommt dann in Betracht, wenn die handelsüblichen Betten vom Versicherten nicht benutzt werden können (übermäßige Höhendifferenz zum Rollstuhl, hoch ragende Seitenteile, nicht verstellbarer Kopfteil etc.) und die Nutzung des vorhandenen Bettes auch durch eine Ausstattung mit behindertengerechtem Bettzubehör nicht ermöglicht werden kann.</p>	<p>PG 50.45 Pflegebetten und Zubehör</p> <p>Sie entlasten den Pflegenden durch ihre Verstellmöglichkeiten bei der Pflege nicht mehr spontan mobiler, über weite Teile des Tages bettlägeriger Pflegebedürftiger, wenn die Pflege ganz oder teilweise im Bett vorgenommen werden muss.</p>
<p>PG 18.50 Kranken-/Behindertenfahrzeuge</p> <p>Ein Rollstuhl kann zur Erhaltung der Mobilität gewährt werden, wenn keine ausreichende Gehfähigkeit besteht und die zu grundliegende Krankheit oder Behinderung mit anderen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nicht ausgeglichen werden kann und wenn Gehhilfen einfacherer und preiswerterer Art nicht ausreichen.</p>	<p>PG 50.45 Rollstuhl mit Sitzkantelung/Pflegerollstuhl</p> <p>Eine Versorgung ist dann angezeigt, wenn dem Pflegebedürftigen auf Grund der körperlichen Verfassung ein lang anhaltendes aufrechtes Sitzen in einem herkömmlichen Rollstuhl nicht möglich ist und der Pflegebedürftige sich über weite Zeitabschnitte im Rollstuhl aufhält.</p>
<p>PG 19.40 saugende Bettschutzeinlagen</p> <p>Weitgehend immobile, bettlägerige Versicherte, mit hohem Risiko eines Dekubitus, vorgeschädigter Haut, sezernierenden Wunden oder bestehender Inkontinenz, wenn durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - normale Bettwäsche - Unterziehwäsche - Inkontinenzhilfsmittel <p>kein ausreichender Gewebeschutz gewährleistet ist.</p>	<p>PG 54.45 saugende Bettschutzeinlagen</p> <p>Der Einsatz verhindert bei der Körperhygiene, beim Einsatz von Bettpfannen und Urinflaschen, dass die Bettwäsche häufig gesäubert werden muss und erleichtert somit die Pflege.</p>
<p>PG 19.99 Einmalhandschuhe</p> <p>Eine Leistungspflicht besteht bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherten, die der regelmäßigen Katheterisierung bedürfen (sterile Einmalhandschuhe) - Querschnittsgelähmten mit Darmlähmung zur Darmentleerung (unsterile Einmalhandschuhe). 	<p>PG 54.99 Einmalhandschuhe</p> <p>Sie dienen der allgemeinen Hygiene, z. B. dem Schutz des Pflegenden beim Umgang mit Körperausscheidungen, Blut und Sekreten sowie bei sonstigen Risikosituationen, wie z. B. chronischen Infektionen des Pflegebedürftigen.</p>
<p>PG 04.40 Badehilfen</p> <p>Sie dienen dazu, dem Versicherten die selbstständige Ausübung der täglichen Körperpflege zu ermöglichen. Sie gleichen eingeschränkte oder ausgefallene Körperfunktionen aus.</p>	<p>PG 51.45 Waschsysteme</p> <p>Sie kommen zum Einsatz bei vollständiger Bettlägerigkeit und Immobilität des Pflegebedürftigen, so dass andere Waschgelegenheiten nicht mehr genutzt werden können.</p>

Darüber hinaus enthält insbesondere das Hilfsmittelverzeichnis zahlreiche weitere Produktgruppen, die Sie im Internet unter www.gkv.com oder www.rehadat.de abrufen können. Hier finden Sie auch Informationen zur Indikation, leistungsrechtlichen Begrenzungen, Produktbeispiele u. ä..