

Erstattung von Hilfsmitteln gegen Dekubitus (Druckgeschwür)

Die Hilfsmittel sind bei allen Vertragspartnern der jeweiligen Krankenkasse erhältlich (z. B. Homecare-Unternehmen, Sanitätshäuser).

Rechtliche Grundlagen

Die benötigten Hilfsmittel sind zu Lasten der GKV verordnungs- und erstattungsfähig (§ 33 SGB V).

Wann und für wen besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus?

Versicherte haben Anspruch auf Hilfsmittel gegen Dekubitus, wenn diese dazu dienen

- > den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder
- > einer drohenden Behinderung vorzubeugen (§ 33 SGB V).

Im Einzelnen sind das laut Hilfsmittelverzeichnis u. a. folgende Indikationsbereiche:

- > wenn bereits ein Druckgeschwür vorliegt oder
- > wenn durch Krankheit oder Behinderung ein dauerhaftes Liegen bzw. Sitzen erforderlich ist und zugleich ein erhöhtes Dekubitusrisiko vorliegt (z. B. starke Bewegungseinschränkungen oder Lähmungen der Extremitäten und/oder des Rumpfes, Inkontinenz, bestehende Hautdefekte, Kreislaufstörungen, Sensibilitätsstörungen oder schlechter Allgemeinzustand).

Achtung!

Auch bei Pflegebedürftigkeit oder Aufenthalt im Pflegeheim gilt der Anspruch des Versicherten im Sinne des § 33 SGB V uneingeschränkt fort.

Bestimmung des individuellen Dekubitusrisikos

Das individuelle Dekubitusrisiko wird durch einen entsprechenden Erhebungsbogen (*Antidekubitus-Hilfsmittel ›Liegehilfen‹, ›Sitzhilfen‹*) ermittelt.

Download unter: <http://www.dekubitus-forum.de>

Gesetzliche Zuzahlung und Aufzahlung

Versicherte haben nach Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich eine Zuzahlung zu leisten. Sie beträgt 10 % des Kostenübernahmebetrags durch die Krankenkasse, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €.

Beschränkung der Zuzahlungspflicht (Belastungsgrenze):

Versicherte haben während eines Kalenderjahres nur Zuzahlungen in Höhe von 2 % ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu leisten. Für chronisch Kranke beträgt diese Grenze nur 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Bei Überschreiten der Belastungsgrenze kann bei der Krankenkasse ein Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt werden.

Mehrkostenregelung:

Das Gesetz bietet die Möglichkeit, dass der Versicherte für eine höherwertigere Versorgung aufzahlt (§ 33 Abs. 1 SGB V). Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung aufzuklären. Des Weiteren sind die vertraglichen Regelungen zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer zu beachten.

Bei der Berechnung der Belastungsgrenze wird die Aufzahlung nicht berücksichtigt.

Wichtige Hinweise für den Verordner

Hilfsmittel sind weder budget- noch richtgrößenrelevant.

Verordnung:

Hilfsmittel werden auf einem separaten Rezept verordnet und es ist das Feld '7' anzukreuzen. Auf dem Rezept ist unbedingt **die genaue Diagnose** anzugeben. Bei der Verordnung kann entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis oder die 7-stellige Positionsnummer angegeben werden. Die namentliche Verordnung eines Produktes ist im Einzelfall möglich, wobei eine entsprechende Begründung unbedingt erforderlich ist (Hilfsmittel-Richtlinie § 7 Abs. 3).

Der Vertragsarzt soll prüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde (Hilfsmittel-Richtlinie § 9).

Weitere Informationen unter: www.dekubitus-forum.de