

Milchpumpen

Die Problematik mit der Verordnung einer elektrischen Milchpumpe

* Dieser Artikel entstand in langer Recherche, nach besten Kräften und Gewissen. Es wurden deutlich mehr Krankenkassen angeschrieben, als die elf Kassen, die sich dankenswerterweise bereiterklärt haben, hier zu unterstützen und Auskünfte zu erteilen. Dennoch sind die Auskünfte beispielhaft und dürfen an einigen Stellen sicherlich nicht auf Bundesebene pauschalisiert werden. Der Artikel kann als Grundgerüst zur weiteren Nachfrage bei den Kassen gewertet werden, erhebt aber keinen Anspruch auf Rechtssicherheit. Ärzte und Krankenkassen unterliegen auch der Pflicht der Wirtschaftlichkeit, zudem hat der Arzt die Verordnungshoheit gegenüber den Krankenkassen. Das Einholen von Zweitmeinungen, unterschiedliche Auslegungen von verschiedenen Kassen und Einzelfallentscheidungen werden weiterhin Bestand haben und sind aufgrund der Individualität des Menschen und der Situation unumgänglich. Wer an detaillierte Angaben zu den Inhalten des Artikels und zu Stellungnahmen der Kassen, Verbände und Vereinigungen interessiert ist, kann sich gerne mit mir in Verbindung setzen:
andrea.boettcher@afs-stillen.de

Die ärztliche Verordnung einer elektrischen Milchpumpe ist unter Stillberaterinnen und Hebammen regelmäßig ein Thema. Leider liegen deutschlandweite Erfahrungswerte vor, dass es immer wieder zu Problemen mit einer Verordnung bzw. mit der Beratung bzgl. Pumpe und Zubehör kommt.

Könnte es so einfach sein?

Mutter oder Kind haben ein Problem, welches den Einsatz einer elektrischen Milchpumpe erfordert. Arzt/Ärztin verordnet eine Milchpumpe, diese wird in der Apotheke abgeholt und hier erfolgt neben der Einweisung ins Gerät auch eine Beratung zur Pumpe und Zubehör. Die Mutter nutzt die Pumpe solange sie nötig ist, mit Rückendeckung der Hebamme/Stillberaterin und trägt keinerlei Kosten dafür?

Aber so einfach ist es leider nicht: Ärzte, Apotheken, Krankenkassen, der deutsche Apotheker Verband, die kassenärztliche Vereinigung und nicht zuletzt Mütter, Stillberaterinnen und Hebammen – überall werden unterschiedliche Erfahrungswerte laut, die unterschiedliche Handlungsweisen erforderlich machen. Leider schiebt dabei jeder die Verantwortung weiter, sodass nicht selten die Frauen die Leidtragenden sind.

Es gibt immer wieder Situationen, in denen die Frauen regelrecht um eine Verordnung bzw. eine Verlängerung der Verordnung kämpfen müssen. Hier hilft nur Aufklärung an allen Fronten, denn eines wurde im Laufe der Recherche zu diesem Thema sehr deutlich:

Den Beteiligten ist die Komplexität der Problematik gar nicht bewusst. An der Verordnung für eine elektrische Milchpumpe sind die Frau, die Ärzteschaft, die Apotheke, die Krankenkasse, die Hersteller der Milchpumpe und ggf. Stillberaterin, Hebamme und die Geburts- und/oder Kinderklinik beteiligt. Jeder dieser Beteiligten hat einen anderen Stand an Hintergrundinformation und dadurch bedingt ganz andere Sichtweisen.

Eines der häufigsten Probleme scheint hier eine allgemeine Unsicherheit, auch der Ärzteschaft, zu sein, wer, wann, wie lange und mit welchem Grund bzw. mit welcher Diagnose eine Pumpe überhaupt verordnen darf.

Auch der Gedanke an das eigene Budget scheint bei einigen Ärzten im Hinterkopf zu sein bzw. dass die Krankenkassen die Kostenübernahme ablehnen. So wird immer wieder von Fällen berichtet, in denen Frauen eine elektrische Milchpumpe verweigert oder nur auf Privatrezept verordnet wird.

Ein Privatrezept wird allerdings in den meisten Fällen von der Krankenkasse nicht akzeptiert und die Frauen haben die Kosten dann selbst zu tragen.

Kommt es daher zu solchen Situationen, in denen ein Arzt trotz medizinischer Begründung nur ein Privatrezept ausstellen möchte, ist unverzüglich die Krankenkasse und ggf. die kassenärztliche Vereinigung des Landes zu informieren. Diese leisten in solchen Fällen Unterstützung. Zudem sollte ein Arzt/eine Ärztin auf seine/ihre kassenärztlichen Pflichten hingewiesen werden. Auch handelt es sich bei einer elektrischen Milchpumpe

um ein Hilfsmittel, welches nach Aussage der Krankenkassen grundsätzlich nicht das Budget des Arztes belastet.

Aber wer darf eigentlich wann und wie lange verordnen?

Hierzu gibt es ganz klare Regelungen: Jeder niedergelassene Arzt, der unmittelbar Bezug zu Diagnose und Therapie von Mutter und/oder Kind hat, darf eine elektrische Milchpumpe verordnen. Eine Begrenzung auf einzelne Fachrichtungen gibt es laut Informationen der Krankenkassen nicht. Somit können, egal ob es um Mutter oder Kind geht, Gynäkologen, Pädiater und auch Allgemeinmediziner bzw. Hausärzte eine Pumpe verordnen.

Einzig eine Wunschverordnung ist nicht zulässig, sondern nur bei medizinischer Indikation.

Liegt eine entsprechende Indikation vor, hat die Familie jedoch auch einen grundsätzlichen Anspruch auf eine elektrische Milchpumpe. ¹

Im Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes, welches die Hilfsmittel aufführt, die in der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse liegen, ist daher diesbezüglich folgendes nachzulesen:

Indikationen:

Stillende Mütter mit

- schmerzhaft empfindlichen Brustwarzen
- Brustwarzenentzündungen
- Brustwarzeinrisse
- blutenden Brustwarzen
- vorübergehender Antibiotikabehandlung der Mutter
- vermehrter oder verminderter Muttermilchbildung

- bei trinkschwachen Säuglingen
- bei Frühgeborenen
- bei Neugeborenen mit organischen Erkrankungen

(Quelle:

https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/produktlisteZurArt_input.action?paramArtId=11)

Das bedeutet, dass ein Arzt bei Vorliegen einer Diagnose im entsprechenden Bereich eine Pumpe

ausstellen muss und sich dem nicht entziehen darf. Ist dies doch der Fall, dass ein Arzt trotz Vorliegen einer entsprechenden Indikation keine Pumpe verordnen will, sollte umgehend Kontakt mit der Krankenkasse aufgenommen werden. ²

Diese Aussage wird auch von vielen anderen Krankenkassen so unterstützt. Generell ist die Thematik der Verweigerungshaltung von Ärzten bei den Kassen auch kaum bekannt. Daher ist es umso wichtiger, die Frauen über Ihre Rechte und Pflichten diesbezüglich zu informieren und entsprechende Fälle umgehend bei den Kassen zu melden. *
Denn dass es immer wieder zu solchen Vorfällen kommt, vermutlich auch einfach aus Unwissenheit, ist unter Stillberaterinnen unumstritten.

Was allerdings unterschiedlich gehandhabt wird, ist die Kostenübernahme eines Doppelpumpsets. Dieses ist zwar auch im Hilfsmittelverzeichnis zu finden, allerdings wird es von vielen Kassen nur bei einer Zwillingsentbindung gezahlt, bzw. nur nach direkter Rücksprache mit der Krankenkasse. Denn leider ist im Hilfsmittelverzeichnis hierzu keine Indikation angegeben.

Auf die Frage, ob die Kosten für ein Doppelpumpset übernommen werden, antworten die Krankenkassen daher sehr unterschiedlich. Entscheidend ist hier die individuelle Situation im Einzelfall und die Formulierung des behandelnden Arztes. ³

Generell empfiehlt es sich bei Fragen oder Unklarheiten immer erst einmal den telefonischen Kontakt zur Krankenkasse zu suchen. Meist kann so schnelle Hilfe, Beratung und Unterstützung erfolgen.

Und wie lange darf verordnet werden?

Im Einzelfall zu klären ist auch die Frage, wie lange eine Verordnung ausgestellt werden kann. Meistens kommt es in den ersten Monaten nach der Entbindung zu einer Situation, welche die Nutzung einer Milchpumpe erforderlich macht. Erfahrungsgemäß werden Milchpumpen etwa für einen

bis drei Monate verordnet, abhängig vom Grund der Verordnung. Die Verordnungsdauer hängt dabei von der medizinischen Notwendigkeit ab und sollte daher vom Arzt regelmäßig neu bewertet werden. So können nach der Erstversorgung Folgeverordnungen ausgestellt werden, solange auch die medizinische Notwendigkeit vorliegt. ⁴

Die gesetzlichen Krankenkassen haben hier keinen fest definierten Zeitraum. In der Regel erfolgt die Kostenübernahme in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes unkompliziert. Der Arzt hat bei einer Erstverordnung bereits die Möglichkeit, einen Zeitraum festzulegen und diesen dann durch eine Folgeverordnung zu verlängern.

Wird kein Zeitraum festgelegt, verlangen einige Kassen eine Folgeverordnung in Abständen von vier bis sechs Wochen. Wobei die Folgeverordnung dann am ersten Tag nach Ablauf der letzten Verordnung in der Apotheke bzw. der Verleihstation vorliegen muss.

Viele Krankenkassen nehmen die Empfehlung der WHO als Richtlinie und Anhaltspunkt bzgl. der Verordnungszeit. ⁵

Diesem Beispiel folgen viele andere Kassen, allerdings gibt es auch Kassen, welche bereits nach einer Verordnungszeit von 16 Wochen eine ärztliche Begründung benötigen.

Die BIG und die DAK gehen dabei noch einen Schritt weiter:

„Dies hängt maßgeblich von den individuellen Verhältnissen ab. So empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Kinder die ersten sechs Lebensmonate voll zu stillen und ab diesem Zeitpunkt zusätzlich mit Beikost zu füttern und für bis zu zwei Jahre ergänzend weiter zu stillen. Gesetzliche Krankenkassen (GKV) übernehmen Milchpumpen, wenn Stillprobleme bei Säuglingen vorliegen, also per Definition für Kinder bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres. Für uns bedeutet das, dass wir die ersten sechs Monate unkompliziert entsprechende Verordnungen abwickeln und sogar auf vorherige Genehmigungen verzichten. Für die Zeit bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres ist die Versorgung

auch unkompliziert. Da sich Kinder auch unterschiedlich entwickeln, gehen wir auch nach einem Jahr individuell mit entsprechenden Anträgen um und versuchen zu helfen, wo wir können. Dies können wir aber nicht generell zusichern.“ BIG

„Wir übernehmen die Kosten für eine Milchpumpe, so lange Mutter und Kind diese benötigen/der Einsatz medizinisch notwendig ist. Es gibt keine Begrenzung bei der Verordnungszeit.“ DAK

Theoretisch keine Altersbeschränkung des Stillkinds bei einer Verordnung!

Die Handhabung mit Folge Rezepten wird also von Kasse zu Kasse sehr unterschiedlich geführt. Bei einem Punkt sind sich die Krankenkassen dann aber wieder einig: Die Verordnung einer Milchpumpe ist theoretisch unabhängig vom Alter des Kindes! Bei vorliegender Indikation werden die Kosten hierfür auch bei „älteren“ Stillkindern übernommen, bzw. wäre eine Übernahme möglich.

Denn laut Hilfsmittelverzeichnis gibt es keine Altersbeschränkung, daher besteht auch entsprechender Anspruch auf die Verordnung einer Pumpe bei älteren Stillkindern über das erste Lebensjahr hinaus. Wichtig ist auch hier wieder das Vorliegen der medizinischen Indikation laut Hilfsmittelverzeichnis und entsprechend gut formulierter ärztlicher Begründung.

Hierbei möchte ich anmerken, dass es sicherlich auch Krankenkassen gibt, welche die Sachlage anders sehen. Eine Indikation bei einer stillenden Mutter, z.B. bei einer Mastitis oder einem Milchstau, wird vermutlich eher eine Kostenübernahme bei einem älteren Stillkind ermöglichen, als die Indikation „Milchmangel“ bei einem Kind im zweiten Lebensjahr!. Hier sind einfach Einzelfallentscheidungen erforderlich. Eine pauschale Aussage zur generellen Sachlage aller Krankenkassen auf bundesweiter Ebene kann hier nicht getroffen werden. (Anmerkung der Autorin)

Beratungspflicht und Kostenübernahme: Problem in Apotheken und Mietstationen

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird im weiteren Verlauf von der Apotheke als Verleihstation ausgegangen, da diese den größten Anteil annimmt. Neben Apotheken gibt es jedoch auch Sanitätshäuser, Hebammen und Stillberaterinnen, ja sogar Onlineverleihstationen, welche sich an der Vermietung einer Milchpumpe beteiligen.

Im Jahr 2016 gab es deutschlandweit etwa 20.000 Apotheken. Davon verleiht jede zweite bis dritte öffentliche Apotheke elektrische Milchpumpen verschiedener Hersteller.

Leider geht die grundsätzliche Problematik der unterschiedlichen Auffassungen hier weiter, denn nur wenn die richtige Verordnung mit den vollständigen und korrekten Angaben darauf dann in regelmäßigen Abständen die Apotheke bzw. die Verleihstation erreicht, darf diese dann eine Pumpe ausgeben.

Grundlage für die Übernahme durch die Krankenkasse ist hier die Hilfsmittelverordnung auf einem Kassenrezept. Dabei ergibt sich der ICD-10 Schlüssel der Diagnose anhand der Indikationsstellung nach dem Hilfsmittelverzeichnis. Die Schlüssel O92 folgende und P92 folgende sind hier entsprechend. Auch die Angabe über eine Verordnungszeit und die Angabe der Größe der Brusthaube ist sinnvoll. Wichtig ist der Vermerk „elektrische Milchpumpe mit Zubehör“, da sonst ggf. kein Pumpset ausgegeben wird. Denn für die Apotheke ist maßgeblich, was auf dem Rezept steht.

Und schon haben wir das nächste Problem: Denn die Apotheken halten sich in der Regel an das, was der Arzt auf dem Rezept vermerkt. So kommt es hier schnell zu Problemen, wenn der Arzt das Pumpset nicht vermerkt, oder keine Größe der Brusthaube dokumentiert ist. Auch das Thema Doppelpumpset führt immer wieder zu Ungereimtheiten. Leider folgt oft, auch aus Unwissenheit, zu schnell

der Satz, dass die Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen, sei es bei einer anderen Brusthaubengröße oder auch beim Doppelpumpset.

Generell sind elektrische Milchpumpen jedoch voll funktionsfähig abzugeben. Auch wenn der Arzt nur die Pumpe und nicht das Pumpset verordnet hat. Eine Milchpumpe ohne Pumpset ist nicht einsatzfähig und somit für die Mutter auch nicht nutzbar. Gleiches gilt im Übrigen für die korrekte Größe der Brusthaube.

Zur Erklärung: die Apotheke erhält von den Herstellern ein fertig verpacktes Pumpset mit einer Brusthaube in konfektionierter Standardgröße „M“. Andere Haubengrößen sind zwar, je nach Hersteller, vorhanden, allerdings nur separat im Zweierpack erhältlich und kosten extra.

Hier sehen sich viele Apotheken in der Zwickmühle: „Man kann ja nicht einfach das Pumpset öffnen, die eine Haube entnehmen und eine andere reinlegen und doppelt abrechnen geht ja auch nicht. Die andere Größe ist nicht erstattungsfähig. Und außerdem kommen die Frauen ja von den Ärzten und Hebammen, dann müssen diese beraten und nach der Größe schauen.“ So und so ähnlich wird es von einigen Apotheken geschildert.

Was also tun?

Hier wird der Ball auch an die Ärzte zurückgegeben, denn laut Sprecher des DAV (deutscher Apotheker Verband) stehen die Ärzte hier auch in der Verantwortung:

Zitat: „Grundsätzlich ist der Vertragsarzt gehalten, das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich in der Verordnung zu bezeichnen, ferner sind alle für die individuelle Versorgung erforderlichen Einzelangaben zu machen. Der Vertragsarzt soll deshalb ggf. Hinweise z. B. über Abmessungen der Brustwarze, die eine funktionsgerechte Versorgung durch den Leistungserbringer gewährleisten, angeben.“

Die Krankenkassen dagegen sehen zwar den Arzt mit in der Verantwortung, aber die Apotheken sind die Vertragspartner und somit die Leistungserbringer. Diese müssten im

Rahmen der Kundenberatung auch eine bedarfsgerechte Größenermittlung und ggf. eine Erprobung des Hilfsmittels sicherstellen. **6 7**

Das bedeutet, dass die Frauen in der Apotheke vollständig beraten werden sollten. Eine einfache Kurzeinweisung zum Gerät reicht nicht aus. Notwendig wäre neben der Geräteunterweisung auch die Beratung über die korrekte Größe der Brusthaube und ggf. deren Ermittlung, um Verletzungen von Brust und Brustwarze, Milchstau und Milchmangel zu vermeiden. Und auch eine separate Abrechnung einer anderen Haubengröße ist nicht zulässig. Sollte die Frau zu Hause bemerken, dass die Brusthaube nicht passt, ist die Apotheke demnach in der Pflicht, nachzubessern und eine Haube in der korrekten Größe auszugeben. Und das weiterhin kostenfrei für die Versicherte.

Denn auch hierfür gibt es gesetzlich ganz klare Regelungen:

Milchpumpen einschließlich des benötigten Zubehörs, das beinhaltet auch die benötigte Haubengröße, sind grundsätzlich zuzahlungsfrei. * Denn die Versorgung mit einer Pumpe steht bei einer Verordnung auf die Mutter in unmittelbarem Zusammenhang mit der Schwangerschaft und bei einer Verordnung auf das Kind ist das Alter, unter achtzehn Jahren, ausschlaggebend bzgl. der Kostenfreiheit.

„Die Rechtsgrundlagen sind seit dem 30.10.2012 die §§ 24c bis 24i SGB V.“ KKH

Die Aussagen der Krankenkassen zur Kostenübernahme bei nicht passenden Brusthauben ist hier sehr klar positioniert. Als Beispiele dienen hier Aussagenzitate der Krankenkassen im Anhang. **8**

Für die Apotheken bieten die Kassen daher ebenfalls unkomplizierte Unterstützung bei der Frage zur Kostenübernahme an, sei es telefonisch oder auch eine schnelle Kostenzusage per Fax.

Auch der Verband deutscher Apotheker sieht hier, wie die gesetzlichen Krankenkassen auch, die Apotheken als Leistungserbringer, der

die gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen zu beachten hat. „Der Leistungserbringer hat die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Möchte der Versicherte verschiedene Extras für sein Hilfsmittel, z.B. mehr Komfort, dann trägt er die Kosten selbst.“ Sprecher DAV **9**

Hoffnung besteht:

Zumindest für das Problem in den Apotheken bzgl. der Ausgabe der Pumpsets oder bei der Notwendigkeit einer anderen Haubengröße.

Der Marktführer im Verleih von elektrischen Milchpumpen erklärte gegenüber einer Anfrage, ob es nicht Möglichkeiten gäbe, die Pumpsets für Verleihstationen so zu gestalten, dass Brusthauben bei Bedarf ausgetauscht werden können, individuell auf den Bedarf der Frauen einzugehen und vermehrte Kosten zu vermeiden, folgendes:

„Das sehen wir genauso wie Sie. Daher arbeiten wir im Moment an einem neuen Angebot unserer Pumpsets, das genau auf dieses Bedürfnis der Mutter eingeht und auch für unsere Apothekenkunden unkompliziert ist.“ medela, Anfrage Februar 2018

Fazit:

Viel Aufklärungsarbeit über gesetzliche Grundlagen muss hier für alle Seiten noch erfolgen. Die Situation ist und bleibt unbefriedigend. Die Unterschiede zwischen den Krankenkassen und auch der Empfehlungen der kassenärztlichen Vereinigungen der Länder machen es schwierig, eindeutige Angaben zu machen. Leider ist zu erwarten, dass es spätestens bei der benötigten Haubengröße Diskussionsbedarf gibt. Hier sehen Apotheken die Hebammen und verordnenden Ärzte in der Pflicht, diese geben dann das Problem an die Apotheke zurück. Die Umsetzung ist für die Apotheken schwierig und leichter gesagt als getan. Hier wären ausgiebige Schulungen bzw. Fortbildungen zum Thema „Umgang und Verordnung der elektrischen Milchpumpe inkl. des individuell benötigten Zubehörs“ sicherlich sinnvoll.

Auch um zusätzliche Kosten zu vermeiden. Ob eine Verletzung von Brust oder Brustwarze aufgrund der Nutzung einer falschen Brusthaubengröße und damit falscher bzw. fehlender Beratung bereits eine Körperverletzung darstellt und in wieweit die Apotheken hier letzten Endes in der Pflicht stehen, müssen andere beurteilen. Auch welche Folgen ggf. für Apotheken und Verleihstationen entstehen könnten, wenn eine benötigte andere Haubengröße als kostenpflichtige Eigenleistung den Versicherten präsentiert wird, ist eine interessante Frage für Apotheken, denn es scheint, als sei diese Verfahrensweise so nicht zulässig. Leider ist hier die Antwort offen. Der Gesetzgeber sollte hier dringend nachbessern.

Denn wie heißt es juristisch so schön: „Unwissenheit schützt vor Strafe nicht“*

Andrea Böttcher
Kinderkrankenschwester, Fachkraft für Stillförderung, Laktationsberaterin, Stillbeauftragte in der Klinik, Referentin für Stillen und Säuglingsernährung

Quellen:

- Krankenkassen: DAK, BARMER, AOK Rheinland/Hamburg, AOK Bayern, BIG, KKH, Securvita, Techniker, Deutsche Rentenversicherung – Knappschaft-Bahn-See, IKK, Classic, Novitas BKK
- Deutscher Apotheker Verband
- GKV-Spitzenverband: https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/produktlisteZurArt_input.action?paramArtId=11
- Kassenärztliche Vereinigung der Länder: NRW, Hessen, Bayern, Berlin
- Ardo medical
- Medela

1
„Sozialgesetzlich besteht ein Anspruch für alle Versicherten auf Hilfsmittelversorgungen, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen (vgl. § 33 SGB V). Eine Versorgung mit Milchpumpen entspricht diesem grundsätzlichen Anspruch.“ AOK Rheinland-Hamburg

2
„Sollte eine Milchpumpe trotz vorliegender Indikation nicht verordnet werden, hilft die AOK Rheinland/Hamburg gerne weiter, indem wir beim betreffenden Vertragsarzt nachfragen. Wichtig ist, dass die Mutter sich direkt an uns wendet (d. h. vor Selbstbeschaffung der Leistung), eine Kostenerstattung ist nicht möglich.“ AOK Rheinland/Hamburg

3
Frage: Wird ein Doppelpumpset bezahlt?
Antwort BIG: „In der Regel nicht, denn Doppelversorgungen sind schon per Gesetz ausgeschlossen. Auch hier ist immer die medizinische Notwendigkeit ausschlaggebend. Wird plausibel vom Arzt begründet, dass ein Doppelpumpset erforderlich ist, übernimmt die BIG auch die Kosten dafür.“

Antwort AOK Rheinland/Hamburg:
„Im offiziellen Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch Doppelpumpsets enthalten. Insoweit wird auch dieses bei medizinischer Notwendigkeit bezahlt, sofern ein einseitiges Abpumpen der Muttermilch nicht ausreichend ist. Dies ist z.B. bei Mehrlingsgeburten denkbar.“

4
„Ob diese Voraussetzung vorliegen bzw. ob hier eine Versorgung notwendig ist und wie lang, liegt in der Therapiehoheit des Arztes, wobei er grundsätzlich gesetzesbedingt auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise achten muss.“ Kassenärztliche Vereinigung Bayern

5
„Die Richtlinie der WHO wird als Anhaltspunkt genommen (Die WHO empfiehlt, voll ausgetragene, mit Normalgewicht geborene Kinder bis

zum sechsten Monat (180 Tage) ausschließlich zu stillen, d.h. ohne weitere Speisen und Getränke außer Muttermilch zu ernähren.) Eine Kostenübernahme erfolgt maximal 6 Monate ab Tag der Geburt, danach erneute Prüfung der medizinischen Notwendigkeit.“ KKH

6
„Wie auch bei anderen Hilfsmitteln kann der Arzt bereits die notwendige Größe auf der Verordnung vermerken. Sofern dieser die Größe nicht selbst festlegen kann, ist der versorgende Leistungserbringer im Rahmen der Kundenberatung für die Auswahl der benötigten Größe zuständig.“ Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

„Wenn dem Arzt dies (Angabe der korrekten Größe der Haube) möglich ist, ist diese Angabe auf der Verordnung sicherlich hilfreich bei der Versorgung. Ansonsten ist der abgebende Leistungserbringer für die Erprobung des Hilfsmittels verantwortlich. BIG

7
Beides ist zutreffend. Einerseits sind die vom Arzt zu gebenden Angaben gemäß der Hilfsmittelrichtlinie „so eindeutig wie möglich“ zu ergänzen, andererseits hat stets der Leistungserbringer, der das Hilfsmittel abgibt – also die Apotheken oder Sanitätshäuser – eine Beratungs- und Informationspflicht gegenüber den Versicherten. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

8
„Die mit den Apotheken und Sanitätshäusern vereinbarte Vergütung beinhaltet auch die Bereitstellung der erforderlichen Brusthaubengröße.“ AOK Bayern

„Grundsätzlich fällt es in die Beratungspflicht der Apotheke.“ Und weiter „Es muss das passende Set abgegeben werden. Vertraglich ist mit dem Deutschen Apothekerverband (DAV) nicht geregelt, dass grundsätzlich das Set in Größe M abgegeben ist.“ KKH

„Die Vertragspartner der BARMER sind dazu angehalten, mindestens ein den medizinischen Anforderungen der Versicherten entsprechendes

Produkt aufzahlungsfrei anzubieten und abzugeben. Im Rahmen der Beratungspflicht ermittelt der Vertragspartner den individuellen Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung/Verordnung“ Und weiter „In den Vertragspreisen der BARMER sind alle im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Dienst- und Serviceleistungen, wie z.B. Beratung und technische Einweisung enthalten. Kommt ein Leistungserbringer dieser vertraglichen Vereinbarung nicht nach, ist dieser zum kostenfreien Austausch des Produktes verpflichtet. Die Kostenübernahme für ein zweites Absaugset durch die BARMER ist nicht möglich.“ BARMER

„Wir übernehmen die Kosten für passende Brusthauben. Der Arzt kann die passende Größe auf dem Rezept angeben. Falls die Mutter erst zuhause feststellt, dass die von der Apotheke eingepackte Größe nicht passt, kann sie uns eine Quittung über separat gekaufte Brusthauben schicken. Oder die Apotheke schickt uns einen Kostenvoranschlag. Vorteil ist, dass unsere Versicherten dann nicht in Vorleistung gehen müssen.“ DAK

9
Auf Rückfrage beim DAV, das es sich bei vorliegender Notwendigkeit einer anderen Haubengröße ja nicht um mehr Komfort für die Frau, sondern um das Vermeiden von Verletzungen an Brust und Brustwarze und eine mögliche Einschränkung der Milchproduktion durch ein falsch bemessenes Hilfsmittel handelt, welches die Apotheken bei versehentlicher Falschlieferung dann kostenfrei austauschen müssten, war leider nur folgendes in Erfahrung zu bringen:

„Vielen Dank für Ihre Nachfrage. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die DAV-Geschäftsstelle in Berlin solche Einzelfälle vor Ort nicht im Detail bewerten kann. Grundsätzlich gilt: Die Apotheke ist verpflichtet, die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen zu beachten.“ DAV

Wissenswertes zur Verordnung einer elektrischen Milchpumpe

Indikationen für eine Verordnung:	<p>Stillende Mütter mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • schmerzhaft empfindlichen Brustwarzen • Brustwarzenentzündungen • Brustwarzeneinrissen • blutenden Brustwarzen • vorübergehender Antibiotikabehandlung der Mutter • vermehrter oder verminderter Muttermilchbildung • Flach- oder Hohlwarzen <p>Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei trinkschwachen Säuglingen • bei Frühgeborenen • bei Neugeborenen mit organischen Erkrankungen
Wer kann verordnen?	jeder Arzt der direkten Bezug hat zu: Untersuchung, Behandlung etc.
Wann muss eine Folgeverordnung vorliegen?	am ersten Tag nach Ablauf der Erstverordnung/letzten Verordnung
Wie lange kann verordnet werden?	<ul style="list-style-type: none"> • so lange die medizinische Notwendigkeit besteht • Zeitraum ist grundsätzlich egal, muss aber vermerkt werden • einige Kassen wünschen „regelmäßige“ Folgeverordnungen • Verordnung auch für ältere Stillkinder möglich, auch nach dem 1. Lebensjahr
Was steht auf der Verordnung?	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose mit ICD-10 Schlüssel: Mutter: 092, Kind: P92 • Dauer • Elektrische (intervall) Milchpumpe leihweise inkl. Hilfsmittel-Nr. 01.35.01.1 • Doppel- oder Einzelpumpset angeben inkl. Hilfsmittel-Nr.: 01.99.01.2 • Hilfsmittel (Nummer 7) muss angekreuzt sein
Zuzahlungen nötig?	<p>Nein, Milchpumpe und Zubehör sind grundsätzlich frei!</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Kosten für notwendige andere Haubengröße • Doppelpumpset wird bei Mehrlingen meist bezahlt, kosten sonst ca. 27€, Arzt muss Doppelpumpset gut begründen • Pfand für elektrische Pumpe in der Apotheke (meist 40-50€)
Arztbudget	Milchpumpe ist ein Hilfsmittel, daher keine Belastung des Budgets!
Und wenn der Arzt sich weigert?	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenkasse informieren! • kassenärztliche Vereinigung informieren • Hinweis: belastet nicht das Budget • Hinweis: vertragsärztliche Verpflichtung
Pumpset	<ul style="list-style-type: none"> • Brusthauben in „Größe M“ oft als Standardzubehör zur Pumpe, andere Größen gegen Aufpreis: ca.11-15€ für zwei Aufsätze (je nach Firma), Kosten trägt die Krankenkasse bei vorliegender Notwendigkeit • Die beiden Marktführer bieten Hauben von S (bis 17mm Warzenbasis) bis XXL (32mm Warzenbasis) • Größen sind nicht genormt! Variieren je nach Hersteller

erstellt 2018 von Andrea Böttcher, Kinderkrankenschwester, Fachkraft für Stillförderung, Laktationsberaterin / Stillbeauftragte in der Klinik als Infobox zum Artikel: „Problematik der Verordnung einer elektrischen Milchpumpe“

Quellen:

DAK, BARMER, AOK Rheinland/Hamburg, AOK Bayern, BIG, KKH, Securvita, Techniker, Deutsche Rentenversicherung – Knappschaft-Bahn-See, IKK.Classic, Novitas BKK, Deutscher Apotheker Verband; GKV-Spitzenverband: https://hilfsmittel.gkvspitzenverband.de/produktlisteZurArt_input.action?paramArtId=11; Kassenärztliche Vereinigung der Länder: NRW, Hessen, Bayern; Ardo medical, Medela, KaWeCo (mamivac)