



## **Abgabe von Pants ÖGK Steiermark 2021**

Sie erreichen uns unter  
**Telefon: +43(0)316 28 5555**  
**E-Mail: [office@ekromed.at](mailto:office@ekromed.at)**  
Bestellungen sind auch mit Fax möglich  
**+43(0)316 28 5555-10**

**Ekromed Bandagist GmbH  
Kärtner Straße 525-527  
8054 Graz-Seiersberg**

**[www.ekromed.at](http://www.ekromed.at)**

## Inhalt

Änderungen ÖGK Stmk 2021 .....	3
Versorgung mit saugenden Inkontinenzprodukten .....	3
Welche Produkte erhalten Betroffene? .....	3
Abgabe durch Bandagisten .....	3
Selbstbehalt.....	3
Pants (Einmalunterhosen mit Saugkern).....	3
Tageskontingent.....	3
Kriterien zur Abgabe .....	3
Ausschlusskriterien .....	4
Erforderliche Unterlagen .....	4
Verordnungsschein .....	4
Diagnose .....	5
Verordnung des Heil-/Hilfsmittel .....	5
Datum und Unterschrift .....	6
Gebührenbefreiung .....	6
Verordnungsschein wohin?.....	6

# Änderungen ÖGK Stmk 2021

## Versorgung mit saugenden Inkontinenzprodukten

### Welche Produkte erhalten Betroffene?

Alle saugende Inkontinenzbehelfe, die im Osttarif geregelt sind und Pants (Einmalunterhosen mit Saugkern), können Betroffene mittels Verordnungsschein erhalten.

#### Abgabe durch Bandagisten

Ab Jänner 2021 erfolgt die Abgabe von saugenden Inkontinenzprodukten in der Steiermark auch für Versicherte der ÖGK Stmk über den Bandagisten.

Ein Verordnungsschein ist beim Bandagisten abzugeben. Dieser wird durch den Bandagisten an die zuständige Stelle der ÖGK übermittelt.

#### Selbstbehalt

Betroffene haben einen Selbstbehalt von 10% der Gesamtkosten der saugenden Inkontinenzversorgung zu leisten. Diese wird vom Bandagisten eingehoben.

Sind Betroffene „Gebühren befreit“, erkennbar an 2 Stempel des zuständigen Arztes auf dem Verordnungsschein, entfällt der Selbstbehalt.

## Pants (Einmalunterhosen mit Saugkern)

#### Tageskontingent

Die Abgabe von Pants (saugende Einmalunterhosen) ist an Kriterien gebunden.

Bei Vollversorgung mit Pants dürfen maximal 2 Pants pro Tag mit der ÖGK verrechnet werden.

Bei gemischter Versorgung – z.B. Pants bei Tag und allgemeine saugende Inkontinenzprodukte nachts, darf 1 Pants pro Tag mit der ÖGK verrechnet werden.

Benötigen Betroffene allgemeine saugende Inkontinenzprodukte und Pants, sind bei der Erstversorgung **zwei** gesonderte ärztliche Verordnungen notwendig.

#### Kriterien zur Abgabe

- Leichte bis mittlere Inkontinenz bei Demenz und gegebener eigenständiger Mobilität (MMSE kleiner 14 analog der Memantine im EKO)
- Leichte bis mittlere Inkontinenz mit funktionellen Einschränkungen der OE (Parese, Plegie) bei neurologischen Erkrankungen (z. B. Z. n. Insult, MS, ICP, Plexusparese u.ä.) oder Amputation mit funktionellen Einschränkungen im vergleichbaren Ausmaß bei gegebener eigenständiger Mobilität/Selbstständigkeit

### Ausschlusskriterien

- Bettlägerigkeit (vollständige Immobilität): Bei Bettlägerigkeit verbringt die betroffene Person über einen längeren Zeitraum den überwiegenden Teil des Tages und der Nacht im Bett
- schwere Inkontinenz

### Erforderliche Unterlagen

Folgende Unterlagen sind 1x im Quartal einzureichen:

#### Verordnung durch:

- Arzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt (Fachabteilung)
  - Ärztliche Verordnung mit folgenden Angaben:
    - ✓ Diagnose
    - ✓ Grad der Inkontinenz
    - ✓ Bestätigung der Mobilität/Selbstständigkeit
    - ✓ bei Diagnose Demenz – zusätzlich die Angabe des MMSE-Wertes
  - Kostenvoranschlag von Vertragsbandagisten

## Verordnungsschein

Arztstempel bei Befreiung vom gesetzlichen Kostenanteil		ÖGK <b>SE</b>	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensio- nis(t/n)	7 Kriegs- hinler- bliebene(r)	9	20 Kampf- opfer	21 Kriegs- beschädigt	Belag-Nr.
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!						
<b>Verordnung für Heilbehelfe und Hilfsmittel</b>										
Familienname	Vorname	Versicherungsnummer		Diagnose:						
Patient(in)		<b>3344 01 01 71</b>								
		Tag	Mon.	Jahr						
<b>MAX MUSTER</b>										
Anschrift				Bezeichnung des <input type="checkbox"/> Heilbehelfes <input type="checkbox"/> Hilfsmittels <input type="checkbox"/> Körpersersatzstückes (Zutreffendes bitte ankreuzen)						
<b>Musterweg 1, 8010 Graz</b>				Stück	Paar					
Versicherte(r) (Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)						orthopädische Schuheinlagen				
						Gummistripse: Socken, Unterschenkel, Knie, Oberschenkel mind. Kompr. Kl. II				
Von der/Vom Versicherten auszufüllen!										
Telefonnummer der/des Versicherten bzw. einer Kontaktperson:										
Wegen welchem Ereignis ist die Anschaffung des Behelfes erforderlich? (z. B. Arbeitsunfall, Kriegsbeschädigung, Verkehrsunfall, Schülerunfall, fremdes Verschulden):										
Tag des Ereignisses:				Datum						
Datum				Unterschrift und Stempel der Vertragsärztin/des Vertragsarztes						
Unterschrift										
<b>Achtung:</b> Für Personen, die aufgrund der Bestimmung des Kriegsoferversorgungsgesetzes 1957 (KH) und Heeresversorgungsgesetzes 1973 krankenversichert sind, ist die Vorgehenmigung der Kasse einzuholen.				<b>Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Kasse:</b>						
				<input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt wegen ..... <input type="checkbox"/> Verordnung geändert auf .....						

15-ÖGK-L-26 VP 01.01.2020

## Diagnose

<b>Diagnose:</b>	
------------------	--

Die Ärztin/der Arzt schreibt in das Feld „Diagnose“:

**Inkontinenz mittelschwer und ...**

... funktionelle Einschränkung der oberen Extremitäten durch eine neurologische Erkrankung wie

- Insult links oder rechts
- Multiple Sklerose (MS)
- Infantile Cerebralparese (ICP)
- Plexusparese
- und ähnliches

**oder**

... Amputation mit funktionellen Einschränkungen bei vorhandener eigenständiger Mobilität/Selbständigkeit

**oder**

... eine Demenzerkrankung (MMSE kleiner als 14), der MMSE Wert muss nur bei Erstverordnung angeführt werden, bei bestehender Mobilität

**Beispiele:**

- Demenz, Grad x, MiniMentalTest: (unter 14), eigenständig
- St. P. Insult li/re, eingeschränkte Mobilität eigenständig
- Multiple Sklerose, Teilmobilität vorhanden, eigenständig
- Infantile Cerebralparese – ICP teilmobil, eigenständig
- Plexusparese, teilmobil, eigenständig
- Psychiatrische Diagnose – die jeweilige Diagnose anführen + eigenständig

## Verordnung des Heil-/Hilfsmittel

Verordnung durch

- Arzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt

Bezeichnung des Heilbehelfes <input type="checkbox"/> Hilfsmittels <input type="checkbox"/> Körperersatzstückes	
(Zutreffendes bitte ankreuzen)	
Stück	Paar
	orthopädische Schuheinlagen
	Gummistümpfe: Socken, Unterschenkel, Knie, Oberschenkel mind. Kompr. Kl. II

Die Ärztin/der Arzt schreibt hier das verordnete Heil-/Hilfsmittel:

- a. Z.B. Quartalsbedarf Pants, Tag und Nacht (180 Stück)

**oder**

- b. Quartalsbedarf Pants, Tag (90 Stück) + 2. Verordnungsschein für allgemeine saugende Inkontinenzhilfsmittel

## Datum und Unterschrift

Datum

Unterschrift und Stempel der Vertragsärztin/des Vertragsarztes

Datum der Ausstellung, Unterschrift und Stempel des/der anordnenden Arztes/Ärztin.

## Gebührenbefreiung

Arztstempel bei Befreiung vom gesetzlichen Kostenanteil

Ist der/die Betroffene Gebührenbefreit, befindet sich ein zweiter Stempel des Arztes/der Ärztin im linken oberen Feld.

## Verordnungsschein wohin?

Bis voraussichtlich Juni 2021 ist für eine Bewilligung durch die Kassen der Originalschein nicht erforderlich. Sie können diesen gerne per

**Fax: 0316 28 5555**

**Mail: office@ekromed.at**

**Foto: +43 664 53 76 556, +43 664 53 76 554**

an die Firma Erkomed Bandagist GmbH übermitteln.