

Information: Erstattungsfähigkeit von Produkten und Methoden des zeitgemäßen Wundmanagements	WZ-IN-007 V02 Erstattungsfähigkeit von Produkten und Methoden des zeitgemäßen Wundmanagements gültig bis: 19.03.2021	 Seite 1 von 4

Ziele
<ul style="list-style-type: none"> • Korrekte und bewusste Verordnung von Wundversorgungsprodukten • Koordiniertes Vorgehen aller an der Wundversorgung beteiligten Personen und gegenseitiges Verständnis füreinander • Vermeidung von Regressen bei Kassenärzten • Förderung des Wundheilungsprozesses und der Lebensqualität

Grundsätzliches
<p>In der folgenden Zusammenstellung sind aktuelle Rahmenbedingungen und Informationen zur Erstattungsfähigkeit von Produkten und Methoden der Wundversorgung aufgeführt, um die am Wundheilungsprozess Beteiligten zu informieren und auf mögliche Risiken und Probleme hinzuweisen. Diese Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Da es keinen abschließenden Sachstand geben kann, ist jeder Nutzer dieser Zusammenstellung verpflichtet, den aktuellen Stand im jeweiligen Bundesland bzw. im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu erfragen und die Entwicklung im Gesundheitswesen zu verfolgen.</p>

Definition und Grundlagen
<p>Erstattungsfähig bezeichnet die Situation, dass der niedergelassene Arzt ein Produkt auf ein Muster 16 Kassenrezept (rosa) verschreibt und die Kosten hierbei von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.</p> <p>Vom Versicherten sind hierbei im Regelfall produkt- und/oder mengenabhängig gesetzliche Zuzahlungen (Rezeptgebühren) gemäß §61 SGB V zu entrichten.</p> <p>Die Heilmittelverordnung regelt die Verordnungsfähigkeit von Heilmitteln, z. B. von Lymph-, Physio- und Ergotherapie sowie podologischer Komplexbehandlung. Vom Patienten sind im Regelfall Zuzahlungen zu entrichten.</p> <p>In der ambulanten Versorgung bzw. der stationären Altenpflege gilt, dass die Erstattungsfähigkeit pauschal, mit Einschränkungen oder in gesonderten Positivlisten geregelt ist (Erlaubnisvorbehalt). Im Versorgungsbereich der stationären Krankenpflege werden Materialien aus der Behandlungspauschale finanziert. Eine gesonderte Genehmigung durch die GKV ist nicht notwendig. Es gilt, dass die Beschaffung und Verwendung von allen Produkten und Methoden erlaubt ist, die nicht gesondert verboten worden sind (Verbotsvorbehalt).</p> <p>Produkte, die im aktuellen Hilfsmittelkatalog gelistet sind, werden als Hilfsmittel verordnet und nach durch die Krankenkasse bewilligtem Antrag abgegeben. Auch hierfür sind vom Patienten Zuzahlungen zu entrichten.</p> <p>Der so genannte Sprechstundenbedarf definiert Produkte, die in einer Arztpraxis in der Akut- und Notfallversorgung verschiedener Patienten verbraucht werden, z. B. Desinfektionsmittel, Pflasterstreifen. Diese Positivliste wird bundeslandabhängig bzw. bezirksabhängig jährlich zwischen den Kostenträgern und der KV verhandelt. Die Verwendung von Produkten des Sprechstundenbedarfs für eine geplante Versorgung, z. B. Verbandwechsel und für Privatpatienten ist unzulässig! Der Einschluss der hydroaktiven Verbandmittel ist in den KV-Bezirken sehr unterschiedlich geregelt.</p> <p>Der Praxisbedarf beschreibt Artikel und Produkte, die zu Lasten des Praxisinhabers gehen, z. B. Hygieneartikel, Verbrauchsmaterialien.</p> <p>Patienten können von der gesetzlichen Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel und Heilmittel auf Antrag bei der GKV befreit werden. Dieses erfolgt, wenn der Versicherte mehr als 2 % seines jährlichen Bruttoeinkommens zugezahlt hat (Belastungsgrenze).</p> <p>Bei Patienten mit chronischen Krankheiten beträgt die Belastungsgrenze 1 % des Bruttoeinkommens.</p>

Erstattungsfähigkeit
<p>Derzeit sind zu Lasten der GKV erstattungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle Verbandmittel (uneingeschränkt). Dies betrifft u. a. Schaumverbände, Hydrokolloide, Hydrogele, Alginate, Silber und alle weiteren Wundaufgaben. Es existieren aktuell weder Festbeträge noch Rabattverträge. Es gibt keine Qualitätsbewertungslisten und keine Importpflicht. Somit ist bei Verordnung von Verbandmitteln ein Austausch durch den Apotheker, das Sanitätshaus oder das Homecare-Unternehmen unzulässig. Verbandmittel sind Teil des Arznei- und Verbandbudgets und damit budgetrelevant.

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH	Überprüft: Leiter der Standardgruppe	Freigegeben: 1. Vorsitzender WZHH
Datum: 14.02.2019	Datum: 20.03.2019	Datum: 20.03.2019

- **Kompressionsbinden und -systeme**, adaptive Kompressionsbandagen, Polstermaterial sowie Pelotten => **budgetrelevant**.
- **Hilfsmittel**, z. B. medizinische Kompressionsstrümpfe, viele An- und Ausziehhilfen, einige Pflasterlöser, Analtampons, einige Hautschutzfilme als Spray oder Applikatorstab (derzeit 3M™Cavilon™, Cutimed® protect, Askina® Barrier Film, Sensi-Care™), Antidekubitusmatratzen, Verbandschuhe, Lagerungshilfsmittel => **nicht budgetrelevant**.
- **Verschreibungspflichtige Lokaltherapeutika**, z. B. Enzyme und Antibiotika => **budgetrelevant**.
- Namentlich in einer **Ausnahmeliste für Arzneimittel bzw. für Medizinprodukte** aufgeführte Produkte (z. B. PVP-Jod bei Dekubitus und Ulcus cruris, Octenisept® bei selbstkatheterisierenden Patienten) => **budgetrelevant**.

Derzeit nicht erstattungsfähig zu Lasten der GKV:

- Wundantiseptika. Ausnahmen gemäß gemeinsamem Bundesausschuss (G-BA): PVP-Jod bei Dekubitus und Ulcus cruris sowie andere Produkte bei selbst katheterisierenden Patienten.
- Wundspüllösungen. Ausnahmen gemäß G-BA: Ringer-, NaCl 0,9 %-Lösung und Aqua der Firmen B. Braun AG und Fresenius GmbH für bestimmte Indikationen (z. B. Wundspülung) und in Gebinden zur einmaligen Verwendung.
- Emla® Creme/ANESDERM® und nichtverschreibungspflichtige Rezepturen.
- Larventherapie. Nach der Statusänderung zum Fertigarzneimittel wurde der Verkaufspreis vom G-BA festgelegt. Daraufhin verzichtete die Firma BioMonde auf den Vertrieb im ambulanten Bereich.
- Endständige Wassersterilfilter und lokale Unterdrucktherapie sind nur im Rahmen einer genehmigten Einzelfallentscheidung erstattungsfähig.

Hinweis:

Der budgetverantwortliche Arzt sollte stets über die Verordnungs-/Erstattungsfähigkeit von Arznei- und Verbandmitteln informiert sein. Rezepte sind korrekt auszustellen; bei Hilfsmitteln ist die „Ziffer 7“ anzukreuzen. Verbandmittel sind nie Hilfsmittel! Hilfsmittel und Arzneimittel dürfen nicht auf demselben Rezept verordnet werden.

Einzelfallentscheidung

- Produkte und Methoden, die nicht im Positivkatalog der GKV gelistet sind, können im Einzelfall von der GKV genehmigt werden.
- Hierunter fallen Methoden, wie die lokale Unterdrucktherapie (NPWT) oder der Einsatz von Kaltplasmaprodukten.
- Auch endständige Wassersterilfilter zum Verwenden von Leitungswasser als steril filtrierte Spülflüssigkeit können unter Vorlage von Privatrezept und Kaufbeleg von der GKV erstattet werden.

Ärztliche Budgets

- Das **Arznei- und Verbandbudget** des Arztes finanziert alle Arzneimittel, Verbandmittel, Kompressionsbinden und verordnungsfähige Zusatznahrung. Es unterliegt einer starken Limitierung (Richtgröße). Richtgrößen differieren von Bundesland zu Bundesland, sie sind meist nach dem Patientenalter gestaffelt oder in Versicherten und Rentner getrennt.
- Das **Hilfsmittelbudget** enthält alle als Hilfsmittel zugelassenen und gelisteten Artikel = sächliche medizinische Leistungen, z. B. Körperersatzstücke, Prothesen, Inhalationsgeräte, medizinische Kompressionsstrümpfe, Rollstühle, An-/Ausziehhilfen, orthopädische Einlagen, Lagerungskissen/-matratzen, Hörhilfen. Hilfsmittel sind aktuell nicht budgetrelevant.
- Unter das **Heilmittelbudget** fallen Heilmittel, z. B. Massagen, Physiotherapie, podologische Komplexbehandlung, Lymphdrainage, Ergotherapie, Sprachtherapie. Heilmittel sind budgetiert.
- Der **langfristige Heilmittelbedarf** ist unbudgetiert und in einer abschließenden Liste geregelt. Darunter fällt auch die manuelle Lymphdrainage ab Lymphödem Grad II.
- Der **Sprechstundenbedarf** ist ausschließlich zur Sofort- und Notfallversorgung bestimmt und am Durchschnitt der jeweiligen ärztlichen Fachgruppe orientiert. Überschreitungen können zu Richtgrößenprüfungen führen. Die bundeslandabhängige Sprechstundenbedarfsregelung ist als Positivliste einschließlich möglicher Negativlisten bei der jeweiligen KV erhältlich.

Richtgrößenprüfungen

- Überschreitungen der limitierten Budgets führen rückwirkend zu Richtgrößenprüfungen.
- Überschreitungen der Richtgröße von mehr als 25 % lösen zuerst eine Beratung, danach ggf. eine zweite Beratung und danach unter Umständen eine Regressandrohung bzw. Richtgrößenprüfung aus.
- Sie betreffen im Regelfall Budgets, die bis zu zwei Jahre zurückliegen können und überprüfen, ob die Verordnungen notwendig, zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich waren (Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V).
- Je nach KV-Bezirk ist dafür die KV oder inzwischen meist eine externe Prüfstelle zuständig. Richtgrößenprüfungen können sich über Wochen hinziehen und extreme Arbeit verursachen.
- Richtgrößenprüfung bedeutet nicht automatisch, dass eine Regresszahlung erfolgt. Sind die Ausgaben plausibel zu begründen, wird die Forderung reduziert oder zurückgezogen.

Abwehr von Regressforderungen

Bundesweit ist es bisher in Bezug auf Regressforderungen bei Budgetüberschreitung durch Verbandmittel zu keiner Zahlung gekommen. Zur Abwehr von Regressforderungen eignen sich:

- Die schlüssige Darstellung von Praxisbesonderheiten §106 SGB V, z. B. in Form einer Statistik über die Anzahl „teurer Patienten“, spezielle Indikationen, wie chronische Wunde, Tumortherapie oder allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV).
- Der sauber dokumentierte Einzelfall, z. B. Dokumentation zzgl. Fotos und Verlauf.
- Leitliniengerechte Versorgung nach Therapiestandards, z. B. Standards des Wundzentrum Hamburg e.V., Leitlinien der Fachgesellschaften (AWMF).

Cave: Von selbst ernannten „Wundmanagern“ angeforderte Rezepte sollten vor Unterschrift kritisch auf Plausibilität und Wirtschaftlichkeit überprüft werden. Mit der Rezeptausstellung ist auch eine Budgetverantwortung verbunden. Sonderbudgets für Menschen mit chronischen Wunden gibt es derzeit außerhalb integrierter Versorgungsmodelle nicht.

Die Verordnung von nicht verordnungsfähigen Produkten bzw. die Abgabe nicht erstattungsfähiger Produkte führt ohne Einspruchsmöglichkeit zur Retaxation/Regress (z. B. Octenisept®). Abgebende Apotheken und ggf. Sanitätshäuser müssen nicht prüfen, ob Ausnahmetatbestände gegeben sind (z. B. Betaisodona® Salbe bei Dekubitus erlaubt, bei infizierten Fußwunden nicht).

Verbandwechsel durch die ambulante Pflege

Die Verordnung von häuslicher Behandlungspflege (§37, Abs. 2. SGB V) ist nicht budgetiert, muss aber plausibel und wirtschaftlich sein. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist zuständig für die Überprüfung der Notwendigkeit von Leistungen. Dies setzt voraus, dass die Verordnung korrekt ausgestellt ist. Hierzu gehört die:

- Begründung, warum der Patient bzw. Angehörige die Versorgung nicht selber durchführen können
- Diagnose
- Wundgröße
- Wundlokalisierung
- Klassifikation der Grunderkrankung und der Wundart (z. B. Dekubitus nach EPUAP, diabetisches Fußsyndrom nach Wagner/Armstrong, pAVK nach Fontaine oder Rutherford, CVI nach Widmer oder CEAP)

Die frühere Regelung zur Erstverordnung von maximal 14 Tagen wurde mit der Veröffentlichung der KBV zum Muster 12 a (2018) aufgehoben. Jede Verordnung verursacht 10,- € Zuzahlung für den Patienten.

Ambulante Pflegedienste erhalten für Leistungen/Leistungskomplexe bundeslandabhängige Erstattungen. Folgende Eigenleistungen werden in vielen Bundesländern hierbei vorausgesetzt: Einmalschürzen, Einmalhandschuhe, Hände- und Flächendesinfektionsmittel, sterile Instrumente.

Eine Verbandkontrolle wird derzeit von der GKV nicht bezahlt. Die Verbandwechsel im Rahmen ambulant durchgeführter lokaler Unterdrucktherapien werden von der GKV derzeit meist als „normaler“ Verbandwechsel bezahlt. Angesichts der erforderlichen 24-Stunden-Bereitschaft, des nötigen Knowhows und der teilweise langdauernden Versorgungen sollten Einzelfallverhandlungen mit der GKV geführt werden.

Ambulante Pflegedienste können und sollten bei besonderen Leistungen (aufwendiger Verband), je nach Krankenkasse (KK), erhöhte Vergütungssätze individuell verhandeln.

Hat ein Patient mehr als eine Wunde, wird von einigen Krankenkassen die Leistung pro Wunde vergütet. Dies setzt voraus, dass jede Wunde unter Angabe der Größe auf der Verordnung aufgeführt ist.

Verordnungen von Verbandmitteln durch Pflegefachkräfte sind derzeit in Deutschland nicht möglich.

Hinweise

Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg: www.kvhh.net/kvhh
Gesetze im Internet: §§12,13, 31, 32, 33 im SGB V: www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/

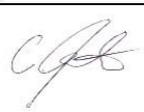
Protz K, Sellmer W: PFLEGELEXIKON – DIE SERIE ZUM SAMMELN, Hinweise zur Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit. WundManagement 2016; 10(6): 338-340.

KBV: Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf:
www.kbv.de/media/sp/Diagnoseliste_Heilmittelbedarf_2019.pdf

KBV: Neuregelung Pflegeverordnung auf Muster 12a (2018): www.kbv.de/html/28888.php

Achtung – aktuelle Entwicklung!

Bereits seit 2015 versuchen KBV, die GKV und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam durch eine Verschärfung der Verbandmitteldefinition im §31 SGB V die Erstattungsfähigkeit für Wundaufgaben transparenter zu gestalten und dabei deutlich einzuschränken. Während es dem BMG speziell um eine Klarstellung der Frage geht, was genau ein Verbandmittel ist, sind GKV und KBV daran interessiert, Verbandmittel mit bestimmten Zusatznutzen, z. B. antimikrobiell, komplett aus dem Leistungskatalog der GKV zu streichen. Die erste Runde (HHVG, 2016/2017) konnte weitestgehend die bisherigen Verbandmittel zu Lasten der GKV erhalten, so sie denn eine Hauptwirkung abdecken und/ oder saugend haben. Eingeleitet durch eine Klarstellung des G-BA wurde diese neue Definition massiv eingeschränkt, was in einem Rechtsstreit endete. Der Versuch einen Ausweg zu finden und den §31 im Rahmen des GSAV erneut anzupassen, scheiterte am erbitterten Widerstand von G-BA, GKV und KBV. Aktuell (02.2019) ist nicht erkennbar, was in dieser Sache als Ergebnis herauskommt. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass möglicherweise absehbar bestimmte Wundaufgaben nicht mehr von den GKV bezahlt werden. Diese müssten dann privat getragen werden. So gesehen, ist vor rechtsverbindlicher Anwendung der Informationen dieses Standards unbedingt zu überprüfen, ob es eine neue Rechtslage zur Erstattung der Verbandmittel gibt. Alle Informationen sind aktuell unter www.werner-sellmer.de/-hhvg--gsva-2016-2019.html zu finden.

erstellt / überarbeitet	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
14.02.2019	20.03.2019	20.03.2019	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Dr. Pflugradt Ltg. Standardgruppe	 Dr. Münter 1. Vorsitzender WZHH	PDL Ärztliche Leitung