

# PFLEGELEXIKON

## – DIE SERIE ZUM SAMMELN

### Wundversorgung – was ist verordnungs- und erstattungsfähig

#### I Wundversorgung – was ist verordnungs- und erstattungsfähig

Die Kostenerstattung für Wundaufgaben und sonstige Verbandmittel ist im ambulanten Sektor grundsätzlich anders geregelt als im klinischen Bereich. Während Krankenhäuser solche Materialien meist – aufgrund der Menge – kostengünstig über ihren Einkauf oder auch Apotheke beziehen und im Prinzip keinem Externen Rechenschaft über Ihre Materialausgaben geben müssen, unterliegt der niedergelassene Arzt einer strengen Budgetierung mit möglichen gesetzlich geregelten Sanktionen.

#### Ärztliche Budgets

Diese Beträge werden jährlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenkassen (KK) festgelegt. Das ärztliche Budget umfasst:

- **Arzneimittel- und Verbandbudget:** alle Arzneimittel, alle Verbandstoffe, Kompressionsbinden, Trink- und Sondennahrung
- **Hilfsmittelbudget:** Hilfsmittel sind sächliche medizinische Leistungen, z. B. Körperersatzstücke, Prothesen, Inhalationsgeräte, Kompressionsstrümpfe, Rollstühle, Anziehhilfen, orthopädische Einlagen, Lagerungskissen/-matratzen, Hörhilfen

**Achtung:** Verbandstoffe gehören nicht zu den Hilfsmitteln; die Kennzeichnung der Ziffer „7“ für Hilfsmittel auf dem Rezept ist deshalb bei Wund- und Verbandstoffen unzulässig!

- **Heilmittelbudget:** z. B. Massage, Physiotherapie, Podologie, Lymphdrainage, Ergotherapie, Sprachtherapie
- **Sprechstundenbedarf:** Darf nur zur Sofort- und Notfallversorgung ver-

wendet werden, nicht zur Individualversorgung (einbestellte Patienten). Der Sprechstundenbedarf ist in vielen KV-Bezirken rechnerischer Teil des Arznei- und Verbandbudgets.

Bis auf das Hilfsmittelbudget sind diese Budgets limitiert. Die Verordnung von Hilfsmitteln belastet das ärztliche Budget also derzeit noch nicht. Das ärztliche Budget entspricht dem Betrag, den der Arzt pro Quartal und Patient für Verordnungen, z. B. von Arznei- und Verbandstoffen, von Seiten der Krankenkassen erstattet bekommt. Das rechnerische und übertragbare Einzelbudget pro Patient, die so genannte **Richtgröße**, differiert nach Fachrichtung, KV-Bezirk und Versichertenstatus - Allgemeinversichert (Mitglieder und Familienversicherte = MF) oder Rentner = R – variiert dieser Betrag. So stehen in Hamburg einem Allgemeinmediziner/Praktischen Arzt: 42,-€ für MF oder 117,18 € für R, einem Hautarzt, nur 23,89 € für MF und 22,30 € für R einem Chirurgen sogar, lediglich 7,28 € für MF oder 14,18 € für R pro Quartal zur Verfügung. Aus diesem Betrag sind die Arzneimittel und alle Verbandmittel des Patienten zu bezahlen. Diese Einzelbeträge werden als Richtgrößen bezeichnet. Die aktuellen Richtgrößen sind auf den Homepages der regionalen KVen einzusehen und bewegen sich im Bundesgebiet 2011 zwischen den Werten (MF): Allgemeinmedizin: 38,98€ (Brandenburg) bis 60,38€ (Sachsen-Anhalt); Dermatologie: 21,09 Baden-Württemberg bis 44,72 (Sachsen-Anhalt); Chirurgie: 4,73€ (Hessen) bis 31,94€ (Berlin\*).

#### Richtgrößenüberschreitung

Eine Überschreitung des Quartalsbudgets um mehr als 25% (Richtgröße

\*Wert 2010.

ßenüberschreitung), kann bis zu 3 Jahren rückwirkend Regressforderungen von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung zur Folge haben. Ist der Kassenarzt nicht bereit, diese Zahlung zu leisten, werden so genannte Richtgrößenprüfungen / Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch einen gemeinsamen Prüfungsausschuss aus KV- und KK-Vertretern durchgeführt. Eine umfassende und lückenlose Dokumentation der Wundtherapie, die nachweisbar am aktuellen Stand der Wissenschaft orientiert ist, hilft dem Arzt nachzuweisen, dass sich seine Verordnungen nach den in SGB V §§ 2, 12, 70 definierten Grundsätzen orientierten. Nach § 106 (5d) SGB V kann ein Arzt zudem eine Praxisbesonderheit beantragen, wenn er eine große Zahl bestimmter kostenintensiver Patientengruppen, z. B. Schmerz-, Wund- oder Palliativpatienten hat. Gelingt es, diese drei Faktoren (Praxisbesonderheit, leitliniengerechte Versorgung, gute Einzelfalldokumentation) schlüssig nachzuweisen, wird die Regressforderung fallengelassen, was bezüglich moderner Wundversorgung in Deutschland bisher die Regel ist.

#### Rechtliche Grundlagen

„... Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ (§ 2 (1) SGB V).

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein ...“ (§ 12 (1) SGB V).

„Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten...“ (§ 70 (1) SGB V).

„Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird abweichend von Absatz 5a Satz 3 nicht festgesetzt, soweit der Prüfungsausschuss mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße ist für den Zeitraum von vier Quartalen zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu nichts anderes vereinbart ist.“ (§106 (5d) SGB V)

„Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.“ (§ 31 SGB V Abs. 3 S.1)

## Was ist verordnungs- und erstattungsfähig?

Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind derzeit zur Wundversorgung erstattungsfähig:

- **Wundverbände/Verbandmittel\*:** z. B. Kompressen, Fixierbinden, Wundschnell- und Heftpflaster, moderne Wundversorgungsprodukte wie Alginate, Hydrogele, Folien, Schäume, antimikrobielle Wundauflagen (z. B. mit Silber, Polyhexanid, Octenidin oder physikalischen Wirkprinzipien), Kollagen-Wundauflagen, Hydrofaser, Hydrokolloide, Distanzgitter/Fettgaze
- **Verbandmittel zur Kompression:** z. B. Kompressionsbinden und -fer-

tigsysteme, Polyesterwatte/-schaum, Pelotten

- **Arzneimittel/verschreibungspflichtige Lokaltherapeutika:** z. B. enzymatische Produkte (Iruxol N, Vari-dase®), Refobacin® Salbe, PVP-Jod (lt. Ausnahmeliste bei Dekubitus und Ulcus cruris zugelassen)
- **Hilfsmittel:** z. B. Analtampoons, Pflasterlöser, transparente Hautschutzfilme (z.B. Cavilon™ als Applikatorstab oder Spray, Cutimed® protect® als Applikatorstab oder Spray), Anziehhilfen, Kompressionstrümpfe, Lagerungshilfsmittel (Antidekubitusmatratzen/-kissen); Kennzeichnung der Ziffer „7“ auf dem Rezept!

## Eigenschaften

- Blutstillung, Exsudataufnahme
- Wundreinigung, Granulationsförderung
- Schutz vor äußeren Einflüssen
- Schaffung und Gewährleistung eines feucht-warmen abheilungsfördernden Mikroklimas
- Stützen, verbinden, umhüllen, komprimieren von den betroffenen Körperregionen
- Applikation von Arzneimitteln
- Schmerzminimierung oder -vermeidung

**Achtung:** Verbandmittel sind CE-geprüfte Medizinprodukte und keine Arzneimittel!

Zulasten der GKV sind derzeit zur Wundbehandlung nicht erstattungsfähig:

- **Wundantiseptika:** z. B. Octenisept®, Serasept® oder Polyhexanidzubereitungen; Ausnahme: PVP-Jod, ungeachtet der Sinnhaftigkeit allerdings nicht generell als Antiseptikum sondern zur Behandlung von Dekubitus und Ulcus cruris
- **Lokalanästhetika:** z. B. Emla®-Creme
- Sonstige nicht verschreibungspflichtige Rezepturen
- **Wundspüllösungen:** z. B. Octenilin®-Wundspülung, Prontosan®, Uργο-

san®-Wundspray, Ringer- und NaCl-0,9 %-Lösung

**Tipp:** Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die Verordnung und Erstattung von Ringerlösung und NaCl 0,9 % für bestimmte Indikationen (u.a. zur Wundspülung) von den Firmen B. Braun und Fresenius 2009 zugelassen. Hier ist die aktuelle Rechtsprechung zu verfolgen.

Zulasten der GKV sind derzeit zur Wundbehandlung nach Einzelantrag erstattungsfähig:

- Larven zur Madentherapie
- Endständige Wasserfilter zum Ausduschen von Wunden
- Spezielle Therapieoptionen: z.B. lokale Unterdrucktherapie, Elektrostimulation

Gesetzliche Zuzahlungsregelung:

- Versicherte ab 18 Jahren leisten grundsätzlich eine Zuzahlung von 10 % des Abgabepreises – mind. 5 Euro, max. 10 Euro – allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten des Mittels (§ 31 SGB V Abs. 3 S.1 in Verbindung mit § 61 Abs. 1 S. 1 SGB V).
- Versicherte leisten während eines Kalenderjahrs nur Zuzahlungen in Höhe von 2 % ihres jährlichen Bruttoeinkommens, die so genannte Belastungsgrenze
- Für chronisch Kranke liegt die Belastungsgrenze bei 1 % des jährlichen Bruttoeinkommens
- Bei Überschreitung der Belastungsgrenze wird bei der Krankenkasse ein Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt.

**Tipp:** Viele Patienten zahlen bereits zu Jahresbeginn den durch ihre individuelle Belastungsgrenze definierten Betrag an ihre Krankenkasse. Auf diese Weise erreichen sie eine zeitnahe Befreiung und vermeiden umständliches und zeitaufwändiges Belegesammeln.

## Quellen:

1. BVMED – BUNDESVERBAND MEDIZIN-TECHNOLOGIE E.V.: Ordnungs- und Erstattungsfähigkeit von Verbandmitteln, Verbandmittelkarte (2010) zu beziehen unter [www.bvmed.de](http://www.bvmed.de).
2. GBA – GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS: Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur

\*Definition Verbandmittel: „Verbandmittel sind Produkte, die dazu bestimmt sind, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken oder deren Körperflüssigkeit aufzusaugen. Dies sind z. B. Wund- und Heftpflaster („Pflasterverbände“), Kompressen, Mittel zur feuchten Wundversorgung, Mull- und Fixierbinden, Gipsverbände, Mullkompressen, Nabelkompressen, Stütz-, Entlastungs-, Steif- oder Kompressionsverbände sowie Verbandmittel zum Fixieren oder zum Schutz von Verbänden. Zu den Verbandmitteln zählt auch das Trägermaterial, das arzneilich wirkende Stoffe für oberflächengeschädigte Körperteile enthält.“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 13. März 2008).

Änderung der Arzneimittel-Richtlinie / AMR: Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten (2008), www.gba.de.

3. KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG: www.kbv.de.
4. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG: www.kvhh.de.
5. PROTZ, K.: Moderne Wundversorgung, Praxiswissen, 6.Auflage 2011, Verlag Urban & Fischer, München.
6. SELLMER W, TIGGES W, BÜLTEMANN A: Wundfibel – Wunden versorgen, behandeln, heilen, 2. Aufl., Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2010, Berlin.

**Kerstin Protz, Krankenschwester, Managerin im Sozial- und Gesundheitswesen, Mitglied der Arbeitsgruppe des DNQP Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“, Vorstandsmitglied Wundzentrum Hamburg e. V.**

**Werner Sellmer, Fachapotheker für klinische Pharmazie, Vorstandsmitglied Wundzentrum Hamburg e. V., www.werner-sellmer.de**

## IMPRIMATUR

Hiermit erkläre ich die anliegenden Druckfahnen, nach Ausführung der angegebenen Korrekturen, für druckreif. Mit der Veröffentlichung geht das Copyright auf den mhp-Verlag über. Das schließt auch die Nutzung der druckfreien pdf-Dateien im Online-Bereich der Zeitschrift „Wundmanagement“ ein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
mhp-verlag GmbH  
Marktplatz 13, D-65183 Wiesbaden  
Tel.: ++49 (0)611 50593-35, Fax.: -11  
E-Mail: wm@mhp-verlag.de

