

PFLEGELEXIKON – DIE SERIE ZUM SAMMELN

Hinweise zur Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit von Wundauflagen

| Einleitung

Die nachfolgenden Informationen basieren auf dem Standard „Information: Erstattungsfähigkeit von Produkten und Methoden des zeitgemäßen Wundmanagements“ vom Wundzentrum Hamburg e. V. (www.wundzentrum-hamburg.de).

| Hintergrund

Die Kostenerstattung für Wundauflagen und Produkte, die zur Wundversorgung benötigt werden, wie Antiseptika, Hautschutzpräparate, Wundspüllösungen, ist im ambulanten Bereich grundsätzlich anders geregelt als in der stationären Klinikversorgung. Krankenhäuser beziehen diese Materialien über den klinischen Einkauf, eine versorgende Apotheke oder die Klinikapotheke. Die Finanzierung erfolgt aus der Behandlungspauschale. Der niedergelassene Arzt unterliegt hingegen einer strengen Budgetierung mit möglichen gesetzlich geregelten Sanktionen. Dies bedeutet, dass die Kosten für die Verordnung von Wundauflagen in voller Höhe in das Richtgrößenvolumen der Praxis mit einfließen. Eine Klinik darf grundsätzlich ihr Geld für alle Materialien und Methoden ausgeben, die gesetzlich nicht verboten sind (Verbotsvorbehalt). Hingegen wird im niedergelassenen Bereich nur erstattet, was gesetzlich erlaubt ist (Erlaubnisvorbehalt).

Ziele

- 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

In der folgenden Zusammenstellung sind aktuelle Rahmenbedingungen und Informationen zur Erstattungsfähigkeit von Produkten und Methoden der Wundversorgung aufgeführt, um die am Wundversorgungsprozess 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.

Im Rahmen der aktuellen Beratungen über den Entwurf eines **Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)** sind mögliche Änderungen der Erstattungsfähigkeit von Verbandstoffen denkbar. Diese sind im folgenden Artikel noch nicht Gegenstand und sollten vom Leser verfolgt werden.

| Definitionen und Grundlagen

Der Begriff **erstattungsfähig** bezeichnet die Situation, dass der niedergelassene Arzt ein Produkt auf einem Muster 16 Kassenrezept (rosa) verschreibt und dass die Kosten hierbei von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.

Vom Versicherten sind hierbei im Regelfall produkt- und/oder mengenabhängig **gesetzliche Zuzahlungen (Rezeptgebühren) gemäß § 61 SGB V** zu entrichten.

Die **Heilmittelverordnung** regelt die Verordnungsfähigkeit von Heilmitteln, z. B. von Lymph-, Physio- und Ergothera-

pie sowie podologischer Komplexbehandlung. Vom Patienten sind im Regelfall Zuzahlungen zu entrichten.

In der ambulanten Versorgung bzw. in 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**).

Produkte, die im aktuellen **Hilfsmittelkatalog** gelistet sind, werden als Hilfsmittel verordnet und nach einem durch die Krankenkasse bewilligtem Antrag abgegeben. Auch hierfür sind vom Patienten Zuzahlungen zu entrichten.

Der so genannte **Sprechstundenbedarf (SSB)** definiert solche Mittel, die vom Vertragsarzt ihrer Art nach bei mehr als einem Berechtigten im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung angewendet werden oder bei Notfällen zur Verfügung stehen müssen. Der Umfang muss den Bedürfnissen der Praxis entsprechen und in einem angemessenen Verhältnis zur Zahl der Behandlungsfälle stehen.

SSB wird auf Länderebene durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen definiert. Er ist Bestandteil der Gesamtverträge über die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im jeweiligen Bezirk einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen (§ 83 SGB V). Die SSB-Vereinbarung gibt Aufschluss darüber, was verordnet werden darf. SSB kann Bestandteil einer Richtgröße sein und un-

terliegt auch Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Die Verwendung von Produkten des Sprechstundenbedarfs für eine geplante Versorgung, z. B. einen Verbandwechsel, ist unzulässig!

Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehen, sind durch die Vergütung für vertragsärztliche Leistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgegolten. Hierzu gehören beispielsweise Kosten für Desinfektionsmittel (z. B. für Instrumente, Flächen, Gefäße, Räume), Einmalspritzen, Kanülen, Krankenunterlagen, Schutzunterlagen für Patientenliegen, Mietkosten, etc.. Diesen sogenannten **Praxisbedarf** muss der Praxisinhaber aus eigener Tasche zahlen.

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**). Bei Patienten mit chronischen Krankheiten beträgt die Belastungsgrenze 1 % des Bruttoeinkommens.

Erstattungsfähigkeit

Derzeit sind zu Lasten der GKV erstattungsfähig:

- Alle **Wundauflagen** (uneingeschränkt). Dies betrifft u. a. Schaumverbände, Hydrokolloidverbände, silberhaltige Wundauflagen, Hydrogele, Alginate und alle weiteren Wundauflagen. Es existieren aktuell weder Festbeträge noch Rabattverträge. Es gibt keine Qualitätsbewertungslisten und keine Importpflicht. Somit ist bei der Verordnung von Wundauflagen ein Austausch durch den Apotheker, das Sanitätshaus bzw. das Homecareunternehmen unzulässig. Wundauflagen sind Teil des Arznei- und Verbandbudgets und damit **budgetrelevant**.
- **Kompressionsbinden und -systeme**, Polstermaterial sowie Pelotten => **budgetrelevant**.
- **Hilfsmittel**, z. B. medizinische Kompressionsstrümpfe, An- und Ausziehhilfen, einige Pflasterlöser, Analtampons, einige Hautschutzfilme als Spray oder Applikatorstab (derzeit 3M™Cavilon™, Cutimed® protect, Askina® Barrier Film, Sensi-Care™), Antidekubitusmatratzen, Verbandsschuhe, Lagerungshilfsmittel => **nicht budgetrelevant**.

- **Verschreibungspflichtige Lokaltheraeutika (Arzneimittel)**, z. B. enzymhaltige Wundreinigungsmittel und Lokalan-tibiotika => **budgetrelevant**.

Namentlich in einer **Ausnahmeliste für Arzneimittel** (Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie = gesetzliche Verordnungsausschlüsse in der Arzneimittelversorgung und zugelassene Ausnahmen nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V (OTC-Übersicht) bzw. einer für **Medizinprodukte** (Anlage V zum Abschnitt J der Arzneimittel-Richtlinie = Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte aufgeführte Produkte) gelistete Produkte dürfen zu Lasten der GKV verordnet werden => **budgetrelevant**.

Das sind z. B. PVP-Jod bei der Versorgung von Dekubitus und Ulcus cruris oder Antiseptika (wie Octenisept®) bei selbstkatheterisierenden Patienten.

Derzeit nicht erstattungsfähig zu Lasten der GKV:

- **Wundantiseptika**. Ausnahmen (s. o.): Antiseptika (z. B. Octenisept®) sind bei selbstkatheterisierenden Patienten sowie PVP-Jod ist zur Behandlung bei Dekubitus und Ulcus cruris verordnungs- und erstattungsfähig.
- **Wundspüllösungen**. Ausnahmen: zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden gemäß Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte: unkonservierte Ringer-, NaCl 0,9 %-Lösung und Aqua Bidest. der Firmen B. Braun und Fresenius in Gebinden zur einmaligen Verwendung.
- **Emla® Creme** und nichtverschreibungspflichtige Rezepturen.
- **Larventherapie**. Nach der Statusänderung zum Fertigarzneimittel wurde der Verkaufspreis im Rahmen der frühen Nutzungsbewertung für neue Arzneimittel gemäß § 35a SGB V vom gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. Daraufhin verzichtete die Firma BioMonda auf den Vertrieb im ambulanten Bereich.
- **Endständige Wasserfilter** 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. Wundaufgaben 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 Krankenkasse genehmigt werden.

- Hierunter fallen z. B. Methoden wie die lokale Unterdrucktherapie (NPWT), die Elektrotherapie oder der Einsatz von Kaltplasmaprodukten.
- Auch endständige Wasserfilter zur Nutzung von steril filtriertem Leitungswasser bei der Wundspülung können unter Vorlage von einem 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 Versicherte 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 und Sprachtherapie. Heilmittel sind budgetiert.
- Der Sprechstundenbedarf ist ausschließlich zur Sofort- und Notfallversorgung bestimmt und am Durchschnitt der jeweiligen ärztlichen Fachgruppe orientiert. Überschreitungen können zu Richtgrößenprüfungen führen. Die bundes-

landabhängige Sprechstundenbedarfsregelung ist als Positivliste einschließlich möglicher Negativlisten bei der jeweiligen KV erhältlich.

Richtgrößenprüfungen

- Überschreitungen der limitierten Budgets führen möglicherweise 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 einen hohen Arbeitsaufwand bedeuten.
- Richtgrößenprüfung bedeutet nicht automatisch, dass eine Regresszahlung erfolgt. Sind die Ausgaben plausibel zu begründen, wird die Forderung reduziert oder zurückgezogen.

Abwehr von Regressforderungen

Den Autoren sind bisher bundesweit in Bezug auf Regressforderung bei Budgetüberschreitungen durch die Wundversorgung keine Zahlungen bekannt geworden. Zur Abwehr von Regressforderungen eignen sich:

- Die schlüssige Darstellung von Praxisbesonderheiten § 106, Abs. 5a SGB V, z. B. in Form einer Statistik über die Anzahl „teurer Patienten“, spezielle Indikationen, wie chronische Wunde, Tumorthherapie oder allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV). Ein schlüssiger Nachweis der besonders hohen Budgetbelastung obliegt dem Praxisinhaber. Eine vorherige „Anmeldung“ einer „Praxisbesonderheit Wunde“ wird aktuell bundesweit von den kassenärztlichen Vereinigungen nicht angenommen.
- Der sauber dokumentierte Einzelfall, z. B. Dokumentation inkl. Fotos und Verlauf.
- Eine leitliniengerechte Versorgung nach Therapiestandards, z. B. Standards des Wundzentrum Hamburg e. V., Leitlinien der Fachgesellschaften.

Cave: Von Einrichtungen, „Wundmanagern“, etc. angeforderte Rezepte sollten vor Unterschrift kritisch auf Plausibilität und Wirtschaftlichkeit überprüft werden. Mit der Rezeptausstellung ist auch eine Budgetverantwortung verbunden. Sonderbudgets für Wundpatienten gibt es derzeit außerhalb integrierter Versorgungsmodelle nicht. Lediglich in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) werden Verordnungen von Arznei- und Verbandmitteln gemäß § 37b und § 132d SGB V nicht dem ärztlichen Regelvolumen zugerechnet und sind somit nicht budgetrelevant.

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

Verbandwechsel durch die ambulante Pflege

Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 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
- Wundlokalisation
- Klassifikation der Grunderkrankung und der Wundart (z. B. Dekubitus nach EPUAP, Diabetisches Fußsyndrom nach Wagner/Armstrong, pAVK nach Fontaine, CVI nach Widmer oder CEAP)

Die Erstverordnung darf für maximal 14 Tage, die Folgeverordnung kann für drei Monate oder längerfristig ausgestellt werden. Jede Verordnung verursacht 10,- € Zuzahlung für den Patienten.

Pflegedienste erhalten für Leistungen bzw. Leistungskomplexe bundeslandabhängige Erstattungen. Folgende Eigenleistungen werden in vielen Bundesländern hierbei vorausgesetzt: Einmalschür-

zen, Einmalhandschuhe, Hände- und Flächendesinfektionsmittel, sterile Instrumente.

Eine Verbandkontrolle wird derzeit von der GKV nicht bezahlt. Die Verbandwechsel im Rahmen ambulant durchgeführter lokaler Unterdrucktherapien (NPWT) werden von der GKV derzeit oft als „normaler“ Standardverbandwechsel bezahlt. Angesichts der erforderlichen 24-Stunden-Bereitschaft, des benötigten Knowhows und der teilweise sehr zeitaufwendigen Versorgung sollten Einzelfallverhandlungen mit der GKV geführt werden.

Ambulante Pflegedienste können und sollten bei besonderen Leistungen (aufwendiger Verband), je nach Krankenkasse, 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 Verbandmaterial durch Pflegefachkräfte sind derzeit in Deutschland nicht möglich.

Quellen

1. Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg <http://www.kvhh.net/kvhh>.
2. PROTZ K: *Moderne Wundversorgung*, Elsevier Verlag, München, 8. Auflage, 2016.
3. PROTZ K, SELLMER W: *Verordnung von Wundauflagen: Was ist zu beachten? Teil 7 – Kosten-erstattung*. *Der Hausarzt* 2014; 51(12):26–28.
4. SOZIALGESETZBUCH (SGB) V: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/.
5. WUNDZENTRUM HAMBURG E. V./STANDARDS: <http://www.wundzentrum-hamburg.de/standards/gesamtuebersicht/>.

Kerstin Protz, Krankenschwester, Projektmanagerin Wundforschung am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf, Referentin für Wundversorgungskonzepte, Vorstandsmitglied Wundzentrum Hamburg e. V.

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