

PFLEGELEXIKON – die Serie zum Sammeln

Erstattungsfähigkeit von Produkten und Methoden der Wundversorgung

Einleitung

In diesem Beitrag sind aktuelle Rahmenbedingungen und Informationen zur Erstattungsfähigkeit von Produkten und Methoden der Wundversorgung aufgeführt, um die am Versorgungsprozess 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. Die nachfolgenden Informationen basieren auf der Veröffentlichung „Information: Erstattungsfähigkeit von Produkten und Methoden des zeitgemäßen Wundmanagements“ des Wundzentrum Hamburg e. V. (www.wundzentrum-hamburg.de) [1–4]. Die Inhalte sind in diesem Beitrag um weiterführende Informationen ergänzt.

Ziele

- Korrekte und sachkundige Verordnung von Produkten und Methoden der Wundversorgung
- Koordiniertes Vorgehen aller an der Wundversorgung beteiligten Personen und gegenseitiges Verständnis füreinander
- Vermeidung von Regressen bei Kassenärzten
- Förderung des Wundheilungsprozesses und der Lebensqualität

Grundlagen

Bei der Abgabe von **Arznei- und Verbandmitteln** ist vom Versicherten nach Vollendung des 18. Lebensjahres gemäß § 61 SGB V eine gesetzliche Zuzahlung (Rezeptgebühr) zu entrichten. Diese besteht pro Rezeptzeile bzw. pro Packung und beträgt 10 % des Kassenerstattungsbetrags, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 € pro Packung. Kostet eine Produktpackung jedoch weniger als 5 €, ist nur der tatsächliche Preis zu zahlen.

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

Wichtiger Hinweis

Die am 2. Dezember 2024 abgelaufene und dann mit dem GVSG rückwirkend wieder verlängerte Übergangsfrist zum Inkrafttreten des neuen § 31 SGBV hat viele Verordner und Anwender verunsichert. Dieser Pflegelexikon-Beitrag beschreibt die Situation auf Basis des § 31 SGBV nach der Passage durch den Bundesrat am 14. Februar 2025 (verlängerte Übergangsfrist bis 2. Dezember 2025).

rapie sowie podologische Therapie. Vom Patienten sind im Regelfall Zuzahlungen zu entrichten.

Produkte, die im aktuellen **Hilfsmittelkatalog** gelistet sind, werden als Hilfsmittel verordnet. Die GKV entscheidet über die Bewilligung. Auch hierfür sind vom Patienten Zuzahlungen bis zu 10 € pro Ordnungszeile zu entrichten. Patienten können von der **gesetzlichen Zuzahlung** für Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel und Heilmittel auf Antrag bei der GKV befreit werden. Dies wird bewilligt, wenn der Versicherte mehr als 2 % seines jährlichen Bruttoeinkommens gezahlt hat (**Belastungsgrenze**). Bei Versicherten mit chronischen Krankheiten beträgt die Belastungsgrenze 1 % des Bruttoeinkommens. Die gesetzliche Zuzahlung kann entfallen, wenn die Kassen einen Anreiz geben wollen, besonders günstige Arzneimittel einzusetzen.

Der sogenannte **Sprechstundenbedarf (SSB)** definiert Produkte, die in einer Arztpraxis bei mehr als einem Patienten oder bei Notfällen im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung Verwendung finden, z. B. Desinfektionsmittel (ausschließlich zur Anwendung am Patienten), Monovetten und Tupfer zur Blutentnahme, physiologische Kochsalzlösung, Heftpflaster.

Der SSB wird bundeslandabhängig bzw. bezirksabhängig jährlich zwischen den Kostenträgern und der KV verhandelt und in einer sogenannten **Positivliste** aufgeführt. Die Verwendung von Produkten des Sprechstundenbedarfs ist für eine geplante Versorgung, z. B. Verbandwechsel, unzulässig! Die Aufnahme von modernen, hydroaktiven Verbandmitteln in die Positivliste ist in den KV-Bezirken sehr unterschiedlich geregelt.

Der **Praxisbedarf** beschreibt die Grundausstattung einer medizinischen Praxis, die zu Lasten des Inhabers geht, z. B. Abdeckrollen, Händedesinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Einmalpapierhandtücher.

Ärztliche Budgets

- Das **Arznei- und Verbandmittelbudget** des Arztes finanziert alle Arznei-, Verbandmittel, Kompressionsbinden und verordnungsfähige Zusatznahrung/enterale Ernährung. Es unterliegt einer starken Limitierung (Richtgröße). Richtgrößen differieren von Bundesland zu Bundesland, sie sind meist nach dem Lebensalter der Patienten gestaffelt oder in Versicherte und Rentner getrennt, teilweise zusätzlich auch durch bestimmte Krankheiten des Patienten erhöht (Morbiditätszuschlag).
- Unter das **Heilmittelbudget** fallen Heilmittel, z. B. Massagen, Physiotherapie, podologische Therapie, Lymphdrainage, Ergotherapie und Logopädie. 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 von Kassenpatienten bestimmt und am Durchschnitt der jeweiligen ärztlichen Fachgruppe orientiert. Der Sprechstundenbedarf ist in vielen KV-Bezirken inzwischen Teil des Verordnungsvolumens der Praxis und wird damit auf die Richtgröße angerechnet. Überschreitungen können zu Richtgrößenprüfungen führen. Die bundeslandabhängige Sprechstundenbedarfsregelung ist als Positivliste einschließ-



möglicher Negativlisten bei der jeweiligen KV erhältlich.

- **Hilfsmittel** sind nicht budgetiert und im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt. Es handelt sich um sächliche medizinische Leistungen, z. B. Körperersatzstücke, Prothesen, Inhalationsgeräte, medizinische Kompressionsstrümpfe, medizinische adaptive Kompressionssysteme, Rollstühle, An-/Ausziehhilfen, orthopädische Einlagen, Orthesen, Lagerungskissen/-matratzen, Hörhilfen.

Verbandmitteldefinition

Auszug aus dem §31 SGB V:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln [...].

(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend weitere Wirkungen entfaltet, die ohne pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkungsweise im menschlichen Körper der Wundheilung dienen, beispielsweise, indem er eine Wunde feucht hält, reinigt, geruchsbindend, antimikrobiell oder metallbeschichtet ist. Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. [...]“

Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** definiert und spezifiziert, welche Verbandmittel im Sinne dieses Gesetzes unmittelbar zulasten der GKV erstattungsfähig sind. Der G-BA konkretisierte mit diesem Gesetz am 20.8.2020 den Begriff eines Verbandmittels, das auch weiterhin verordnungs- und erstattungsfähig ist, in Abgrenzung zu sonstigen Produkten in der Wundbehandlung, die durch pharmakologische, immunologische und metabolische Wirkung einen aktiven Einfluss auf die Wundheilung nehmen. In der Anlage Va der Arzneimittel-Richtlinie werden die Produktgruppen – eindeutige Verbandmittel (Gruppe 1), Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften (Gruppe 2)

und sonstige Produkte zur Wundbehandlung (Gruppe 3) – aufgeführt [5].

Eindeutige Verbandmittel (Gruppe 1), dienen ausschließlich dazu (Hauptwirkung), Wunden zu bedecken, Wundexsudat aufzusaugen oder als individuell erstellte Verbände Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Hierzu gehören z. B.

- **Binden:** z. B. Augen-/Ohren-/Dauer-/Fixier-/Universal-/Zinkleim-/Gips-/Ideal-/Mull-/Papierbinden, Kompressionsbinden, Pflasterbinden, Schaumgummi-/Schaumstoffbinden
- **Kompressen:** z. B. Saug-/Schaum(-stoff)/Schlitz-/Vliesstoff-/Zellstoff-Mull-/Zellstoff-Vlies-Kompressen
- **Pflaster:** z. B. Fixier-/Heft-/Klammer-/Sprüh-/Wundverschlusspflaster, Wund-schnellverbände
- **Tupfer und Watte:** z. B. Mull-/Zellstoff-tupfer, Synthetik-/Verbandwatte
- **Sonstige Produktgruppen:** z. B. Cast-Verbände, Mull-/Netz-/Schlauch-/Stütz-/Zellstoffverbände, postoperative/posttraumatische Stütz-/Entlastungsverbände, Polstermaterial (zur individuellen Erstellung einmaliger Verbände)

Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften (Gruppe 2) haben neben den oben genannten Hauptwirkungen noch zusätzliche Eigenschaften, aber ohne pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkweise. Hierzu gehören z. B. Verbandmittel, die

- **feucht halten:** z. B. Alginate, Hydrofasern/Aquafasern, Hydrogele (in Kompressenform), Hydrokolloide, feinporige Polyurethanschaumverbände, Hydro-polymerverbände
- **antiadhäsiv wirken:** z. B. Salbenkompressen/-tamponaden, aluminiumbedampfte Kompressen/Pflaster, silikonbeschichtete Wunddistanzgitter
- **Gerüche binden:** Aktivkohle oder absorbierende Polyacrylate (Superabsorber) z. B. aktivkohlehaltige Wundauflagen, Saugkompressen mit Polyacrylaten (Superabsorber)
- **Wundexsudat binden/antimikrobiell wirken:** Aktivkohle, absorbierende Polyacrylate, Polyurethane (Superabsorber), Dialkylcarbamylochlorid(DACC)-beschichtet, antimikrobielle Stoffe, ohne direkten Wundkontakt und ohne Abgabe der jeweiligen antimikrobiellen Stoffe in die Wunde, z. B. aktivkohlehaltige Wundauflagen, Saugkompressen mit Polyacrylaten (Superabsorber)

- **reinigen:** z. B. Alginate, Hydrofaser, Hydrogelkompressen, Saugspülkörper zur Nasstherapie

Sonstige Produkte zur Wundversorgung (Gruppe 3) sind Verbandmittel, die im Gegensatz zu den in Gruppe 1 oder 2 genannten Produkten einen aktiven Einfluss auf physiologische und pathophysiologische Abläufe der Wundheilung durch ihre pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkungen haben. Dies betrifft viele Verbandmittel mit Silber, PHMB, Ibuprofen, Honig, Proteasenhemmer, Fischhaut aus Dorsch, alle Zubereitungen aus Stoffen, die in der Wunde keine feste Konsistenz annehmen, d. h. nicht formstabil sind (z. B. konservierte/unkonservierte Hydrogele in Gelform, Sprays, Pulver, Lösungen, Suspensionen) sowie resorbierbare Produkte, wie Kollagen und Hyaluronsäure. Um die Erstattungsfähigkeit für Produkte der Gruppe 3 (Sonstige Produkte zur Wundversorgung) zu behalten bzw. zu erlangen, muss ein Wirksamkeitsnachweis der Hersteller beim G-BA erfolgen.

Die Hersteller klassifizieren ihre Produkte selbständig in die oben genannte Systematik und melden die Einstufung an die Informationsstelle für Arzneispezialitäten (IFA), die die Arzt- und Versorgersoftware damit aktualisiert. Die **eindeutigen Verbandmittel (Gruppe 1)** und die Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften (Gruppe 2) sind unmittelbar verordnungs- und erstattungsfähig. Für **sonstige Produkte zur Wundversorgung (Gruppe 3)** kann die Erstattungsfähigkeit auf Basis eines Nutzenbewertungsverfahrens beantragt werden. Hierfür hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in seiner „Wissenschaftlichen Ausarbeitung zu klinischen Studien im Therapiegebiet Wundbehandlung“ Rahmenbedingungen formuliert (www.iqwig.de). Der G-BA entscheidet innerhalb von 90 Tagen über die Anträge.

Erstattungsfähigkeit

Erstattungsfähigkeit bezeichnet die Situation, dass der niedergelassene Arzt ein Produkt auf einem Muster-16-Kassenrezept (rosa) verordnet und die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.

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 (Klinik) 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**).

Derzeit erstattungsfähige Produkte zu Lasten der GKV

Es existieren weder Festbeträge noch Rabattverträge für Verbandmittel. Es gibt keine Qualitätsbewertungslisten und keine Importpflicht. Somit ist bei der Verordnung von Verbandmitteln derzeit ein Austausch durch den Apotheker, das Sanitätshaus oder das Homecare-Unternehmen unzulässig. Verbandmittel sind Teil des Arznei- und Verbandbudgets und damit budgetrelevant. Produkte, die gemäß aktueller Software als erstattungsfähig gekennzeichnet sind, können verordnet und abgerechnet werden. Die Einstufung der Verbandmittel in die Gruppen I bis III nimmt der Hersteller vor. Weder der Arzt noch der Apotheker/Homecare-Mitarbeiter ist fachlich in der Lage, die Einstufung der Produkte zu hinterfragen oder zu ändern.

- Eindeutige Verbandmittel (Gruppe 1, sind budgetrelevant), s. o.
- Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften (Gruppe 2, sind budgetrelevant), s. o.
- Sonstige Verbandmittel (Gruppe III, sind budgetrelevant, s. o.), solange diese bereits am 20.08.2020 zu Lasten der GKV verordnet worden sind bzw. in Deutschland im Handel waren (derzeit befristet verordnungs- und erstattungsfähig bis zum 02.12.2025).
- Unkonservierte Wundspüllösungen (sind budgetrelevant): NaCl 0,9%-, Ringerlösung und Aqua von Fresenius und B. Braun sind für bestimmte Indikationen, wie Wundspülung, und in Abpackungen für die einmalige Anwendung verordnungs- und erstattungsfähig.
- Ambulante Unterdrucktherapie (NPWT): ist seit 01.10.2020 ambulant erstattungsfähig. Die Abrechnungsmodalitäten sind kompliziert. Die Honorare werden nur bezahlt, wenn der Arzt selbst den Verbandwechsel durchführt. Material muss von der Praxis erst eingekauft und spä-

ter an die KV wiederverkauft werden.

- Kompressionsbinden und Mehrkomponentensysteme sowie Polstermaterial (sind budgetrelevant)
- Hilfsmittel (aktuell nicht budgetrelevant): z. B. medizinische Kompressionsstrümpfe, medizinische adaptive Kompressionssysteme, An- und Ausziehhilfen, einige Pflasterlöser, Analtampons, einige Hautschutzfilme als Spray oder Applikatorstab (derzeit Cavilon™, Cutimed® protect, Askina® Barrier Film, ESENTA), Antidekubitusmatratzen/-systeme, Verbandsschuhe, Positionierungshilfsmittel
- Verschreibungspflichtige Arzneimittel (sind budgetrelevant) zur Lokaltherapie: z. B. enzymatische Wundreiniger und Lokalantibiotika
- Namentlich in einer OTC-Ausnahmeliste für Arzneimittel (sind budgetrelevant) aufgeführte Produkte, z. B. PVP-Jod bei Dekubitus und Ulcus cruris, Octenisept® bei selbstkatheterisierenden Patienten (siehe Anlage I Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie, <https://www.g-ba.de/downloads/83-691-956/AM-RL-I-OTC-2024-10-09.pdf>)

Derzeit nicht erstattungsfähige Produkte zu Lasten der GKV

- Wundantiseptika wie Octenisept®, Polihexanid-Macrogolsalbe NRF 11.137. oder Betaisodona®: Ausnahmen werden in der Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) beschrieben und betreffen Jodverbindungen für die Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren, Antiseptika (wie Octenisept®) zur Katheterisierung und topische Antiseptika zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z. B. Epidermolysis bullosa hereditaria; Pemphigus).
- Lokalanästetika wie EMLA® Creme/AN-ESDERM® und nichtverschreibungspflichtige Rezepturen
- Larventherapie
- Endständige Wassersterilfilter (Ausnahme: genehmigte Einzelfallentscheidung, s. u.)

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 in der Positivliste der GKV gelistet sind, können im Einzelfall von der GKV genehmigt werden.
- Hierunter fallen Methoden wie der Einsatz von Kaltplasma.
- Auch endständige Wassersterilfilter, zum Verwenden von Leitungswasser als steril filtrierte Spülflüssigkeit, können z. B. unter Vorlage von Privatrezept und Kaufbeleg im Einzelfall von der GKV erstattet werden.

Richtgrößenprüfungen

Überschreitungen der limitierten Budgets führen rückwirkend zu Richtgrößenprüfungen. 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. Richtgrößenprüfung bedeutet nicht automatisch, dass eine Regresszahlung erfolgt. Sind die Ausgaben plausibel zu begründen, wird die Forderung reduziert oder zurückgezogen.

Achtung! Durch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) werden die Rahmenbedingungen für den Betrieb einer Hausarztpraxis (**nicht Facharztpraxis**) verändert. In erster Linie betrifft das die Erlöse (Budgetbefreiung), angedacht ist aber auch, das sogenannte Verordnungsvolumen anzupassen. Die Auswirkungen dieses Gesetzes auf mögliche Regressbefreiungen kann hier nicht abschließend bewertet werden.

Abwehr von Regressforderungen

Für Kassenärzte besteht generell das Risiko von Regressforderungen bei Budgetüberschreitung, z. B. durch die Verordnung von Verband- oder Heilmitteln. Zur vorbeugenden 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), Tumorthherapie oder allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV).
- Der sachgerecht dokumentierte Einzelfall, z. B. Wunddokumentation zzgl. Fotos und Verlauf.



- Leitliniengerechte Versorgung nach Therapiestandards, z. B. Leitlinien der Fachgesellschaften (AWMF), Standards des Wundzentrum Hamburg e. V.

Die Verordnung von nicht verordnungsfähigen Produkten bzw. die Abgabe nicht erstattungsfähiger Produkte führt ohne Einspruchsmöglichkeit zu Retaxation/Regress, das kann z. B. Octenisept® betreffen. Abgebende Apotheken und ggf. Sanitätshäuser müssen nicht prüfen, ob Ausnahmetatbestände gegeben sind, z. B. ist Betaisodona® Salbe zur Dekubitus-Therapie erlaubt, zur Therapie infizierter Fußwunden nicht.

Verbandwechsel durch die ambulante Pflege

Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden erstattet, wenn der Patient erforderliche Pflegemaßnahmen nicht selbst leisten und auch keine andere im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann (§ 37 SGB V). Die Verordnung von häuslicher Behandlungspflege ist nicht budgetiert, muss aber plausibel und wirtschaftlich sein. Hierfür wird die Musterverordnung 12 genutzt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MD) ist zuständig für die Überprüfung der Notwendigkeit von Leistungen. Dies setzt voraus, dass eine Verordnung korrekt ausgestellt ist. Hierzu gehört die

- Beschreibung der Einschränkungen, die eine häusliche Krankenpflege erforderlich machen
- Wundart, -größe, -lokalisation und aktueller Grad
- Kompressionsbehandlung: Seite (links/rechts/beidseitig), medizinische Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen, Kompressionsverbände anlegen/abnehmen,

stützende und stabilisierende Verbände und deren Art

- Präparate, Verbandmittel
- Wundversorgung akut/chronisch
- Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege
- Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z. B. Injektionen, Wundbehandlung) und Anzahl

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, fällt die gesetzliche Zahlung in Höhe von zehn Euro je Verordnung und zehn Prozent der Kosten in den ersten 28 Tagen im Kalenderjahr bis zur Erreichung der individuellen Belastungsgrenze an. Ambulante Pflegedienste erhalten für Leistungen/Leistungskomplexe bundesland- und anbieterabhängige Erstattungen. Folgende Eigenleistungen werden in vielen Bundesländern hierbei vorausgesetzt: Einmalschürzen/-handschuhe, Hände- und Flächendesinfektionsmittel und sterile Instrumente. Eine Verbandkontrolle wird derzeit von der GKV nicht bezahlt.

Der G-BA regelt in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) die Verordnung und Erstattung ambulanter Krankenpflege. Diese definiert die Anforderungen an ambulante Leistungserbringer sowie an die Qualifikation des Personals hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden. Dies ist durch spezialisierte Leistungserbringer möglich, also durch einen spezialisierten Pflegedienst oder eine spezialisierte Einrichtung, z. B. ein pflegerisch geführtes Wundzentrum. Wenn es keinen spezialisierten Leistungserbringer gibt, können auch weiterhin nicht-spezialisierte Leistungserbringer die Versorgung weiterführen. Spezialisierte

Leistungserbringer sollten, wie folgt, qualifiziert sein:

- Die fachliche Leitung der Wundversorgung benötigt eine Zusatzqualifikation im Bereich Wundversorgung; der Umfang beträgt mind. 168 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten
- Wundversorgende Pflegefachpersonen benötigen eine Zusatzqualifikation im Umfang von 84 UE
- Es besteht eine jährliche Fortbildungspflicht von 10 Zeitstunden à 60 Minuten pro Mitarbeiter

Quellen

1. **Wundzentrum Hamburg e. V.:** Standards; www.wundzentrum-hamburg.de.
2. **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg:** Informationen; www.kvhh.net.
3. **Gesetze im Internet:** §§12,13,31,32,33 im SGB V; www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/
4. **Sellmer W:** Was ändert sich beim Anspruch auf Verbandmittel für gesetzlich Versicherte ab Dezember 2024? WUNDmanagement 2024; 18 (Supplement 1): 46–48.
5. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):** https://www.g-ba.de/downloads/83-691-824/AM-RL-Va-Verbandmittel_2023-09-07.pdf

Kerstin Protz

Krankenschwester, Projektmanagerin Wundforschung am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf, Dozentin, Fachautorin, Vorstandsmitglied Wundzentrum Hamburg e. V. E-Mail: kerstin.protz@gmx.dew

Werner Sellmer

Fachapotheker für klinische Pharmazie, Vorstandsmitglied Wundzentrum Hamburg e. V. E-Mail: werner.sellmer@werner-sellmer.de

