

Information: Erstattungsfähigkeit von Produkten und Methoden des zeitgemäßen Wundmanagements	WZ-IN-007 V04 Erstattungsfähigkeit von Produkten und Methoden des zeitgemäßen Wundmanagements gültig bis: 23.03.2024	
		Seite 1 von 4

Ziele <ul style="list-style-type: none"> • Korrekte und bewusste 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

Grundsätzliches <p>In der folgenden Zusammenstellung 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.</p>
--

Definitionen und Grundlagen <p>Erstattungsfähig 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.</p> <p>Vom Versicherten sind 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 (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).</p> <p>Produkte, die im aktuellen Hilfsmittelkatalog gelistet sind, werden als Hilfsmittel verordnet. Die GKV entscheidet über die Bewilligung. Auch hierfür sind vom Patienten Zuzahlungen zu entrichten.</p> <p>Der so genannte 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.</p> <p>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 hydroaktiver Verbandmittel in die Positivliste ist in den KV-Bezirken sehr unterschiedlich geregelt.</p> <p>Der Praxisbedarf beschreibt die Grundausstattung einer medizinischen Praxis, die zu Lasten des Inhabers gehen, z. B. Abdeckrollen, Händedesinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Einmalpapierhandtücher. 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 zugezahlt hat (Belastungsgrenze).</p> <p>Bei Versicherten mit chronischen Krankheiten beträgt die Belastungsgrenze 1 % des Bruttoeinkommens.</p>
--

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH	Überprüft: Leiter der Standardgruppe	Freigegeben: 1. Vorsitzende WZHH
Datum: 24.03.2022	Datum: 24.03.2022	Datum: 24.03.2022

Erstattungsfähigkeit

Derzeit sind zu Lasten der GKV erstattungsfähig:

- Alle **Verbandmittel (uneingeschränkt)**. Dies betrifft u. a. Schaumverbände, Hydrokolloidverbände, Hydrogele, Alginate, Silber und alle weiteren Verbandmittel. 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**.
- Auf Grund einer Entscheidung des G-BA von August 2020 werden „sonstige Produkte zur Wundbehandlung“, also Verbandmittel mit in der Wunde pharmakologisch, metabolisch oder immunologisch wirkenden Inhaltsstoffen, nur noch bis 31.11.2023 erstattet.
- Dies betrifft vermutlich viele Verbandmittel mit Silber, PHMB, Ibuprofen, alle konservierten und unkonservierten Hydrogele in Gelform, resorbierbare Produkte, wie Kollagen und Hyaluronsäure und spezielle Reinigungskompressen/-tücher/-pads/-schwämme. Eine genaue Liste wird derzeit erarbeitet. Die Hersteller können über ein Nutzenbewertungsverfahren die Erstattungsfähigkeit beantragen. Näheres siehe: www.g-ba.de
- **Kompressionsbinden und -systeme**, einige medizinische adaptive Kompressionsbandagen, Polstermaterial sowie Pelotten sind **budgetrelevant**.
- **Hilfsmittel**, z. B. medizinische Kompressionsstrümpfe, einige medizinische adaptive Kompressionsbandagen, viele An- und Ausziehhilfen, einige Pflasterlöser, Analtampons, einige Hautschutzfilme als Spray oder Applikatorstab (derzeit 3M™Cavilon™, Cutimed® protect, Askina® Barrier Film, ESENTA™), Antidekubitusmatratzen/-systeme, Verbandschuhe, Positionierungshilfsmittel, sind aktuell **nicht budgetrelevant**.
- **Verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Lokalthherapie**, z. B. enzymatische Wundreiniger und Lokalantibiotika sind **budgetrelevant**.
- Namentlich in einer OTC-**Ausnahmeliste für Arzneimittel** aufgeführte Produkte (z. B. PVP-Jod bei Dekubitus und Ulcus cruris, Octenisept® bei selbstkatheterisierenden Patienten) sind **budgetrelevant** (siehe Anlage 1 Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie <https://www.g-ba.de/downloads/83-691-507/AM-RL-I-OTC-2018-11-09.pdf>)
- **Ambulante Unterdrucktherapie (NPWT)**: ist seit 1.10.2020 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 später an die KV wieder verkauft werden.

Derzeit nicht erstattungsfähig zu Lasten der GKV:

- Wundantiseptika, Wundspüllösungen. Bezahlt werden nur unkonservierte NaCl 0,9%-, Ringerlösung und Aqua von Fresenius und B.Braun für bestimmte Indikationen, wie Wundspülung, und in Abpackungen für die einmalige Anwendung (siehe Anlage 5 der Arzneimittel-Richtlinie: Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte; www.g-ba.de/richtlinien/anlage/120/)
- EMLA® Creme/ANESDERM® und nichtverschreibungspflichtige Rezepturen
- Larventherapie
- Endständige Wassersterilfilter 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 in der Positivliste der GKV gelistet sind, können im Einzelfall von der GKV genehmigt werden.
- Hierunter fallen Methoden wie 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 Verordnungen erfolgen aus definierten Budgets:

- Das **Arznei- und Verbandmittelbudget** 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.
- Unter das **Heilmittelbudget** fallen Heilmittel, z. B. Massagen, Physiotherapie, podologische Komplexbehandlung, Lymphdrainage, Ergotherapie und 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.
- **Hilfsmittel sind nicht budgetiert und im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt.** Es handelt sich um sachliche medizinische Leistungen, z. B. Körperersatzstücke, Prothesen, Inhalationsgeräte, medizinische Kompressionsstrümpfe, Rollstühle, viele An-/Ausziehhilfen, orthopädische Einlagen, Lagerungskissen/-matratzen, Hörhilfen.

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. Richtgrößenprüfung bedeutet nicht automatisch, dass eine Regresszahlung erfolgt. Sind die Ausgaben plausibel zu begründen, wird die Forderung reduziert oder zurückgezogen.

Abwehr von Regressforderungen

Es besteht generell das Risiko von Regressforderungen an Kassenärzte bei Budgetüberschreitung z. B. durch Verbandmittel oder Heilmittel. 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, Tumortherapie oder allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV).
- Der sauber dokumentierte Einzelfall, z. B. Wunddokumentation zzgl. Fotos und Verlauf.
- Leitliniengerechte Versorgung nach Therapiestandards, z. B. Standards des Wundzentrum Hamburg e. V., Leitlinien der Fachgesellschaften (AWMF).

Cave: Von „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

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 Abs. 3 SGB V).

Die Verordnung von häuslicher Behandlungspflege (§37, Abs. 2. SGB V) ist nicht budgetiert, muss aber plausibel und wirtschaftlich sein. Hierfür wird die Musterverordnung 12 genutzt. 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:

- Beschreibung der Einschränkungen, die eine häusliche Krankenpflege erforderlich machen
- Wundart
- Wundgröße
- Wundlokalisierung
- Dekubituskategorie
- Präparate, Verbandmittel
- Wundversorgung akuter, chronischer und schwer heilender Wunden
- Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, fällt die gesetzliche Zuzahlung 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.

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

Hat ein Patient mehr als eine Wunde, wird von einigen KK die Versorgungsleistung pro Wunde vergütet. Dies setzt voraus, dass für jede Wunde eine eigene Verordnung ausgestellt wird.

Hinweise

Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg: www.kvhh.net/kvhh

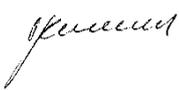
Gesetze im Internet: §§12,13, 31, 32, 33 im SGB V: www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/

KBV: Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf:

https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel_Diagnoseliste_Webversion.pdf

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

Münter K-C, Sellmer W. Einschränkung der Erstattung von Wundaufgaben zu Lasten der GKV im Rahmen des §31 SGB V – Die Verbandmittel-Legaldefinition als „Wundkrimi“. WUNDmanagement 2021; 15 (Supplement 1): 6-13.

erstellt / überarbeitet	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
24.03.2022	24.03.2022	24.03.2022	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Dr. Pflugradt Ltg. Standardgruppe	 Kerstin Protz 1. Vorsitzende WZHH	PDL Ärztliche Leitung