

Information: Erstattungsfähigkeit von Produkten und Methoden des zeitgemäßen Wundmanagements	WZ-IN-007 V08 Erstattungsfähigkeit von Produkten und Methoden des zeitgemäßen Wundmanagements gültig bis: 20.01.2030	 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, speziell die Erstattungsfähigkeit von Verbandmitteln, 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. Lymph-, Physio-, Logo- und Ergotherapie sowie podologische Therapie. 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 geht, z. B. Abdeckrollen, Händedesinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Einmalpapierhandtücher.</p> <p>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: Leiterin der Standardgruppe	Freigegeben: 2. Vorsitzende WZHH
Datum: 21.01.2025	Datum: 21.01.2025	Datum: 21.01.2025

Erstattungsfähigkeit

Derzeit sind zu Lasten der GKV erstattungsfähig:

- Alle Verbandmittel, die bereits 2020 im Vertrieb waren und zu Lasten der GKV abgegeben wurden. Dies betrifft u. a. Superabsorber, feinporige Polyurethanschaumverbände, Hydrogelkompressen, Alginate, Hydrokolloidverbände, Aktivkohleauflagen, semipermeable Transparentfolienverbände und weitere Verbandmittel sowie wirkstoffhaltige Produkte (z. B. Silber, PHMB, Ibuprofen, Hyaluron, Kollagen) oder Produkte mit Honig und Hydrogele in Gelform. Es existieren weiterhin 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.
- Produkte, die gemäß aktueller Software als erstattungsfähig gekennzeichnet sind, können verordnet und abgerechnet werden. Für die Einstufung haftet ausschließlich der Hersteller. Weder der Arzt noch der Apotheker/Homecaremitarbeiter ist fachlich in der Lage, die Einstufung der Produkte zu hinterfragen oder zu ändern.
- Kompressionsbinden und Mehrkomponentensysteme sowie Polstermaterial sind budgetrelevant.
- Hilfsmittel, 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, Verbandschuhe, Positionierungshilfsmittel, sind aktuell nicht budgetrelevant.
- Verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Lokaltherapie, 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/83-691-956/AM-RL-I-OTC-2024-10-09.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 wiederverkauft werden.
- Unkonservierte Wundspüllösungen: NaCl 0,9%-, Ringerlösung und Aqua von Fresenius und B. Braun sind für bestimmte Indikationen, wie Wundspülung, und in Abpackungen für die einmalige Anwendung (siehe Anlage 5 der Arzneimittel-Richtlinie: Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte) verordnungs- und erstattungsfähig.

Hinweis: Anlage wird mehrfach im Jahr überarbeitet; auf die Nutzung der aktuellen Version achten!

Derzeit nicht erstattungsfähig zu Lasten der GKV:

- Wundantiseptika. Ausnahmen werden in der Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) beschrieben und betreffen PVP-Jod für Dekubitus und Ulcus Cruris und octenidinhaltige Wundantiseptika (Octenisept®) zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z. B. Epidermolysis bullosa hereditaria; Pemphigus).
- Konservierte Wundspüllösungen
- EMLA® Creme/ANESDERM® 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-Produkten.
- 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.

Ärztliche Verordnungen erfolgen aus definierten 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 Patientenalter gestaffelt oder in Versicherten und Rentner getrennt.
- 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 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, medizinische adaptive Kompressionssysteme, Rollstühle, 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 Verband- 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, Tumorthherapie 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“ (umsatzabhängig beschäftigte Berater) 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 (MD) 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
- Wundlokalisation
- Wundgrad
- 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 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.

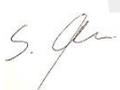
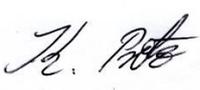
Hinweise

Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg: www.kvhh.net

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

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

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

erstellt / überarbeitet	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
21.01.2025	21.01.2025	21.01.2025	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Sabrina Fehrmann Ltg. Standardgruppe	 Kerstin Protz 2. Vorsitzende WZHH	PDL Ärztliche Leitung