

HARTMANN



Wundversorgung: Was gilt Wann und Wofür?

Von der Versorgung bis zur Abrechnung

Steffi Nawrath

Sr. Manager Regionales Krankenkassenmanagement

BVMed Online-Seminar, 16.04.2024

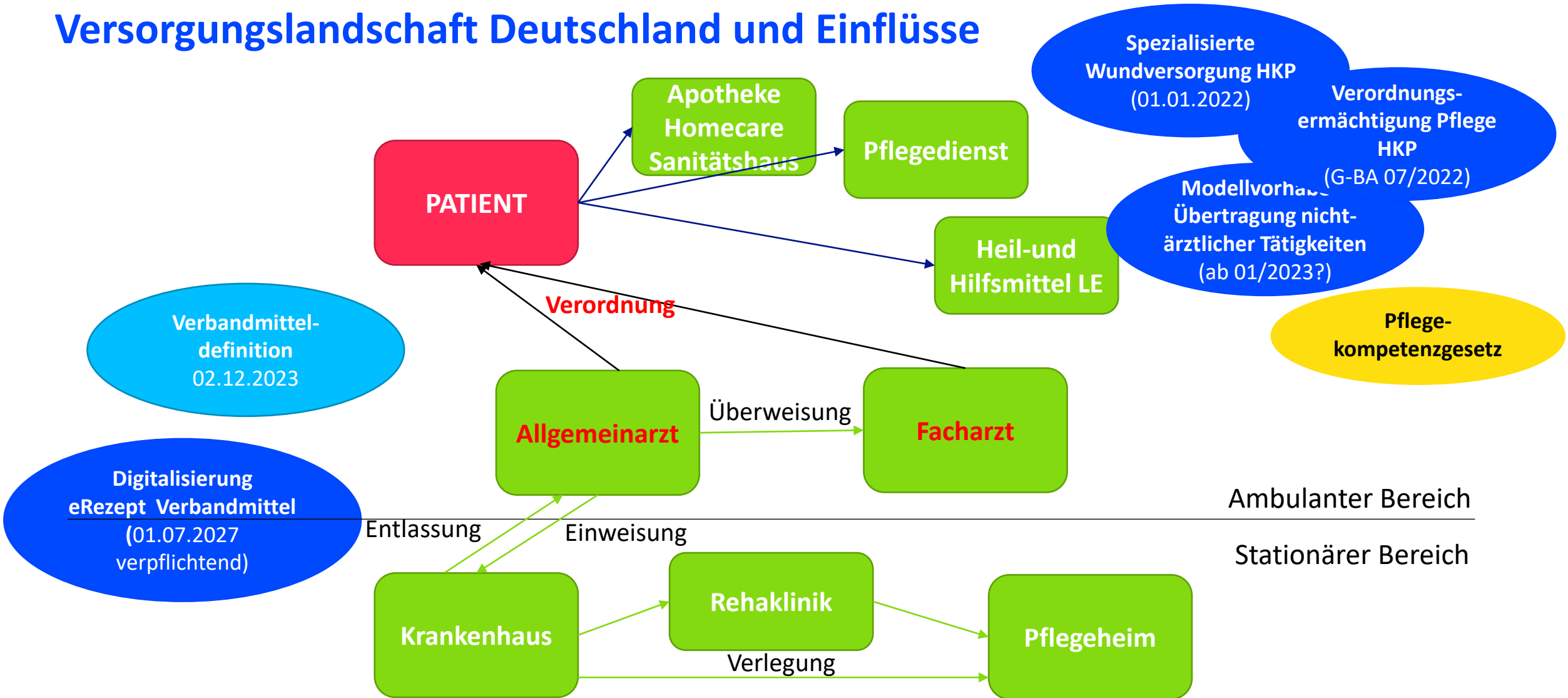
Versorgung und Abrechnung

1. Aktuelle Entwicklungen in der Versorgungslandschaft

2. Vertriebs- und Versorgungswege in der Verbandmittelversorgung

3. Erstattung und Abrechnung von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung

Versorgungslandschaft Deutschland und Einflüsse



Spezialisierte Wundversorgung HKP: Gesetzliche Anpassung im HHVG*

2017 wurde der Schwerpunkt für **Versorgung von Patienten mit chronisch und schwer heilenden Wunden durch spezialisierte Einrichtungen** gesetzlich verankert

Am 06.12.2019 trat **die angepasste HKP Richtlinie** in Kraft.

- Chronische und schwer heilende Wunden sollen **vorrangig in der Häuslichkeit** versorgt werden und **außerhalb nur unter bestimmten Bedingungen** (u.a. Komplexität der Wundversorgung, hygienische Bedingungen, besondere räumliche Ausstattung)
- Klarstellung, dass Pflegedienste **an die ärztlich verordneten** beziehungsweise von der Krankenkasse **genehmigten Leistungen der HKP** (inklusive der verordneten Verbandmittel) gebunden sind
- Pflegedienste **müssen** die ärztliche Praxis **bei Veränderungen** der häuslichen Pflegesituation oder **nach ärztlicher Aufforderung informieren**, z. B. durch Auszüge aus der Pflegedokumentation

* Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz

HKP-Leistungsverzeichnis im Bereich Wundversorgung

- Nr. 12: Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, **Dekubitus ab Kategorie 1**
- Nr. 31: Versorgung **akuter Wunden**
„tritt nach Verletzung der Hautoberfläche unterschiedlicher Tiefenausprägung auf und heilt voraussichtlich innerhalb von maximal 12 Wochen komplikationslos ab“
- Nr. 31a: Versorgung **chronischer und schwer heilender Wunden**
„heilt voraussichtlich nicht komplikationslos innerhalb von maximal 12 Wochen unter fachgerechter Therapie ab“
- Nr. 31b: Versorgung mit Kompressionstherapie
- Nr. 31c: Versorgung mit stützenden und stabilisierenden Verbänden

Anpassung HKP Formular

Freigabe 31.03.2020

Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Erstverordnung Folgeverordnung Unfall

vom bis

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

Herrichten der Medikamentenbox

Medikamentengabe

Injektionen herrichten intramuskulär subkutan

Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 2x täglich)

bei intensiver Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen rechts links beidseits

Kompressionsverbände anlegen Kompressionsstrümpfe ausziehen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art Kompressionsverbände abnehmen

Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart

Lokalisation aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) aktueller Grad

Präparate, Verbandmaterialien

Wundversorgung akut Wundversorgung chronisch

Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V

Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V

Grundpflege

hauswirtschaftliche Versorgung

Weitere Hinweise

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 12a (10.2020)

in Verwendung
seit 01.04.2020

Anpassung HKP Rahmenempfehlung zum 01.01.2022

Bundesrahmenempfehlung, zur Festlegung der Anforderungen an die Eignung von

Spezialisierten Leistungserbringern zur Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden

- ein **spezialisierte Pflegedienst** oder
- eine **spezialisierte Einrichtung** außerhalb der Häuslichkeit (sog. „pflegerisch geführte“ Wundzentren)



Personelle Anforderungen an spezialisierte Leistungserbringer

PDL/Fachliche Leitung



Zusatzqualifikation Wundversorgung mit vorgegebenen Inhalten (min. 168 UE à 45min)



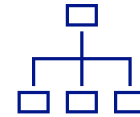
Übergangszeitraum (2 Jahre) wenn:

- PDL/fachl. Leitung, derzeit in Zusatzqualifikation (168 UE) und
- externe Fachkraft (168 UE) unterstützt durch Kooperationsvertrag

durchführende Pflegefachkräfte(PFK)



Zusatzqualifikation Wundversorgung mit vorgegebenen Inhalten (min. 84 UE à 45 min)



Strukturierte Einarbeitung



Übergangszeitraum

- PFK hat Zusatzqualifikation (56UE)
- Nachqualifikation min. 50% der PFK nach 2 Jahren, 100% nach 4 Jahren



Fortbildung /Rezertifizierung (10 h/Jahr)

Strukturelle Mindestvoraussetzungen für Wundzentren



Geschlossene, gewerblich nutzbare Geschäftsräume mit Telefonanschluss



Erfüllung septischer und aseptischer Voraussetzungen/Anforderungen
Hygiene- und Infektionsprävention gem. RKI und Fachgesellschaften

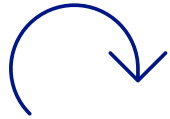


Ausstattung nach technischen und medizinischen Standards

Welche Auswirkungen hat die Rahmenempfehlung ab 2022



Pflegedienste mit Vertrag können weiterhin Wundpatienten versorgen und abrechnen

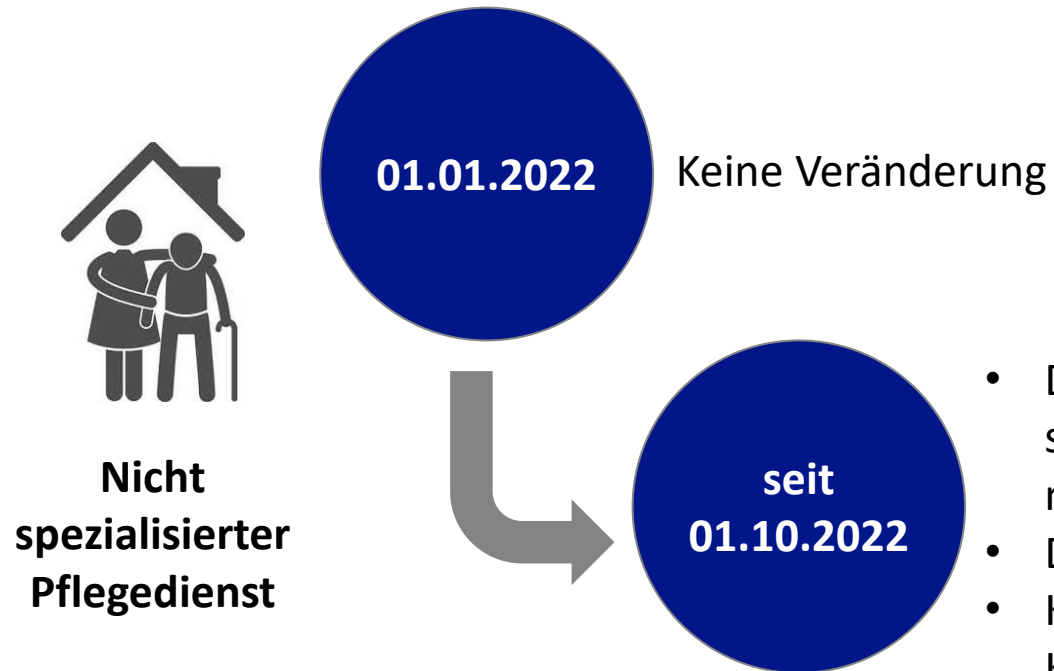


Mögliche Umsteuerung durch die Krankenkasse seit 01.10.2022 auf spezialisierte Leistungserbringer



Rahmenempfehlung bildet die Grundlage für **Neuverhandlungen zum Abschluss von Versorgungsverträgen inkl. angepasster Vergütung** (Refinanzierung u.a. der Aufwendungen für die Qualifikation und Berücksichtigung des Versorgungsaufwandes von Pat. mit chronisch schwer heilenden Wunden)

Pflegedienste die keine spezialisierten Leistungserbringer werden wollen

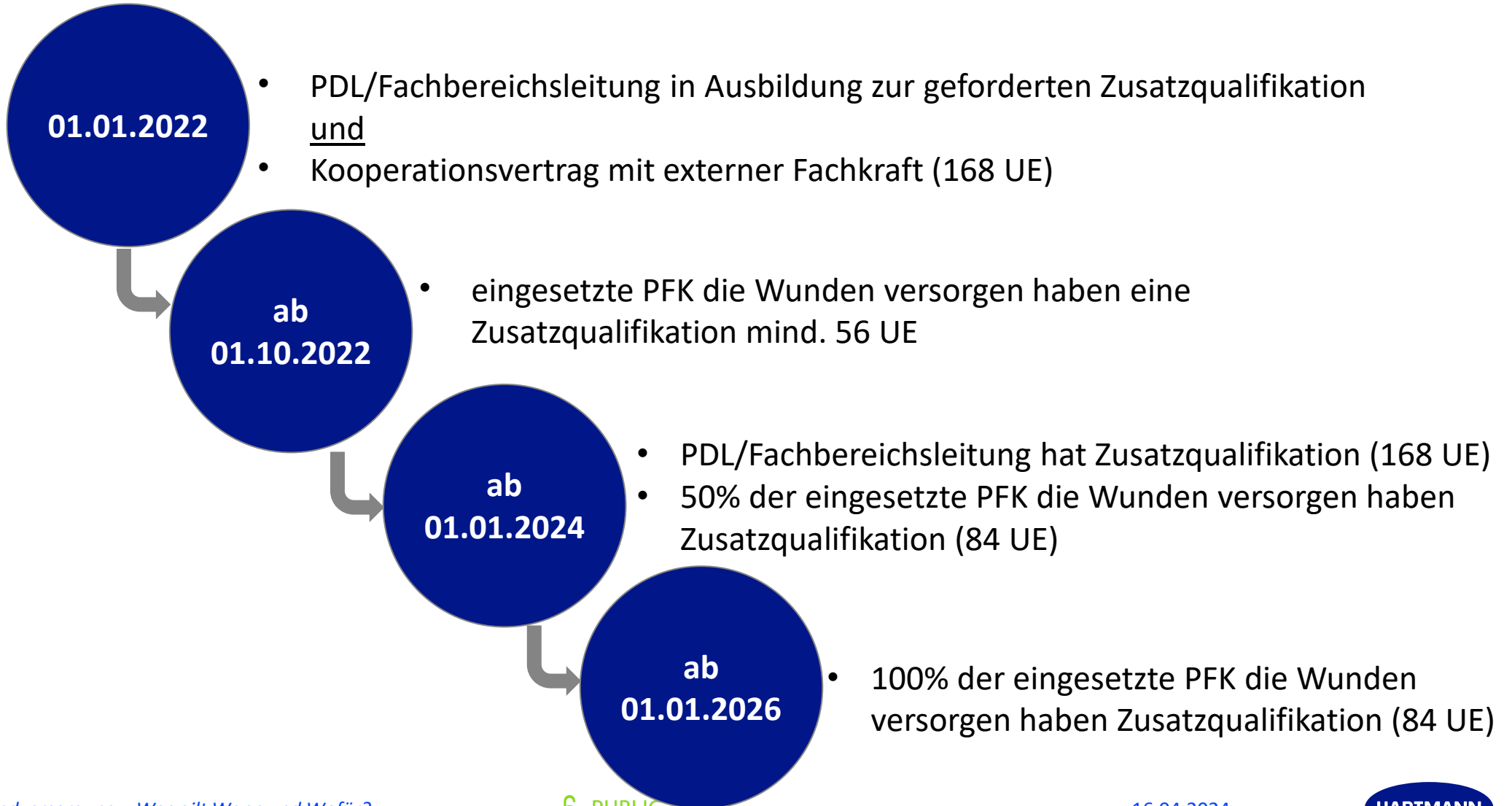


- Die Krankenkasse kann eine laufende Verordnung einem spezialisierten Leistungserbringer mit einem Vorlauf von mindestens einer Woche zuweisen.
- Der nicht spezialisierte Pflegedienst wird informiert.
- Kann zu kürzeren Verordnungszeiten und engmaschigerer Kontrolle durch den Vertragsarzt führen.

Pflegedienste im Übergang zum spezialisierten Pflegedienst



Übergang zum
spezialisierten
Pflegedienst



Neue spezialisierte Leistungserbringer zur Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden



neuer
spezialisierte
Leistungserbringer

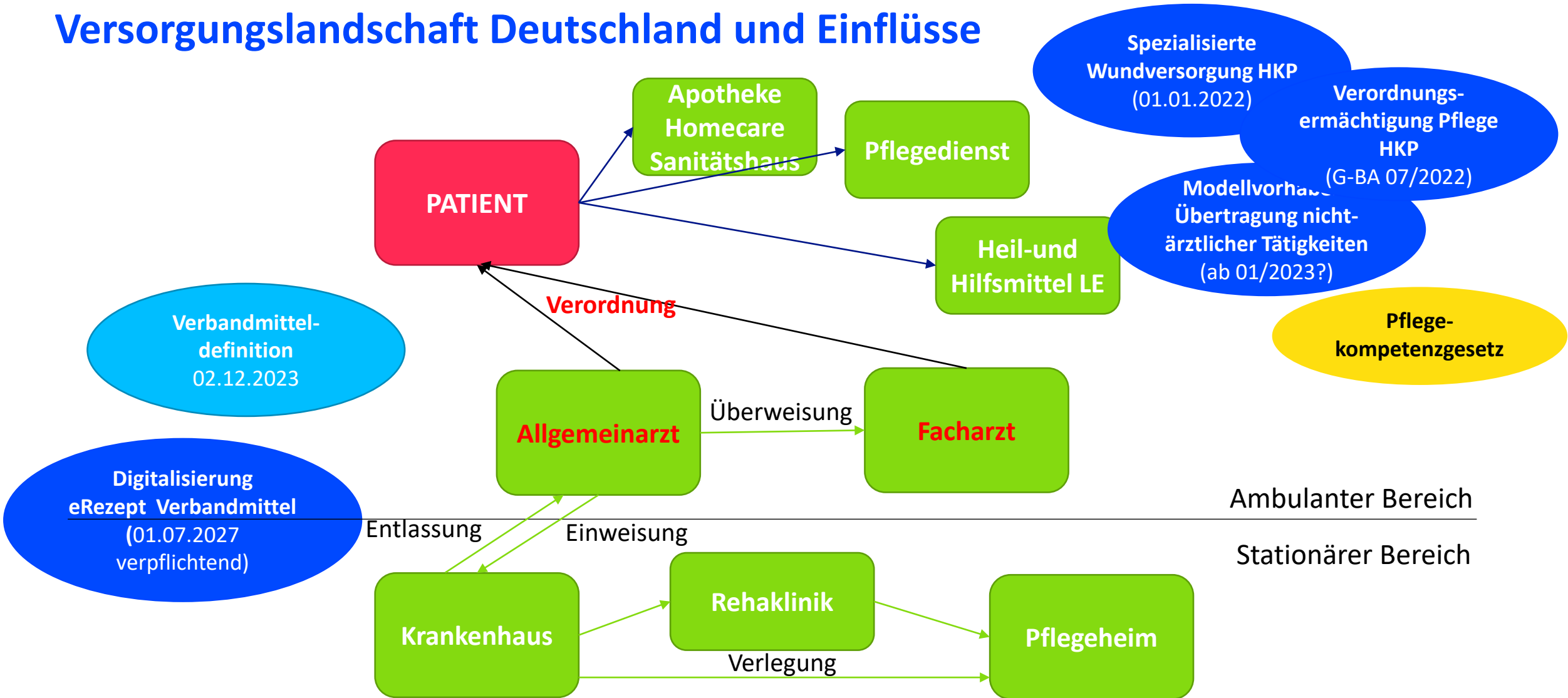
ab
01.01.2022
Zulassung

- Erfüllt die Anforderungen nach §132a SGB V
- PDL/Fachbereichsleitung hat Zusatzqualifikation (168 UE)
- alle eingesetzte PFK die Wunden versorgen haben Zusatzqualifikation (84 UE)
- jährliche Fortbildung 10 Std. mit Anrechnung

seit
01.10.2022

- Die Krankenkasse wird laufende Verordnung einem spezialisierten Leistungserbringer mit einem Vorlauf von mindestens einer Woche zuweisen
- Im Gegenzug wird der nicht spezialisierte Pflegedienst informiert

Versorgungslandschaft Deutschland und Einflüsse



Versorgung und Abrechnung

1. Aktuelle Entwicklungen in der Versorgungslandschaft

2. Vertriebs- und Versorgungswege in der Verbandmittelversorgung

3. Erstattung und Abrechnung von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung

Zugang von Innovationen in die Regelversorgung im SGB V



§ 35a (AMNOG)
Frühe Nutzenbewertung
parallel zum Markteintritt

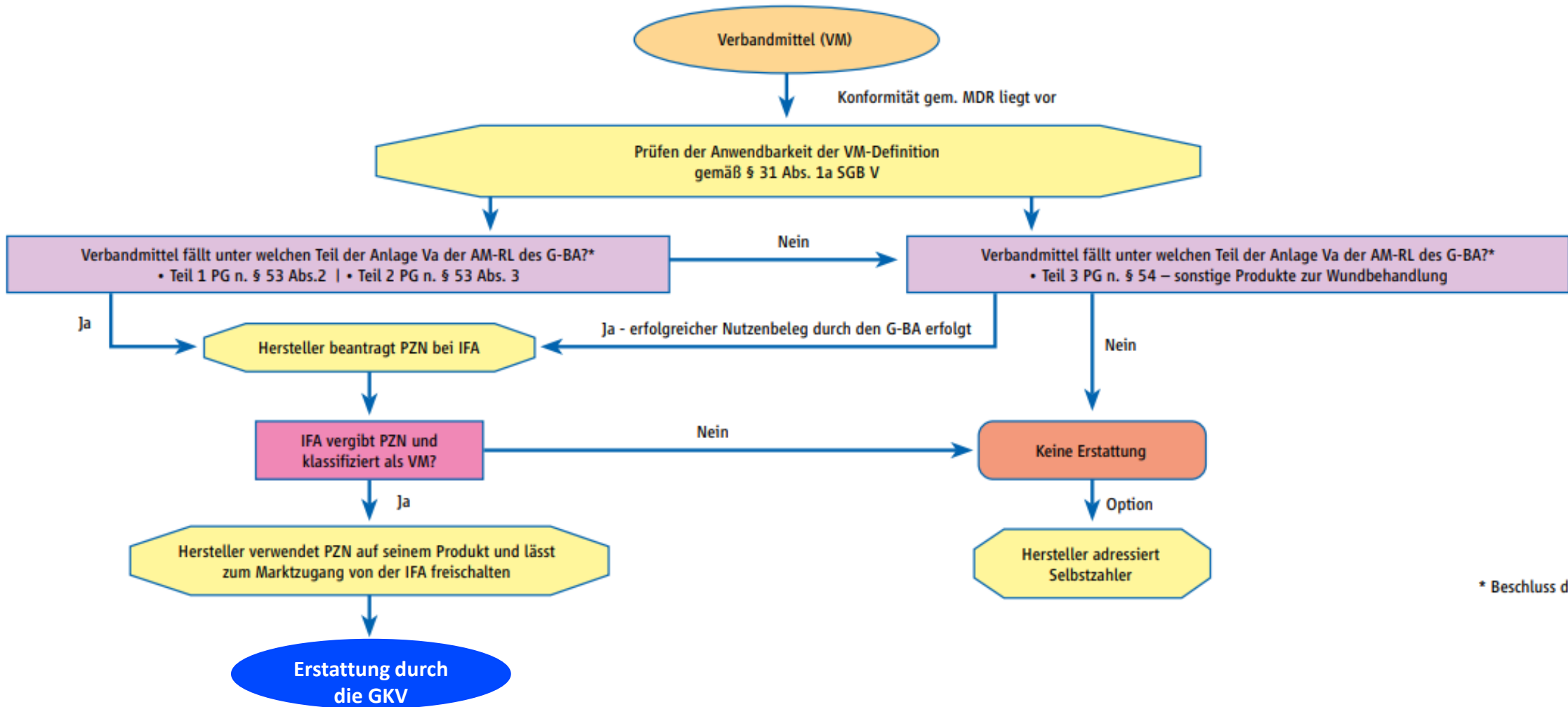


stationär
Verbotsvorbehalt
(§ 137c SGB V)

ambulant
Erlaubnisvorbehalt
(§ 135 SGB V)

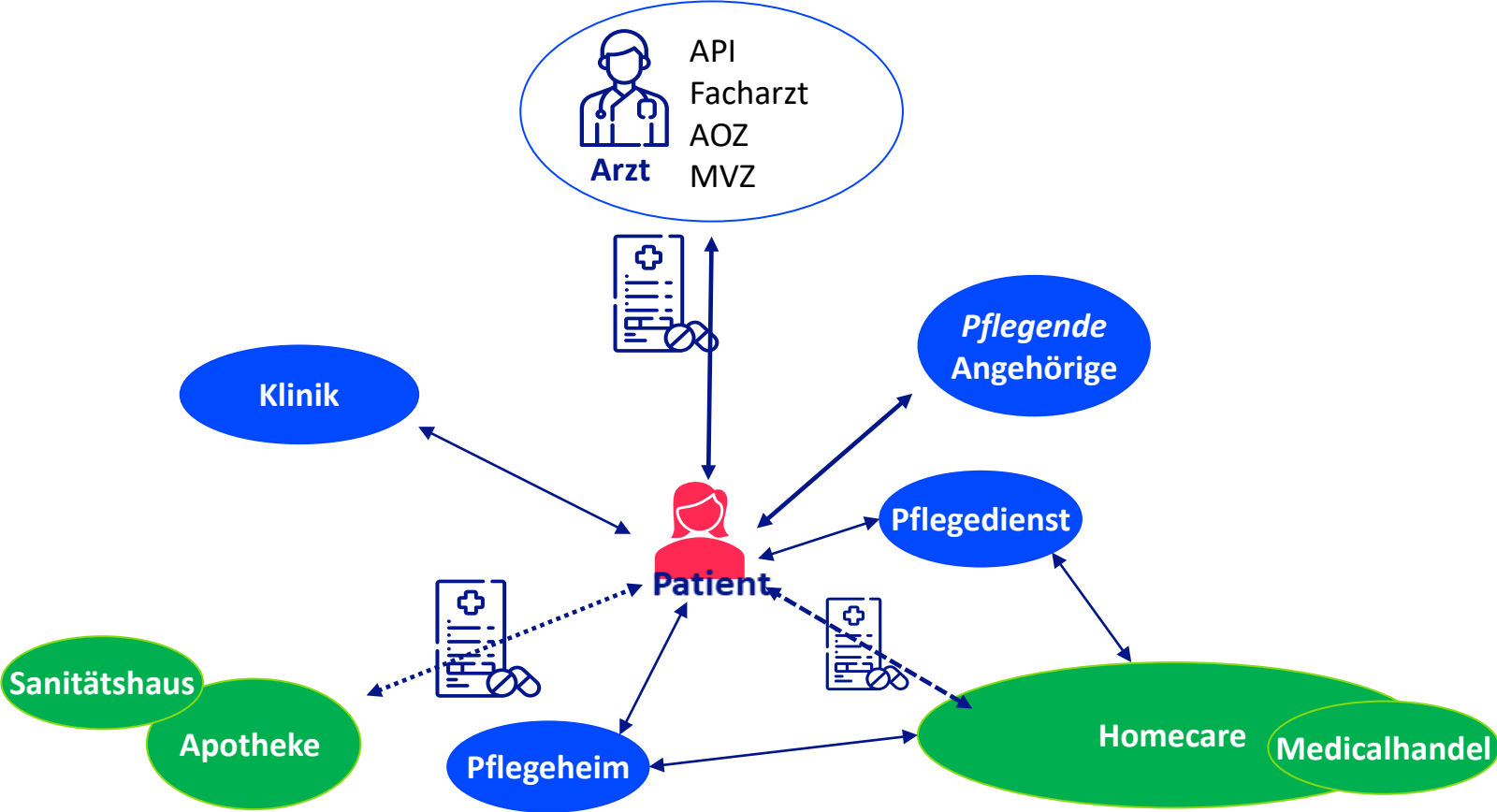


Erstattung eines Verbandmittels /sPzW



* Beschluss des G-BA vom 20.08.2020

Vertriebswege in der Verbandmittelversorgung



Versorgungswege in der Verbandmittelversorgung

Einzelverordnung

- Verordnung auf Rezept (Muster 16) und auf den Namen des Patienten
- Alle Produkte, welche unter die Verbandmittelformdefinition fallen können verordnet werden
- Verbandmittel fallen unter das Arzneimittel- / Verbandmittelbudget des Arztes und sind damit Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Sprechstundenbedarf

- Verordnung auf Rezept (Muster 16)
- Bedarf des Arztes in seiner Praxis entsprechend
- Notfall- und Erstversorgung, welche im Zusammenhang mit einer vertragsärztlichen Behandlung mehr als einem Patienten zur Verfügung stehen
- u. a. Impfstoffe, Anästhetika, Diagnostika, Hautantiseptik, Verbandmittel, Instrumente, Gegenstände
- Keine Therapie oder Versorgung von bspw. chronischen Wunden

Freiwahl

- Selbstzahlermarkt
- Sichtwahl in der Apotheke/Sanitätshaus
- Aktivierung / Nachfrage geht zumeist nicht vom Arzt aus

Verbandmittelverordnung auf „Muster 16“

Das Formular ist in mehrere Abschnitte unterteilt:

- Krankenkasse bzw. Kostenträger:** Ein Feld für die Angabe der Krankenkasse.
- Name, Vorname des Versicherten:** Ein Feld für den Namen des Versicherten, mit einem Feld für 'geb. am' (Geburtsdatum).
- Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status:** Felder für die Identifizierung des Versicherten.
- Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum:** Felder für die Angabe von Betriebsstätten, dem behandelnden Arzt und dem Datum.
- Arbeitsunfall:** Ein Feld für die Angabe des Unfalltags und der Unfallbetriebs- oder Arbeitgebernummer.
- Rezeptionsbereich:** Ein großer Bereich für die Rezeptierung, beschriftet mit 'Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)'. Er enthält eine Tabelle für die Angabe von Zuzahlung und Gesamt-Brutto, sowie eine Tabelle für die Angabe von Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr., Faktor und Taxe für bis zu drei Verordnungen.
- Unterschrift des Arztes:** Ein Feld für die Unterschrift des Arztes, beschriftet mit 'Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)'. Darunter befindet sich ein Feld für das Abgabedatum in der Apotheke.

Für Einzelverordnung und Sprechstundenbedarf

- Einzelverordnung – kein Rubrik angeben
- Sprechstundenbedarf – 9 angeben
- Verbandmittel können produktbezogen unter Angabe der PZN rezeptiert werden
- Verbandmittel unterliegen nicht der Substitution (aut idem) und auch nicht der Importquote

Verbandmittelverordnung „Muster 16“

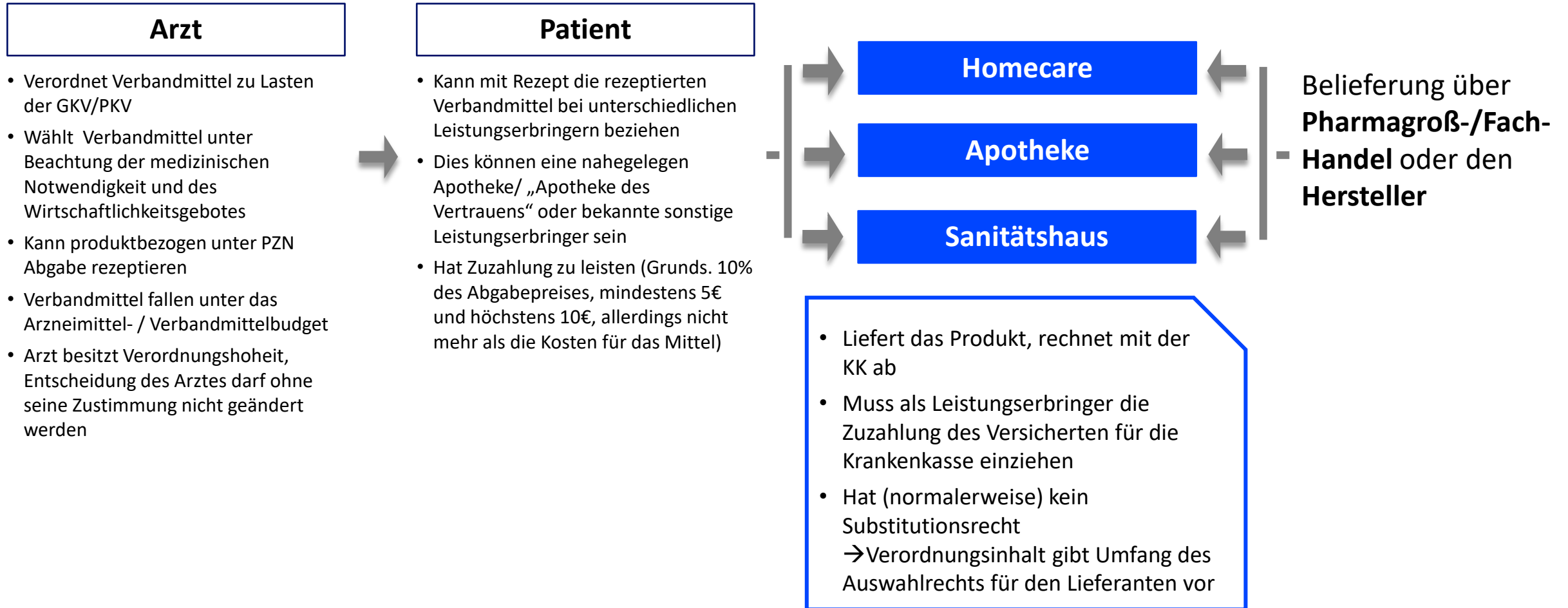
Einzelverordnung

- Rechtsgrundlage § 31 Abs. 1 SGB V
- Neue Legaldefinition von Verbandmitteln
- gesonderte Zuzahlungsregelung
 - 10 % je Verordnungszeile
 - min. 5 €; max. 10 €
 - höchstens die Kosten der Verordnungszeile
- Wirtschaftlichkeitsgebots: ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich

Sprechstundenbedarf

- Vertrag zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung
- Jede KV (17) hat eine eigene SSB-Vereinbarung
- Regelt die Verordnungsgrundsätze
- Auflistung der Produkte bzw. Substanzen in generischen Kategorien
- Wirtschaftlichkeitsgebots: ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich

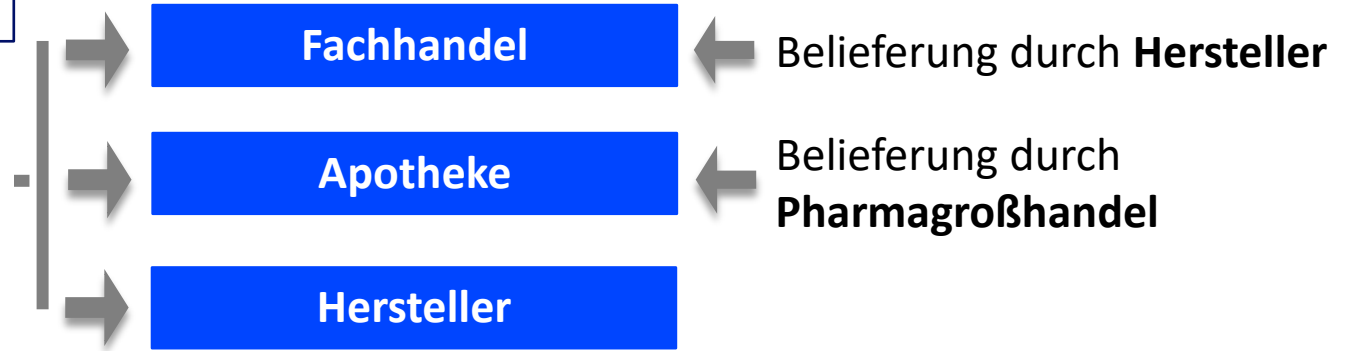
„Verordnungskette“ bei Einzelverordnung



„Verordnungskette“ im Sprechstundenbedarf

Arzt

- Kann auf Basis jeweiliger KV-bezogenen SSB Vereinbarung Verbandmittel verordnen
- Bezug der benötigten Produkte bei unterschiedlichen Leistungserbringern
- SSB Verbandmittel fallen größtenteils unter das Arznei-/Verbandmittelbudget
- Arzt besitzt Verordnungshoheit
- Muss bei Verordnung das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten
- Ist zur Verwendung in der Erst- und Notfallversorgung



- Liefert das Produkt, rechnet mit der verantwortlichen Krankenkasse / dem Abrechnungszentrum ab
- Hat (normalerweise) kein Substitutionsrecht
→ Verordnungsinhalt gibt Umfang des Auswahlrechts für den Lieferanten vor

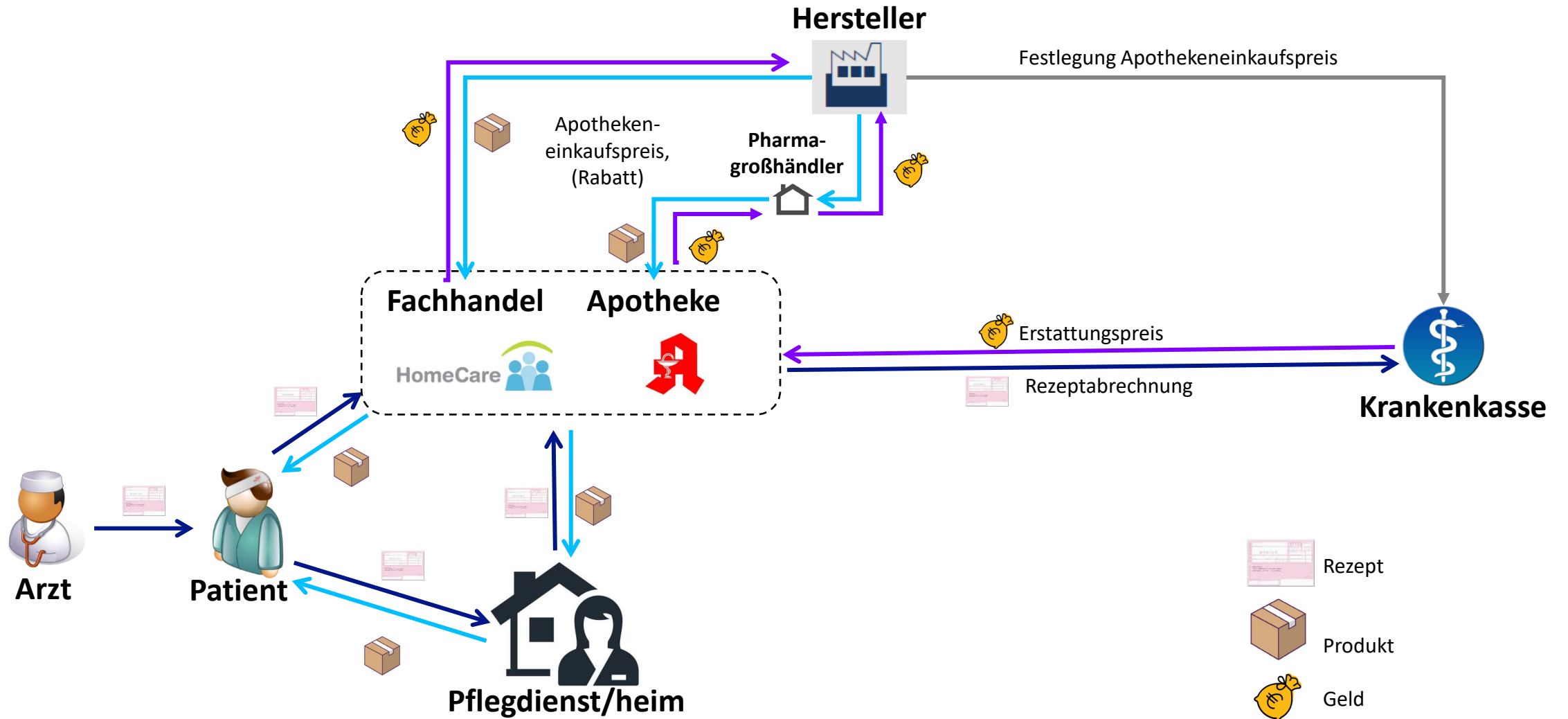
Versorgung und Abrechnung

1. Aktuelle Entwicklungen in der Versorgungslandschaft

2. Vertriebs- und Versorgungswege in der Verbandmittelversorgung

3. Erstattung und Abrechnung von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung

Rezept-/Abrechnungswege bei der Einzelverordnung



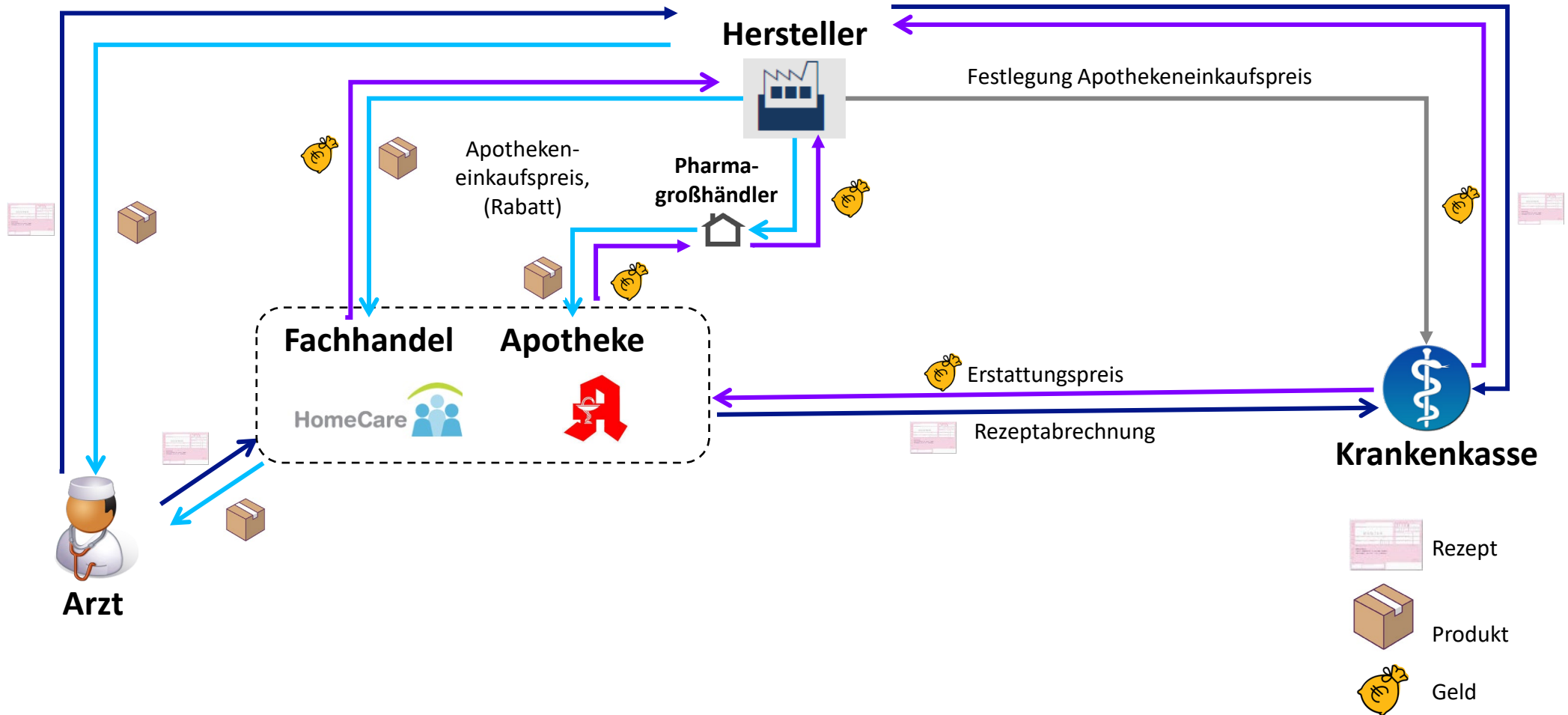
Die Einzelverordnungs-Erstattung variiert je nach Krankenkasse: Apotheke

Bundesland	Primärkassen	Ersatzkassen
Baden-Württemberg	AOK, BKK, KBS, SVLFG: (AEP + 12%)+MwSt. IKK BaWü: (AEP + 23%)+MwSt.	(AEP + 3% + 6 Euro pro Packung)+MwSt.
Bayern	(AEP + 9%)+MwSt.	
Berlin	AOK: AEP <= 49,99: (AEP+15%)+MwSt. / AEP >49,99 <=99,99: (AEP+10%)+MwSt. / AEP >99,99 (AEP+5%)+MwSt. BKK, IKK, KBS, SVLFG: (AEP+16%)+MwSt.	
Brandenburg	AOK: AEP < 20,00: (AEP+15%)+MwSt. / AEP >=20,00 < 50,00: (AEP+12,5%)+MwSt. AEP >=50,00 <100,00: (AEP+10%)+MwSt. / AEP >=100,00: (AEP+7,5%)+MwSt. BKK, IKK, KBS, SVLFG: AEP < 50,00: (AEP+15%)+MwSt. / AEP >=50,00: (AEP+10%)+MwSt. IKK Südwest: (AEP+9%)+MwSt.	
Bremen	(AEP+3%)+MwSt	
Hamburg	AEP < 70,00: (AEP+25%)+MwSt. AEP >=70,00: ((AEP+3%)+6,10€)+MwSt.	
Hessen	(AEP+10%)+MwSt.	
Mecklenburg-Vorpommern	AOK: AEP < 50,00: (AEP+15%)+MwSt. / AEP >=50,00: (AEP+10%)+MwSt. BKK, IKK, KBS, SVLFG: (AEP+29%)+MwSt.	
Niedersachsen	AOK: (AEP+5%)+MwSt. BKK, IKK, KBS, SVLFG: (AEP+10%)+MwSt.	
NRW	Teil 1 Produkte: (AEP+18%)+MwSt. Teil 2 Produkte und sPzW: AEP bis 19,99: (AEP+22%)+MwSt. / AEP ab 20,00 bis 39,99: (AEP+18%)+MwSt. / AEP ab 40,00 bis 99,99: (AEP+16%)+MwSt. / AEP ab 100,00: (AEP+12%)+MwSt.	
Rheinland-Pfalz	(AEP+10%)+MwSt.	
Saarland	(AEP+10%)+MwSt.	
Sachsen	AOK: AEP <38,57: (AEP+19%)+MwSt. / AEP >=38,57: ((AEP+3%)+6,17 €)+MwSt. BKK, IKK, KBS, SVLFG: AEP <=29,38: (AEP+24%)+MwSt. / AEP >29,38: ((AEP+3%)+6,17€)+MwSt.	
Sachsen-Anhalt	(AEP+4%)+MwSt.	
Schleswig-Holstein	(AEP+15%)+MwSt.	
Thüringen	AOK: AEP <50,00: (AEP+15%)+MwSt. / AEP >=50,00: (AEP+5%)+MwSt. BKK, KBS, SVLFG: (AEP+15%)+MwSt. IKK: AEP <=100,00: (AEP+15%)+MwSt. / AEP >100,00: (AEP+5%)+MwSt.	

Die Einzelverordnungs-Erstattung variiert je nach Krankenkasse: Homecare

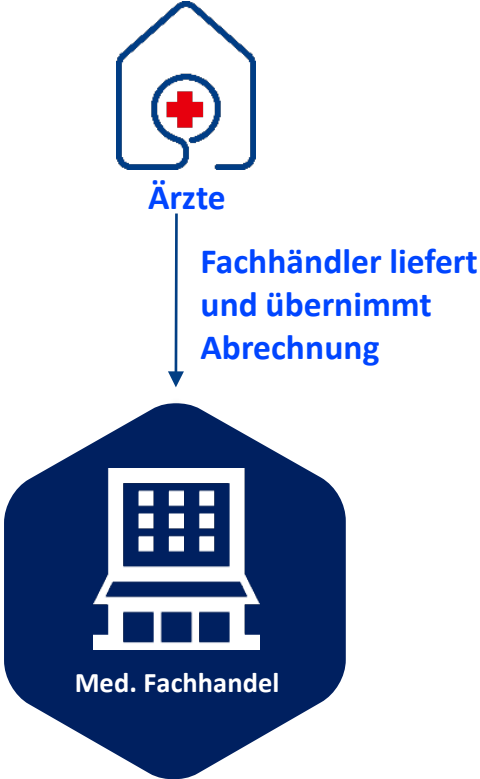
Krankenkasse	Vertragslaufzeit	Vertragspreise Fachhandel/Homecare	Vertragsart / Hinweis
AOK Sachsen-Anhalt	01.09.2023 - 31.08.2025	AEP je Packung <= 50 € = (AEP+10 %) + MwSt. AEP je Packung > 50 € = (AEP-5 %) + MwSt.	Open-House-Vertrag
Barmer	seit 01.08.2019	(AEP+0%)+MwSt.	
DAK	seit 01.01.2020	(AEP+0%)+MwSt.	Open-House-Vertrag
BIG direct gesund	05.02.2022 - 04.02.2026	(AEP+0%)+MwSt.	Open-House-Vertrag: Vertragsabschluss zur Abrechnung notwendig
IKK classic	seit 01.05.2022	AEP bis 50,00: (AEP+10%)+MwSt. AEP ab 50,01 bis 100,00: (AEP+5%)+MwSt. AEP ab 100,01: (AEP-3%)+MwSt.	Open-House-Vertrag
IKK classic		Kostenvoranschlag, dann (AEP+10%)+MwSt.	Alternativ (bei Nichtzeichnung)
AOK Bremen/Bremerhaven	01.04.2024 – 30.06.2026	(AEP-5 %) + MwSt.	Open-House-Vertrag
Techniker	seit 01.01.2023	(AEP-3 %) + MwSt.	Open-House-Vertrag
IKK Südwest	seit 08.02.2023	(AEP+0%)+MwSt.	Open-House-Vertrag
KKH	ab 01.07.2023	(AEP-3 %) + MwSt.	Open-House-Vertrag
AOK Bayern	ab 01.02.2024	(AEP-5 %) + MwSt. + ggf. ergänzende Pauschalen	Open-House-Vertrag

Rezept-/Abrechnungswege im Sprechstundenbedarf

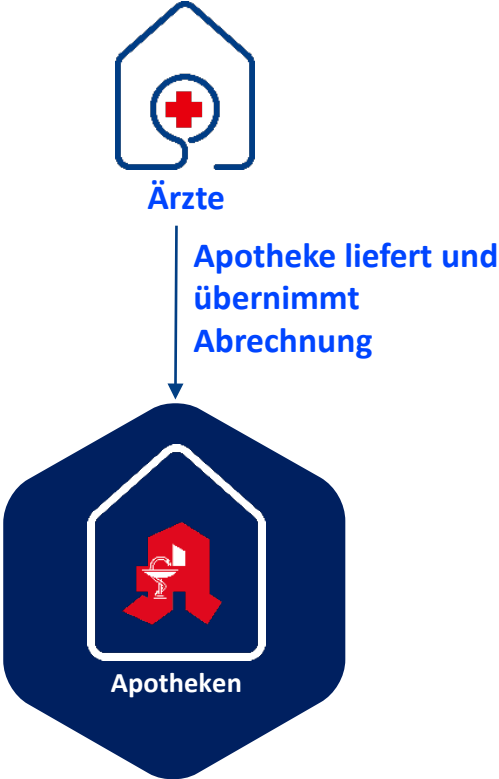


Bezugswege für Sprechstundenbedarf

WEG 1:



WEG 2:



WEG 3:



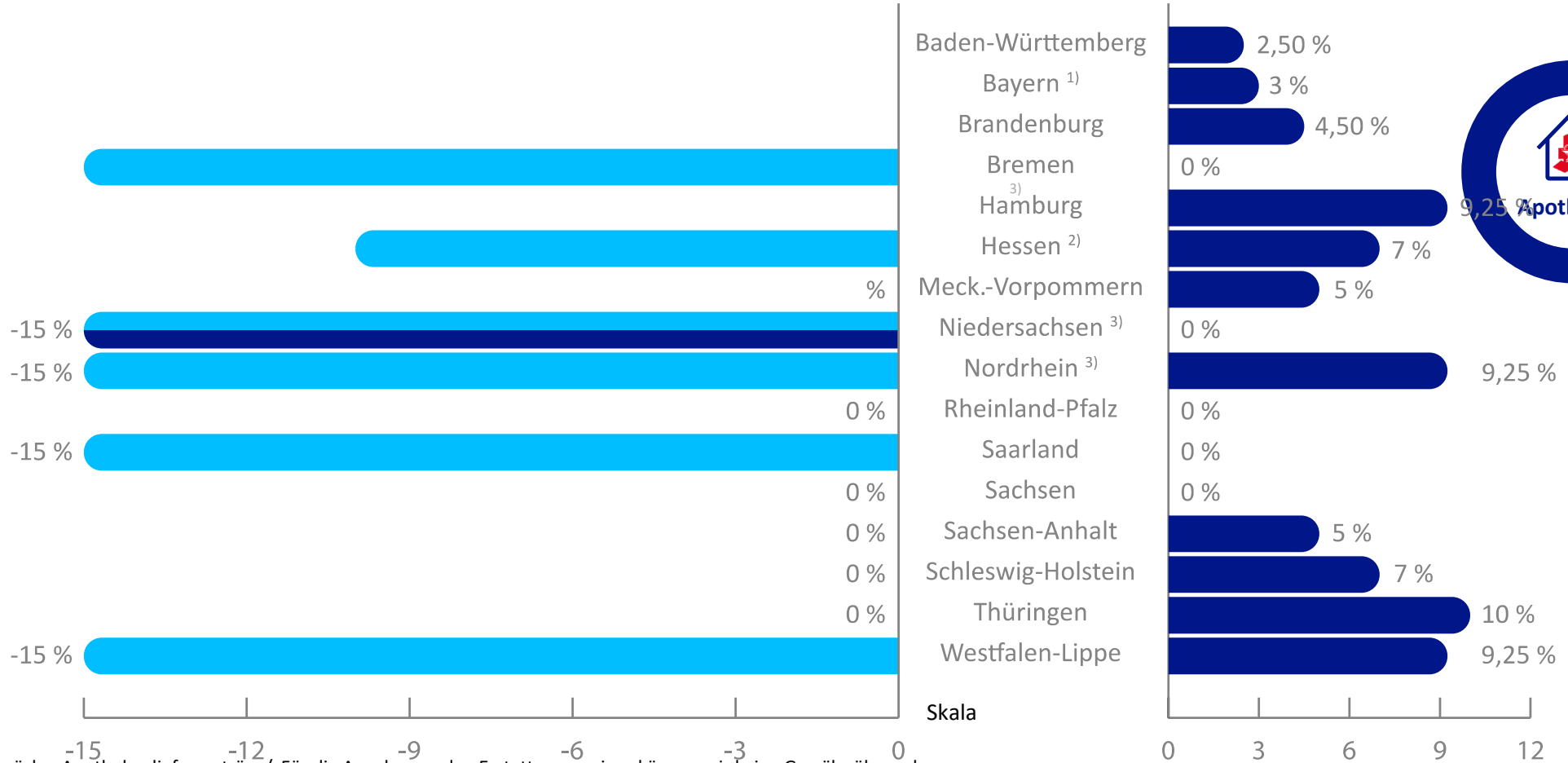
Die Sprechstundenbedarfs-Erstattung variiert je nach Bezugsweg



¹⁾ Auch Festpreise bei Apotheken

²⁾ Auch Festpreise bei Handel

³⁾ Bei HAP als Grundlage kein Abzug



*Quelle: Lauer-Taxe, Expertengespräche, Apothekenlieferverträge/ Für die Angaben zu den Erstattungspreisen können wir keine Gewähr übernehmen.

Status Quo: Vertrags-/Preisgestaltung bei Verbandmitteln

Apotheken

- Rahmenvertrag nach § 129 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutsche Apothekerverband (DAV)
- Abschluss von Arzneimittellieferverträgen
 - bundesweiter Vertrag der Ersatzkassen (vdek)
 - Primärkassen: landesweite Verträge zwischen den Landesapothekerverbänden (LAV) und Landesverbänden der Krankenkassen (teilweise auch Verträge mit Einzelkassen)



Sonstige Leistungserbringer

(z. B. Sanitätshaus, Homecareunternehmen)

- Abrechnung erfolgt aktuell i. d. R. ohne Vertrag in Anlehnung an die Vergütung der Apothekenverträge
- seit 2019 schließen Krankenkassen vereinzelt separate Verträge über Open-House, Ausschreibungen bzw. Analogverträge § 127 SGB V

Neu: BSG-Urteil – Feststellung Vertragspflicht

Erstattung und Abrechnung von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung

- **Gesetzlich möglich sind Verträge nach § 126, 127 SGB V (alte Fassung)**
d.h. Verträge ggf. inkl. Präqualifizierungsverfahren
- **Status quo:**
 - o. g. Verträge gibt es aktuell noch nicht und
 - bisher werden die sonstigen Produkte zur Wundbehandlung nur im Apothekenliefervertrag NRW benannt
- **Probleme bei der Umsetzung sind:**
 - „Mischrezepte“ aus Verbandmittel und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung wären dann problematisch, wenn für sie unterschiedliche Verträge gelten würden

Herausforderungen für Versorgung und Abrechnung

- Umsetzung der Verbandmitteldefinition, d.h. Ende der Übergangsfrist steht bevor
- Kostensteigerungen im Bereich der Verbandmittelausgaben der Krankenkassen (auch bedingt durch den demografischen Wandel)
- Preistransparenz ab 01.07.2019 beim Arzt d.h. Verordnungssoftware (nur teilweise umgesetzt) → Zunahme von Preisinformationen / „ Ampellisten“ durch KV/Kasse
- Zum Teil Anpassung von Prüfvereinbarungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen „Verordnung Verbandmittel“
- Veränderung der Versorgungsstrukturen / Kompetenzübertragung



Helps. Cares. Protects.

Vielen Dank!

