

DIE ZEITSCHRIFT FÜR  
DEN KASSENARZT

# PRO

Offizielles Mitteilungsblatt der KV Sachsen-Anhalt

## Sonderausgabe



Januar 2007 · 16. Jahrgang

Editorial	_____	1
Allgemeine Verordnungsgrundsätze	_____	2
Praxisinterne Empfehlungsliste für vorrangig zu verordnende Wirkstoffe	_____	4
Patentgeschützte Analogpräparate – Me too-Liste	_____	6
Wie viele Arzneimittel sind nötig?	_____	9
Beachtung der Wirtschaftlichkeit bei Rezeptur- verordnungen von parenteralen Lösungen	_____	10
Bezug von Impfstoffen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten	_____	11
Preisvergleiche in der Diabetes-Therapie	_____	13
Verordnung von Blutzucker-Teststreifen	_____	15
Rangliste der Heilmittelverordnungen	_____	16
Heilmittelrichtlinie: Leitfaden für den Hausarzt	_____	17
Wirtschaftliche Gesichtspunkte von Fallkonstellationen bei der Verordnung von Heilmitteln	_____	19
Rangliste der Hilfsmittelverordnungen	_____	22
Versorgung mit Hilfsmitteln bei Harn-/Stuhl- inkontinenz unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten	_____	22
Versorgung mit Kompressionsstrümpfen und -strumpfhosen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten	_____	23
Verordnungen in der Häuslichen Krankenpflege unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten	_____	25

## Leitfaden für Kostentransparenz



**Dr. Burkhard  
John,  
Vorsitzender  
des Vorstandes**

Sehr geehrte Kollegin,  
sehr geehrter Kollege,

unserer ärztliche Aufgabe ist es Patienten zu versorgen. Hierzu gehört auch die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot haben wir den Behandlungserfolg mit dem geringst möglichen aber notwendigen Aufwand zu erreichen.

Dies erfordert von uns über das medizinische Wissen hinaus eine gute Kenntnis der Kosten, die unsere Verordnungen für die Krankenkassen verursachen. Schnelle Preisveränderungen, Rabattverträge oder weitere uns nicht bekannte Kosten sind Ursache für oft fehlende Transparenz.

Mit dieser Sonder-PRO wollen wir Ihnen einen besseren Einblick er-

möglichen und mehr Transparenz über die Kosten in den wichtigsten Verordnungsbereichen herstellen. Die folgenden Zusammenstellungen können für Sie ein Leitfaden bei Ihren Verordnungen sein.

Kosten können derzeit aufgrund des Marktgeschehens effektiv nur bei den Krankenkassen ermittelt werden. Die in diesem Heft vorgestellten Daten basieren auf Auswertungen der AOK Sachsen-Anhalt. Wir sind derzeit auch mit anderen Krankenkassen im Gespräch, um die Kosten aus deren Sicht zu analysieren. Mit diesem ersten Schritt, der Herausgabe einer Sonder-PRO, wollen wir die Transparenz der Datenlage verbessern. Den so eingeschlagenen Weg werden wir auch künftig konsequent beschreiten. Verstärktes Kostenbewusstsein wird sich in den Verhandlungen mit den Krankenkassen zur Vergütung positiv auswirken, da auch diese den Euro nur einmal ausgeben können.

Ihr

Burkhard John

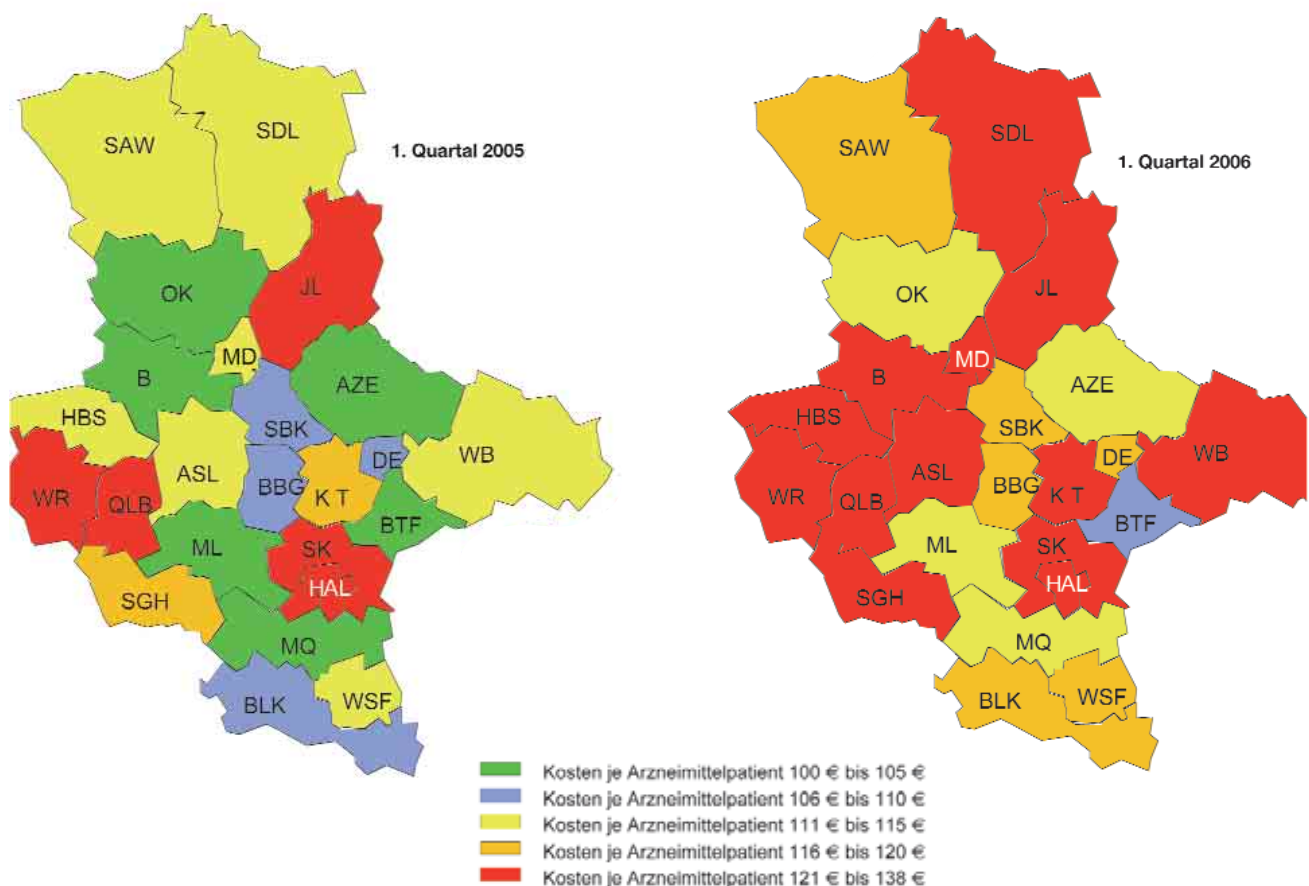


## Allgemeine Verordnungsgrundsätze

- Prüfen Sie jede Neuverordnung und jede Weiterverordnung gewissenhaft auf medizinische Notwendigkeit, das Nutzen-Risiko-Verhältnis, mögliche Interaktionen und auf Zulassung für die vorliegende Indikation.
- Bedienen Sie keine Wunschverordnungen.
- **Übernehmen Sie Therapievorschlüsse nach stationärer Behandlung nicht unkritisch und achten Sie auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise.**
- Vermeiden Sie Doppelverordnungen.
- Halten Sie Rücksprache mit anderen behandelnden Ärzten.
- Achten Sie auf die Gesamtwirkstoffanzahl und -menge, die ein Patient einnimmt und beschränken Sie diese möglichst auf ein Minimum, um unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu vermeiden.
- Konzentrieren Sie sich bei Arzneimittelverordnungen auf möglichst wenige bewährte Wirkstoffe.
- Verordnen Sie die Packungsgrößen N1, N2 und N3 therapiegerecht.
- Klären Sie den Patienten über Wirkungen und Nebenwirkungen auf.
- Erfragen Sie die Compliance des Patienten.
- Verordnen Sie entsprechend den Arzneimittelrichtlinien.
- **Informieren Sie sich über die aktuellen Preise und zuzahlungsbefreiten Arzneimittel, nutzen Sie das Generikaangebot.**

## Vergleich der Netto-Kosten je Arzneimittelpatient\* für alle niedergelassenen und ermächtigten Ärzte in den Regionen

vom 1. Quartal 2005 zum 1. Quartal 2006





## Netto-Kosten je Arzneimittelpatient\* für alle Ärzte in den Regionen für das 1. Quartal 2005 im Vergleich zum 1. Quartal 2006

Rang in 1/06	Landkreis		Rang- änderung	Netto-Kosten je Arzneimittelpatient* 1-2005	Netto-Kosten je Arzneimittelpatient* 1-2006
1.	Bitterfeld	(BTF)	➔	100,31	108,89
2.	Merseburg-Querfurt	(MQ)	⬆	105,93	111,06
3.	Anhalt-Zerbst	(AZE)	⬇	103,84	112,00
4.	Mansfelder Land	(ML)	➔	104,44	113,81
5.	Ohrekreis	(OK)	➔	104,67	115,76
6.	Schönebeck	(SBK)	⬆	110,75	116,59
7.	Bernburg	(BBG)	⬆	108,92	116,94
8.	Weißenfels	(WSF)	⬆	114,68	117,64
9.	Altmarkkreis Salzwedel	(SAW)	⬆	111,13	119,13
10.	Burgenlandkreis	(BLK)	⬇	108,68	119,37
11.	Dessau	(DE)	⬇	107,88	120,13
12.	Bördekreis	(BÖ)	⬇	104,41	123,72
13.	Magdeburg	(MD)	⬆	112,62	123,91
14.	Aschersleben- Staßfurt	(ASL)	⬆	114,70	124,27
15.	Wittenberg	(WB)	⬇	111,50	125,48
16.	Saalkreis	(SK)	⬆	122,51	127,94
17.	Sangerhausen	(SGH)	⬆	119,42	128,57
18.	Stendal	(SDL)	⬇	113,06	131,50
19.	Halberstadt	(HBS)	⬇	111,67	131,73
20.	Quedlinburg	(QLB)	⬆	123,70	132,13
21.	Jerichower Land	(JL)	⬆	124,08	133,00
22.	Halle (Saale)	(HAL)	⬆	134,41	133,55
23.	Wernigerode	(WR)	➔	127,17	136,31
24.	Köthen	(KÖT)	⬇	120,88	138,01



Quelle: AOK Sachsen-Anhalt-Daten

\* Arzneimittelpatient = Versicherter der AOK-Sachsen-Anhalt, der mindestens ein Rezept im Quartal erhalten hat.



# Praxisinterne Empfehlungsliste für vorrangig zu verordnende Wirkstoffe

Mit der Veröffentlichung dieser Empfehlungsliste geben wir Ihnen eine Hilfestellung zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln für die häufigsten Krankheitsbilder

in der allgemeinärztlichen Praxis. Zur Therapie sollten vorzugsweise die hier aufgeführten Wirkstoffe eingesetzt werden. Es sind bewährte und in Studien untersuchte Arznei-

mittel mit belegtem Nutzen. Eine Erweiterung – zugeschnitten auf die Klientel der einzelnen Praxis – ist möglich. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Stand: Oktober 2006

Nr.	Bezeichnung	Wirkstoff	Bemerkungen
<b>1.</b>	<b>Betarezeptoren-, Calciumkanalblocker u. Hemmstoffe d. Renin-Angiotensin-Systems und andere Antihypertonika</b>		
1.1	Betarezeptorenblocker	Bisoprolol Metoprolol Carvediol	
1.2	Calciumkanalblocker (Calciumantagonisten)	Nitrendipin Amlodipin Verapamil	
1.3	ACE- Hemmer	Captopril Enalapril Lisinopril Ramipril	auch jeweils als Kombinations- präparat mit einem Thiaziddiuretikum
1.4	Angiotensinrezeptorantagonisten		alternativ nur bei ACE-Hemmer- Unverträglichkeit bzw. Kontraindikation
1.5	Alpharezeptorenblocker	Doxazosin	
1.6	Antisymphotonika	Clonidin Moxonidin	
<b>2.</b>	<b>Koronarmittel</b>		
	Nitrate	ISDN ISMN Pentaerythryltetranitrat	
<b>3.</b>	<b>Diuretika</b>		
3.1	Thiazide	Hydrochlorothiazid Chlortalidon	
3.2	Schleifendiuretika	Furosemid Torasemid	
3.3	Aldosteronantagonisten	Spironolacton	
<b>4.</b>	<b>Antidiabetika</b>		
4.1	Insuline	Humaninsulin	
4.2	Orale Antidiabetika	Glibenclamid Glimepirid Metformin	
<b>5.</b>	<b>Lipidsenker</b>		
5.1	HMG-CoA-Reduktasehemmer	Simvastatin Pravastatin	
5.2	Fibrate	Gemfibrozil Fenofibrat	



<b>6.</b>	<b>Magen-Darm-Mittel</b>		
6.1	H <sub>2</sub> — Rezeptorenblocker	Ranitidin Famotidin	
6.2	Protonenpumpenblocker	Omeprazol	
6.3	Motilität beeinflussende Mittel	Metoclopramid	
<b>7.</b>	<b>Analgetika</b>		
7.1	Nichtopioide	Azetylsalicylsäure Paracetamol Metamizol	
7.2	Schwachwirksame Opiate	Tramadol Tilidin	
7.3	Starke Opiate	Morphin (oral) Fentanyl (TTS)	
7.4	Antirheumatika	Diclofenac Ibuprofen	eventuell in Kombination mit einem Protonenpumpenblocker zum Magenschutz
<b>8.</b>	<b>Broncholytika/Antiasthmatika</b>		
8.1	Kurzwirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika	Salbutamol	
8.2	Langwirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika	Salmeterol Formoterol	Fixkombinationen aus langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika mit Glukokortikoiden zur Inhalation bei mäßigem oder schwerem Asthma (Stufe 3 und 4 in nationalen/internationalen Therapieempfehlungen)
8.3	Inhalative Glucocorticoide	Budesonid	
8.4	Xanthinderivate	Theophyllin	
8.5	Anticholinergika	Ipratropiumbromid Tiotropiumbromid	
<b>9.</b>	<b>Antibiotika</b>		
9.1	Penicilline	Phenoxymethylpenicillin	
9.2	Aminopenicilline	Amoxicillin	
9.3	Cephalosporine	Cefaclor Cefalexin	
9.4	Tetracycline	-	
9.5	Makrolidantibiotika	Erythromycin Clarithromycin Roxithromycin Azithromycin	
9.6	Lincosamide	Clindamycin	
9.7	Gyrasehemmer (als Reservemittel)	Ciprofloxacin Ofloxacin Norfloxacin	
9.8	Sulfonamide und Trimethoprim	Trimethoprim Co-Trimoxazol	
9.9	Nitroimidazolderivate	Metronidazol	



## Patentgeschützte Analogpräparate – Me too-Liste

Als patentgeschützte Analogpräparate (Me-too-Präparate) werden alle Arzneimittel bezeichnet, für die Patentschutz in irgendeiner Form (z. B. Wirkstoff-, Herstellungs-, Verwertungs-, Unterlagenschutz usw.) besteht und für die keine Generika mit gleichartigen Wirkstoffen verfügbar sind.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme in die vorliegende Aufstellung sind, dass

- diese basierend auf der Methode von Fricke und Klaus als Analogpräparate mit keinen oder nur marginalen Unterschieden zu bereits eingeführten Präparaten klassifiziert wurden,
- der Patentschutz am 1. November 2006 noch nicht abgelaufen war,

- die Arzneimittel am 1. November 2006 im Handel waren,
- im Zeitraum Januar bis Juni 2006 bundesweit mindestens 500 Verordnungen nach den Daten der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSI) erreicht wurden und
- ein pharmakologisch-therapeutisch vergleichbares Arzneimittel für die Hauptindikation mit günstigeren Tagestherapiekosten für die verordnungshäufigste Packungsgröße als Substitution verfügbar war.

Die KV Sachsen-Anhalt und die Verbände der Krankenkassen haben **in der Anlage 2 zur Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2007** entsprechende Präparate und Wirkstoffe in einer **Me too-Liste** zusammengefasst und als ein Ziel für das

Jahr 2007 die Absenkung des Verordnungsanteils dieser dort aufgeführten patentgeschützten Analogpräparate oder Scheininnovationen vereinbart. Die Me too-Liste hatte bei der erstmaligen Veröffentlichung den Stand 7. Juli 2006 und ist zwischenzeitlich aus rechtlichen Gründen in einigen Positionen angepasst worden. Hier wird der derzeitige Stand der Anlage 2 veröffentlicht.

Die **jeweils aktuellste Fassung ist auch im Internet** abrufbar:

[www.kvsa.de](http://www.kvsa.de) unter:

Mitglieder – Arzneimittel – „Arzneimittelvereinbarung 2007 ...“ oder unter Mitglieder – Verträge – Arzneimittel und Heilmittel – Arzneimittel – Arzneimittelvereinbarung 2007).

Stand: 17. November 2006

Präparat 1	Wirkstoff
Abilify	Aripiprazol
Actonel 5/35	Risedronsäure
Aerius	Desloratadin
Allegro	Frovatriptan
Almogran	Almotriptan
Alomide	Lodoxamid
Alphagan	Brimonidin
Andante	Bunazosin
Antagonil	Nicardipin
Asmanex	Mometason
Atemur	Fluticason
Azilect	Rasagilin
Bambec	Bambuterol
Baymycard	Nisoldipin
Bipreterax	Perindopril und Diuretika
Bonviva	Ibandronsäure
Calcort	Deflazacort
Carmen	Lercanidipin
Chirocain	Levobupivacain
Ciprallex	Escitalopram
Clivarin	Reviparin
Corifeo	Lercanidipin
Cosmofer	Eisen(III)oxid-Dextran-Komplex
Coversum	Perindopril





<b>Präparat 1</b>	<b>Wirkstoff</b>
Coversum combi	Perindopril und Diuretika
Cranoc	Fluvastatin
Deltaran	Dexibuprofen
Detrusitol	Tolterodin
Dynacil comp.	Fosinopril und Diuretika
Dynorm	Cilazapril
Dynorm Plus	Cilazapril und Diuretika
Emadine	Emedastin
Esmeron	Rocuroniumbromid
Fempres	Moexipril
Fempres plus	Moexipril und Diuretika
Fenistil Pencivir	Penciclovir
Fenizolan	Fenticonazol
Flutide (ausgenommen Kinder von 0-12 Jahre)	Fluticason
Flutide Nasal	Fluticason
Flutivate	Fluticason
Fosinorm comp	Fosinopril und Diuretika
Fraxiparin	Nadroparin
Granocyte	Lenograstim
Idom	Dosulepin
Importal	Lactitol
Irtan	Nedocromil
Keimax	Ceftibuten
Livocab	Levocabastin
Locol	Fluvastatin
Lomir	Isradipin
Lyrice	Pregabalin
Manyper	Manidipin
Maxalt	Rizatriptan
Mizollen	Mizolastin
Mono-Embolex	Certoparin
Motens	Lacidipin
Nadixa	Nadifloxacin
Naropin	Ropivacain
Nasonex	Mometason
Nebilet	Nebivolol
Neupro	Rotigotin
Nexium	Esomeprazol
Opatanol	Olopatadin
Orgalutran	Ganirelix
Pantozol	Pantoprazol
Pariet	Rabeprazol
Parkinsan	Budipin
Preterax	Perindopril und Diuretika
Quadropril	Spirapril
Relestat	Epinastin
Relpax	Eletriptan
Rifun	Pantoprazol
Seroquel	Quetiapin
Sonata	Zaleplon
Sortis	Atorvastatin
Starlix	Nateglinid



<b>Präparat 1</b>	<b>Wirkstoff</b>
Sympal	Dexketoprofen
Tanatril	Imidapril
Telos	Lornoxicam
Timox	Oxcarbazepin
Trileptal	Oxcarbazepin
Udrik	Trandolapril
Unacid PD	Sultamicillin
Vascal	Isradipin
Vexol	Rimexolon
Xusal/-akut	Levocetirizin
Zemplar	Paricalcitol
Zolim	Mizolastin
Zyprexa	Olanzapin

1 Hierunter werden ebenfalls namensgleiche und -ungleiche Arzneimittel der Reimporte und Importe erfasst.  
Quelle: Prof. Schwabe im Projektauftrag der KV Nordrhein und der nordrheinischen Krankenkassen  
Stand: 17. November 2006



## Wie viele Arzneimittel sind nötig?

Um Sie bei der Koordination der Arzneimittelverordnungen zu unterstützen, informiert die AOK Sachsen-Anhalt über Auffälligkeiten bei Arzneimittelverordnungen für Patienten.

### Um welche Patienten handelt es sich?

Eine Analyse der Daten des vierten Quartals 2005 weist 751 am Hausarztprogramm teilnehmende Versicherte der AOK Sachsen-Anhalt aus, denen mehr als 16 verschiedene Wirkstoffe verordnet wurden (siehe nebenstehende Tabelle).

Oftmals sind mehrere Ärzte an den Verordnungen beteiligt. Dabei wurden die verschriebenen Medikamente von Haut- und Augenärzten aufgrund der oftmals lokalen Anwendung bei der Analyse bereits ausgeschlossen.

Ältere Menschen sind zwar vielfach multimorbide und oft werden mehrere Krankheiten gleichzeitig diagnostiziert. Die wissenschaftliche Literatur belegt jedoch, dass die Nebenwirkungsquote mit wachsender Wirkstoffzahl exponentiell ansteigt.

„Als allgemeine Regel sind maximal fünf verschiedene Medikamente, meist entsprechend einer Einnahme von bis zu zehn Tabletten täglich, das Maximum. [...] Trotzdem erfordert gerade bei multimorbiden Patienten eine derartige Beschränkung der Gesamtzahl der Medikamente oder Tabletten einen Verzicht auf an sich wirksame Pharmaka. Wichtig ist dabei, den Patienten ganzheitlich und nicht nur die fachspezifische Medikation (Kardiologie, Diabetologie, Nephrologie, Pulmologie) zu berücksichtigen.

### Die Anzahl der verschriebenen Wirkstoffe verteilt sich folgendermaßen:

Anzahl der verschiedenen Wirkstoffe	Anzahl Versicherte
über 26	5
21 – 25	54
16 – 20	692
11 – 15	7.557
06 – 10	58.368

Damit ergeben sich folgende Konsequenzen:

- Therapeutische Prioritäten festlegen!
- Zahl der Medikamente auf das notwendige Maß beschränken!
- Kombinationspräparate, wenn möglich, bevorzugen!
- Praktische Umsetzbarkeit beachten!
- Patienten oder Betreuer über Sinn und Notwendigkeit der Therapie fortlaufend informieren!<sup>1</sup>

Lüscher et. al.<sup>2</sup> hat bereits 1982 über Untersuchungen berichtet, nach denen vor allem in der Langzeittherapie die Compliance oder Therapiedisziplin der Patienten beeinträchtigt ist. So befolgen hierbei 20 bis 50 Prozent der Patienten die ärztlichen Anordnungen nicht oder nur ungenügend. Dies betrifft insbesondere die Behandlung von Patienten mit essenzieller Hypertonie und Fettstoffwech-

selstörungen. Die Einnahmedisziplin verschlechtert sich im Laufe der Behandlung zusehends. So ist in den ersten vier Monaten mit einem Abfall der Compliancerate um 30 Prozent zu rechnen. Nach fünf Jahren ist nur noch ein Fünftel bis ein Viertel der Patienten therapietreu. Als compliancefördernde Maßnahme wurde die Verwendung von „langsam-freisetzenden“ Präparaten gefordert, um die tägliche Tablettenzahl möglichst klein zu halten. Bei mehreren Tablettenannahmen pro Tag ist ein schriftlicher Verordnungszettel von Nutzen. Auch gibt es Hinweise, dass vermehrt Krankenhausaufnahmen aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen notwendig sind, wenn viele Arzneimittel gleichzeitig eingenommen werden.

Zitat: <sup>1</sup>Meinertz T., Kähler J. Polypharmakotherapie: Ein Problem der Evidence-based Medicine. Arzneimitteltherapie 23. Jahrgang, Heft 6/2005, S. 176-180, <sup>2</sup>T. Lüscher, H. Vetter, P. Greminger, R. Steiner, W. Siegenthaler und W. Vetter, Patienten-Compliance, Journal of Molecular Medicine, Springer Berlin / Heidelberg, Vol. 60, Number 4 / February, 1982



# Beachtung der Wirtschaftlichkeit bei Rezepturverordnungen von parenteralen Lösungen

Bei Verordnungen über Rezepturanfertigungen von Arzneimitteln muss geprüft werden, ob eine solche Anfertigung durch eine Apotheke tatsächlich notwendig ist oder das entsprechende Arzneimittel auch als Fertigarzneimittel verordnet werden kann.

Ist eine parenterale Gabe vorgesehen, kann in vielen Fällen das Arzneimittel in der Arztpraxis in einen gebrauchsfertigen Zustand gebracht werden. Ausschließlich für toxische Arzneimittel wie Zytostatika, deren Zubereitung bestimmte Sicherheits-

vorkehrungen erfordert, ist eine rezepturmäßige Herstellung in einer Apotheke notwendig.

Jedoch ist die Verordnung von Wirkstoffen wie beispielsweise Bisphosphonate, Kortisone, Antiallergika, Antiemetika oder H<sub>2</sub>-Blocker nicht als Rezeptur erforderlich.

Dasselbe gilt für Präparate mit monoklonalen Antikörpern wie beispielsweise Herceptin oder Mabthera. Bei der Zubereitung besteht keine Gefährdung des herstellenden Personals. Die Hersteller geben in

den Fachinformationen klare Empfehlungen an medizinisches Fachpersonal.

Eine Anfertigung unter aseptischen Bedingungen kann direkt in der Arztpraxis oder der Krankenhausambulanz zur unmittelbaren Anwendung am Patienten vorgenommen werden. In den entsprechenden Fachinformationen wird kein Laminar Air Flow (spezielles Belüftungssystem für die Herstellung der Zytostatika) empfohlen. Insofern sind Zubereitungen dieser Wirkstoffe als infusionsfertige Lösungen durch Apotheken als unwirtschaftlich einzustufen.

## Folgende Beispiele sollen dies verdeutlichen:

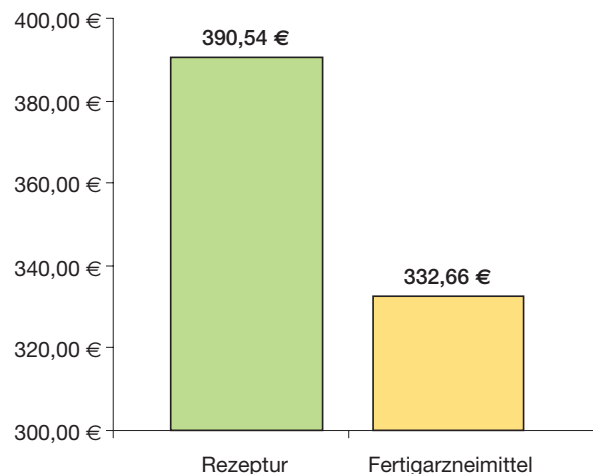
### Beispiel 1

#### Rezeptur: Zometa 4 mg in 250 ml 0,9 % NaCl

Einkaufspreis: Zometa 4mg/5ml N1	285,78 €
NaCl 0,9 % N1	2,25 €
Aufschlag 3 %	8,64 €
Zuschlag	40,00 €
Mehrwertsteuer 16 %	53,87 €
<b>Gesamt</b>	<b>390,54 €</b>

#### Fertigarzneimittel: Zometa 4 mg/5 ml N1

Einkaufspreis: Zometa 4mg/5ml N1	285,78 €
Arzneimittelpreisverordnung (+3 %; + 8,10 €)	8,57 €
	8,10 €
Mehrwertsteuer 16 %	48,39 €
<b>Zwischensumme</b>	<b>350,84 €</b>
abzüglich Herstellerrabatt	- 16,18 €
abzüglich Apothekenrabatt	- 2,00 €
<b>Gesamt</b>	<b>332,66 €</b>



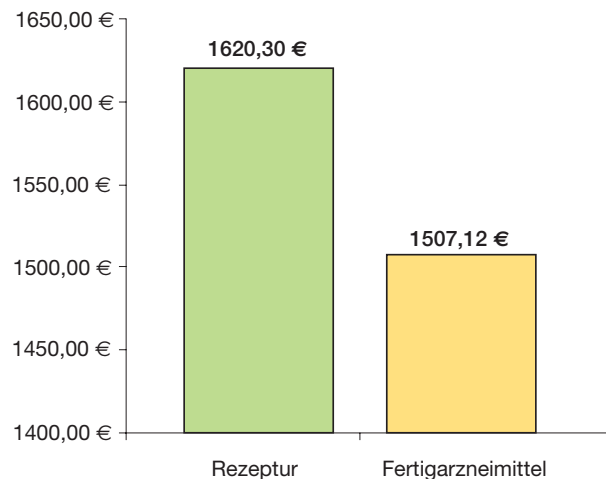
### Beispiel 2

#### Rezeptur: Herceptin 280 mg/250 ml NaCl

Einkaufspreis: 2 x Herceptin 150 mg N1	(657,52 €)	1.315,04 €
NaCl 0,9 % N1		2,25 €
Aufschlag 3 %		39,52 €
Zuschlag		40,00 €
Mehrwertsteuer 16 %		223,49 €
<b>Gesamt</b>		<b>1.620,30 €</b>

#### Fertigarzneimittel 2x: Herceptin 150 mg N1 (Einzelpreis)

Einkaufspreis: Herceptin 150 mg N1	(657,52 €)	1.315,04 €
Arzneimittelpreisverordnung (+3 %; + 8,10 €)	(19,73 €)	39,46 €
	(8,10 €)	16,20 €
Mehrwertsteuer 16 %	(109,66 €)	219,32 €
<b>Zwischensumme</b>	<b>(795,01 €)</b>	<b>1.590,02 €</b>
abzüglich Herstellerrabatt	- (39,45 €)	78,90 €
abzüglich Apothekenrabatt	- (2,00 €)	4,00 €
<b>Gesamt</b>		<b>1.507,12 €</b>





## Bezug von Impfstoffen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten

Impfstoffe sind apothekenpflichtige Produkte. Im Gegensatz zu Fertigarzneimitteln sind die Preise von Impfstoffen nicht feststehend, sondern werden gemäß der vertraglichen Gestaltung mit den Apotheken gebildet. Je nach gewählter Apotheke unterscheiden sich die Preise für Impfstoffe:

Vertragspartner-Apotheken	Konditionen für alle Impfstoffe	Konditionen für generisch verfügbaren Grippe-Impfstoff
	zzgl. MwSt.	zzgl. MwSt. Preise für 1 Ampulle
<b>mycare.de Versandapotheke</b> Postfach 4142 06878 Lutherstadt Wittenberg Telefon: 0800 - 8770120 Bestellfax: 0800 - 8770121 (gebührenfrei)	AEP* + 0%	AEP* - 10%  zwischen 6,00 und 8,00 €
<b>Apotheke Zur Rose</b> Thüringer Straße 29 06112 Halle/Saale Telefon: 01805 - 88 30 30 Fax: 01805 - 88 30 33 Web: www.zurrose.de	AEP* + 0%	AEP* + 0%  zwischen 7,00 und 9,00 €
<b>Post-Apotheke Falkensee</b> Poststraße 46 14612 Falkensee Telefon: 03322 - 20 05 04	-	<b>Staffelpreise nach Abnahmemenge</b>  bei 50 Ampullen = 5,50 € bei 100 Ampullen = 5,30 €
<b>Öffentliche Apotheke</b> Konditionen nach Arznei-Liefervertrag	AEP* + 5 %	AEP* + 5 %  zwischen 8,00 und 10,00 €

### Als Beispiel Preise für Grippeimpfstoff:

Name	Menge	AEP*
Influsplit 2006/2007	10 x 0,5 ml	92,12 €
Mutagrip 2006/2007	10 x 0,5 ml	92,06 €
Begrivac 2006/2007	10 x 0,5 ml	91,24 €
Grippe Impfstoff Chiron 06/07	10 x 0,5 ml	91,24 €
Grippe Impfstoff Stada 06/07	10 ST	91,66 €
Grippeimpfstoff ratiopharm 06/07	10 ST	74,16 €

\* AEP = Apotheken-Einkaufspreis

Preisstand: September 2006

Durch Auswahl preiswerter Produkte und Bezug über unterschiedliche Wege können die oben genannten Preise z. B. als Basis zur Abrechnung kommen. Je nach Wahl der Apotheke wird der Apothekeneinkaufspreis vor der Abrechnung um fünf Prozent angehoben oder um zehn Prozent abge-

senkt! Für die **Bestellung der Impfstoffe** können Sie nachfolgendes **Formular** an die o. g. Apotheken verwenden.

Jedoch muss **ein Rezept** mit einer **Unterschrift** von Ihnen der vorangegangenen Bestellung per Fax **folgen!**

### Achtung für 2007!

Durch frühzeitige Abgabe der Bestellung - möglichst schon Anfang des Jahres 2007- wird die fristgerechte Belieferung mit Grippeimpfstoff gesichert. Insbesondere generischer Impfstoff muss zeitig bestellt werden.

## Bestellfax Impfstoffe

Praxisstempel

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Ich bestelle zu Ihren allgemeinen Verkaufs- und Lieferbedingungen nachstehende Artikel:

PZN (falls vorhanden)	Bezeichnung / Stärke / Packungsgröße	SSB	PB	Anzahl
<input type="text"/>	<input type="text"/>	bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (des Arztes)



# Preisvergleiche in der Diabetes-Therapie

## Vergleich der Jahreskosten (Standardtherapie und Therapie mit Analogpräparaten)

Nachstehende Auflistung zeigt, welche Kosten beim Einsatz der unterschiedlichen Diabetespräparate entstehen.

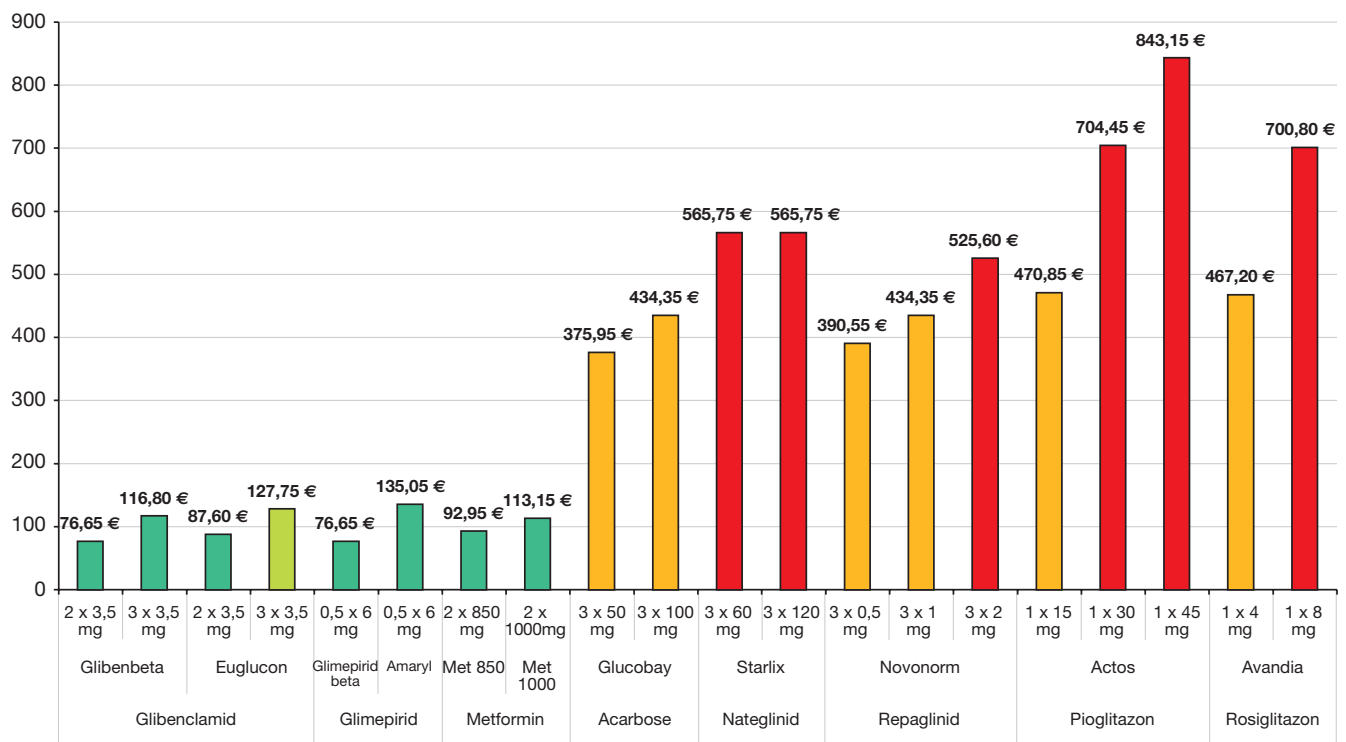
### Orale Antidiabetika

Wirkstoff / Präparat	Dosierung	Tageskosten €	Jahreskosten €
<b>Glibenclamid</b>			
Glibenbeta	2 x 3,5 mg	0,21	76,65
	3 x 3,5 mg	0,32	116,80
Euglucon	2 x 3,5 mg	0,24	87,60
	3 x 3,5 mg	0,35	127,75
<b>Glimepirid</b>			
Glimepirid beta	0,5 x 6 mg	0,21	76,65
Amaryl	0,5 x 6 mg	0,37	135,05
<b>Metformin</b>			
Met 850	2 x 850 mg	0,25	92,95
Met 1000	2 x 1.000 mg	0,31	113,15
<b>Acarbose</b>			
Glucobay	3 x 50 mg	1,03	375,95
	3 x 100 mg	1,19	434,35

Wirkstoff / Präparat	Dosierung	Tageskosten €	Jahreskosten €
<b>Nateglinid</b>			
Starlix	3 x 60 mg	1,55	565,75
	3 x 120 mg	1,55	565,75
<b>Repaglinid</b>			
Novonorm	3 x 0,5 mg	1,07	390,55
	3 x 1 mg	1,19	434,35
	3 x 2 mg	1,44	525,60
<b>Pioglitazon</b>			
Actos	1 x 15 mg	1,29	470,85
	1 x 30 mg	1,93	704,45
	1 x 45 mg	2,31	843,15
<b>Rosiglitazon</b>			
Avandia	1 x 4 mg	1,28	467,20
	1 x 8 mg	1,92	700,80

Preisstand: 15.10.2006

### Vergleich der Jahreskosten zur Therapie mit Analogpräparaten Hier: orale Antidiabetika



Quelle: AOK Sachsen-Anhalt, Preisstand 15.10.2006



## Vergleich der Jahreskosten für die Behandlung zweier Patienten mit o. g. Arzneimitteln

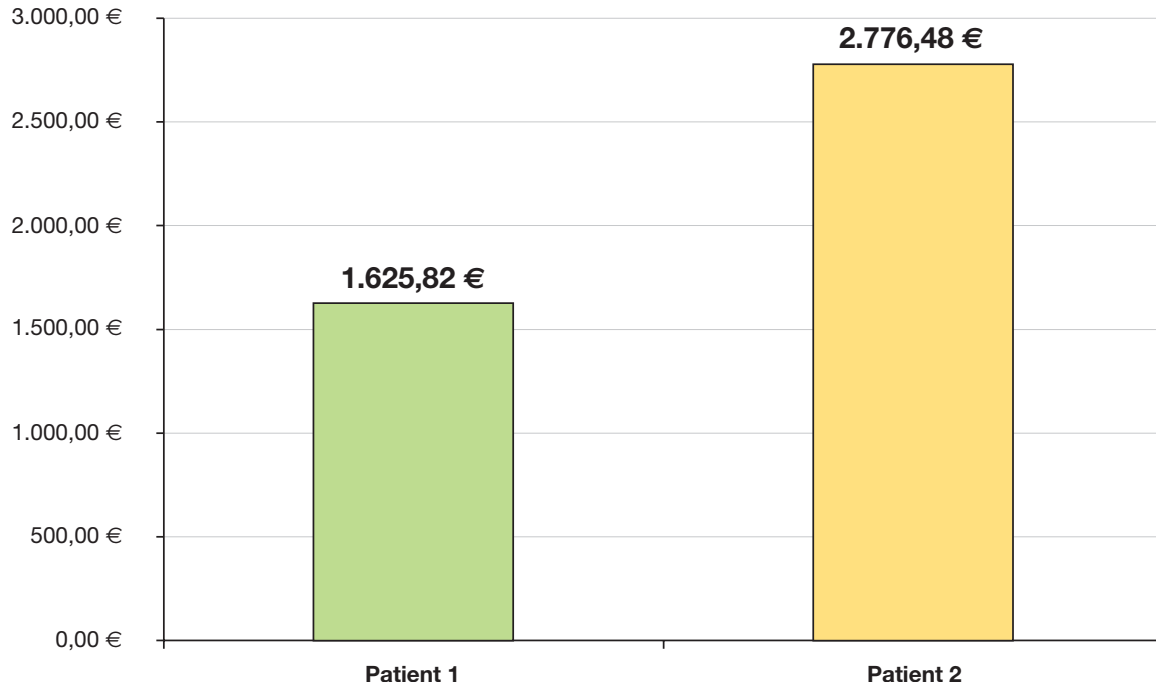
Um deutlich zu machen, welche Unterschiede bestehen, wurden die Jahreskosten einer Therapie mit hochpreisigen Original- bzw. Me-too-Präparaten zu einer Therapie mit gut erprobten, lang eingeführten Medikamenten verglichen.

Beide Patienten erhalten eine intensivierte Insulintherapie, einen CSE-Hemmer sowie zwei blutdrucksenkende Präparate.

Der Preisunterschied über 1 Jahr beträgt ca. 1.151 Euro!

Patient 1			Patient 2		
Präparat	Menge/Dos.	Jahreskosten €	Präparat	Menge/Dos.	Jahreskosten €
Actrapid	8 x 30 ml	758,00	Humalog	8 x 30 ml	1.010,80
Protaphane	6 x 30 ml	568,50	Lantus	6 x 30 ml	884,89
Simvabeta 40	1 x 1	201,59	Locol 80	1 x 1	271,23
Ramipril Beta 5	1 x 1	56,72	Lorzaar 50	1 x 1	361,65
Bisobeta 10	1 x 1/2	41,01	Nebilet	1 x 1	247,91
Summe		<b>1.625,82</b>	Summe		<b>2.776,48</b>

Preisstand: Oktober 2006



Preisstand: Oktober 2006





## Verordnung von Blutzucker-Teststreifen

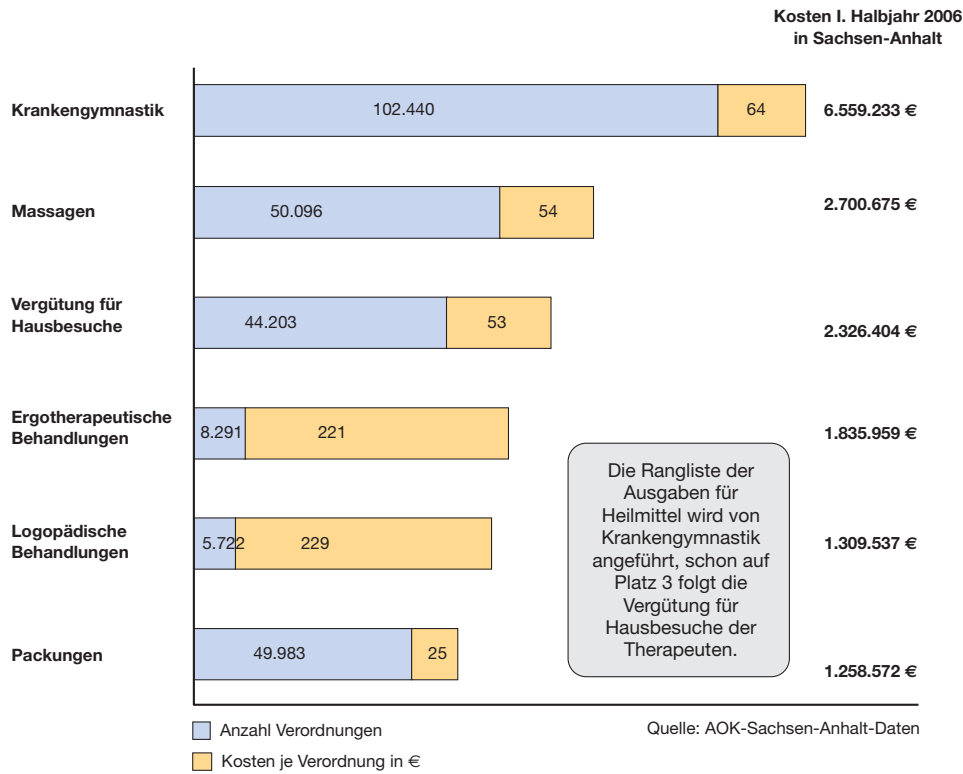
Die Empfehlungen sind gemeinsam vom Berufsverband der Allgemeinmediziner, von den diabetologischen Schwerpunktpraxen sowie vom Landesverband des Deutschen Diabetiker Bundes bekannt gegeben worden. Diese Therapieempfehlungen zur Verordnung von Blutzuckerteststreifen bei Diabetikern sind unabhängig von der Teilnahme am DMP „Diabetes mellitus Typ 2“. Bei den angegebenen Therapieempfehlungen handelt es sich um die jeweils empfohlene Höchstabgabemenge.

Diabetestyp und Behandlungsform	Anzahl der BZ-Teststreifen pro Quartal
Typ 1 und Typ 2 mit intensivierter Insulintherapie	entsprechend dem Bedarf 3 – 6 Teststreifen pro Tag
Typ 1 und Typ 2 mit Insulinpumpentherapie	entsprechend dem Bedarf 3 – 6 Teststreifen pro Tag
BZ- und kostabhängige Insulindosisanpassung Gestationsdiabetes	entsprechend dem Bedarf 3 – 6 Teststreifen pro Tag
Typ 2 mit 2x Mischinsulin und 1x Normalinsulin BZ-Korrektur mit Normalinsulin	ca. 150 Teststreifen
Typ 2 mit 2x Mischinsulin oder Kombination mit Mischinsulin und oralen Antidiabetika	ca. 50 Teststreifen einmal pro Woche Tagesprofil empfohlen
Jüngere Typ 2 Diabetiker mit oraler Therapie bis ca. 60 Lebensjahr	keine BZ-Messung*
Ältere Typ 2 Diabetiker mit oraler Therapie	keine BZ-Messung*
Neu- und Ersteinstellung des Diabetes, Therapieumstellung auf OAD - Insulin	ca. 250 BZ-Teststreifen für ca. 6 Wochen
Sondersituationen: akute Erkrankungen, Cortisontherapie, Remissionsphase, Gewichtszu- bzw. -abnahme, u.a.	ca. 50 BZ-Teststreifen

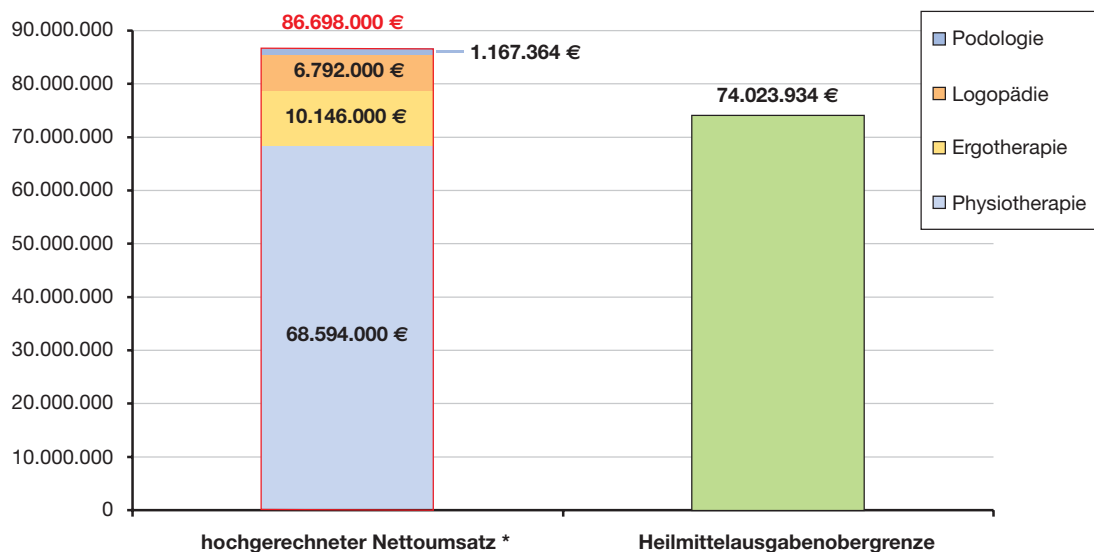
\* nur für Patienten im Rahmen der Diabetes-Schulung (MEDIAS 2) werden 100 Blutzuckerteststreifen pro Quartal in der Einstellungsphase und 50 Blutzuckerteststreifen pro Quartal im weiteren Verlauf empfohlen (aus PRO 7/2004)



# Rangliste der Heilmittelverordnungen



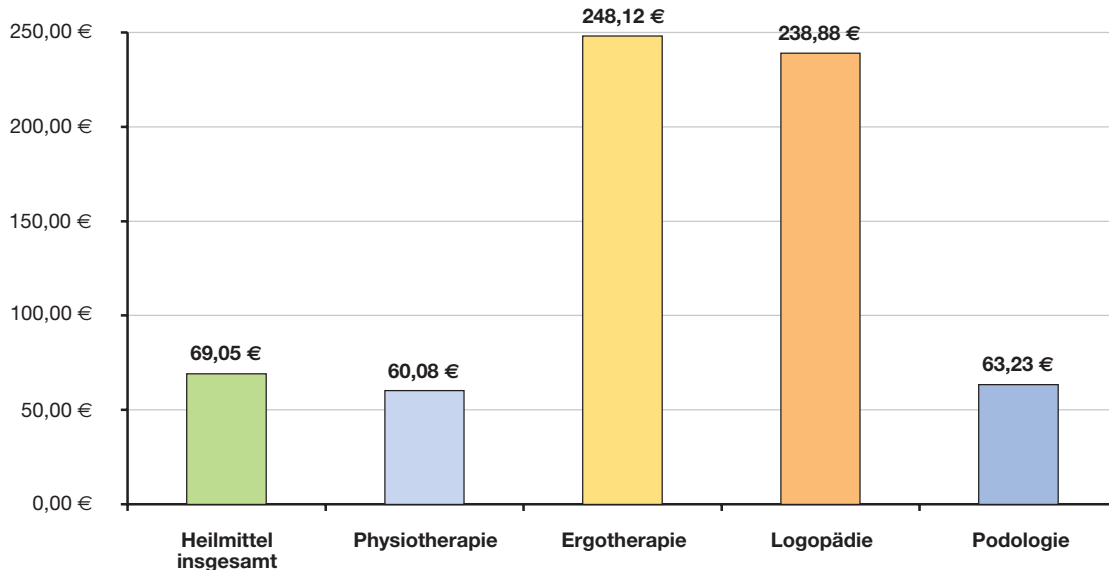
## Vergleich der Heilmittelausgabenobergrenze mit den hochgerechneten Ausgaben für das Jahr 2006



Quelle: GKV Heilmittel Informations System (GKV HIS), \* Jan. bis Jun. 2006 hochgerechnet für gesamtes Jahr, Stand: Okt. 2006



## Durchschnittlicher Bruttoumsatz je Heilmittel im 1. Hj. 2006 für GKV-Versicherte in Sachsen-Anhalt



Quelle: GKV Heilmittel Informations System (GKV HIS), Jan. bis Jun. 2006, Stand: Okt. 2006

## Heilmittelrichtlinie: Leitfaden für den Hausarzt

Stand: November 2006

Fragestellung	Lösungsansätze für eine wirtschaftliche Versorgung
<p>Ist die <b>Gesamtverordnungsmenge</b> lt. Indikation/ Diagnosegruppe in jedem Fall auszuschöpfen?</p> <p>Ist der Regelfall Grundlage für die <b>Verordnung außerhalb des Regelfalls</b>?</p>	<p><b>Nein</b>, wenn möglich zunächst eine geringere Anzahl verordnen.</p> <p>Möglichst Verordnungsmenge wie im Regelfall, maximal Verordnungsmenge für 12 Wochen ausstellen.</p>
<p>Muss in jedem Fall ein kostenintensives <b>A-Heilmittel</b> und ein ergänzendes <b>C-Heilmittel</b> verordnet werden?</p> <p>Die Verordnung der standardisierten Heilmittelkombination (D1) ist mit der Anwendung von mind. 3 oder mehr Heilmitteln innerhalb von 60 Minuten verbunden. Dies erfordert eine hohe Belastbarkeit des Patienten.</p>	<p><b>Nein</b>, oft ist ein <b>optionales (meist preiswerteres)</b> B-Heilmittel ausreichend. Ultraschallwärme- sowie Elektrotherapie kann auch ohne A- bzw. B-Heilmittel verordnet werden, wenn es im Heilmittelkatalog aufgeführt ist.</p> <p>D1 nur bei komplexen Schädigungsbildern und max. 10 x verordnen. Danach ggf. Rehabilitationsbedarf prüfen.</p>
<p>Muss die <b>maximale Verordnungsmenge pro Verordnungsblatt</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Physiotherapie: 6 x</li> <li>- Ergotherapie: 10 x</li> <li>- Logopädie: 10 x</li> <li>- Podologie: 3/6 x</li> </ul> <p>ausgeschöpft werden?</p> <p>Kann bei <b>beidseitiger Behandlung</b> die Verordnungsmenge verdoppelt werden?</p>	<p><b>Nein</b>, sie kann auch unterschritten werden.</p> <p><b>Nein</b>, die im Katalog angegebene <b>Menge</b> ist die <b>Gesamtverordnungsmenge</b>.</p>



Fragestellung	Lösungsansätze für eine wirtschaftliche Versorgung								
Muss das <b>behandlungsfreie Intervall von 12 Wochen</b> eingehalten werden?	Wenn medizinisch möglich ja. Eine erneute Arztkonsultation bedeutet aber nicht automatisch die Ausstellung einer erneuten Verordnung.								
Welche <b>Behandlungsfrequenzen</b> (Anzahl pro Woche) verkraftet der Patient?	Im Zweifel <b>möglichst niedrigere</b> Frequenz als die laut Katalog genannte Mindestfrequenz angeben.								
Müssen die Zeiten für die <b>Therapiedauer</b> bei <b>Manueller Lymphdrainage</b> und <b>Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</b> angegeben werden?	<b>Ja</b> , die Zeiten müssen angegeben werden.								
Muss <b>Einzelbehandlung</b> verordnet werden, wenn der Therapeut keine <b>Gruppenbehandlung</b> sicherstellen kann?	<b>Nein</b> , zur Nutzung gruppenspezifischer Effekte ist die preiswertere Gruppentherapie vorzuziehen, wenn der Leistungserbringer über eine geeignete Patientenklientel verfügt.								
Ab wann ist eine Gruppenbehandlung möglich?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in der Logopädie: ab zwei Patienten</li> <li>- in der Ergotherapie: ab drei Patienten</li> <li>- in der Physiotherapie ab 2 Patienten (die Vergütung der Leistung erfolgt nach Gruppengröße, z. B. bei der Übungsbehandlung im Bewegungsbad für 2-3 oder 4-5 Patienten)</li> </ul>								
<p>Kann ein <b>Hausbesuch</b> auch für die Behandlung von Kindern in Schulen und Kindergärten verordnet werden?</p> <p>Für Bewohner in Alten- und Pflegeheimen kann ein Hausbesuch verordnet werden?</p>	<p><b>Nein</b>, grundsätzlich hat die Behandlung in der Praxis des Therapeuten stattzufinden, nur wenn medizinisch erforderlich im häuslichen Umfeld (Lebensmittelpunkt).</p> <p><b>Ja</b>, wenn medizinische Gründe vorliegen. Die Verordnung von Heilmitteln als Ersatz für aktivierende Pflege ist nicht zulässig!</p> <p>Die Kosten für den Hausbesuch übersteigen oft die eigentlichen Therapiekosten!</p> <p>z. B. 6 x KMT im Hausbesuch bei 15 km Wegentfernung:</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>6 x 7,40 (KMT)</td> <td>= 44,40 €</td> </tr> <tr> <td>6 x 4,91 (HB-Pauschale)</td> <td>= 29,46 €</td> </tr> <tr> <td>6 x 8,10 (0,27 km-Kosten)</td> <td>= 48,60 €</td> </tr> <tr> <td><b>insgesamt:</b></td> <td><b>122,46 €</b></td> </tr> </table>	6 x 7,40 (KMT)	= 44,40 €	6 x 4,91 (HB-Pauschale)	= 29,46 €	6 x 8,10 (0,27 km-Kosten)	= 48,60 €	<b>insgesamt:</b>	<b>122,46 €</b>
6 x 7,40 (KMT)	= 44,40 €								
6 x 4,91 (HB-Pauschale)	= 29,46 €								
6 x 8,10 (0,27 km-Kosten)	= 48,60 €								
<b>insgesamt:</b>	<b>122,46 €</b>								
Wie kann die <b>Eigenverantwortung der Patienten</b> gestärkt werden?	Den Patienten sind jeweils die verordnungsbegründende Diagnose und die Ziele der Behandlung verständlich zu erläutern. Folgeverordnungen sind ggf. nur bei Befolgung der empfohlenen eigenverantwortlichen Maßnahmen ( <b>Eigenübungsprogramme</b> ) auszustellen. Wenn möglich dem Patienten die <b>Präventionskurse der Kassen</b> empfehlen und Heilmittelverordnungen vermeiden.								
Ist der <b>Therapiebericht</b> des Therapeuten bindend für eine Folgeverordnung?	<b>Nein</b> , der Arzt entscheidet über eine weitere Verordnung.								
Ist die <b>gleichzeitige Verordnung von physiotherapeutischen, sprachtherapeutischen und ergotherapeutischen Maßnahmen</b> sinnvoll?	<b>Ggf. nein</b> . Es ist aus medizinischen und wirtschaftlichen Aspekten genau zu prüfen, ob der Patient die gleichzeitige Inanspruchnahme der Behandlungen verkraftet. Eventuell Anzahl, Behandlungsdauer und Frequenzen verringern.								
Warum gehört zu den <b>Inhalten der Verordnung</b> neben der Diagnosegruppe, der Leitsymptomatik und dem Therapieziel auch der vollständige Indikationsschlüssel?	Um die Therapie eindeutig zu definieren und keine andere Auslegung durch den Therapeuten zuzulassen.								



# Wirtschaftliche Gesichtspunkte von Fallkonstellationen bei der Verordnung von Heilmitteln

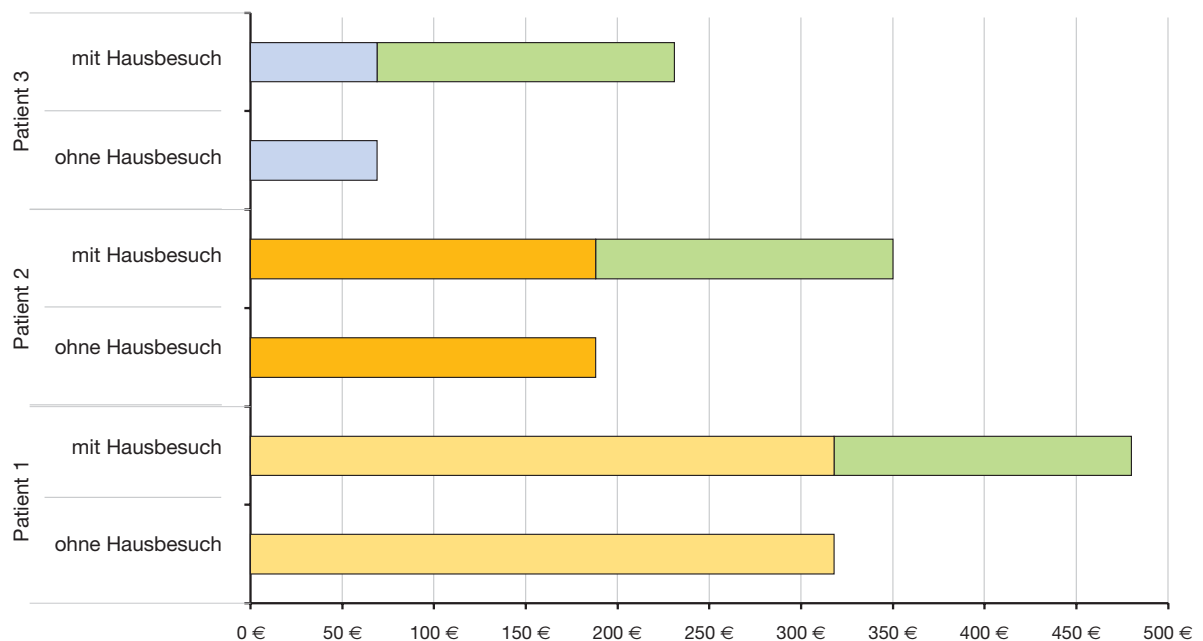
## 1. Physiotherapie

Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel: WS 2 d

- bei entzündlicher rheumatischer Wirbelsäulenerkrankung, verbunden mit segmentaler Bewegungsstörung
- Im Regelfall beträgt die Gesamtverordnungsmenge 18 Behandlungen.

Patient 1		Patient 2		Patient 3	
Manuelle Therapie + Fango-packungen <b>ohne</b> Hausbesuch	Manuelle Therapie + Fango-packungen <b>mit</b> Hausbesuch	Krankengym-nastik + Ultraschall  <b>ohne</b> Hausbesuch	Krankengym-nastik und Ultraschall  <b>mit</b> Hausbesuch	Ultraschall-Wärmetherapie  <b>ohne</b> Hausbesuch	Ultraschall-Wärmetherapie  <b>mit</b> Hausbesuch
je 18 Therapien  <b>= 318 €</b>	je 18 Therapien im Hausbesuch  <b>= 480 €</b>	je 18 Therapien  <b>= 188 €</b>	je 18 Therapien im Hausbesuch  <b>= 349 €</b>	je 18 Therapien  <b>= 69 €</b>	je 18 Therapien im Hausbesuch  <b>= 231 €</b>

Vergleich der Kosten für physiotherapeutische Behandlungen bei o.g. Patienten





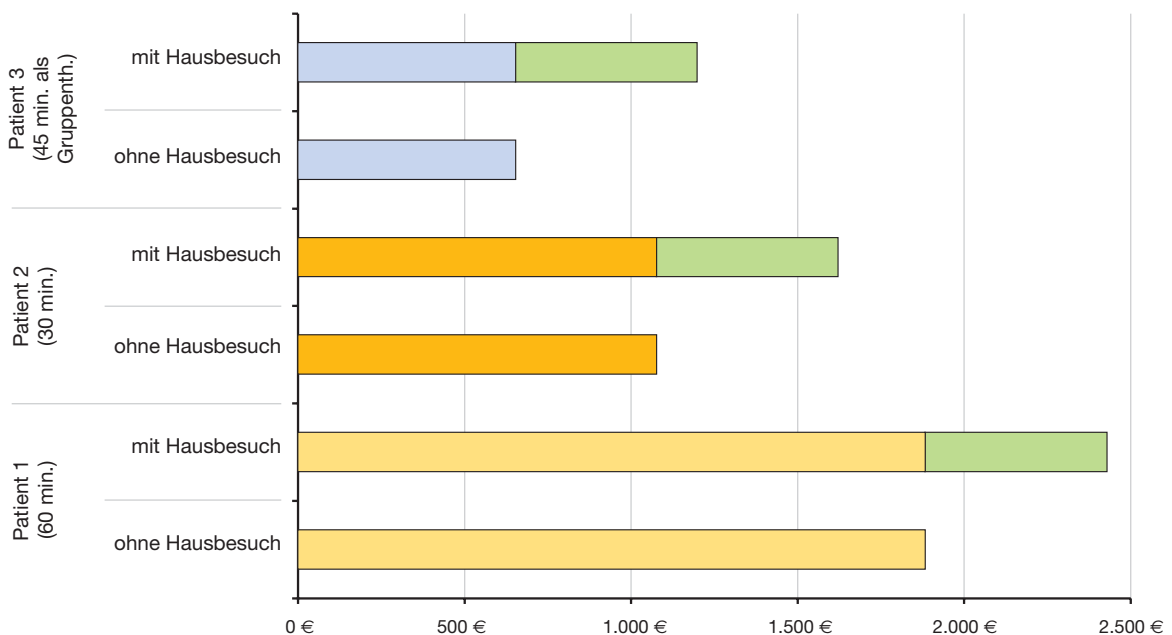
## 2. Logopädie

Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel: SP 5

- Sprachstörung nach Abschluss der Sprachentwicklung
- Im Regelfall beträgt die Gesamtverordnungsmenge 60 Therapien.

Patient 1		Patient 2		Patient 3 (z.B. bei Kindern)	
Sprachtherapie 60 Minuten <b>ohne</b> Hausbesuch	Sprachtherapie 60 Minuten <b>mit</b> Hausbesuch	Sprachtherapie 30 Minuten <b>ohne</b> Hausbesuch	Sprachtherapie 30 Minuten <b>mit</b> Hausbesuch	Sprachtherapie 45 Minuten als Gruppentherapie <b>ohne</b> Hausbesuch	Sprachtherapie 45 Minuten als Gruppentherapie <b>mit</b> Hausbesuch
60 Sprachtherapien	60 Sprachtherapien + 60 Hausbesuche	60 Sprachtherapien	60 Sprachtherapien + 60 Hausbesuche	60 Sprachtherapien	60 Sprachtherapien + 60 Hausbesuche
<b>= 1.883 €</b>	<b>= 2.429 €</b>	<b>= 1.076 €</b>	<b>= 1.622 €</b>	<b>= 653 €</b>	<b>= 1.199 €</b>

**Vergleich der Kosten für verschiedene logopädische Behandlungen bei o.g. Patienten**





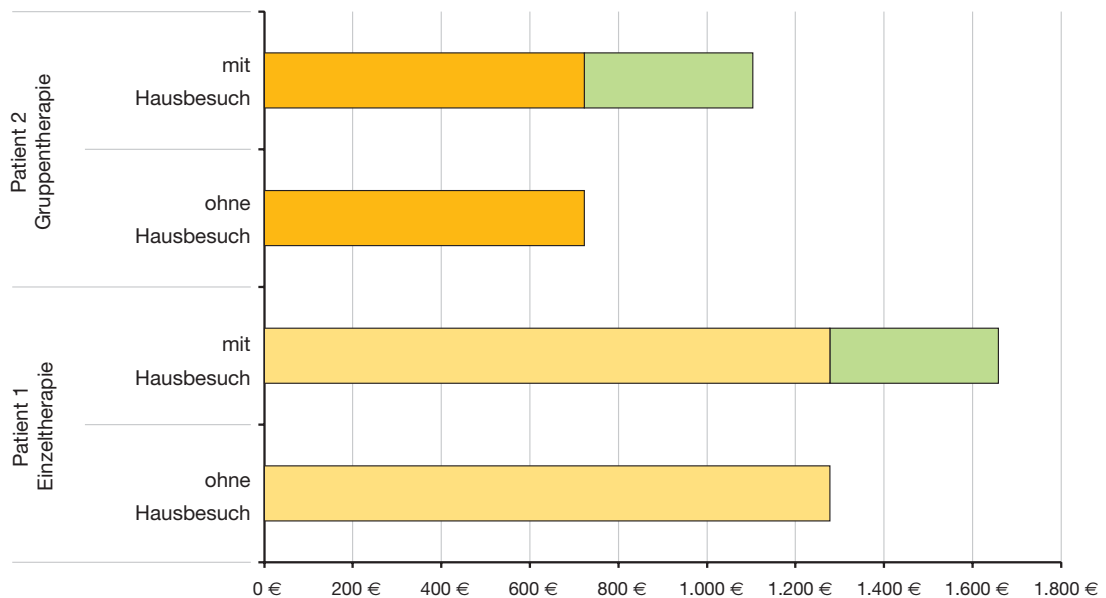
### 3. Ergotherapie

Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel: PS 2

- Angststörung
- Im Regelfall beträgt die Gesamtverordnungsmenge 40 Therapien.

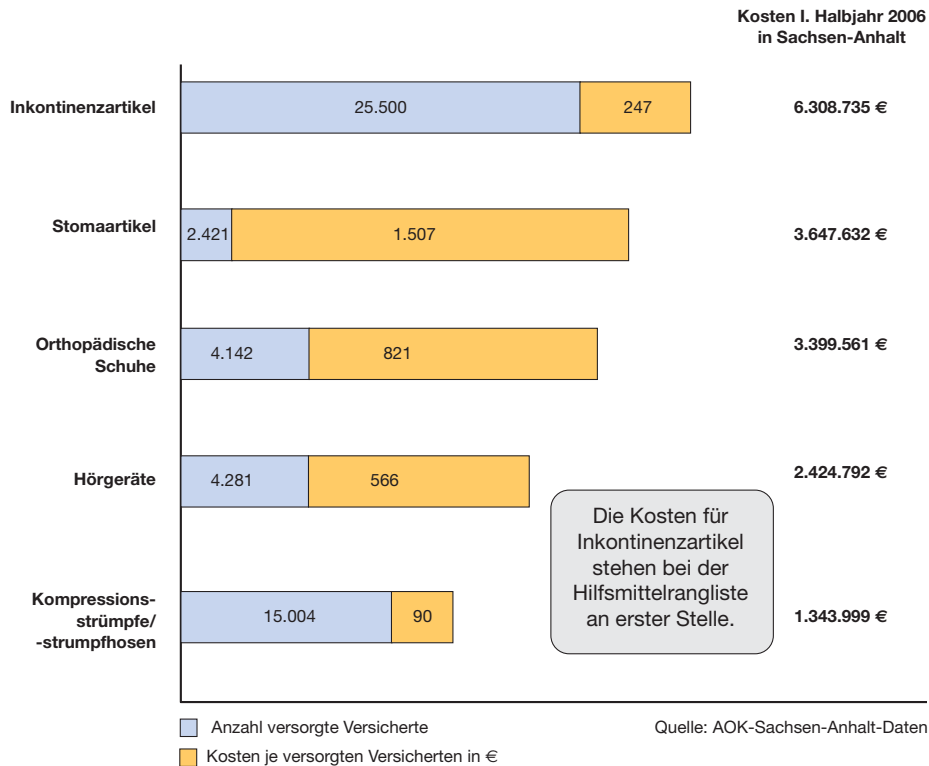
Patient 1		Patient 2	
psychisch-funktionelle Behandlung als Einzeltherapie <b>ohne</b> Hausbesuch	psychisch-funktionelle Behandlung als Einzeltherapie <b>mit</b> Hausbesuch	psychisch-funktionelle Behandlung als Gruppentherapie <b>ohne</b> Hausbesuch	psychisch-funktionelle Behandlung als Gruppentherapie <b>mit</b> Hausbesuch
40 Behandlungen	40 Behandlungen + 40 Hausbesuche	40 Behandlungen	40 Behandlungen + 40 Hausbesuche
<b>= 1.278 €</b>	<b>= 1.659 €</b>	<b>= 723 €</b>	<b>= 1.105 €</b>

Vergleich der Kosten für verschiedene ergotherapeutische Behandlungen bei o.g. Patienten





## Rangliste der Hilfsmittelverordnungen (ausgewählte Positionen)



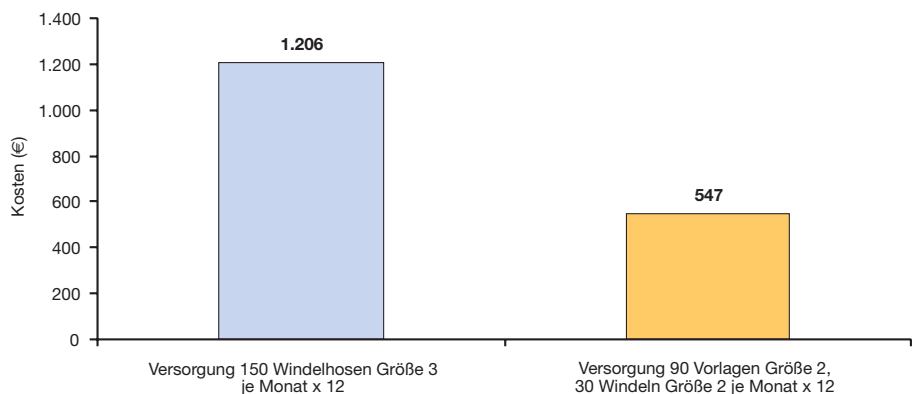
## Versorgung mit Hilfsmitteln bei Harn-/Stuhlinkontinenz unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten

### Empfehlungen für eine wirtschaftliche Verordnungsweise:

- Die Versorgung mit Vorlagen ist zu favorisieren, wenn diese medizinisch ausreichend ist
- Leistungspflicht der GKV besteht bei Urinabgang um 100 ml/4 h
- Oft sind 4 Inkontinenzmaterialien je Tag und Patient ausreichend

Als aufsaugende Inkontinenzartikel werden Vorlagen und verschiedene Windelhosen angeboten.

### Vergleich Kosten der Versorgung im Inkontinenzbereich pro Jahr







Entsprechend der aktuellen Literatur (z. B. Expertenstandard „Förderung der Harninkontinenz in der Pflege“) ist die Versorgung von Versicherten mit Vorlagen, sogenannten offenen Systemen, bei bestehender Inkontinenz der Versorgung mit Windelhosen vorzuziehen. Dies ist unter anderem dem Umstand geschuldet, dass die Saugfähigkeit der Vorlagen mit der von Windelhosen vergleichbar ist und Vorlagen zusätzlich atmungsaktiver sind und mehr Tragekomfort ermöglichen. In der Nacht können gegebenenfalls Windelhosen erforderlich sein, um ein Durchschlafen der Patienten zu ermöglichen. Zum besseren Halt eines offenen Systems kann zusätzlich eine Fixie-

rung notwendig sein (z. B. normale Unterwäsche, Netzhosen).

Die Leistungspflicht der Krankenkasse beginnt bei einer mittelgradigen Harninkontinenz ab einer Ausscheidungsmenge von 100 ml/4 h und/oder bei Stuhlinkontinenz. Darüber hinaus ist eine Leistungspflicht bei permanenter Harninkontinenz mit ständigem Urinabgang oder bei intermittierender Inkontinenz mit strahlartiger, völliger Entleerung der Blase gegeben, sofern eine Versorgung mit Inkontinenzartikeln ausreichend ist. Zu beachten ist auch, dass die Größenangabe der Inkontinenzartikel Aussagen zur Saugstärke trifft und nicht zwangsläufig auf den Körper-

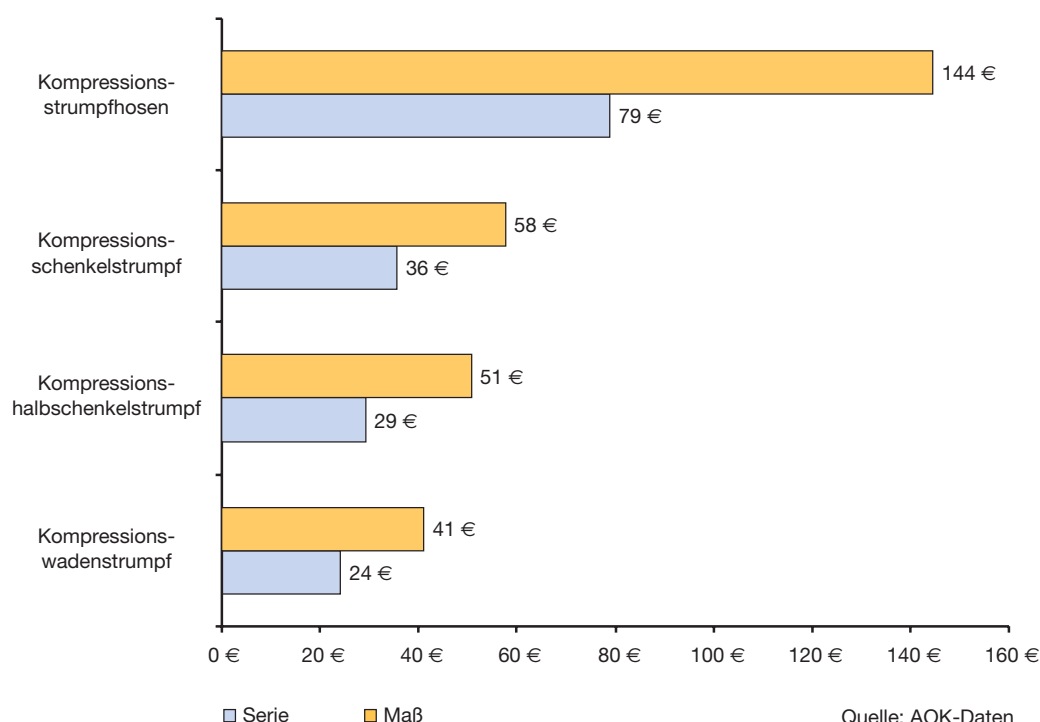
umfang des Patienten Anwendung finden muss. Nicht jeder Patient braucht eine Vorlage oder ein Windelhose der Größe 3, welche produktabhängig bis zu vier Liter aufnehmen kann.

Eine Regelversorgung bei Inkontinenz beinhaltet in den meisten Fällen zwei bis drei Vorlagen tagsüber und eine Vorlage bzw. Windelhose nachts.

Der tatsächliche Bedarf an Inkontinenzprodukten lässt sich jedoch nur durch Bestimmung der abgehenden Urinmenge quantifizieren. Zu diesem Zweck sind die Ergebnisse des Miktionsprotokolls und der Vorlagengewichtstests heranzuziehen.

## Versorgung mit Kompressionsstrümpfen und -strumpfhosen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten

**Kostenvergleich einer Versorgung mit Kompressionsstrümpfen und -strumpfhosen nach Serie sowie nach Maßanfertigung**





## Empfehlungen für wirtschaftliche Verordnungsweise:

- Prüfung der Verordnung der korrekten Kompressionsklasse
- Die Versorgung mit konfektionierter Ware ist zu favorisieren, wenn diese medizinisch ausreichend ist => **Dann: Keinen Hinweis „nach Maß“ auf der Verordnung angeben** (siehe Rezeptbeispiel)
- zwei Verordnungen pro Jahr sind in der Regel ausreichend

Entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis werden Kompressionsstrümpfe z. B. bei Venenleiden, Lymphabflussstörungen und Verbrennungsnarben verordnet. Kompressionsstrümpfe werden unterteilt in Wadenstrümpfe, Halbschenkelstrümpfe, Schenkelstrümpfe und Strumpfhosen, die in den Kompressionsklassen 1 bis 4 angeboten werden. Vor der Verordnung ist zu prüfen, welche Länge des Strumpfes und welche Kompressionsklasse erforderlich sind. Beides muss auf der Verordnung dokumentiert werden. Nur wenn eine Versorgung mit einem Serienstrumpf durch eine erhebliche Abweichung an einem Messpunkt und/oder eine größere Abweichung an mehreren Messpunkten nicht möglich ist, kann eine Maßanfertigung vorgenommen werden.

Maßanfertigungen sind wesentlich preisintensiver als konfektionierte Ware. Sie sollten deshalb medizi-

1 Paar Kompressions-Waden-Strümpfe Kompressionsklasse II  
Diagnose: ausgeprägte Varikosis mit Ödemneigung

nisch begründet verordnet werden. Bei Einsatz der Kompressionsklasse 1 können fast immer Serienstrümpfe sowie bei Einsatz der Kompressionsklasse 2 überwiegend Serienstrümpfe verordnet werden.

Die Therapie mit Kompressionsstrümpfen erfolgt in Zuordnung von Kompressionsklassen zu den Ausprägungsgraden des Krankheitszustandes. Kompressionsstrümpfe der Klasse 1 kommen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel nur bei der Indikation „beginnende Schwangerschaftsvarikosis“ in Betracht.

In Verantwortung des behandelnden Arztes kann die Kompressionsklasse eine Klasse niedriger als im Indikationsbereich (Begründung erforderlich) ausgewiesen werden. Bei täglichem Gebrauch sind pro Jahr aus hygienischen Gründen zwei Paar Kompressionsstrümpfe bzw. -strumpfhosen erforderlich und in der Regel auch ausreichend. Lässt der Kompressionseffekt durch Materialalterung nach oder ist er infolge eines Defektes nachweislich nicht mehr vorhanden, ist eine Ersatzverordnung möglich. Antithrombosestrümpfe sind keine Hilfsmittel im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung.



# Verordnungen in der Häuslichen Krankenpflege unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten

## 1. Verordnung von Medikamentengabe und -richten

Aus dem Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege wird die Medikamentengabe sehr häufig verordnet. Sie nimmt ca. 40 Prozent des Gesamtanteils aller Behandlungsarten in der Häuslichen Krankenpflege ein. Bei der Verordnung sollte berücksichtigt werden, dass die Kosten erheblich höher sind, wenn die Medikamentengabe dreimal täglich statt einmal täglich verordnet wird. Im Folgenden sind die jährlichen Kosten eines Versicherten für eine dreimal tägliche Medikamentengabe durch einen zugelassenen Pflegedienst sowie die Effekte durch eine Senkung der Einsätze aufgrund der Einbindung des Versicherten oder der Angehörigen dargestellt:

- 3 x Medikamentengabe pro Tag kostet 6.059 € im Jahr
- 1 x Medikamentenrichten pro Tag kostet 2.272 € im Jahr
- 1 x Medikamentenrichten pro Woche kostet 471 € im Jahr

Vor Verordnung einer Medikamentengabe ist zu prüfen, ob der Patient in der Lage wäre, die Medikamente selbst einzunehmen, wenn sie in einer Tages- oder Wochenbox gerichtet werden. In diesen Fällen ist es ausreichend und wirtschaftlich, das „Medikamentenrichten“ zu verordnen.

### Fallbeispiel 1:

80-jährige Patientin, Dg. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, KHK Schwe-

regrad CCS 2, nicht pflegebedürftig, mental nicht eingeschränkt, stark eingeschränkte Sehfähigkeit, muss 3 x tgl. Medikamente einnehmen

### Entscheidung:

Verordnung von Medikamentenrichten 1 x tgl. oder ggf. 1 x wöchentlich (nur wenn keine Angehörigen vorhanden sind)

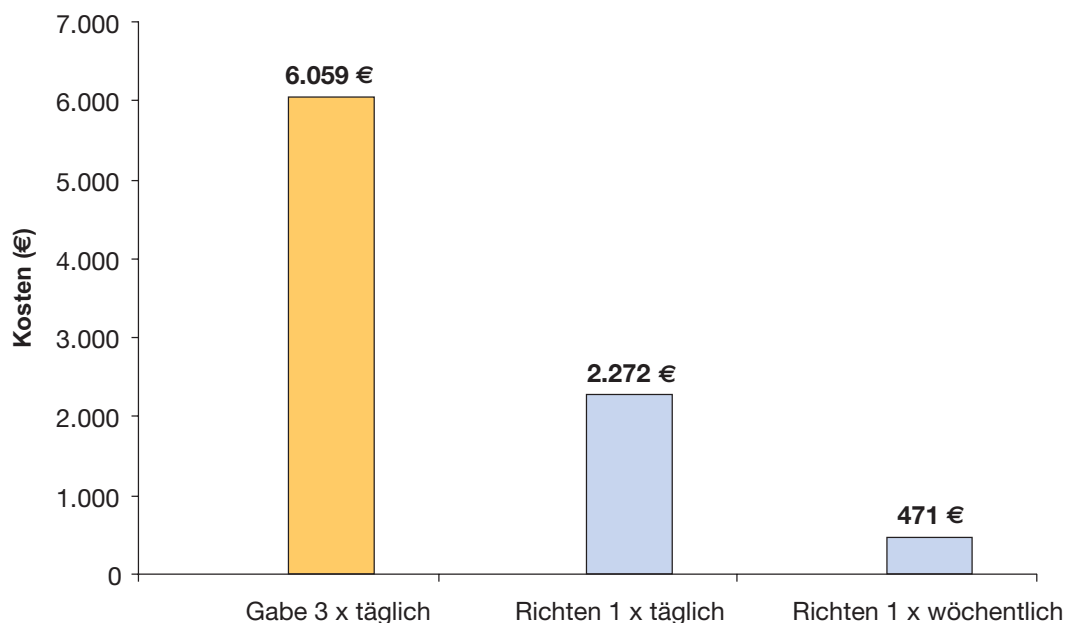
### Fallbeispiel 2:

73-jähriger Patient, Dg. Herzinsuffizienz NYHA II, Hypertonie, fortgeschrittene Altersdemenz, pflegebedürftig, muss 3 x tgl. Medikamente einnehmen

### Entscheidung:

Verordnung von Medikamentengabe 3 x tgl. (nur wenn keine Angehörigen vorhanden sind)

**Vergleich der durchschnittlichen Kosten pro Jahr am Beispiel der Medikamentengabe und „Medikamentenrichten“ durch eine Häusliche Krankenpflege**





## 2. Verordnung „An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen“

Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ist vom Patienten selbst oder von einer im Haushalt lebenden Person durchzuführen. Jedoch können Ärzte im Rahmen der häuslichen Krankenpflege das An- und/oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse 2 bis 4 zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung zur Unterstützung des venösen Rückflusses und des Lymphabflusses verordnen, wenn alle folgenden Voraussetzungen vorliegen:

### 1. Der Patient

- ist entweder in der Fein- und Grobmotorik der Hände und Arme so eingeschränkt, dass er die Kompressionsstrümpfe nicht fachgerecht anziehen kann,
- ist zu schwach, sich die Kompressionsstrümpfe anzuziehen oder
- leidet an geistiger Leistungsunfähigkeit, so dass die Compliance nicht sichergestellt ist.

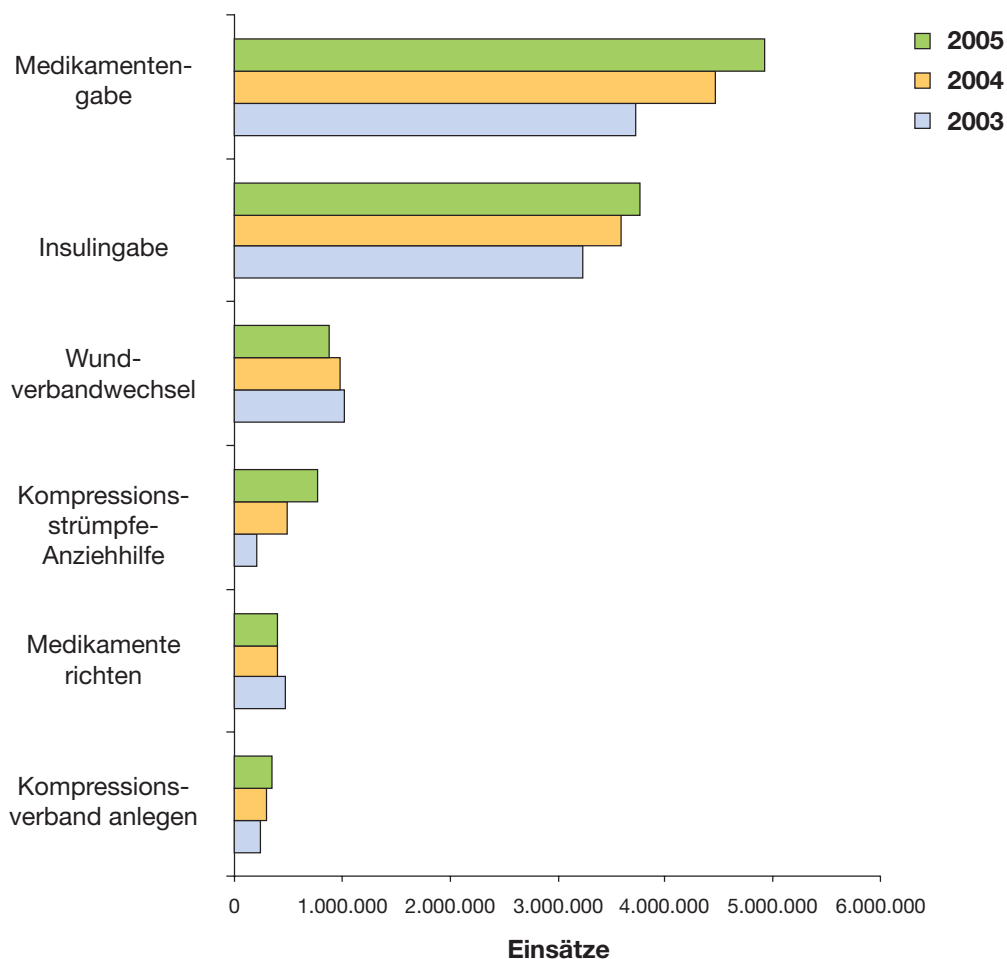
2. Das An- oder Ausziehen kann nicht von einer im Haushalt lebenden Person übernommen werden.

3. Es liegen begründende Krankheiten (i.d.R. Venenerkrankung, lymphatische Erkrankung; keine Thromboseprophylaxe) vor.

4. Der Patient muss mobil sein.

Sowohl für das Anziehen als auch das Ausziehen der Kompressionsstrümpfe kann der Arzt maximal

**Entwicklung in den Hauptleistungsarten  
Häusliche Krankenpflege der Jahre 2003 bis 2005**





einmal täglich häusliche Krankenpflege verordnen. Oftmals können diejenigen Patienten, die die Strümpfe nicht alleine (oder mit Angehörigen) anziehen können, häufig die Strümpfe selbständig (oder mit Angehörigen) ausziehen. In solchen Fällen sollte dann nur einmal täglich Kompressionsstrümpfe anziehen verordnet werden.

### 3. Empfehlungen für wirtschaftliche Verordnungsweise:

- Förderung der Selbstkompetenz und Mitwirkung des Patienten
- Prüfung, ob die vollständige oder teilweise Übernahme von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege durch andere im Haushalt des Patienten lebende Personen möglich ist
- Angaben auf der Verordnung zur Häuslichen Krankenpflege mit verordnungsrelevanter Diagnose nach ICD 10 Verschlüsselung (entsprechend Richtlinie)
- Ausstellung von Folge- bzw. Dauerverordnungen unabhängig von Quartalsbeginn oder -ende zur

Unterstützung eines zügigen Genehmigungsverfahrens

- Keine Berücksichtigung von Wunscherordnungen
- Wenn möglich „Medikamente richten“ anstatt der „Medikamentengabe“ verordnen

Häusliche Krankenpflege wird im Rahmen der ärztlichen Behandlung verordnet, wenn

- sie zur Sicherung des Ziels der Behandlung erforderlich ist. Die Sicherungspflege umfasst die Behandlungspflege. Gegenstand der Behandlungspflege sind Maßnahmen, die speziell auf den Krankheitszustand des Patienten ausgerichtet sind, d. h. dass diese Maßnahmen dazu beitragen, akute Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern.
- Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege dürfen von den Krankenkassen nur genehmigt werden, soweit sie weder vom Versicherten selbst noch von einer im Haushalt lebenden Person durchgeführt werden können. Dies ist vom verordnenden Arzt vor Ausstellung der Verordnung zu prüfen.

Diese Grundsätze der Eigenverantwortung und Wirtschaftlichkeit können durch die Förderung der Selbstkompetenz der Versicherten und deren Mitwirkung sowie durch die Unterstützung der Angehörigen erreicht werden.

Folge- und Dauerverordnungen werden in der Regel zum Monats- bzw. Quartalsbeginn ausgestellt. Die Verordnung Häuslicher Krankenpflege ist aber nicht an das Quartal gebunden. Sie kann daher über das laufende Quartalsende hinaus gehen oder im Laufe eines Quartals verlängert oder begonnen werden. Damit wird auch ein zügiges Genehmigungsverfahren unterstützt.

## Ihre Ansprechpartner

### AOK Sachsen-Anhalt

Frau Dr. Darius (Tel.: 03 91/5 80 49 68) oder Frau Hein (03 91/5 80 43 69) bei Arzneimittelfragen und Frau Heiß (Tel.: 03 91/5 80 44 54) für Fragen zu Heil- und Hilfsmitteln,

### KV Sachsen-Anhalt

Herr Buckisch (Tel.: 03 91/6 27 64 39) oder Frau Dr. Kunze (Tel.: 03 91/6 27 64 37) bei medizinischen Fragen und Frau Reichel (Tel.: 03 91/627 6340) oder Frau Werner (Tel.: 03 91/6 27 63 41) bei inhaltlichen Fragen.

# Notizen



