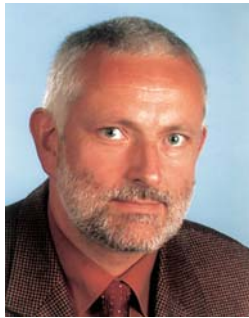




Editorial	_____	2
Empfehlung zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln	_____	3
Entwicklung der Arzneimittelausgaben	_____	3
Allgemeine Grundsätze bei der Ausstellung einer Verordnung	_____	7
Verordnung von Leitsubstanzen	_____	8
Entwicklung der Verordnungsanteile patentgeschützter Analogpräparate	_____	11
Umfrage zur Krankenhausentlassungsmedikation	_____	12
Wirtschaftliche Verordnung von Blutzuckerteststreifen	_____	13
Erste Ergebnisse der Arzneimittel – Rabattverträge der AOK	_____	13
Hinweise zur Verordnung von Heilmitteln	_____	15
Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalles	_____	16
Beispiel einer fehlerhaften Heilmittelverordnung	_____	17
Versorgung mit Bandagen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten	_____	18
Versorgung mit saugenden Hilfsmitteln bei Inkontinenz – Neuer Vertrag der AOK Sachsen-Anhalt	_____	20
Verordnungsfähigkeit von Bestandteilen urologischer Kathetersets	_____	20
Was ist bei der Verordnung von enteraler Ernährung zu beachten?	_____	21
Verordnung häuslicher Krankenpflege	_____	23
Kostenvolumen für die Versorgung eines Patienten mit Medikamentengabe pro Jahr	_____	24



## Steigende Ausgaben erfordern Gegensteuerung



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

Sehr geehrte Kollegin,  
sehr geehrter Kollege,

die von Ihnen Anfang dieses Jahres überwiegend positiv aufgenommene Sonder-PRO hat uns zu einer zweiten Ausgabe ermutigt. Sie finden in diesem Heft wieder wichtige Hinweise zum täglich erforderlichen Praxismanagement in bezug auf Verordnungen in verschiedenen Leistungsbereichen.

Nachdem das Jahr 2007 mit moderaten Steigerungen in der Ausgabenentwicklung bei Arzneimitteln begonnen hat, bahnen sich seit Oktober wieder höhere Steigerungen an. Hier gilt es, schnellstens nach den Ursachen zu suchen und Möglichkeiten zur Gegensteuerung zu finden.

In Verbindung mit der Darstellung der Ausgabenentwicklung informieren wir Sie in diesem Heft sowohl über die richtlinienkonforme Ausstellung von Verordnungen als auch über gesonderte Verträge, die die AOK Sachsen-Anhalt für ihre Versicherten ab-

geschlossen hat. Bitte beachten Sie, dass Verträge für Versicherte anderer Kassen davon abweichen können.

Besonders interessant sind die Ergebnisse, die wir bei der Umsetzung der Vereinbarung zu den Leitsubstanzen bis zum Juli 2007 laut GAM-Si-Frühinformation erzielt haben. So konnten in fünf der sechs festgelegten Wirkstoffgruppen die Zielwerte für den DDD-Anteil der Leitsubstanz und die Kosten je DDD in der Arzneimittelgruppe bisher erreicht und sogar über- bzw. unterschritten werden. Nur bei den selektiven Betablockern ist der Zielwert für den DDD-Anteil der Leitsubstanz noch nicht ganz erreicht. In anderen Bereichen, zum Beispiel bei der Fahrkostenerstattung, bei Analogpräparaten oder bei der Versorgung mit Bandagen, gibt es noch Einsparpotenziale.

Wir hoffen, dass es uns gelungen ist, Ihnen die oft schwierigen Sachverhalte verständlich darzustellen. Anderenfalls bitten wir um Ihre Anregungen und Kritiken zur inhaltlichen Gestaltung dieser Sonder-PRO.

Sollte Ihnen die erste Sonder-PRO vom Januar 2007 nicht mehr vorliegen, können Sie diese auf der Homepage der KVSA ([www.kvsa.de](http://www.kvsa.de)) abrufen.

Ihr

Burkhard John



## Empfehlung zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln

- Verordnen Sie eine übersichtliche Anzahl bewährter Wirkstoffe. Mit steigender Wirkstoffanzahl sinkt die Compliance des Patienten. Berücksichtigen Sie ggf. auch die Verordnungen Ihrer ärztlichen Kollegen.
- Beachten Sie die Rabattverträge der AOK.
- Wählen Sie diese nach Möglichkeit aus der Empfehlungsliste (Sonderausgabe der PRO von Januar 2007).
- Verordnen Sie, soweit möglich, kostengünstige Generika.
- Ersetzen Sie Analogpräparate durch Präparate mit Austausch-Wirkstoffen.
- Übernehmen Sie nach stationärer Behandlung der Patienten nicht unkritisch die Therapieempfehlungen der Krankenhäuser.
- Verordnen Sie Wirkstoffe und lassen Sie ‚aut-idem‘ zu (kein Kreuz).

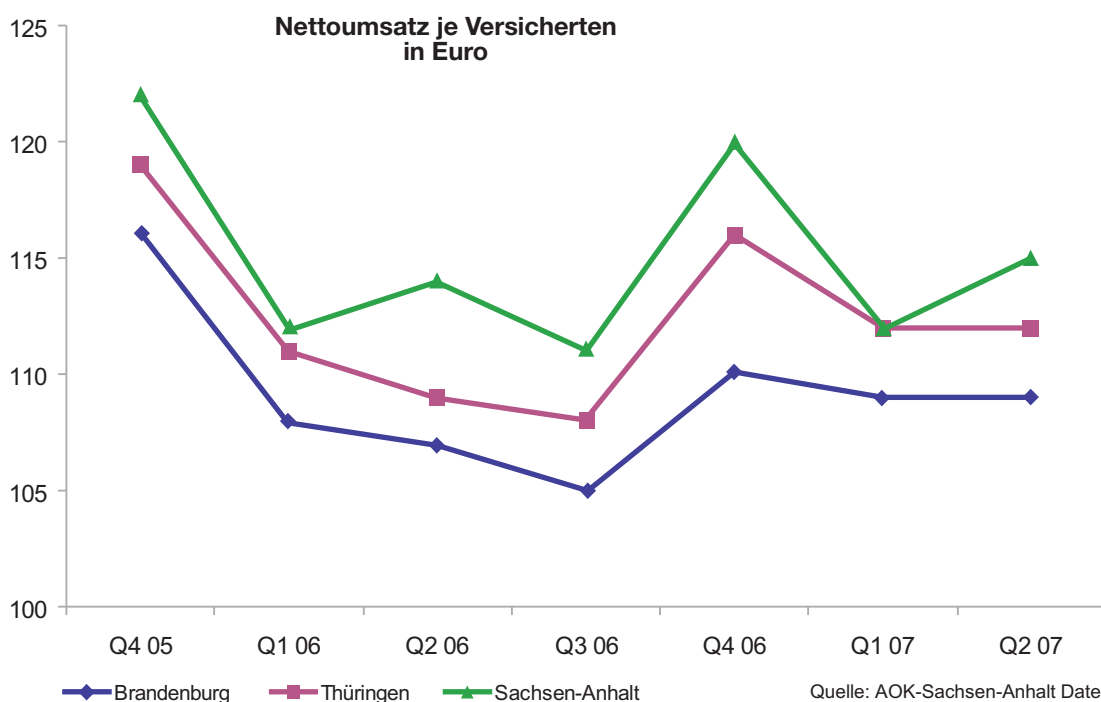
## Entwicklung der Arzneimittelausgaben

Die Arzneimittelausgaben steigen auch im Jahr 2007 an. Im III. Quartal 2007 liegen sie je AOK-Versicherten 6,4 Prozent über den Ausgaben

des III. Quartals 2006. Die Entwicklung in Sachsen-Anhalt wird – auf Grund ähnlicher Versichertenstrukturen – mit Entwicklungen in Bran-

denburg und Thüringen verglichen. Es ergeben sich beim Betrachten von Verordnungskosten und -menge im Zeitverlauf folgende Bilder:

Abbildung 1

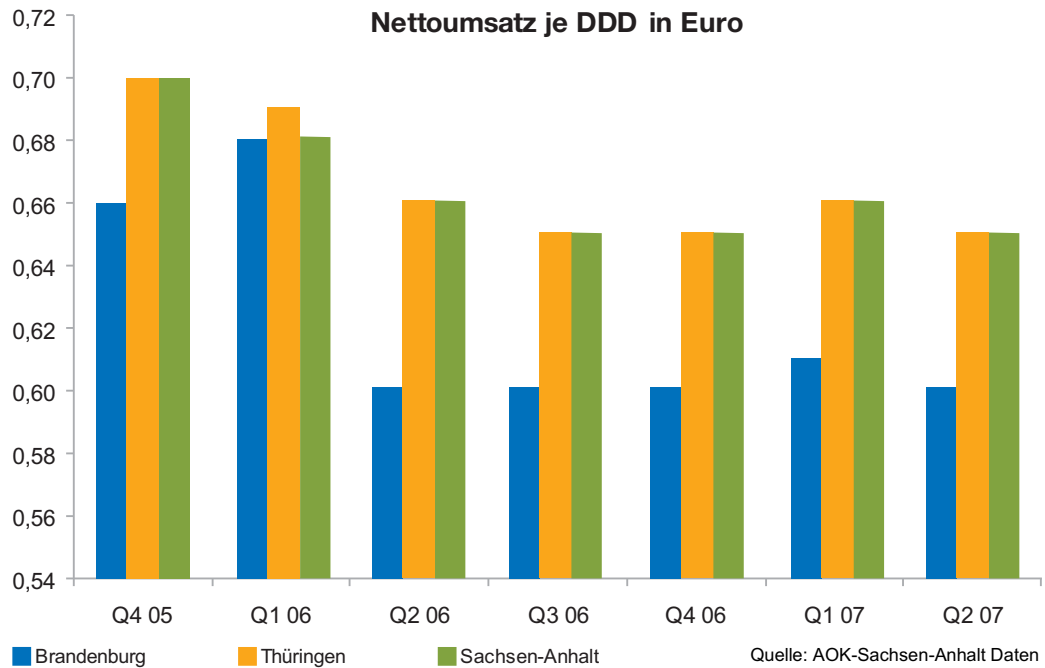


Der Nettoumsatz je AOK-Versicherten liegt in Sachsen-Anhalt mit 115 Euro am höchsten und sechs Euro über dem Wert, der in Brandenburg ausgegeben wird (Abbildung 1). Die Kosten für Versicherte in Thüringen liegen mit 112 Euro auf einem Mittelplatz. Nachdem es im 1. Quartal eine Annäherung der Werte gegeben hatte, driften die Ausgaben jetzt wieder auseinander.

Worin sind die Ursachen zu suchen? Aufschluss gibt die Betrachtung wie viel und zu welchem Preis in den Ländern verordnet wird.

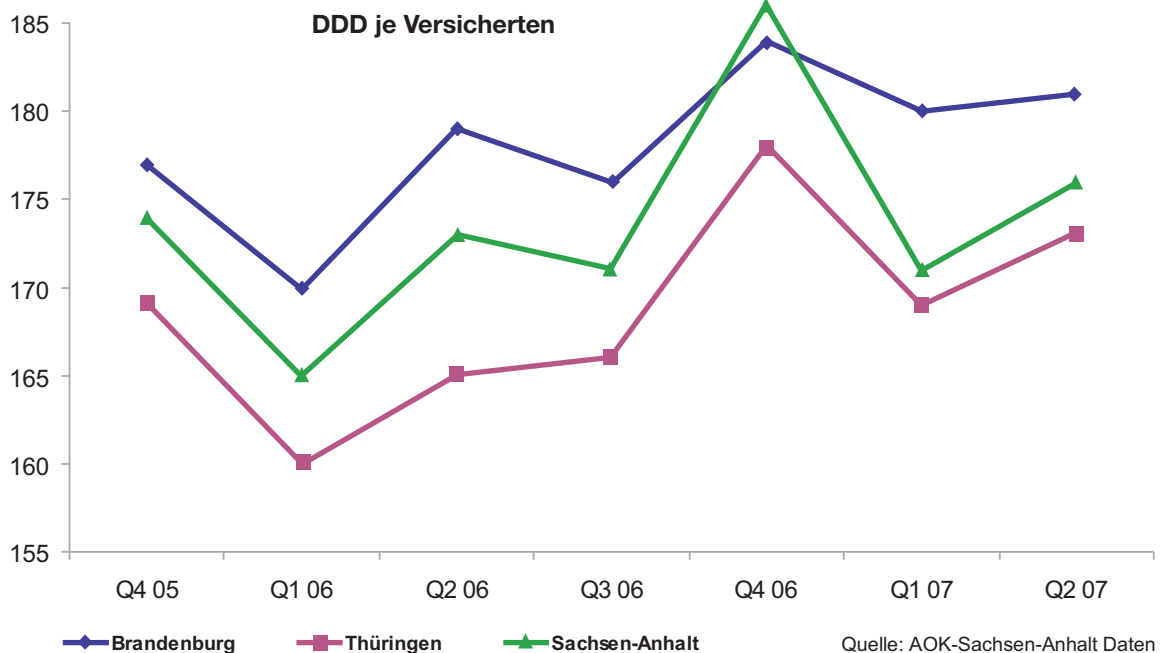


Abbildung 2



Die durchschnittlichen Tagestherapiekosten liegen in Brandenburg zehn Prozent unter denen in Sachsen-Anhalt und Thüringen (Abbildung 2).

Abbildung 3



Bei der Anzahl der verordneten Dosen (DDD) liegt Sachsen-Anhalt im Mittelfeld (Abbildung 3), weist aber im Vergleich zu Brandenburg eine steigende Tendenz auf. Jedem Versicherten der AOK Sachsen-Anhalt – egal ob jung oder alt – wurden im 2. Quartal 2007 176 DDD verschrieben, das heißt **jeder** wurde mit durchschnittlich zwei Medikamenten therapiert.



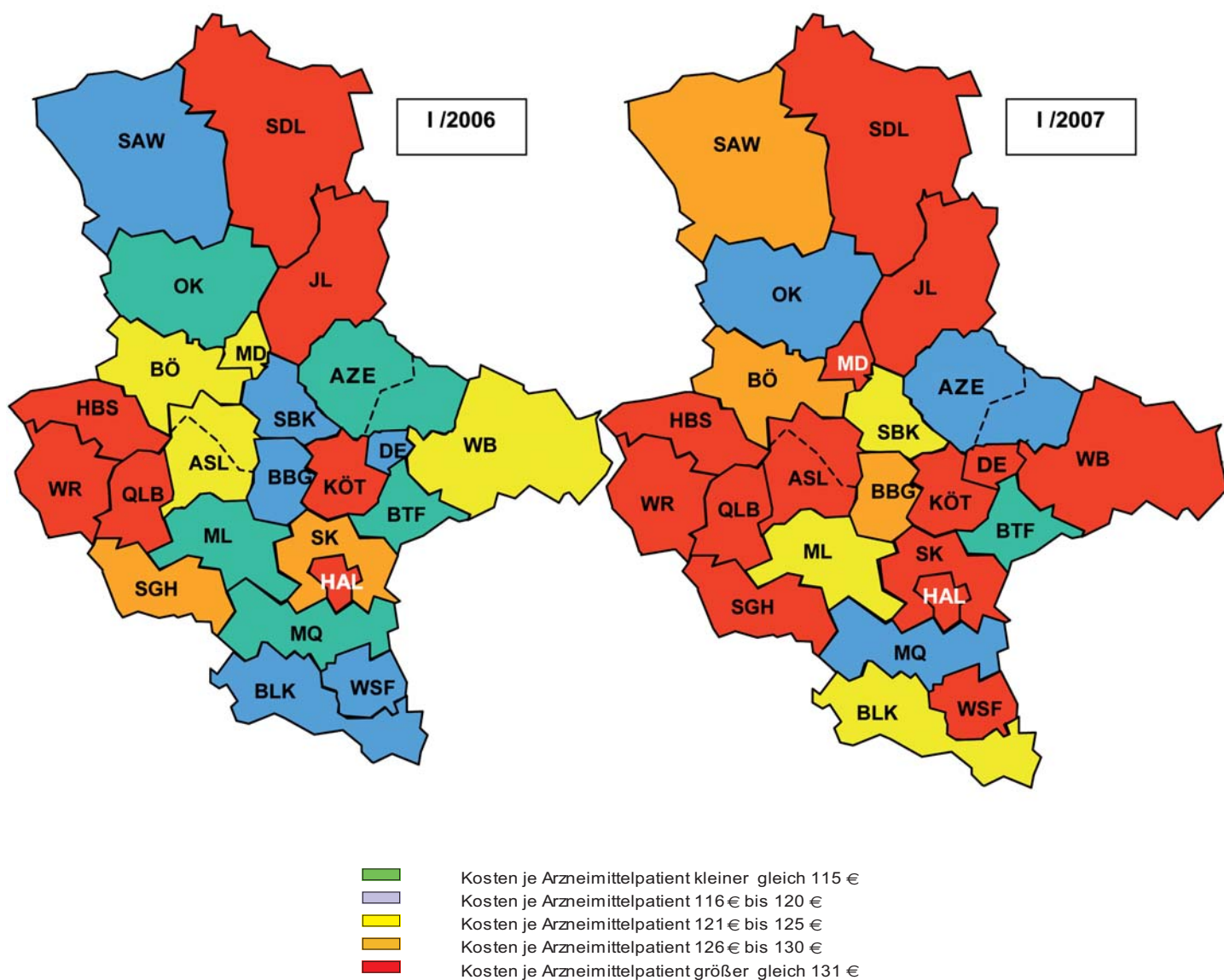
Die regionale Auswertung der Arzneimittelausgaben ergibt folgende Darstellung. Betrachtet werden hier die Kosten je Arzneimittelpatient

(Patient, der mindestens ein Rezept erhalten hat). Die Steigerungsraten liegen bei knapp drei bis zu fast 25 Prozent. Inwiefern dies medizinisch

begründet ist oder ob hier Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen, sollte in den ärztlichen Qualitätszirkeln diskutiert werden.

## Vergleich der Nettokosten je Arzneimittelpatient\* von I/2006 zu I/2007

– alle niedergelassenen und ermächtigten Ärzte in den Regionen –





**Nettokosten je Arzneimittelpatient (AMP)  
in Euro in den Regionen**

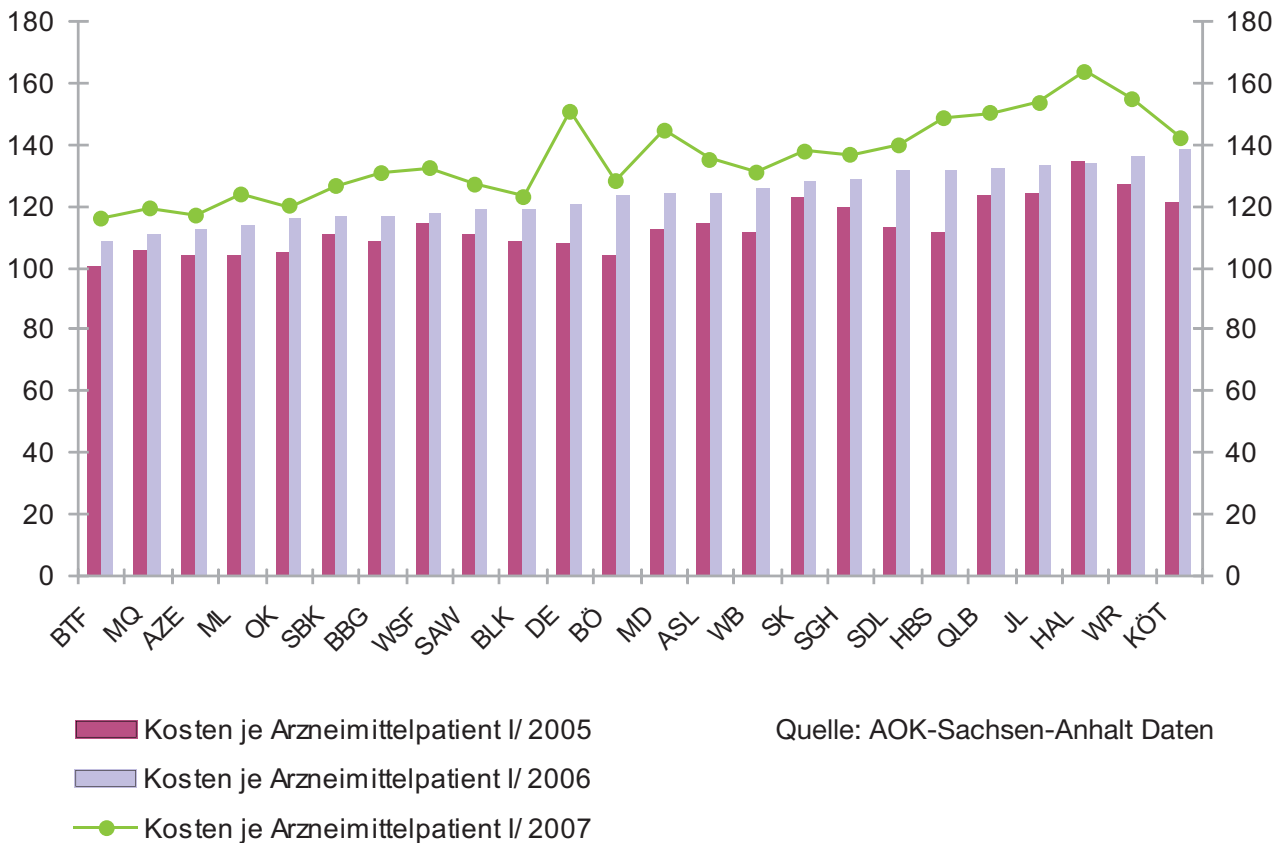
für I/2006 im Vergleich zu I/2007

Landkreis	Landkreis	Kosten pro AMP I/2007	Kosten pro AMP I/2006	Entwicklung (%)
Bitterfeld	BTF	115,38	108,89	5,96
Anhalt-Zerbst	AZE	116,73	112,00	4,22
Merseburg-Querfurt	MQ	118,81	111,06	6,98
Ohrekreis	OK	118,84	115,76	2,66
Burgenlandkreis	BLK	122,52	119,37	2,64
Mansfelder Land	ML	123,43	113,81	8,45
Schönebeck	SBK	125,51	116,59	7,65
Altmarkkreis Salzwedel	SAW	127,55	119,13	7,07
Bördekreis	BÖ	128,26	123,72	3,67
Bernburg	BBG	130,40	116,94	11,51
Wittenberg	WB	131,27	125,48	4,61
Weißenfels	WSF	131,91	117,64	12,13
Aschersleben-Staßfurt	ASL	135,27	124,27	8,85
Sangerhausen	SGH	136,47	128,57	6,14
Saalkreis	SK	137,79	127,94	7,7
Stendal	SDL	139,21	131,50	5,86
Köthen	KÖT	142,38	138,01	3,17
Magdeburg	MD	144,20	123,91	16,37
Halberstadt	HBS	147,77	131,73	12,18
Quedlinburg	QLB	149,80	132,13	13,37
Dessau	DE	150,06	120,13	24,91
Jerichower Land	JL	153,47	133,00	15,39
Wernigerode	WR	154,95	136,31	13,67
Halle	HAL	163,85	133,55	22,69



## Entwicklung der Nettokosten in Euro je Arzneimittelpatient in den Regionen

Vergleich I/2005 – I/2006 – I/2007 in EUR



## Allgemeine Grundsätze bei der Ausstellung einer Verordnung

Eine Vielzahl von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung wie zum Beispiel Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Fahrten zur onkologischen Strahlen- und Chemotherapie müssen von den Krankenkassen im Vorfeld genehmigt bzw. begleitend bearbeitet werden. Bei Beachtung der folgenden Hinweise können Sie eine reibungslose und möglichst zeitnahe Bearbeitung durch die Krankenkasse, ohne zusätzliche Nachfragen in der Praxis unterstützen.

### Prüfen Sie bitte:

- grundsätzlich die Krankenversicherungskarte und den Befreiungsausweis auf Gültigkeit.
- bei Neu- und Weiterverordnungen die medizinische Notwendigkeit, die Zulassung für die vorliegende Indikation sowie die wirtschaftliche Auswahl der zu verordnenden Leistung.
- die Verordnung auf Vollständigkeit und Lesbarkeit (Druckqualität) der Angaben.
- die Eintragung des Ausstellungsdatums und des Arztstempels sowie die Leistung der Unterschrift.
- bei Neugeborenen, bei wem und in welcher Krankenkasse das Kind versichert ist.
- soweit möglich, die Compliance des Patienten.



# Verordnung von Leitsubstanzen

In der Arzneimittelvereinbarung Sachsen-Anhalts für das Jahr 2007 wurden für die Verordnungen in sechs Arzneimittelgruppen Zielwerte festgelegt, um den Umsatzanteil der jeweiligen Leitsubstanz zu erhöhen und damit die Kosten in der Wirkstoffgruppe zu senken. Der nach dem Gesetz vorgesehene Malus für den einzelnen Vertragsarzt wurde in Sachsen-Anhalt abgewandelt umgesetzt. Damit waren die Verordnungen der einzelnen Vertragsärzte für das Gesamtergebnis der Ärzteschaft in Sachsen-

Anhalt in diesen Wirkstoffgruppen entscheidend.

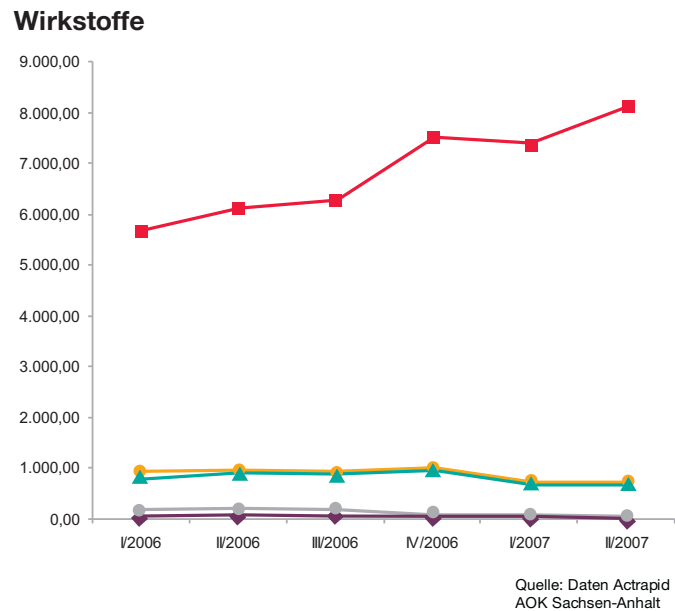
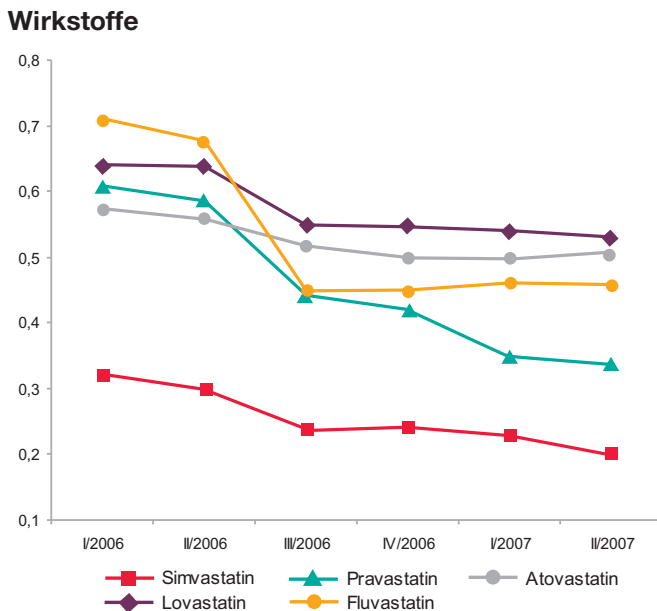
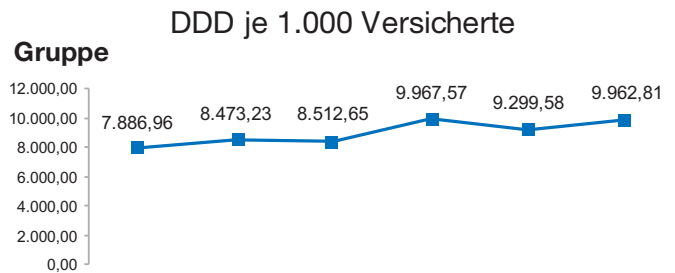
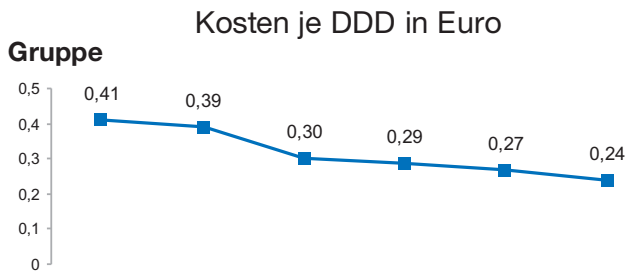
Wie wir bereits im Vorwort zu dieser Ausgabe der Sonder-PRO festgelegt haben, ist es uns nach den bis zum Juli 2007 vorliegenden Daten der GAmSi-Frühinformation gelungen, in fünf der sechs festgelegten Wirkstoffgruppen die Zielwerte für den DDD-Anteil der Leitsubstanz und die Kosten je DDD in der Arzneimittelgruppe zu erreichen und sogar zu über- bzw. zu unterschreiten. Nur bei den selek-

tiven Betablockern ist der Zielwert für den DDD-Anteil der Leitsubstanz noch nicht ganz erreicht.

Die Kosten je DDD sind in allen Arzneimittelgruppen seit dem Quartal 1/2006 kontinuierlich gesunken. Gleichzeitig ist jeweils die Verordnung der Leitsubstanz (DDD je 1.000 Versicherte) deutlich angestiegen. Für die grafische Darstellung der erzielten Ergebnisse wurden die Gruppen der Statine, selektiven Betablocker und Triptane ausgewählt.

## Statine

- Leitsubstanz Simvastatin -



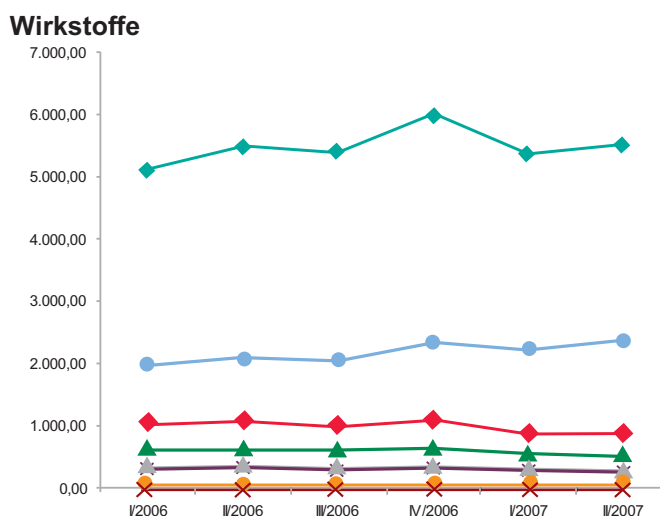
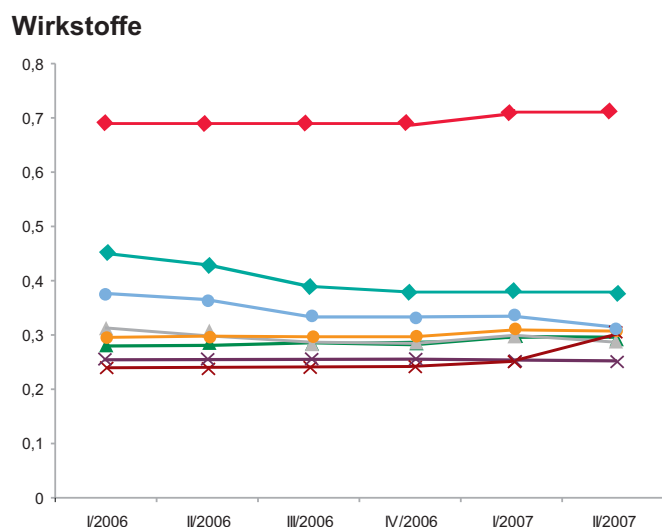
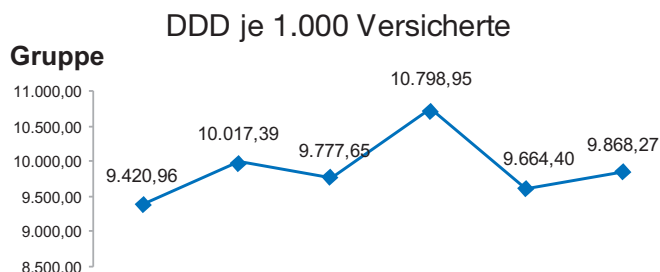
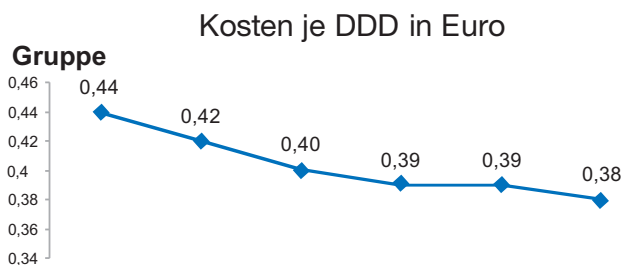
Im II. Quartal 2007 ist eine deutliche Absenkung der Kosten je DDD von 0,41 Euro auf 0,24 Euro zu verzeichnen. Der Grund liegt in der Zunahme der DDD je 1.000 Versicherte von Simvastatin als Leitsubstanz und einem DDD-Rückgang bei Pravastatin und Fluvastatin.





## Betablocker

### - Leitsubstanz Bisoprolol -



◆ Nebivolol    ▲ Talinolol    ▲ Atenolol    × Celiprolol  
× Acebutolol    ● Betaxolol    ◆ Metoprolol    ● Bisoprolol

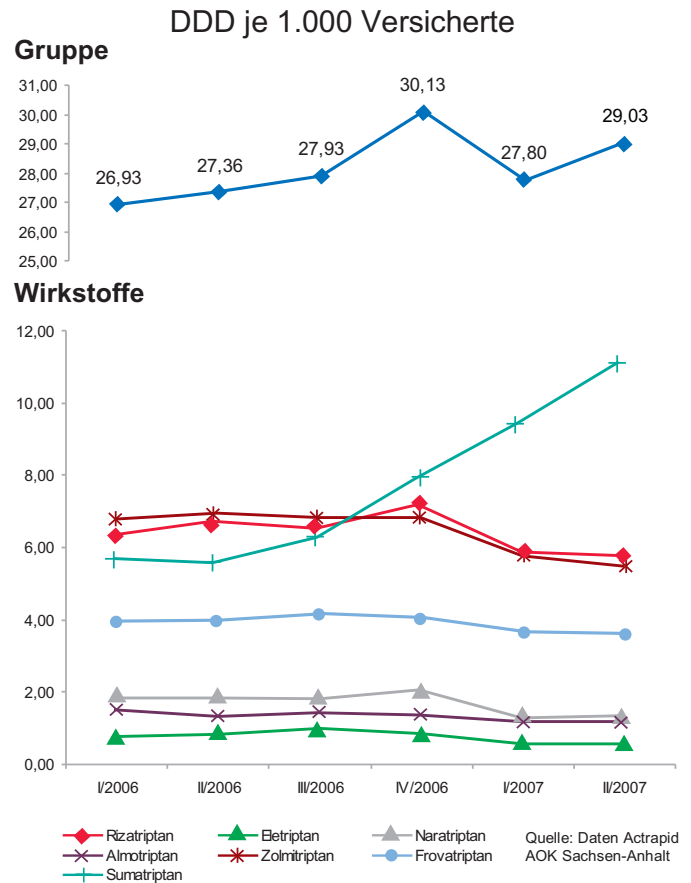
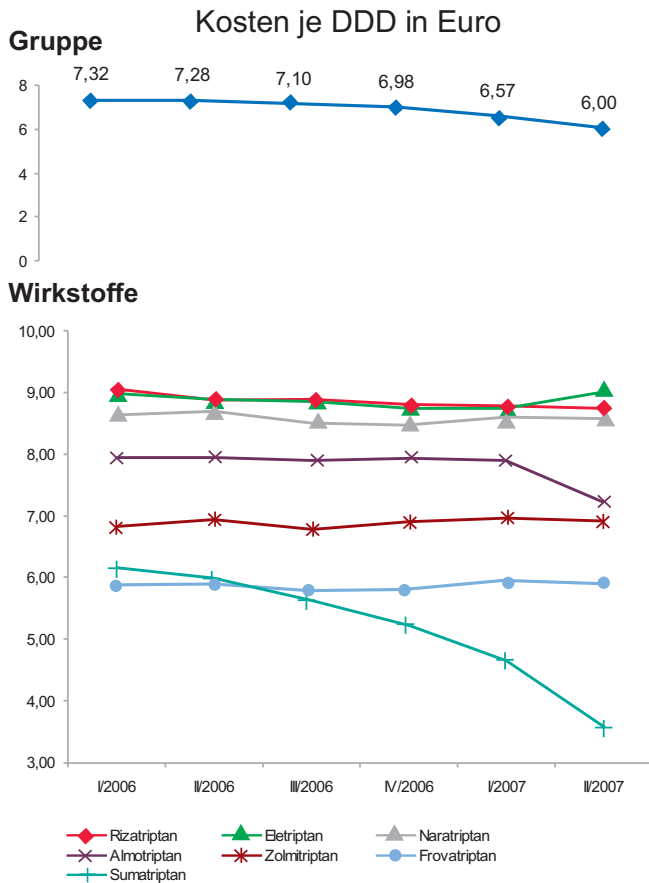
◆ Nebivolol    ▲ Talinolol    ▲ Atenolol    × Celiprolol  
× Acebutolol    ● Betaxolol    ◆ Metoprolol    ● Bisoprolol

Quelle: Daten Actrapid  
AOK Sachsen-Anhalt

In der Wirkstoffgruppe der Betablocker sinken die Kosten je DDD von 0,44 Euro im I. Quartal 2006 auf 0,38 Euro im II. Quartal 2007. Die Ursache ist, die deutliche Reduzierung der Anzahl verordneter DDD je 1.000 Versicherte bei Nebivolol (Kosten je DDD ca. 0,70 Euro) Die verordnete Menge an Bisoprolol, der Leitsubstanz, stieg hingegen an.



## Triptane - Leitsubstanz Sumatriptan -



Aufgrund der steigenden Verordnungen von Sumatriptan (Leitsubstanz) werden die DDD-Kosten der Triptane von 7,32 Euro auf 6,00 Euro reduziert.

**Die Entwicklung geht, wie an den Beispielen gezeigt, in die Richtung der vorrangigen Verordnung der Leitsubstanzen. Allerdings ist bei konsequenter Umsetzung eine weitere Reduktion der Umsatzanteile nicht empfohlener Wirkstoffe möglich.**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben eine Emp-

fehlung für 2008 mit folgenden Leitsubstanzen veröffentlicht:

- Simvastatin
- Bisoprolol, 2008 neu dazu: Metoprolol
- Tamsulosin
- Citalopram, 2008 neu dazu: Fluoxetin
- Alendronsäure
- Sumatriptan
- 2008 neu: Omeprazol

- 2008 neu: Enalapril, Lisinopril, Ramipril
- 2008 neu: Diclofenac
- 2008 neu: Enoxaparin-Natrium
- 2008 neu: Glibenclamid und Metformin
- 2008 neu: Furosemid

Für welche Leitsubstanzen welche Zielwerte in 2008 zu erreichen sind, werden wir Ihnen gesondert bekannt geben.



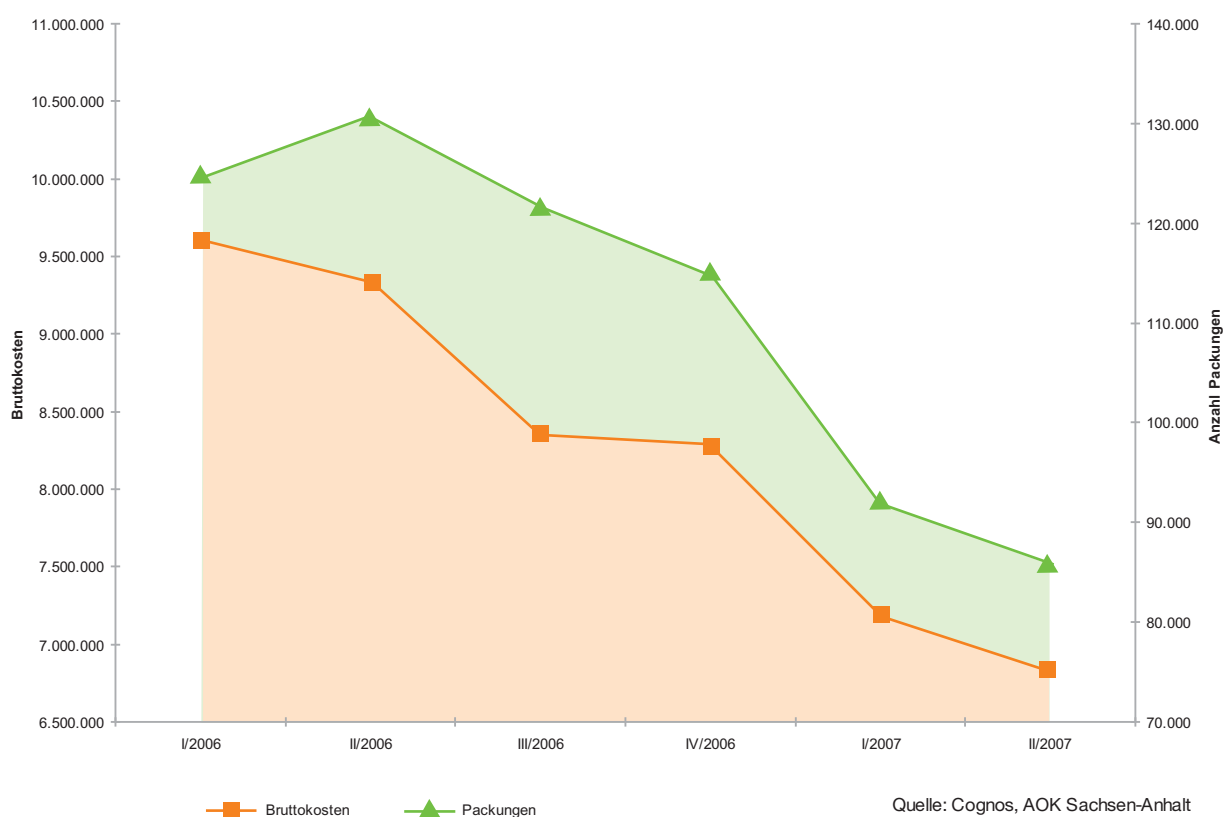
## Entwicklung der Verordnungsanteile patentgeschützter Analogpräparate

Wie schon im Jahr 2006 wurde auch 2007 die Liste der patentgeschützten Analogpräparate (Me too-Präparate) als Anlage zur Arzneimittelvereinbarung festgelegt, um durch Verordnung von preisgünstigeren Alternativen Arzneimittelkosten einzusparen. Die aktuelle Liste ist auf der Homepage der KVSA unter [www.kvsa.de](http://www.kvsa.de) zu finden.

Ein Ziel der Veröffentlichung der Me too-Liste ist es, den Verordnungsanteil der patentgeschützten Analogpräparate auf den Bundesdurchschnitt zu senken. Dies kann durch eine Umstellung auf pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe erreicht werden. In der PRO 4/2007 wurde hinsichtlich der Hauptindikation der gelisteten Me-too-Präparate

eine Marktübersicht bezogen auf bis zu drei preisgünstigere Alternativen zur Verfügung gestellt.

Welche Entwicklung hat der Umsatz dieser Analogpräparate in der AOK Sachsen-Anhalt genommen?



Der Bruttoumsatz sank vom I. Quartal 2006 zum I. Quartal 2007 von 9,6 Mio. Euro auf 7,2 Mio. Euro, also um 25 Prozent. Die Anzahl der Verordnungen reduzierte sich um 26 Prozent auf 92.000 Verordnungen. Ausgangswert war eine Anzahl Packungen von 125.000. Diese Entwicklung ist insbesondere auf Umsatzrückgänge bei

- Pantoprazol
- Esomeprazol
- Fluvastatin

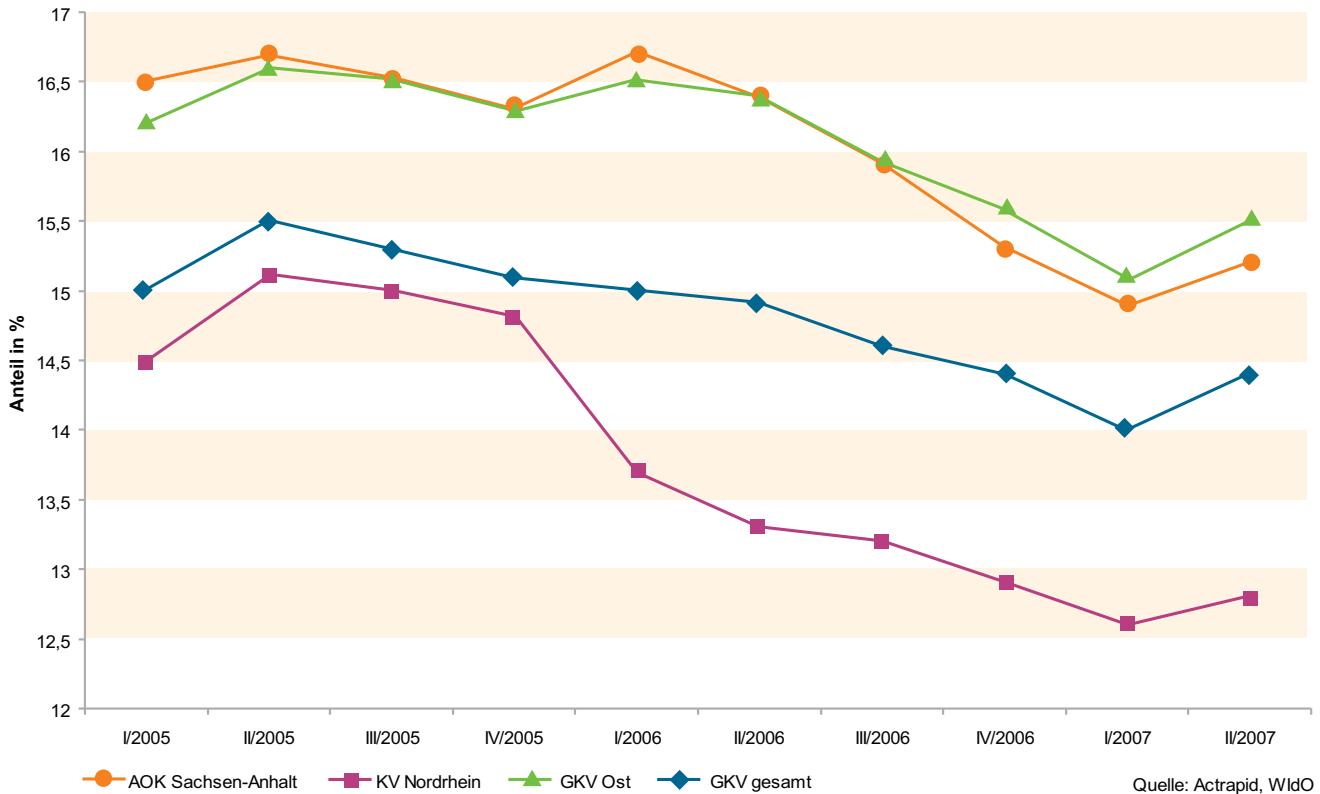
zurückzuführen.

Die Liste der Analogpräparate wurde zunächst in der KV Nordrhein veröffentlicht und für Sachsen-Anhalt

übernommen. Ein Vergleich der Anteile der Analogpräparate am Gesamtmarkt in Sachsen-Anhalt mit Nordrhein, GKV Ost und GKV gesamt zeigt, dass Sachsen-Anhalt im Vergleich unter dem Durchschnitt der Anteile der neuen Bundesländer liegt, jedoch noch über dem Durchschnitt GKV gesamt.



## Anteil Analogpräparate am Gesamtmarkt



Während in Sachsen-Anhalt im Quartal I/2007 noch 14,5 Prozent des Arzneimittelumsatzes auf Me-too-

Medikamente entfallen, sind es in Nordrhein lediglich 12,6 Prozent. Die Vertragsärzte in Sachsen-Anhalt soll-

ten ihre Bemühungen fortsetzen, um den Anteil der Analogpräparate weiter zu senken.

## Umfrage zur Krankenhausentlassungsmedikation

Im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung sollen Krankenhäuser dem weiterbehandelnden Vertragsarzt Therapievorschläge unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen mitteilen. Auch ist bei Verfügbarkeit preisgünstigerer Wirkstoffe mit vergleichbarer Wirkung mindestens ein kostengünstigerer Therapievorschlag anzugeben. Für längerfristige Behandlungen sollen bereits im Krankenhaus Arzneimittel verordnet werden, die auch in der ver-

tragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

Um die Versorgung sektorenübergreifend zu optimieren, ist es wichtig auch Ihre Erfahrungen, die Sie in der täglichen Praxis bei der Weiterbehandlung Ihrer Patienten nach stationärem Aufenthalt machen, einzubeziehen. Bitte unterstützen Sie die Befragung, in dem Sie den ausgefüllten Fragebogen an die **AOK Sachsen-Anhalt** senden.

Im Voraus vielen Dank für Ihre Beteiligung an der Befragung. Selbstverständlich werden Ihre Angaben anonym behandelt.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum **31. Januar 2008** per Fax oder auf dem Postweg an:

AOK Sachsen-Anhalt  
Stichwort: Entlassungsmedikation  
PL 2.1.  
39084 Magdeburg  
Fax: (03 91) 5 80-46 00



## Wirtschaftliche Verordnung von Blutzuckerteststreifen

- Beachten Sie die Empfehlung zur Verordnungsmenge an Blutzuckerteststreifen (Sonderausgabe der PRO Januar 2007, Seite 15).
- Wählen Sie kostengünstige Anbieter.  
Eine Verordnung von Teststreifen unter 20 Euro für eine 50 Stück-Packung spart bei gleicher Qualität fast 30 Prozent der Kosten, mehr als acht Euro.

Der auf eine intensivierete Insulintherapie eingestellte Diabetiker benötigt 1.000 bis 2.200 Blutzuckerteststreifen pro Jahr.

Neben der Einhaltung der Empfehlung zur Messfrequenz und damit der Anzahl der verordneten Teststreifen stellt eine kostengünstige Versorgung ein Einsparpotenzial von ca. 350 Euro pro Patient und Jahr dar.

Ein Vertrag der AOK Sachsen-Anhalt mit der Firma DIA REAL GmbH bietet die Möglichkeit, eine kostengünstigere Versorgung der Patienten mit Blutzuckerteststreifen zu gewährleisten und ist geeignet, Einsparungen bei den richtgrößen-

relevanten Ausgaben für die Blutzuckerteststreifen zu erzielen.

Innerhalb dieses Vertrages werden insbesondere folgende Blutzuckerteststreifen kostengünstig angeboten:

Pharmazentralnummer	Bezeichnung	Anzahl/pro Packung	Preis in € ab 1 Packung Netto	Preis in € ab 1 Packung Brutto
4172778	Glucosmart plus	50	16,80	19,99
0584805	Wellion Linus	50	16,80	19,99
3853660	Glucotest Esparma*	50	16,80	19,99

\* Der Preis für Glucotest Esparma wird auch bei Bezug über Apotheken erzielt!

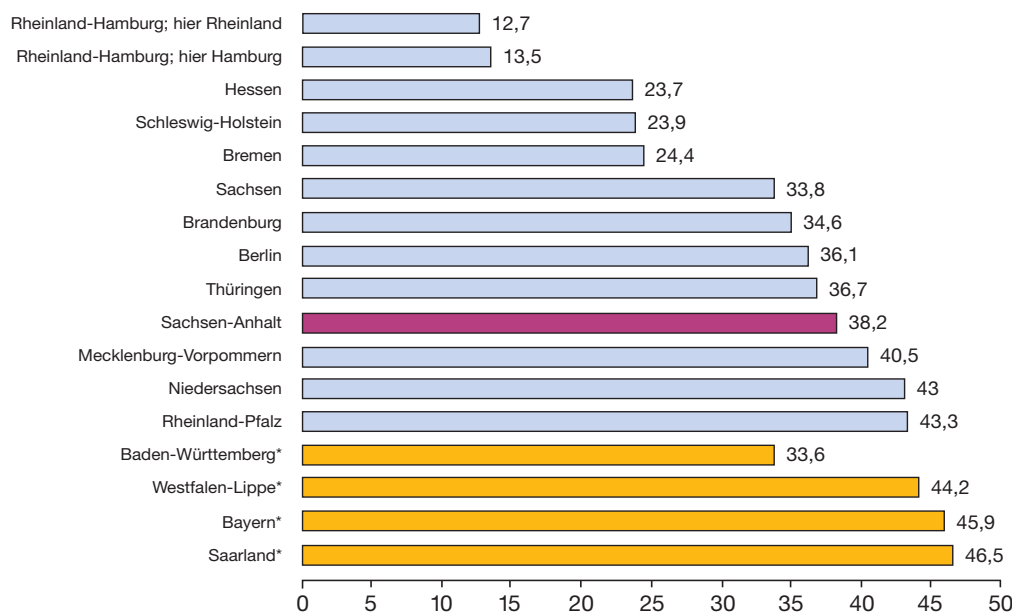
Die notwendigen Blutzuckermessgeräte werden den Patienten kostenfrei zur Verfügung gestellt. Das Gerät Glucosmart plus der Firma

MSP BODMANN GmbH hat in einer 2007 durchgeführten Studie der Stiftung Warentest das Qualitätsurteil „gut“ bekommen.

## Erste Ergebnisse der Arzneimittel – Rabattverträge der AOK

Die seit Beginn des Jahres gültigen Rabattverträge der AOK entwickeln sich zum Erfolgsmodell. Sowohl die AOK und ihre Rabattpartner als auch die Politik sind mit der Gesamtbilanz des Jahres zufrieden. Im August 2007 betrug der Verordnungsanteil der Rabattarzneimittel an den gesamten Rabattwirkstoffen in Sachsen-Anhalt 38,2 Prozent! Der Durchschnitt der AOKen, die die Versicherten nicht von der Zuzahlung befreit haben, liegt bei 30,2 Prozent liegt bei. Ähnlich gut ist der Umsatzanteil: er beträgt für Sachsen-Anhalt 33,54 Prozent.

**Verordnungsanteil rabattierter Arzneimittel an den rabattierten Wirkstoffen für alle AOKen im August 2007 in %**

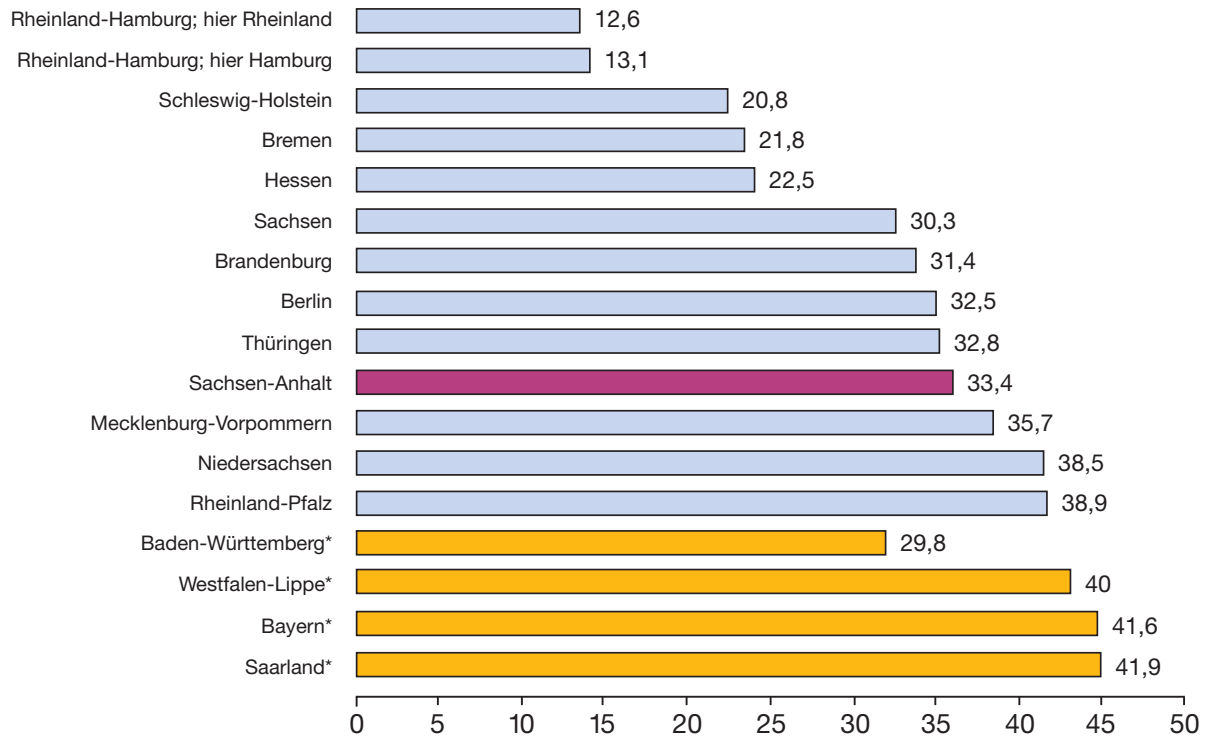


\* AOKen, die für die Rabattarzneimittel die Versicherten von der Zuzahlung befreit haben.  
Datenbasis: AOK-Rezeptdaten nach § 300 mit Datenstand 01. November 2007

Quelle: AOK WildO 2007



## Umsatzanteil rabattierter Arzneimittel an den rabattierten Wirkstoffen für alle AOKen im August 2007 in Prozent



\* AOKen, die für die Rabattarzneimittel die Versicherten von der Zuzahlung befreit haben.  
Datenbasis: AOK-Rezeptdaten nach § 300 mit Datenstand 01. November 2007

Quelle: AOK WIdO 2007

Maßgebliche Voraussetzung für den Erfolg ist die Lieferfähigkeit der Hersteller, die nach anfänglichen Schwierigkeiten jetzt bei allen elf Unternehmen besteht. Von 579 rabattierten Arzneimitteln sind zum Jahresende fast 100 Prozent lieferbar.

Die Versorgung der Patienten mit Medikamenten war jedoch immer gesichert. Denn die Apotheker konnten bei Lieferproblemen rabattierter Arzneimittel eines der drei im Markt erhältlichen preisgünstigsten Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff abgeben.

Soweit die abgeschlossenen Rabattverträge bekannt sind, können diese auf der Homepage der KVSA [www.kvsa.de](http://www.kvsa.de) und unter [www.deutschesaerzteportal.de](http://www.deutschesaerzteportal.de) eingesehen werden.



# Hinweise zur Verordnung von Heilmitteln

## Empfehlungen für eine wirtschaftliche Verordnungsweise:

- Prüfen Sie sorgfältig vor jeder Neuverordnung und jeder Folgeverordnung von Heilmitteln die medizinische Notwendigkeit.
- Fordern Sie zur Beobachtung des Behandlungsverlaufes den Therapiebericht vom Therapeuten an.
- Prüfen Sie, ob sich durch eine Veränderung der Lebensverhältnisse Ihres Patienten die Heilmitteltherapien vermeiden oder verkürzen lassen.

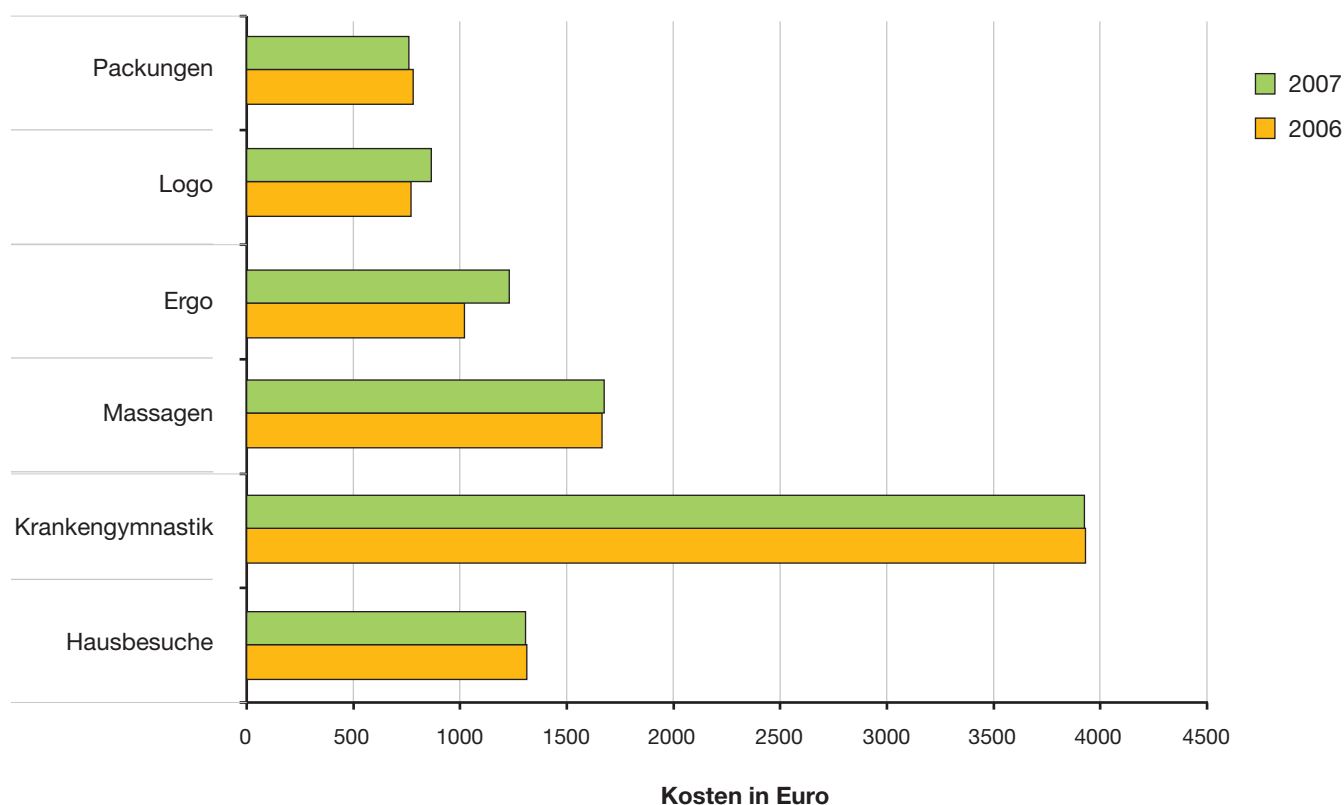
- Beauftragen Sie den Therapeuten zur Vermittlung von Eigenübungsprogrammen.
- Stellen Sie keine Wunscherordnungen aus.

**Beachten Sie: Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten (Hausbesuch) ist nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten**

**nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.**

Die vertragsärztliche Verordnung von Heilmitteln ist an die derzeit gültigen Regelungen der Heilmittel-Richtlinie vom 01. Juli 2004 gebunden. **Für Heilmittel gibt es Heilmittelrichtgrößen. Hausbesuche zu Heilmittelpatienten sind in den Heilmittelkosten enthalten.**

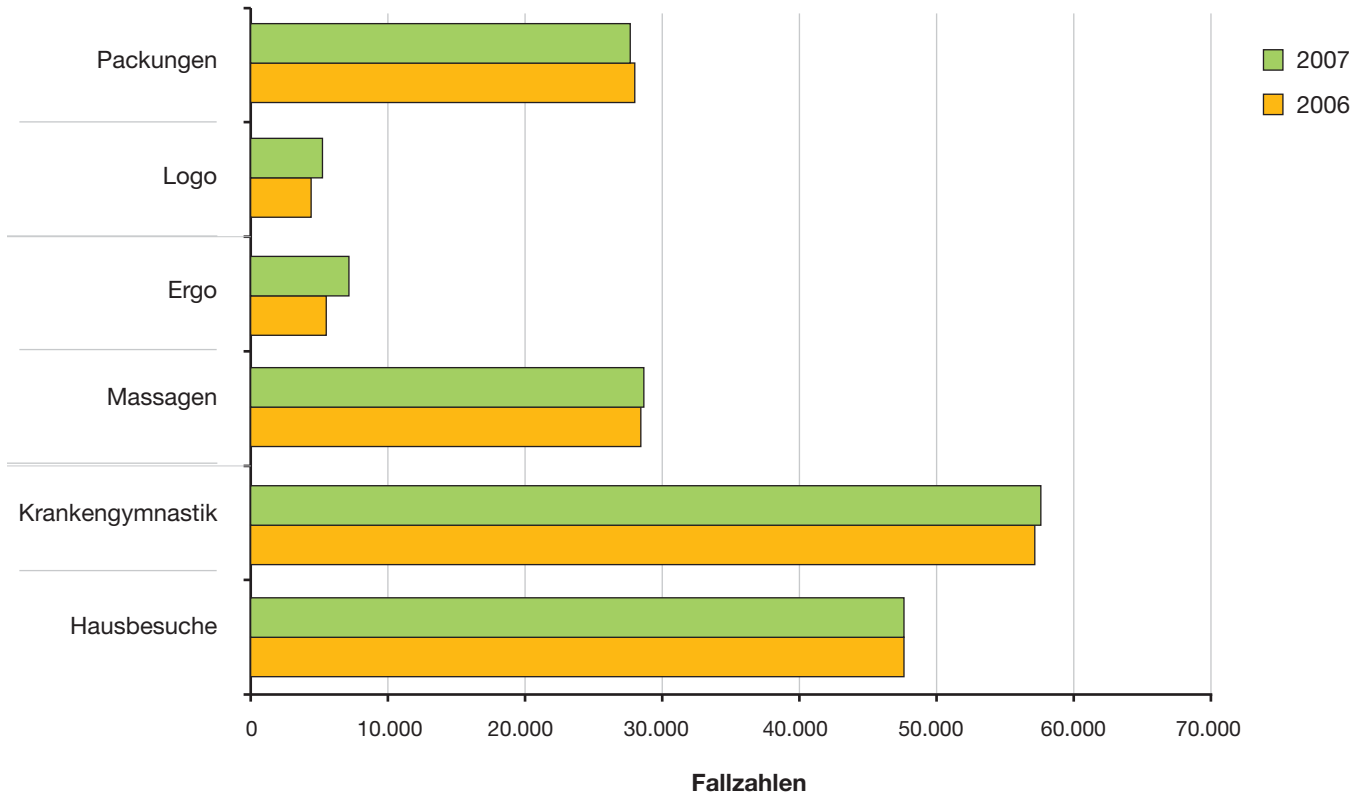
## Kostenentwicklung 1. Quartal 2006 im Vergleich zum 1. Quartal 2007



Quelle: AOK-Sachsen-Anhalt Daten



## Fallentwicklung 1. Quartal 2006 im Vergleich zum 1. Quartal 2007



Quelle: AOK-Sachsen-Anhalt Daten

## Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalles

Sobald Sie auf Grund der medizinischen Notwendigkeit mit der Anzahl der Behandlungen die Gesamtverordnungsmenge des definierten Regelfalles laut Heilmittel-Richtlinie überschreiten, nehmen Sie eine Verordnung außerhalb des Regelfalles vor.

Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles sind grundsätzlich genehmigungspflichtig, außer es wurde auf die Genehmigungspflicht verzichtet. Die AOK Sachsen-Anhalt verzichtet bei den Diagnosegruppen EX 4, ZN 1, ZN 2, AT 3, LY 2 und LY 3 auf die Genehmigungspflicht.

Weiterhin haben Sie sich immer persönlich über den Gesundheitszustand des Patienten zu informieren. Tragen Sie die daraus resultierende individuelle besondere Begründung mit prognostischer Einschätzung in das dafür vorgesehene Verordnungsfeld ein.





## Beispiel einer fehlerhaften Heilmittelverordnung

- Im Rahmen von Analysen zur richtlinienkonformen Verordnung von Heilmitteln stellen sich noch immer Unsicherheiten in der Handhabung dar. Insbesondere treten fehlerhafte Zuordnungen des vorrangig verordnungsfähigen Heilmittels zur Leitsymptomatik oder die Auswahl einer nicht in den Heilmittel-Richtlinien aufgeführten Diagnosegruppe auf.

**Heilmittelverordnung 13**  
Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie

**Gebührpflicht:** Krankenkasse bzw. Kostenträger  
**Krankenkasse XY**

**Gebührfrei:** Name, Vorname des Versicherten  
**Herr Max Mustermann**  
geb. am **01.01.1950**  
Musterstraße 2  
12345 Musterhausen

**Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)**  
 Erstverordnung  Folgeverordnung  Gruppentherapie  
Behandlungsbeginn spätestens am **T T M M J J**  
 Verordnung außerhalb des Regeljahres  
Hausbesuch  Ja  Nein  
Therapiebericht  Ja  Nein

**Verordnungsmaße:** **6** klassische Massage **2** Anzahl pro Woche

**Indikations Schlüssel:** **WS 2 a** **Wirbelsäulenerkrankung**

**Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**

**Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele**

**Medizinische Begründung der Verordnungen außerhalb des Regeljahres (ggf. Beiblatt)**

**Dr. med. Max Mustermann**  
Musterstraße 1  
12345 Musterhausen

**Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes**

Muster 13.1 (7.2004)

**fehlerhafte Musterverordnung**

⇒ bei WS2a ist die Verordnung von Krankengymnastik oder manueller Therapie möglich



Im Beispiel ist die Verordnung von Krankengymnastik (KG) oder Manueller Therapie (MT) als vorrangiges Heilmittel möglich. **Eine Verordnung von Klassischer Massagetherapie entspricht nicht der angegebenen Leitsymptomatik.** Die Verordnung von Klassischer Massagetherapie ist nur bei WS21e, WS2f und WS2g (D1 –Kombination) möglich.

Die Ausstellung einer Heilmittelverordnung mit Bezug zu einer **nicht** in den Heilmittel-Richtlinien **aufge-**

**fürten Diagnosegruppe** wird ebenfalls als **fehlerhafte Verordnung** gewertet.

**Heilmittel unterliegen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Fehlerhaft ausgestellte Verordnungen können somit in der Wirtschaftlichkeitsprüfung einen Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens auslösen.**

**Bitte beachten Sie weiterhin:**  
 • Ein neues Quartal löst keinen neuen Regelfall aus.

- Ein Umgehen der Genehmigungspflicht durch ein vergessenes oder fehlerhaft gesetztes Kreuz bei einer Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalles kann einen Regress auslösen.
- Mehrfachkreuzungen in den Feldern Erstverordnung, Folgeverordnung und Verordnung außerhalb des Regelfalles sind nicht zulässig.
- Einige Krankenkassen verzichten auf den Genehmigungsvorbehalt. Achten Sie auf die Hinweise in den monatlichen Ausgaben der PRO.

## Versorgung mit Bandagen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten

Eine Leistungspflicht der Krankenkasse liegt vor, wenn Bandagen aus medizinischen Gründen benötigt werden, um die ärztliche Behandlung bestehender Erkrankungen des Muskel- und Bandapparates zu be-

gleiten, zu unterstützen oder den Behandlungserfolg zu sichern.

Bandagen werden grundsätzlich in konfektionierter Größe angeboten oder individuell nach Maß gefertigt.

Bei den Maßenfertigungen unterscheidet man weiterhin in industrielle und individuell handwerklich gefertigte Bandagen.

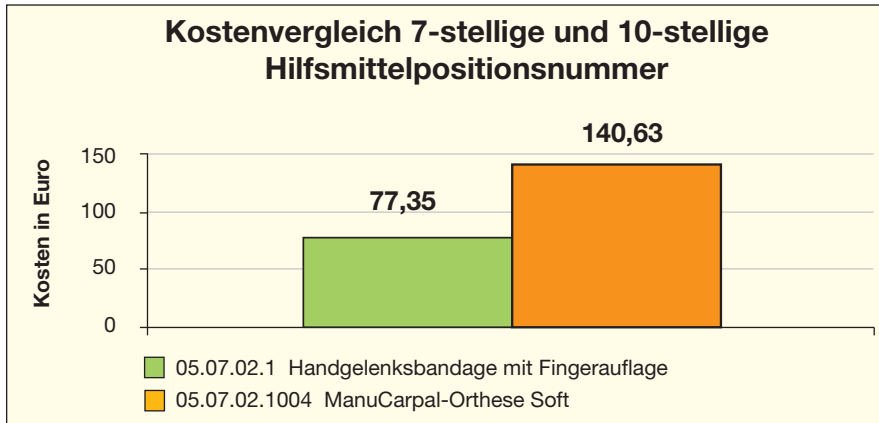
	<b>Erläuterungen</b>	<b>Beispiel</b>
<b>Konfektionierte Bandagen</b>	- Die Bandage muss in jedem Fall angemessen werden, um die Konfektionsgröße zu bestimmen.	Der Versicherte erhält eine Stabilisierungsbandage der Größe M (handelsübliche Bandage).
<b>Maßenfertigung</b> a.) industrielle Maßenfertigung	- Ausmessen bei industrieller Maßenfertigung ist ebenfalls notwendig. - Die Maße werden auf einer Maßkarte vermerkt und zur Auftrags Erfüllung an den Hersteller versandt.	Es wird eine Stabilisierungsbandage der Größe XL benötigt. Die Bandage ist im Sanitätshaus bzw. in der Apotheke nicht vorrätig, kann jedoch auf Anfrage beim Hersteller bestellt werden und ist dort im Lager vorhanden.
<b>Maßenfertigung</b> b.) handwerklich gefertigte Maßbandage	- dabei handelt es sich um so genannte Unikate - müssen in der Werkstatt des Leistungserbringers angefertigt werden - betrifft ca. ein Prozent der Versorgungsfälle	Auf Grund schwerer Adipositas benötigt der Versicherte eine Bandage, die nicht im Lagerumfang des Herstellers enthalten ist. Zu dieser existiert kein „Muster“. Demzufolge muss eine Stabilisierungsbandage speziell nach den Bedürfnissen des Versicherten angefertigt werden.



Maßanfertigungen sind wesentlich preisintensiver als konfektionierte Ware. Deshalb sollten sie nur im

medizinisch begründeten Einzelfall verordnet werden. Dieser Einzelfall kann vorliegen, wenn die Verord-

nung einer konfektionierten Bandage oder einer industriellen Maßanfertigung aus anatomischen Gründen nicht möglich ist.



Bei der Verordnung ist weiterhin darauf zu achten, dass anstelle der genauen Produktbezeichnung (10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer, z. B. 05.02.03.0013 Aircast – Sprunggelenkschiene) die Produktart (die 7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer, z. B. 05.02.03.0 Stabilisierungsbandage) abzugeben ist. Den abgebenden Leistungserbringern ist bei Angabe der 7-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer die Möglichkeit gegeben, den Versicherten eine zuzahlungsfreie Bandage anzubieten.

Die aus diesem Beispiel für den Versicherten resultierenden Mehrkosten, in Höhe von 63,28 Euro zzgl. der gesetzlichen Zuzahlung können bei Verwendung der 7-stelligen Positionsnummer vermieden werden.

teln, für die es keinen bundeseinheitlichen Festbetrag gibt. Für konfektionierte Bandagen gelten Vertragspreise, die unter medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten verhandelt wurden. Wie im Beispiel ausgeführt, können Mehrkosten aus einer höherwertigen Versorgung entstehen.

Bei den meisten medizinischen Indikationen ist eine Bandage grundsätzlich nur zeitlich begrenzt zu tragen. Wiederholungsverordnungen von Bandagen für die gleiche Erkrankung sind nur in Ausnahmefällen medizinisch indiziert und werden im Einzelfall, bei entsprechender ärztlicher Begründung, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert.

**Hinweis:**

Bandagen gehören zu den Hilfsmitteln.

Muster für eine Verordnung entsprechend den Empfehlungen:

<b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b> <b>AOK Sachsen Anhalt</b>		BSG: HES- (Hilf- Mitt- St- Begr-) 6 X 8 0	
<b>Name, Vorname des Versicherten</b> <b>Max Mustermann</b> geb. am		Apothen-Nr. / H-Platz	
<b>Musterstraße 1</b> <b>00000 Musterstadt</b>		Kostenart:    Geb.-Stufe:	
Kassen-Nr.    Versicherten-Nr.    Status		1. Verordnung	
Vertragsarzt-Nr.    VK gültig bis    Datum		2. Verordnung	
Rp. (Bitte Lesart durchschreiben)		3. Verordnung	
<b>1 Knieführungsbandage</b> <b>Himi-Nr.: 05.04.02.2</b> <b>Dg.: Distorsion rechtes Kniegelenk</b>		Vertragsschein	
<b>bbbrl</b> Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 18.11.2004	
Bei Arbeitsunfall Aufschließen!    Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer			

Der Einsatz von Bandagen aus prophylaktischen Gründen, z. B. zum Schutz vor Verletzungen bei sportlicher Betätigung, fällt in den eigenverantwortlichen Bereich des Versicherten.

**Fazit:**

- Die Versorgung mit konfektionierten Bandagen ist grundsätzlich zu favorisieren. Ein Hinweis auf der Verordnung „nach Maß“ entfällt.
- Maßanfertigungen sind nur im medizinisch begründeten Einzelfall zu verordnen.
- Bei der Verordnung ist nicht das Einzelprodukt, sondern die Produktgruppe anzugeben (7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer).
- Die Kosten einer prophylaktischen Versorgung hat der Versicherte selbst zu tragen.



## Versorgung mit saugenden Hilfsmitteln bei Inkontinenz – Neuer Vertrag der AOK Sachsen-Anhalt

In der Sonder PRO vom Januar 2007 haben wir Sie über die Indikationen informiert, bei welchen die Verordnung von saugenden Inkontinenzartikeln zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen kann. Diese Indikationen waren:

- mindestens mittelgradige Harninkontinenz ab einer Ausscheidungsmenge von 100 ml in 4 h oder
- permanente Harninkontinenz mit ständigem Urinabgang oder
- intermittierende Harninkontinenz mit strahlartiger, völliger Entleerung der Blase oder Stuhlinkontinenz.

Weiter haben wir Sie auf die möglichen Versorgungsformen hingewiesen und dabei ausgeführt, dass eine Versorgung mit Vorlagen, den sogenannten offenen Systemen, der mit Windelhosen vorzuziehen ist, soweit dies medizinisch möglich ist.

Die vorgenannten Kriterien sind wesentlicher Bestandteil eines neuen

Vertrages, den die AOK Sachsen-Anhalt zur Einbindung auch der Leistungserbringer in eine wirtschaftliche Versorgung zum 1. März 2007 geschlossen hat. Dieser Vertrag regelt die Versorgung mit saugenden Hilfsmitteln bei Inkontinenz für den häuslichen und stationären Bereich. Infolgedessen wurde auch eine generelle Genehmigungspflicht für saugende Inkontinenzhilfsmittel eingeführt.

Weitere Vertragsinhalte im Überblick:

- Leistungserbringung ausschließlich durch Fachpersonal
- regelmäßige kostenfreie Beratungen durch Leistungserbringer
- Lieferung ausschließlich von Produkten aus dem Hilfsmittelverzeichnis bzw. Produkten, die den darin genannten Qualitätsanforderungen entsprechen
- kostenlose / preisgünstige (zum Ortstarif) Servicehotline zu den üblichen Geschäftszeiten

- individuelle Dokumentation der Beratungen sowie allgemeiner jährlicher Qualitätsbericht des Leistungserbringers

**Zukünftige Versorgungs mit saugenden Inkontinenzhilfsmitteln sollen ausschließlich über die neue vertragliche Regelung erfolgen. Damit ist eine qualitätsgesicherte Versorgung der Versicherten sichergestellt. Auf Wunsch der Patienten kann auch eine Versorgung über nicht am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer erfolgen. In diesem Fall müssen die Patienten jedoch mit Mehrkosten rechnen.** Derzeit werden die Versicherten über die neue Versorgungsform sowie über deren Wahlmöglichkeiten informiert. Wenn Sie von Ihren Patienten auf die neue vertragliche Regelung angesprochen werden, informieren Sie diese bitte darüber, dass eine qualitätsgesicherte Versorgung mit saugenden Hilfsmitteln bei Inkontinenz im Rahmen der vertraglichen Regelung sichergestellt ist.

## Verordnungsfähigkeit von Bestandteilen urologischer Kathetersets

Empfehlungen für eine wirtschaftliche Verordnungsweise:

- Kathetersets sind grundsätzlich keine Kassenleistung.

Soweit Bestandteile urologischer Kathetersets zum Katheterisieren notwendig sind, ist

- entweder auf Einzelprodukte in wirtschaftlichen Mengen abzustellen oder
- es sind solche Leistungserbringer zu bevorzugen, die Versicherte der AOK Sachsen-Anhalt im Rahmen des Dauerkatheterismus kostenfrei mit Kathetersets versorgen (**gilt**

**nur bei einem Wechsel außerhalb der Arztpraxis).**

Kathetersets werden in der ärztlichen Praxis verwendet, da sie Produkte enthalten, die beim Entfernen, Einlegen und Wechseln eines Harnblasenkatheters zum Einsatz kommen.

Die Verordnung von Kathetersets ist dabei jedoch nicht wirtschaftlich, da die Sets neben Hilfsmitteln und Produkten, die für eine Katheterisierung notwendig sind, auch solche enthalten, die entweder generell nicht benötigt werden oder wiederverwendbar (z. B. Nierenschale, Schere) sind.

Um nicht auf das Katheterset verzichten zu müssen, aber dennoch wirtschaftlich zu verordnen, besteht die Möglichkeit, folgendes Angebot zu nutzen:

Nach derzeitigem Kenntnisstand stellen die nachfolgend genannten Firmen Versicherten der AOK Sachsen-Anhalt Kathetersets bei gleichzeitiger Versorgung mit einem Dauerkatheter kostenfrei zur Verfügung, soweit der Katheterwechsel außerhalb der Arztpraxis erfolgt. Bei Verordnung eines Dauerkatheters (Hilfsmittel-Nummer 15.25.15) ist diese zum Beispiel zu senden an:



uroSAX GmbH  
Ottendorfer Straße 12  
01127 Dresden  
Tel.: 0351/563620

Kathia  
Medizinsysteme GmbH  
Endelner Feld 9  
46286 Dorsten  
Tel.: 02369/2085-0

UROMED  
Kurt Drews GmbH  
Meessen 7  
22113 Oststeinbek  
Tel.: 040/713007-0

Die Verordnungen können im Auftrag des Versicherten durch die Praxis direkt an die Firmen geschickt werden. Hierzu können Sie auf Anfrage von den Firmen Freiumschräge erhalten.

Erfolgt der Wechsel des Katheters in der Arztpraxis, stellen die hierfür erforderlichen Einzelprodukte Sprechstundenbedarf bzw. Praxiskosten dar und sind entsprechend anderweitig zu beziehen.

Alternativ können auch weiterhin die tatsächlich notwendigen Einzelprodukte (z. B. Tupfer, Desinfektionsmittel) in wirtschaftlichen Packungsgrößen verordnet werden.

## Was ist bei der Verordnung von enteraler Ernährung zu beachten?

Grundlage der Versorgung mit enteraler Ernährung ist die Arzneimittelrichtlinie (AMR), die seit dem 1. Oktober 2005 neu geregelt wurde. Unter Punkt E. der AMR sind die allgemeinen Verordnungsgrundsätze aufgeführt.

Enterale Ernährung ist bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung verordnungsfähig, wenn eine Modifizierung der normalen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen.

Zur Eingrenzung der medizinisch notwendigen Fälle listet die Richtlinie ausführlich die „Sonstigen Maßnahmen“ auf, die zu veranlassen sind, bevor enterale Ernährung zum Einsatz kommt oder die parallel zu

erfolgen haben, damit diese evtl. wieder abgesetzt werden kann, z. B.

- Gabe von kalorienreicher Nahrung und Zwischenmahlzeiten,
- Herstellung einer entsprechenden Konsistenz (Pürieren),
- entsprechende Zuwendung bei der Nahrungsgabe,
- bei Schluckstörungen ist auf eine geeignete Lagerung der Patienten zu achten,
- Kaustörungen sind durch Mundpflege, Mundhygiene, notwendige Zahnbehandlungen oder -sanierungen zu beheben.

Grundsätzlich ist normal- oder hochkalorische Standardnahrung zu verordnen. Spezialdiäten sind nur noch in wenigen medizinisch begründeten Ausnahmefällen verordnungsfähig, z. B. bei

- Phenylketonurie oder weiteren angeborenen Enzymdefekten,

- Nierenerkrankungen,
- Kuhmilcheiweißallergie oder multiplen Nahrungsmittelallergien,
- Kurzdarmsyndrom, Aids-assoziierten Diarrhöen, Mukoviszidosen,
- seltenen angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel.

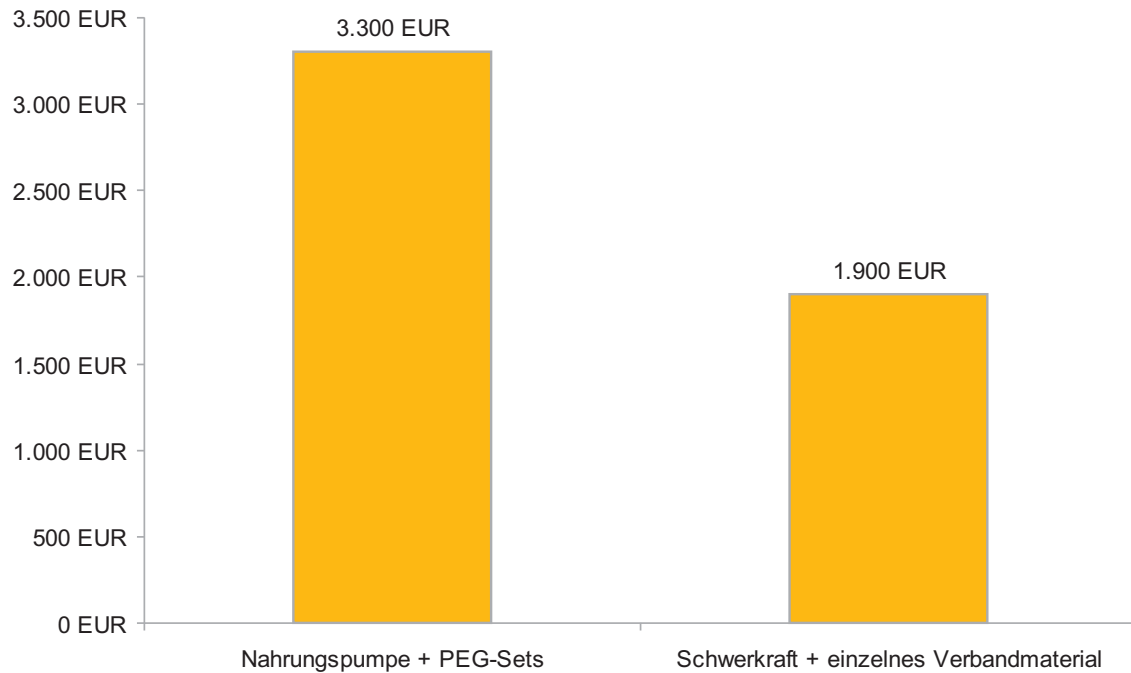
Bei der Verordnung beachten Sie bitte, dass Sonden- bzw. Trinknahrung und Verbandstoffe getrennt von den Hilfsmitteln zu verordnen sind.

**Enterale Ernährungsprodukte werden in die Arzneimittelrichtgrößen eingerechnet.**

Im Vorfeld der Verordnung ist zu klären, ob bei Patienten mit einer Sonde die Zufuhr der Nahrung durch Schwerkraft ausreichend oder eine Ernährungspumpe als Hilfsmittel erforderlich ist. In den meisten Fällen ist die Versorgung über Schwerkraft ausreichend und auch wirtschaftlich.



### Versorgung mit Zubehör im Vergleich - Jahreskosten/Patient (ohne Nahrungsprodukte) -



Quelle: Daten AOK Sachsen-Anhalt 2006

Dennoch empfiehlt „Ernährungspersonal“ oftmals die Verordnung einer Ernährungspumpe. Die Aspirationsgefahr ist aber auch bei Pumpeneinsatz nicht ausgeschlossen. Die Betreuung des Patienten bei der Nahrungsgabe ist bei beiden Methoden unabdingbar.

Der Verbandwechsel ist nur kurzzeitig täglich notwendig, nach sieben

bis zehn Tagen genügt ein Wechsel bei reizlosen Wundverhältnissen aller zwei bis drei Tage. Dazu ist nicht die Verordnung teurer Sets – die oft unnötige Produkte enthalten – erforderlich. Einzelnes Verbandmaterial ist ebenso geeignet und schont das Budget.

Auf der Verordnung kann der Bedarf und der entsprechende Zeitraum

angegeben werden. Also z. B. Menge eines Monatsbedarfs mit der Angabe: gilt vom 10.03.2007 (= Datum der Ausstellung) bis zum 09.04.2007.

Sobald der Zustand des Patienten es erlaubt, sollte versucht werden, zur normalen Nahrungsaufnahme zurückzukehren.



# Verordnung häuslicher Krankenpflege

## 1. Empfehlungen für das Ausstellen einer Verordnung

Beim Ausstellen einer Verordnung zur häuslichen Krankenpflege sind folgende Angaben erforderlich. Fehlen diese, kann es zu Anfragen von Krankenkassenmitarbeitern kommen.

Grundsätzlich anzugeben sind:

- die verordnungsrelevanten Diagnosen als medizinische Begründung
- die zu erbringenden Leistungen (Behandlungspflege, ggf. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung)
- Beginn, Häufigkeit und Dauer
- Präparate und deren Dosierung

Bei der Verordnung einer Medikamentengabe, von s.c. Injektionen, Blutdruck- und Blutzuckermessungen und An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ist anzugeben:

- Angabe der Leistungseinschränkungen (Einschränkungen der Sehfähigkeit, der Grob- und Feinmotorik, der körperlichen bzw. geistigen Leistungsfähigkeit)

Bei Dekubitusbehandlung, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden:

- Lokalisation, Grad, Größe der Wunde

Weiterhin ist Folgendes zu beachten:

Rückwirkende Verordnungen, z. B. bei Krankenhausentlassung am Wochenende:

- grundsätzlich nicht zulässig
- Ausnahmen sind besonders zu begründen

Vorfristige Ausstellung von Folgeverordnungen, z.B. bei Praxisurlaub:

- Begründungen auf der Verordnung vermerken

Änderungen und/oder Ergänzungen aus der Verordnung:

- bedürfen der erneuten Unterschrift des Arztes mit Stempel und Datumsangabe

## Angabe der Präparate

Wird häusliche Krankenpflege zum Beispiel zur Medikamentengabe verordnet, sind auf der Verordnung u. a. auch die Präparate anzugeben. In der Regel werden mehrere Präparate verordnet, so dass der Raum für diese Angaben auf der Verordnung nicht ausreicht. Es bietet sich an,

- den Medikamentenplan als Anlage der Verordnung beizufügen
- einen Hinweis auf die Anlage auf dem Verordnungsblatt zu vermerken.

Es wird gelegentlich in der Praxis festgestellt, dass Pflegedienste diese Anlagen für ihre Unterlagen entfernen und sie somit der Krankenkasse nicht zur Genehmigung vorliegen. Dieser Umstand erfordert erneute Nachfragen bei den behandelnden Ärzten und verzögert den Genehmigungsprozess. Bei der Ausstellung der Verordnung ist der Pflegedienst darauf hinzuweisen, dass die Anlagen für die Krankenkasse bestimmt sind.

## 2. Empfehlungen für eine wirtschaftliche Verordnungsweise

### Prüfen Sie vor Ausstellen der Verordnung auf häusliche Krankenpflege:

- den Krankheitszustand des Patienten
- die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme
- die Selbstkompetenz des Patienten
- die vollständige oder teilweise Übernahme durch andere im Haushalt des Patienten lebende Personen.

Stellen Sie keine Verordnungen auf Wunsch des Pflegedienstes, Patienten

oder von Angehörigen ohne Prüfung des Sachverhaltes aus.

Vergewissern Sie sich über die sachgerechte Durchführung und über den Erfolg der häuslichen Krankenpflege. **Sind einzelne Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ganz oder teilweise nicht mehr notwendig, ist die Krankenkasse zu informieren.**

## 3. Auswirkungen einer nicht ausreichenden wirtschaftlichen Verordnungsweise

In den folgenden Beispielen werden die Möglichkeiten des Einstiegs in eine dauerhafte häusliche Krankenpflege dargestellt.

### Verordnung von mehreren Leistungen

- Prüfen Sie bei der Verordnung von mehreren Leistungen, ob jede einzelne Leistung den Verordnungsgrundsätzen entspricht.
- Ist eine Leistung nicht mehr erforderlich, prüfen Sie, ob die anderen verordneten Leistungen weiterhin Bestand haben oder in die Selbstkompetenz des Patienten oder vollständig bzw. teilweise durch andere im Haushalt des Patienten lebende Personen erbracht werden können.

Analysen machen deutlich, dass bei der AOK Sachsen-Anhalt in ca. 45 Prozent der Gesamtfälle die Medikamentengabe in Kombination mit einer anderen Behandlungsart, z. B. Wundverband, verordnet wird.

Die Krankenkassen haben zum Teil unterschiedliche Vergütungsstrukturen mit den Vertragspartnern der häuslichen Krankenpflege vereinbart, z. B. Einzelleistungs- oder Pauschalvergütungen. Insbesondere bei einer Pauschalvergütung von Leistungen kann bei Wegfall der primären



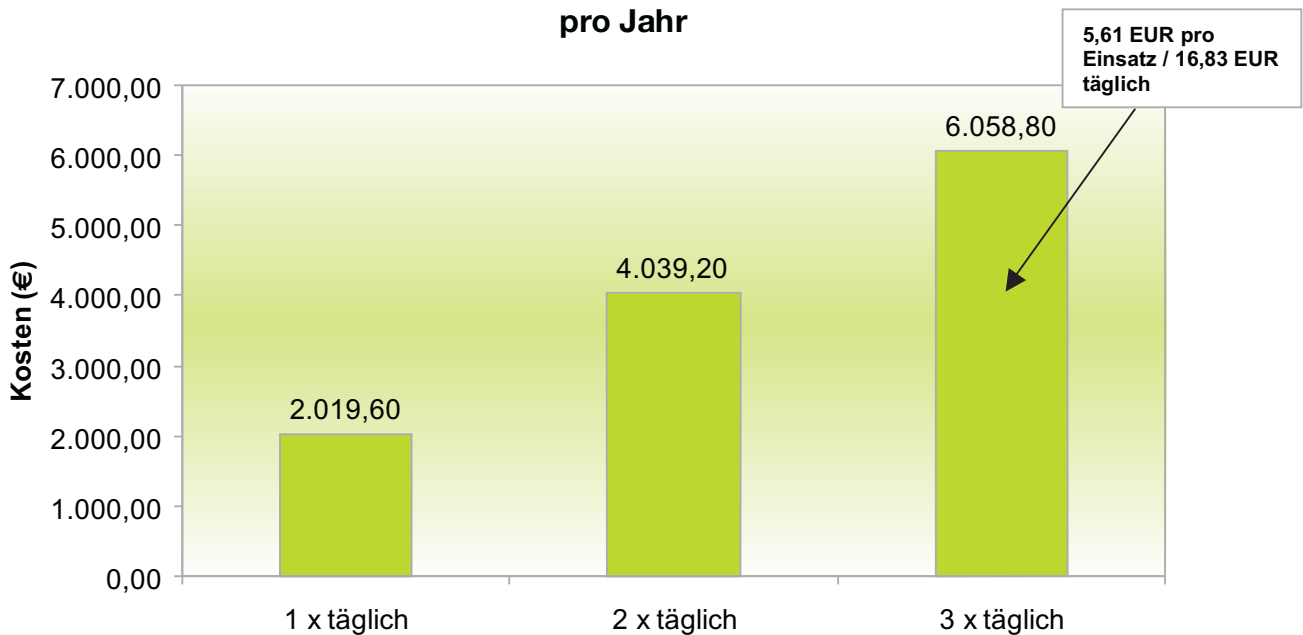
Leistung, z. B. Wundverband, die begleitende Medikamentengabe als alleinige Leistung auf Dauer weiter bestehen.

Bleibt bei einem Fall mit Kombinationsverordnung bei Wegfall der primären Leistung die Verordnung der Medikamentengabe 3-mal täglich als

alleinige Leistung bestehen, stellt sich das Ausgabenvolumen für ein Jahr wie folgt dar:

## Kostenvolumen für die Versorgung eines Patienten mit Medikamentengabe pro Jahr

Vergleich der Kosten am Beispiel der Medikamentengabe pro Jahr



Quelle: AOK Sachsen-Anhalt

In 3800 Fällen erhalten Versicherte der AOK Sachsen-Anhalt derzeit eine Medikamentengabe zu einer weiteren verordneten Leistung der häuslichen Krankenpflege.

Bleibt bei allen Fällen nach Wegfall der primären Leistung die Medikamentengabe als alleinige Leistung bestehen, schlägt ein Kostenvolumen von insgesamt 23 Mio. Euro zu Buche. Es ist in jedem Fall zu prüfen, ob der Patient nach Wegfall der primären Leistung in der Lage wäre, die Medikamente selbst einzunehmen, wenn sie in einer Tages- oder Wochenbox gerichtet werden.

