



Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit der Heimparenteralen Ernährung (HPE)

1. Zur Verordnung von heimparenteraler Ernährung

- Alle Arznei-, Verband- und Hilfsmittel, die zur parenteralen Ernährung von B. Braun zum Einsatz kommen, **sind verordnungs- und erstattungsfähig**. Ein grundsätzlicher Leistungsanspruch für gesetzlich Versicherte ist festgeschrieben in den Vorschriften des Sozialgesetzbuchs V (SGB V).
- Voraussetzung für die Verordnungsfähigkeit ist immer die „medizinische Notwendigkeit“. Diese ist gegeben, wenn eine Mangelernährung droht oder bereits manifest ist.

2. Genehmigung der HPE durch die Kostenträger

Lt. § 29 Bundesmantelvertrag Ärzte:

„Die Verordnung von Arzneimitteln liegt in der Verantwortung des Vertragsarztes. Die Genehmigung von Arzneimittelverordnungen durch die Krankenkassen ist unzulässig ...“ – somit besteht **keine Genehmigungspflicht der HPE** durch die Krankenkassen.

Die Hilfsmittel/Applikationshilfen sind generell ordnungsfähig und unterliegen speziellen Vertragsgestaltungen zwischen den Versorgern Sanitätshaus, Fachhandel oder Apotheke und den Krankenkassen. Hier kümmert sich der Versorger. (Details siehe Punkt 3).

3. Rechtliche Regelung der Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit von HPE-Produkte

Arzneimittel:

- Auf verschreibungspflichtige Arzneimittel besteht grundsätzlich ein Anspruch des GKV-Versicherten nach § 31 SGB V. Hierunter fallen seit 1. Oktober 2007 alle verfügbaren Lösungen und Emulsionen sowie Mischnährlösungen in 2- und 3-Kammerbeuteln zur parenteralen Ernährung.

Apothekenpflichtige Arzneimittel:

- Nach § 34 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Liste mit Indikationen und Vorschriften erstellt, unter denen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ordnungs- bzw. erstattungsfähig sind. Bezugnehmend auf die HPE lt. Arzneimittelrichtlinie (AMR) Abschnitt F und Anlage I sind ordnungsfähig:

Punkt 9: „... Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen ...“ (Bsp. NaCl)

Punkt 27: „... Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.“

Verbandmittel (Pflaster, Verbandmull etc.):

- Auf die Versorgung mit Verbandmittel besteht nach § 31 SGB V grundsätzlich ein Leistungsanspruch des GKV-Versicherten.

Hilfsmittel:

- GKV-Versicherte haben nach § 33 SGB V einen Leistungsanspruch für Hilfsmittel.
- Hilfsmittel sind nicht Bestandteil der Richtgrößenvereinbarungen, ein ärztliches „Budget“ existiert dafür nicht.

4. Probleme durch die Verordnung vermeiden

Wichtig:

Dokumentation der begründeten Indikation in der Patientenakte.

- Die medizinische Notwendigkeit sollte in der Patientenakte dokumentiert werden. Die Mangelernährung (z.B. durch Angabe des Körpergewichtsverlustes in % zum Normalgewicht und/ oder von Laborwerten (wie z.B. Serumalbumin) sowie die gleichzeitige Dokumentation einer unzureichenden oralen/ enteralen Ernährung ist zu empfehlen.
- Sollte der Arzt durch Überschreitung seines Richtgrößenvolumens auffällig werden, kann die sogenannte Praxisbesonderheit greifen. Durch Anerkennung als Praxisbesonderheit werden medizinisch notwendige, aber kostenintensive Behandlungen wie die HPE aus den Richtgrößen herausgerechnet. Somit sind diese Verordnungen kein Bestandteil der Wirtschaftlichkeitsprüfung.
- Eine Praxisbesonderheit kann anerkannt werden, auch wenn die Indikation nicht in einer regionalen KV-Liste aufgenommen ist.
- Jeder Verordner sollte bei seiner KV nachfragen, ob die Vorabmeldung einer Praxisbesonderheit zugelassen oder erwünscht ist – falls ja, ist empfehlenswert jeden HPE-Behandlungsfall aktiv als Praxisbesonderheit vorab zu melden. Hierzu stellen einige KV'en Formulare zur Verfügung.

Hinweise zur Abgabe von Arzneimitteln auf Rezept

- Es kann zur Retaxierung von Rezepten kommen, wenn mehrere Packungen des gleichen Arzneimittels verordnet werden. Die Kostenträger begründen die Retaxierung mit den Rahmenvertrag über Arzneimittelverordnung nach § 129 Abs. 2 SGB V.
- Damit ein Vielfaches der größten Packung abgegeben werden darf, kann der Vertragsarzt folgende Vermerke verwenden (§ 6 Abs. 3 SGB V):
 - ein Ausrufezeichen (!) am Ende der Rezeptreihe
 - der Hinweis „Menge ärztlich begründet“
 - die jeweils größte Abpackung in einer jeweils eigenen Rezeptzeile
 - die zusätzliche Mengenangabe in einem Zahlenwort, z. B. zehn Stück

Verordnungsbeispiel

5. Patientenzuzahlung

▪ Vollständige Befreiung:

Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

▪ Befreiung bei Überschreitung der Belastungsgrenzen:

Versicherte: > 2 % vom jährlichen Bruttoeinkommen
 Chroniker: > 1 % vom jährlichen Bruttoeinkommen

Arzneimittel/Verbandmittel/Hilfsmittel:

- 10 % der Kosten (= Abgabepreis an Kassen)
- höchstens 10,- Euro
- mindestens 5,- Euro
- Liegen die Kosten unter 5,- Euro, zahlt der Patient das Mittel komplett
- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel 10,- Euro für den Monatsbedarf

		Beispiel	Zuzahlung
Arzneimittel	Fertigarzneimittel	NuTRiflex®	je Verpackungseinheit
	Rezepturarzneimittel	Individualbeutel	je Charge
Verbandstoffe	Verbrauchsartikel	Askina® Derm	je Rezeptzeile
Hilfsmittel	Verbrauchsartikel	Infusionsleitung	je Monat
	Geräte	Infusionsständer	je Gerät
Medizinprodukte	Geräte	Pumpe	Kauf je Gerät
			Miete je Monat