

Praxistipp

Ärztliche Leistungen – Abrechnung und Verordnung in der ambulanten Wundversorgung



Wunde

Ärztliche Leistungen – Abrechnung und Verordnung in der ambulanten Wundversorgung

Abrechnung und Codierung von Wunden nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

Für die Versorgung von Wunden stehen die wichtigsten Leistungen im EBM unter Kapitel II, Abschnitt 2.3. Dort sind „Verbandleistungen“, „Kleinchirurgische Eingriffe“ und „Allgemeine therapeutische Leistungen“ zu finden. Diese sind berechnungsfähig für alle Facharztgruppen sowie für Hausärzte.

Kleinchirurgische Eingriffe nach den Gebührenordnungspositionennummern (GOP) 02300 – 02302

Die Leistungen nach den GOP-Nummern 02300 – 02302 sind einmal am Behandlungstag berechnungsfähig, unabhängig davon, wie viele Wundversorgungen gemacht werden. Die Regelung ist auf die Lokalisation der Wunde bezogen, d.h. bei zwei Wunden an verschiedenen Körperregionen können die Leistungen auch mehrmals am Behandlungstag berechnet werden.

Moderne Wundversorgung nach den GOP 02310 – 02313

Bei schlecht heilenden Wunden kommen für Ärzte vornehmlich folgende Positionen in Betracht:

GOP	Bezeichnung	Beschreibung
02310	Sekundär heilende Wunden	Die Position 02310 ist sowohl für die Behandlung sekundär heilender Wunden berechnungsfähig als auch für die Behandlung von Decubitalulcus (-ulcera). Voraussetzung sind mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal.
02311	Diabetischer Fuß	Die Behandlung des diabetischen Fußes nach 02311 ist nur für Hausärzte abrechenbar, die im Durchschnitt der letzten vier Quartale je Quartal mind. 100 Patienten mit Diabetes behandelt haben und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen können. Beim Nachweis zählen alle Diabetes-Patienten – auch ohne Behandlung des diabetischen Fußes. Die Position 02311 ist je Bein je Sitzung berechnungsfähig. Somit bei der Behandlung beider Beine zweimal nebeneinander.
02312	Ulcera cruris	Die Behandlung chronisch venöser Ulcera cruris ist nach 02312 zu berechnen, ebenfalls je Bein je Sitzung. Hier gibt es einen festgelegten Höchstwert: Bei einem Patienten in einem Quartal bis zu einer Summe von 4244 Punkten, maximal kann 77-mal 02312 mit 55 Punkten vergütet werden.

Abrechnungsausschlüsse

02311 ist in demselben Quartal nicht neben 02310 und 02312 berechnungsfähig.
02310 und 02312 sind nur an dem selben Tag ausgeschlossen.

Hinweis zur Abrechnung:

Schließen sich zwei Leistungen gegenseitig aus, kann die höher bewertete Leistung abgerechnet werden.

Abrechnungskombinationen

Bei chronischen Wunden verschiedener Genese (Wundtyp) ist zu beachten, in welcher Kombination der Positionen 02310, 02311 und 02312 das höchste Punktzahlvolumen generiert werden kann.

Chronikerpauschalen 03220 und 03221

Erfolgt in mind. drei Quartalen innerhalb der letzten vier Quartale (das aktuelle Quartal zählt mit) eine Behandlung chronischer Wunden, sind die Chronikerpauschalen 03220 oder 03221 zusätzlich berechnungsfähig.

KVen streichen diese Leistungen oft, wenn die entsprechende Diagnosenangabe nach ICD-10-GM fehlt bzw. nicht korrekt ist.

Wichtig! Die korrekte Verschlüsselung der Diagnosen nach ICD-10-Schlüssel.
Hier müssen die unterschiedlichen Lokalisationen angegeben werden.

Korrekte Diagnosen für die offenen Wunden

ICD-10-Schlüssel:

Offene Wunden – mehrere Körperregionen	T01.-
Offene Wunden – Kopf und Hals	T01.0
Offene Wunden – Thorax und Abdomen	T01.1
Offene Wunden – obere Extremität	T01.2
Offene Wunden – obere und untere Extremität	T01.6
Offene Wunden – sonstige Körperregionen	T01.8
Multiple offene Wunden, n.n.b.	T01.

Cave:

Zur Abrechnung ist die Zusatzkennung mit

A = Ausschluss,

G = Gesichert,

V = Verdacht oder

Z = Zustand nach

zwingend vorgeschrieben.

Eine Lokalisationsangabe ist fakultativ:

R = rechts, L = links, B = beidseits

Verordnung der Produkte

Moderne Wundversorgungsprodukte sind nach § 31 SGB V als Verbandmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig und somit auf den Namen des Versicherten zu rezeptieren. Verbandmittel sind CE-geprüfte Medizinprodukte und keine Arzneimittel.

Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen sind derzeit zur Wundbehandlung auf Patientenrezept erstattungsfähig:

- Wundverbände/Verbandmittel: z. B. Kompressen, Fixierbinden, Wundschnell- und Heftpflaster
- moderne Wundversorgungsprodukte wie Alginat, Hydrogele, Folien, Schäume, antimikrobielle Wundauflagen/Gele (z.B. mit Silber, Polyhexanid), Hydrofaser, Hydrokolloide, Fettgaze.

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Gebühr frei</p> <p>Noctu</p> <p>Sonstige</p> <p>Unfall</p> <p>Arbeitsunfall</p> </div> <div> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p>geb. am</p> <p>GKV Daten des Patienten</p> <p>Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status</p> <p>Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum</p> </div> <div> <p>BVG</p> <p>Hilfs-mittel</p> <p>Impf-stoff</p> <p>Spr.-St. Bedarf</p> <p>Begr.-Pflicht</p> <p>Apotheken-Nummer</p> </div> </div>							
<p>Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>1 x Askina® DresSil Border</p> <p>1 x Askina® Calgitrol®</p> </div> <div> <p>Zuzahlung 10% bzw. min. 5 €, max 10 € pro Zeile!</p> </div> </div>							
<p>Muster!</p> <p>*) s. Rückseite</p> <p>Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.1995)</p>							

Beispiel Patientenrezept

Sprechstundenbedarf

Auch im sogenannten Sprechstundenbedarf sind Verbandmittel verordnungsfähig. Die Verordnung erfolgt auf einem Rezept Muster 16 mit Kennzeichnung des Feldes „9“ für Sprechstundenbedarf. So kann sichergestellt werden, dass die SSB-Verordnungen nicht in das Ausgabenvolumen (Richtgrößen) einfließen. Grundsätzlich soll der Sprechstundenbedarf kalendervierteljährlich möglichst zum Ende des Quartals verordnet werden.

Die jeweiligen Aufstellungen der im Sprechstundenbedarf zulässigen Verbandmittel finden Sie in den 17 verschiedenen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen.

Diese Vereinbarungen werden zwischen den jeweilig zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen geschlossen.

Wirtschaftlichkeit/Regressprophylaxe

Der § 106 SGB V berechtigt und verpflichtet Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung zu überwachen. Geprüft werden neben der vertragsärztlichen Tätigkeit (Honorarabrechnung) auch die veranlassten Leistungen (Verordnung der Produkte).

Verbandmittel zählen zum Arzneimittelvolumen und sind somit Bestandteil des Richtgrößenvolumens des einzelnen Arztes. Die Richtgröße legt das individuelle Verordnungsvolumen von Arznei- und Verbandmitteln für den Arzt fest.

Bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent erfolgt eine individuelle Beratung. An Stelle eines Regresses erhält der Arzt also zunächst eine Beratung. Kommt es zu einem Prüfverfahren, ist die Prüfungsstelle verpflichtet, eine Vorabprüfung auf Praxisbesonderheiten vorzunehmen.

Um Regressrisiken zu vermeiden, empfiehlt sich eine Dokumentation, die auf der Praxisbesonderheit „chronische Wunde“ aufbaut. Mit guten Kenntnissen im Prüfverfahren und unter Berücksichtigung der formalen und inhaltlichen Anforderungen an die Stellungnahme gegenüber der Prüfungsstelle lassen sich Regressforderungen verhindern.

Ein Verfahren bedeutet keineswegs, dass es zu einer Rückzahlung kommen muss. Wichtig ist, Transparenz hinsichtlich des Verordnungsverhaltens zu schaffen und zu analysieren, warum man im Fachgruppenvergleich abweicht. Ergebnisse können Praxisbesonderheiten sein. Liegen sie vor, hat man trotz Überschreitung der Richtgrößensumme wirtschaftlich verordnet und in einem ordnungsgemäßen Verfahren nichts zu befürchten.

Eine kontrollierte Dokumentation ist die sicherste Prophylaxe und Verteidigung in einem Prüfverfahren.

Quellen: BVMed: Infokarte Verbandstoffe;
Kassenärztliche Bundesvereinigung;
Zeitschrift „Der niedergelassene Arzt“ Ausgabe 6/2014;
Wundversorgung und Wirtschaftlichkeitsprüfung: Prof. Dr. Dr. Christian Dierks