



Dr. Gerd W. Zimmermann ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzteverband. Er ist unser Gebührenordnungsexperte und schreibt regelmäßig für Sie.

## Chronische Wunden: Aufgepasst auf die Ausschlüsse!

Nicht nur bei der Versorgung, auch bei der Abrechnung müssen Hausärzte frische von chronischen Wunden unterscheiden. Besonders bei letzteren sollte man zunächst rechnen, was sich lohnt, da man einige Ausschlüsse berücksichtigen muss (s. Tab. 1). Für die Versorgung frischer Wunden gibt es die Nr. 02300 bis 02302 EBM. Diese darf man an demselben Behandlungstag jeweils nur einmal berechnen. Ausgenommen von dieser Regelung sind allerdings die Behandlung eines Naevuszellnaevussyndroms und die Versorgung mehrerer offener Wunden. In solchen

Viele Hausärzte betreuen Patienten mit chronischen Wunden. Schlecht heilende Wunden nach Verletzungen oder chronische Wunden als Folge venöser oder arterieller Durchblutungsstörungen stehen dabei im Vordergrund. Die Art einer solchen chronischen Wunde entscheidet hier, welche EBM-Leistungen Hausärzte berechnen können.

Die Nr. 02310 EBM steht für die Behandlung sekundär heilender Wunden und/oder von Dekubitalulcera, wobei es zu mindestens drei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten (APK) kommen muss. Die Leistung ist nur einmal im Behandlungsfall (Quartal) berechnungsfähig und wird mit 205 Punkten vergütet. Beachtenswert ist, dass nur eine der drei geforderten APK eine Wundbehandlung sein muss.

Nr. 02311 EBM kann für die Behandlung des diabetischen Fußes, je Bein und je Sitzung mit 140 Punkten berechnet werden. Dafür muss der Hausarzt aber über einen besonderen Qualifikationsnachweis verfügen wie dies etwa bei einer diabetologischen Schwerpunktpraxis der Fall ist.

Die Nr. 02312 EBM beinhaltet einen Behandlungskomplex bei einem oder mehreren chronisch venösen Ulcera cruris. Auch hier ist eine Berechnung je Bein und je Sitzung mit 55 Punkten möglich, allerdings je Quartal und Patient nur bis zu einem Höchstwert von 4.244 Punkten. Das entspricht einem 77-maligen Ansatz.

**Tab. 1: Abrechnung der Behandlung chronischer Wunden im Überblick**

EBM	Legende (kurz)	Euro	Ausschlüsse
02310	Behandlung sekundär heilender Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera)	21,84	Sitzung: 02312, 02313, 02350 Quartal: 02300 bis 02302, 02311, 02340, 02341, 02360
02311	Behandlung des diabetischen Fußes	14,92	Sitzung: 02300 bis 02302, 02313, 02350, 02360 Quartal: 02310, 02312
02312	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris	5,86	Sitzung: 02310, 02350, 02360, Quartal: 02300 bis 02302, 02311

Fällen darf man die Leistungen unter Angabe der Diagnosen an einem Tag auch nebeneinander abrechnen. Dies ist jedoch insgesamt höchstens fünfmal an demselben Behandlungstag möglich. Die Behandlung chronischer Wunden hingegen folgt einer anderen Berechnungssystematik.

# ann rechnet ab

## Warum trifft der **G-BA** manchmal merkwürdige Entscheidungen?

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sitzen Kassen-, Patienten- und Ärztevertreter an einem Tisch und entscheiden, welche Leistungen bei GKV-Patienten erbracht werden dürfen. Warum daraus oft Merkwürdigkeiten resultieren, liegt an der Struktur dieser Einrichtung. Den G-BA kann man am besten mit einem riesigen und deshalb nur schwer manövrierfähigen Containerschiff vergleichen. Der Ausschuss besteht aus einem personell grotesk groß besetzten Plenum mit einem „unabhängigen Vorsitzenden“. Weil dort aber wegen Größe und oft auch fehlender Kompetenz keine unmittelbaren Entscheidungen möglich sind, gibt es viele Unterausschüsse. Weil auch die in der Regel eine Entscheidungshemmung haben, werden Aufgabenstellungen von dort an Arbeitsgruppen weitergeleitet, die ihrerseits oft noch Untergruppen bilden.



Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass Entscheidungen des G-BA oft sehr lange auf sich warten lassen und manchmal auch nicht so recht nachvollziehbar sind. Als bisher rekordverdächtig, was die Beratungsdauer betrifft, kann die relativ einfache Frage herangezogen werden, ob Pflegepersonen subkutane Infusionen erbringen und zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen. Über zwei Jahre hat es gedauert, bis man sich im G-BA auf eine entsprechende Änderung der ambulanten Pflege Richtlinien einigen konnte.

Relativ schnell kam man hingegen bei einer anderen, dieses Mal ärztlichen Leistung, zum Ziel. Bekanntlich hat der G-BA vor geraumer Zeit entschieden, dass die Akupunktur bei bestimmten Indikationen eine vertragsärztliche Leistung sein darf. Die Begründung regt allerdings sehr zum Nachdenken an. Nach umfangreichen Recherchen kam man nämlich zum Ergebnis, dass der Wirksamkeitsnachweis bei physikalisch-medizinischen Leistungen wie Iontophorese, Interferenzströmen, Microwelle etc. schlecht, die Wirksamkeit der Akupunktur aber relativ gesehen weniger schlecht sei. Studien, die (angeblich) belegen, dass es im Hinblick auf die Wirksamkeit bei der Akupunktur egal ist, wohin man die Nadeln sticht, exkulpieren den G-BA in dieser Hinsicht ein wenig.

Übrigens: Der G-BA ist keine Erfindung der Selbstverwaltung, sondern basiert auf einem gesetzlichen Auftrag. Den Gesetzgeber stört es dabei wenig, dass diese Institution nur sehr träge handlungsfähig ist. Denn die Kosten bringen die Trägerorganisationen (außer die Patientenorganisationen) auf.



Leider muss man bei den Abrechnungspositionen eine Reihe von Ausschlüssen beachten (s. Tab. 1): Nr. 02310 EBM ist bei demselben Patienten in demselben Quartal nicht neben Nr. 02311 EBM berechnungsfähig, neben Nr. 02312 EBM ist die Nr. 02310 EBM im Rahmen derselben Konsultation ausgeschlossen. Nr. 02311 EBM ist im gesamten Quartal nicht neben der Nr. 02310 EBM und auch nicht neben der Nr. 02312 EBM möglich, Nr. 02312 EBM im Rahmen derselben Sitzung nicht neben der Nr. 02310 EBM und im gesamten Quartal bei demselben Patienten nicht neben 02311 EBM. Bei einem solchen Ausschluss "bombardement" muss man deshalb auch rechnen! Bereits eine zweimalige Berechnung der Nr. 02311 EBM ergibt mit 280 Punkten ein besseres Ergebnis als die Nr. 02310 EBM mit 205 Punkten. Wird bei demselben Patienten sowohl eine Behandlung des diabetischen Fußes nach Nr. 02311 EBM als auch eines chronisch venösen Ulcus cruris durchgeführt, liegt das erzielte Honorar bei der Nr. 02311 EBM mit 140 Punkten höher als das bei der Nr. 02312 EBM mit 55 Punkten. Da es sich in allen Fällen um chronische Erkrankungen handelt, die man über mehrere Quartale behandeln muss, sollte man auch den Ansatz der Chronikerpauschalen nach den Nrn. 03220 und 03221 EBM nicht vergessen.