

Die Wundziffern – eine Frage der Kombination

Nach ihrer Operation heilt die Wunde der Patientin nur schlecht ab. Die Wundversorgung kann ihr Hausarzt mit der **02310 EBM** oder **2006 GOÄ** abrechnen. Beide beinhalten ein umfangreiches Leistungsspektrum, weshalb er auf die Kombinationen mit anderen Ziffern aufpassen sollte.

KASUISTIK

Anamnese: Frau Meier wird aus dem Krankenhaus entlassen, nachdem sie vor drei Wochen stationär zur geplanten Cholecystektomie aufgenommen wurde. Sie hatte in den letzten drei Jahren insgesamt drei Koliken und hatte sich jetzt zur Operation durchgerungen. Die primär endoskopisch geplante Operation wurde dann mit einem Bauchschnitt beendet, da die Gallenblase sehr versteckt und von massiven Verwachsungen umgeben war. Die Heilung verzögerte sich deutlich und es manifestierte sich eine sekundäre Wundheilung mit einer Ausdehnung von 4 x 7 cm. Nach Rücksprache mit dem Hausarzt wurde Frau Meier, nachdem er die weitere Versorgung zugesichert hatte, mit einer Wunde von 2 x 5 cm nach Hause entlassen.

Befund: 77-jährige Frau in gutem AZ und adipösem EZ, BMI mit 33,5 kg/qm² KOF deutlich erhöht. Haut und sichtbare Schleimhäute ausreichend durchblutet, keine Zyanose, keine Dyspnoe. Herz und Lunge klinisch unauffällig. RR 140/75 mmHg, HF 84/min. Abdomen weich, im OP-Bereich 2 x 5 cm große sekundär heilende Wunde, feucht, ohne Infektzeichen, im Randbereich ist eine durchgehende Granulation erkennbar. Keine Hinweise auf eine Fistelbildung. Keine pathologische Resistenz tastbar, Darmgeräusche unauffällig.

Diagnose: Bei Frau Meier handelt es sich um eine sekundäre Wundheilung bei Z.n. geplant erfolgter Cholecystektomie.

Therapie: Nach orientierender klinischer Untersuchung sah sich der Hausarzt die Wunde an und versorgte sie, da sie noch stark nässte, mit einem Polyurethanschaumverband. Im weiteren Verlauf zunächst dreimalige, später zweimalige Verbandwechsel pro Woche. Nach zwei Wochen wegen Rötungen im Randbereich Abstrichentnahme und mikrobiologische Untersuchung. Dabei aber kein Nachweis pathogener Keime. Nach fünfwöchiger Behandlung war die Wunde reizlos verschlossen.

Im Anschluss an eine Cholecystektomie entwickelt Frau Meier eine chronische Wunde, die ihr Hausarzt versorgt (s. Kasuistik).

EBM

Bei Erstkonsultation im Quartal rechnet er die Versichertenpauschale ab (GOP 03000) und bei bekannter Hypertonie die GOP 03220. Die Kasenärztliche Vereinigung fügt automatisch die GOP 03040, 03060, 03061, 03222 und 32001 hinzu, der Wirtschaftlichkeitsbonus (32001) wird mit der Laborreform (S. 16 und 26) seit 1. April nur noch mit 89 Prozent vergütet. Für die Versorgung der sekundär heilenden Wunde rechnet der Hausarzt die GOP 02310 ab, allerdings nur einmal im Behandlungsfall unabhängig davon, wie oft er die Wunde versorgt. Voraussetzung ist lediglich ein dreimaliger persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK). Für den Wundabstrich gibt es keine EBM-Ziffer.

GOÄ

Wäre Frau Meier Privatpatientin, rechnet ihr Hausarzt für den Erstkontakt im neuen Be-

Tab. 1: Abrechnung auf einen Blick

EBM-GOP	PUNKTE	EURO*	LEISTUNG	GOÄ-NR.	PUNKTE	EURO (1-FACH)	BEMERKUNGEN
03000	210	22,37	Versichertenpauschale, 77 J.				altersabhängig
			Beratung	1	80	4,66	1x im Behandlungsfall mit Sonderleistung ab Nr. 200
			Symptomorientierte Untersuchung	5	80	4,66	Alternativ Nr. 5 oder Nr. 7
			Teilkörperuntersuchung	7	160	9,33	
03040	144	15,34	Vorhaltepauschale Hausarzt				Setzt die KV automatisch zu
03060	22	2,34	Pauschale Anstellung NÄPA				
03061	12	1,28	Zuschlag zur GOP 03060				
32001	19	2,02	Wirtschaftlichkeitsbonus				
03222	10	1,07	Zuschlag Medikationsplan				
03220	130	13,85	Chronikerzuschlag				Beim 1. pAPK
02310	205	21,84	Versorgung chronische Wunde	2006	63	3,67	EBM: 1x im Quartal / GOÄ: pro Wunde
			Wundabstrich	298	40	2,33	EBM: in VP enthalten
			Verband	200	45	2,62	Sachkosten beachten

*Punktwert/EBM für 2018: 10,6543 Cent

handlungsfall die Nrn. 1 und 7 für Beratung und klinische Untersuchung ab. Für die Versorgung der sekundären Wunde setzt er die Nr. 2006 an, neben der die Nr. 200 für einen Verband möglich ist. Die weiteren Wundversorgungen kann er einmalig mit der Kombination 5 und 2006/200 (zusammen 188 Punkte) abrechnen, ansonsten mit den Nrn. 1 und 5 (zusammen 160 Punkte). Denn neben Nr. 1 und 5 darf man nur einmalig eine Sonderleistung in Rechnung stellen. Anders als im EBM gibt es in der GOÄ die Nr. 298 (40 Punkte) für den Wundabstrich. Auch eine eingehende Beratung nach Nr. 3 kann man bei einem Wundversorgungstermin abrechnen, aber nur neben einer Untersuchungsleistung wie der Nr. 5 oder 7.

HZV

Innerhalb der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) gibt es zwei Varianten, dargestellt an den Verträgen in Schleswig-Holstein. Während der AOK-Vertrag die Leistung gemäß der 02310 EBM

als Einzelleistung mit 20,33 Euro vergütet, ist sie in allen anderen Verträgen (BKK, EK, IKK classic und TK) Teil der Quartalspauschale und wird somit nicht gesondert honoriert.

Schwerpunkt: Versorgung chronische Wunden

Die Versorgung sekundär heilender (chronischer) Wunden vergütet der EBM mit der GOP 02310. Sie ist einmal im Behandlungsfall abrechenbar und beinhaltet ein umfangreiches Spektrum an obligat zu erbringenden Leistungen. Neben der Abtragung von Nekrosen gehört dazu auch ein evtl. erforderliches Wunddebridement sowie das Einbringen oder Wechseln von Wundauflagen. Bei Wunden an den Extremitäten ist ebenfalls das Anlegen und/oder Wechseln eines Kompressionsverbands Teil der Leistung. Obligat sind zudem mindestens drei persönliche APK, die aber nicht alle die Wundversorgung zum Thema haben müssen. Daneben sind im selben Behandlungsfall die

folgenden Leistungen der primären und speziellen Wundversorgung ausgeschlossen: GOP 02300 bis 02302 und 02311; die GOP 02312 und 02313 sind auch beim selben APK ausgeschlossen.

Die entsprechende Position in der GOÄ ist die Nr. 2006. Bei wiederholten Konsultationen mit gleichzeitigem Arztkontakt ist sie aber, aufgrund der Punktzahl (63 Punkte), zugunsten der Kombination 1 und 5 (160 Punkte) zu vernachlässigen. Auch die Nr. 2006 beinhaltet die Abtragung von Nekrosen und ist deshalb nicht neben der – höher bewerteten – Nr. 2065 abrechenbar. Neben der Nr. 2006 darf man jedoch Verbände in Rechnung stellen: die Nr. 200 und 204; beide auch gemeinsam, wenn einerseits ein abdeckender (200) und andererseits ein komprimierender (204) Verband nötig ist. Auf keinen Fall sollte man die Sachkosten nach Paragraph 10 GOÄ vergessen.

Dr. med. Heiner Pasch

Quellen: <https://hausarzt.link/f8zTh> (EBM);
<https://hausarzt.link/eNZRR> (GOÄ);
<https://hausarzt.link/01BC2> (HZV)