EBM 24.02.2021

Abrechnung der Behandlung von chronischen Wunden im EBM



Im allgemein zugänglichen Bereich des EBM (Kapitel 2) findet sich nur ein einziger spezifischer Komplex zur Behandlung sekundär heilender Wunden:

02310: Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)

Voraussetzung für die Abrechnung sind drei persönliche Arzt-Patientenkontakte. Darüber hinaus muss bei jedem Kontakt eine Wundbehandlung erfolgen, also z. B. eine Nekrosenabtragung oder ein Débridement oder eine Tamponade oder ein Kompressionsverband. Der Komplex kann nach dem dritten Kontakt angesetzt werden. Leider sind zahlreiche andere Grundleistungen der Wundbehandlung gegen diese GO.-Nr. gesperrt, zum Beispiel die Leistungen der primären Wundversorgung (02300-02302) sowie die Ruhigstellung (02350). Das ist besonders ärgerlich nach einer Emmert-Plastik gemäß der Nr. 02302 und führt zu der kuriosen Konsequenz, dass man rückwirkend diese Leistungen wieder streichen muss, wenn man den Komplex ansetzt. Weiterhin kann der Komplex nur einmal im Behandlungsfall (in der Regel pro Quartal) abgerechnet werden, egal wie viele Wunden wie oft behandelt werden müssen.

Darüber hinaus ist der Ansatz nicht möglich beim diabetischen Fuß, beim Ulcus cruris, beim Lymphödem und bei Thrombosen, weil für diese Krankheitsbilder gesonderte GO.-Positionen zur Verfügung stehen:

02311: Behandlung Diabetischer Fuß

Diese Leistung ist für Chirurgen frei, allerdings nur, wenn gegenüber der KV der Nachweis erbracht wird, dass im Durchschnitt der letzten vier Quartale vor Antragstellung je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt wurde. Dies ist anhand der ICD Statistik nachzuweisen. Diese GO.-Nr. ist ebenfalls gegen die Kleinchirurgie und andere Behandlungskomplexe gesperrt, ansonsten aber ohne Mengenbegrenzung je Sitzung und je Bein abrechenbar. Es ist allerdings zu beachten, dass der obligate Leistungsinhalt die Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität beinhaltet. Dies dürfte auch bei ausgedehnten Befunden nur in begrenzter Häufigkeit zutreffen.

02312: Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venösen/r Ulcus/Ulcera cruris

Hier wird ebenfalls obligat die Abtragung von Nekrosen gefordert, allerdings nicht explizit ausgedehnter Nekrosen. Weiterhin obligat sind die Lokaltherapie der Wunde und der entstauende phlebologische Kompressionsverband. Darüber hinaus ist eine Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung und weiter alle vier Wochen erforderlich. Der Ansatz ist je Sitzung und je Bein möglich, allerdings limitiert auf maximal 4.244 Punkte pro Behandlungsfall. Das ermöglicht somit maximal 77-mal die Abrechnung der 02312, sofern der Leistungsinhalt erbracht wurde.

Seit dem 01.10.2020 neu im EBM ist folgende Leistungsposition:

02314: Zusatzpauschale für die Vakuumversiegelungstherapie

Diese Leistung wurde auf Grund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses in den EBM aufgenommen und ist demgemäß auch limitiert durch die Eingrenzungen der entsprechenden Richtlinie. Zusammengefasst bedeutet dies, dass die 02314 nur bei Patienten berechnungsfähig ist, bei denen aufgrund wund- oder patientenspezifischer Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist. Die 02314 ist nicht gegenüber anderen Wundbehandlungen gesperrt, allerdings schon gegen die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung, was eigentlich nicht nachvollziehbar ist.

Zusätzlich sind die Kostenpauschalen 40901-40903 anzusetzen. Die Industrie bietet u. a. „single use“ Systeme zur Vakuumversiegelung an, deren Kosten deutlich unter den Erstattungssätzen liegen können, sodass sich diese Therapie in Rahmen einer Wundsprechstunde/eines Wundzentrums als betriebswirtschaftlich durchaus attraktiv darstellen kann. Die Vergütung erfolgt zunächst extrabudgetär, wird aber später in die Gesamtvergütung überführt. Sofern die Anschaffung einer teuren Vakuumpumpe erwogen wird darf nicht übersehen werden, dass die jetzige Regelung unter dem Vorbehalt einer kurzfristigen Überprüfung durch das Institut des Bewertungsausschusses steht und somit zunächst nur bis zum 30.09.2021 festgeschrieben ist (Protokollnotiz).

Die Vakuumversiegelung kann auch bei intendiertem primärem Wundverschluss gemäß GO.-Nr. 31401 bei den ambulanten und 36401 bei den belegärztlichen Operationen abgerechnet werden. Nur bei den ambulanten Operationen sind zusätzlich die Sachkosten pauschal nach der GO.-Nr. 40900 anzusetzen, bei den belegärztlichen Operationen sind diese in der DRG enthalten.

Gelegentlich sieht man, dass die GO.-Nr. 02300 irrtümlich für die Behandlung sekundär heilender Wunden angesetzt wird. Dies wird von den KVen zu Recht gestrichen, weil sich diese GO.-Nr. explizit auf eine primäre Wundversorgung bezieht. Ältere Kollegen werden sich noch an die alte GO.-Nr. 2022 aus dem EBM vor der letzten großen Reform erinnern, die regelhaft bei der Behandlung von sekundär heilenden Wunden angesetzt wurde. Diese Leistung ist aber – wie viele andere – im Rahmen der Pauschalierung und Komplexierung in der Kalkulation der Grundpauschale aufgegangen. Details zu den dort enthaltenen Leistungen finden Sie in EBM im Anhang IV.1 (Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen).

Fachärztliche Behandlungskomplexe

In fachärztlichen Kapitel 7 (bzw. 18) bildet ein weiterer Komplex die Behandlung von chronischen Wunden ab:

07340 (18340): Behandlung sekundär heilender Wunde(n)

Hier werden fünf Arzt-Patienten-Kontakte vorausgesetzt. Gemäß der Allgemeinen Bestimmungen muss davon lediglich ein Kontakt persönlich erbracht werden, die restlichen können auch z. B. per Video oder Foto oder auch als Delegationsleistung durch das Praxispersonal erfolgen. Es gelten die gleichen Abrechnungsausschlüsse wie bei der GO.-Nr. 02310, allerdings sind zumindest im Behandlungsfall die Leistungen der Kleinchirurgie (02300-02302) nicht gesperrt, was insbesondere bei der Emmertplastik (02302) interessant ist. Leider ist die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung auch gegen diesen Komplex gesperrt, was aus fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar ist, zumal die Versorgung chronischer Wunden definitiv zur chirurgischen Grundversorgung zählt.

Ab dem sechsten Kontakt fortgesetzte Wundbehandlungen sind bisher nicht gesondert abrechenbar, was die langfristige Wundpflege unwirtschaftlich macht. Der BDC setzt sich dafür ein, dass bei der anstehenden „kleinen EBM-Reform“ im Rahmen der Zusammenlegung der Kapitel 7 und 18 eine sachgerechte Abrechnungsmöglichkeit für diese langdauernden Wundbehandlungen eingeführt wird.

Operative Leistungen zur Wund-Sanierung, zum Defektverschluss oder zur Kausaltherapie

Über die hier aufgeführten Leistungen der Grundversorgung hinaus sind natürlich Operationen in den Kapiteln 31 (ambulante Operationen) bzw. 36 (belegärztliche Operationen) abzurechnen. Dies z. B. für ein radikales und ausgedehntes Débridement – ggf. mit temporärem Wundverschluss – (ops=5-916.7nn), für plastische Operationen zum Defektverschluss, z. B. Lappenplastiken (ops=5-895.4nn) oder für Eingriffe der Gefäßchirurgie.

Kalbe P, Rüggeberg JA: Abrechnung der Behandlung von chronischen Wunden im EBM. Passion Chirurgie. 2021 Januar/Februar; 11(01/02): Artikel 04_05.

Autor:innen des Artikels



Peter Kalbe

Vizepräsident des BDC
Gelenkzentrum Schaumburg
Stükenstraße 3
31737 Rinteln

Kontakt



Jörg-Andreas Rüggeberg

Vizepräsident des BDC
Referat Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
Praxisverbund Chirurgie/Orthopädie/Unfallchirurgie Dres. Rüggeberg, Grellmann, Henke
Zermatter Str. 21/23
28325 Bremen

Kontakt