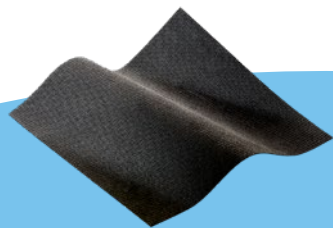


+ Abrechnungshilfe ambulante Wundbehandlung

Ambulante ärztliche Leistung – EBM, GOÄ, Verordnung

Smith+Nephew



Von wegen „früher war alles besser“!

Kickstart für die Wundheilung



Die Vakuumversiegelung* mit PICO[◇] hilft Wunden schneller zu schließen. Und ist dabei so einfach zu handhaben wie ein Verband. Damit Ihre Patienten mobil bleiben.

+ PICO[◇] – Wundversorgung 2.0

Smith+Nephew

Ein Meilenstein:
neue EBM-Ziffer
seit Herbst 2020



Inhalt

1. Glossar
2. Abrechnungsziffern im EBM - Wundbehandlung
3. Erstattungsfähigkeit der VVS / NPWT im EBM
4. Versicherten- und Grundpauschalen
5. Hausärztliche Zusatzpauschale; Chronikerpauschale
6. Praxisbesonderheiten
7. Leistungen zur Wundbehandlung nach GOÄ
8. Ambulantes Operieren
9. Kodierung von Diagnosen
10. Verordnung von Verbandmitteln
11. Abrechnungsbeispiele (EBM)
12. Behandlung chronischer Wunden nach dem TIME 2.0-Konzept – ein strukturierter Behandlungsansatz, klinische Entscheidungshilfe in der Wundversorgung
13. Schnellübersicht Abrechnungsziffern EBM



CLOSER TO ZERO[◇]

**Keine verzögerte Wundheilung –
wir möchten Sie dabei unterstützen, diesem Ziel
nach Möglichkeit jeden Tag etwas näher zu kommen.**

Literatur:

EBM Stand 3.Q.2020, https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_3_Quartal_2020.pdf
GOÄ Stand 10/2020, <https://www.pkv.de/service/rechtsquellen/gesetze-und-verordnungen/gebuehrenordnung-fuer-aerzte-goae.pdf>, ICD-10-GM 2020, <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-l80-l99.htm#L89>, OPS 2020 <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2020/>

1. Glossar

Abkürzung	Begriff	Erklärung
API	Allgemeinarzt, Praktiker und Internist	Zusammenfassung der Arztberufe (Fachärzte) mit Hausarztfunktion.
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	Der EBM bildet die Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen und wird erstellt vom Bewertungsausschuss, der sich aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zusammensetzt. Der EBM definiert den Inhalt, sowie den Wert von abrechnungsfähigen Leistungen.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Der G-BA legt innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte	Die GOÄ regelt die Abrechnung aller medizinischen Leistungen außerhalb der GKV. Somit bildet sie die Grundlage für die Abrechnung für Patienten, die bei einer privaten Krankenversicherung versichert sind.
GOP	Gebührenordnungsposition	Jeder ambulanten abrechenbaren Leistung wird eine GOP (EBM-Nummer) zugeordnet. Dieses gilt grundsätzlich für Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung.
ICD	International Statistical Classification of Diseases	Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10-WHO), ist eine amtliche Diagnosenklassifikation. Sie ist die unveränderte Übersetzung der englischsprachigen ICD-10 der WHO.
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung	Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind die Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Diese organisiert die flächendeckende, wohnortnahe ambulante Gesundheitsversorgung und vertritt die Interessen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten auf Bundesebene.
KV	Kassenärztliche Vereinigung	Die 17 KVen sind Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Sie stellen sicher, dass die ambulante medizinische Versorgung reibungslos funktioniert. Mitglieder sind alle zugelassenen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Ansprechpartner für niedergelassene Ärzte / Vertragsärzte bei Abrechnungsfragen.
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel	Der OPS dient der Codierung und Dokumentation von Operationen und Prozeduren im stationären und ambulanten Bereich.
	Orientierungspunktwert	Der Orientierungspunktwert ist zum 01. Januar 2021 auf 11,1244 Cent angehoben worden. Damit steigt die Vergütung für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen um rund 1,25 Prozent.
QZV	Qualitätsbezogene Zusatzvolumen	Fortsetzung der früheren Vergütungssystematik, für bestimmte spezielle Leistungen, die entweder eine besondere Qualifikation voraussetzen oder nur von wenigen Ärzten einer Fachgruppe abgerechnet werden.
RLV	Regelleistungsvolumen	Das Regelleistungsvolumen ist ein Instrument zur Mengensteuerung in der vertragsärztlichen Versorgung. Es definiert die Obergrenze der Leistungsmenge, die ein Vertragsarzt an Leistungen erbringen und abrechnen kann. Werden mehr Leistungen erbracht als das Regelleistungsvolumen vorgibt, werden die darüber hinausgehenden Leistungen mit abgestaffelten Preisen vergütet.
	TIME-Konzept	Ein strukturierter Behandlungsansatz, klinische Entscheidungshilfe in der Wundversorgung
VVS	Vakuumsversiegelungstherapie	VVS (auch NPWT – „Negative Pressure Wound Therapy / Unterdruck-Wundtherapie“ genannt) ist eine luftdicht geschlossene Wundbehandlung, bei der ein definierter Unterdruck aufgebaut und das Wundsekret von der Wunde abgeleitet wird.

In Deutschland leiden etwa 4 Millionen Menschen an chronischen Wunden. Viele von ihnen über mehrere Jahre hinweg. Damit gehen oftmals permanente Schmerzen, Arbeitsunfähigkeit oder sogar Isolierung von der Außenwelt einher.

Aus dem erhöhten Versorgungsbedarf (z. B. Monitoring der Therapie, Wundbegutachtung und -behandlung, ggf. Anpassung der Therapie, Verbandwechsel, etc.) von Menschen mit chronischen Wunden resultiert eine überdurchschnittliche Anzahl von Arztbesuchen je Quartal. Die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden nimmt damit eine zunehmende Bedeutung im Arbeitsalltag der ambulant niedergelassenen Ärzte ein.

Doch welche Vergütung erhält der behandelnde Arzt für seine ärztlichen Leistungen im Rahmen der Behandlung chronischer Wunden und wie beeinflusst dies sein Honorar?

Diese Broschüre möchte hierauf Antworten geben und eine kurze und übersichtliche Darstellung der relevanten ärztlichen Vergütung für die Behandlung chronischer Wunden im niedergelassenen Bereich aufzeigen. Dabei werden auch die Unterschiede zwischen dem vertragsärztlichen und dem privatärztlichen Bereich aufgezeigt.

Smith+Nephew ist einer der führenden Anbieter von Produkten zur Wundbehandlung. Als Partner entwickeln wir gemeinsam mit unseren Kunden und Anwendern individuelle Lösungen zur Verbesserung der regionalen Versorgung chronischer Wunden. Hierbei verfolgen wir einen interdisziplinären Betreuungsansatz. Dabei setzen wir auf eine leitliniengerechte, strukturierte Behandlung sowie die Kommunikation und Abstimmung zwischen allen Beteiligten und den Sektoren. **Das Market Access Team von Smith+Nephew** verfügt über die entsprechende Expertise und langjährige Erfahrung im Gesundheitswesen. Gerne beraten wir Sie.

Nehmen Sie Kontakt auf und lernen Sie uns kennen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in dieser Abrechnungshilfe die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform beinhaltet keine Wertung.

An dieser Stelle weisen wir daraufhin, dass die vorliegende Broschüre nur ausgesuchte Aspekte thematisieren kann und nicht die Lektüre der entsprechenden Gebührenkataloge ersetzt. Für spezielle Abrechnungsfragen oder weiterführende Informationen verweisen wir auf die angegebenen Quellen. Smith+Nephew übernimmt keine Haftung für eventuelle Irrtümer und Fehler.

Es handelt sich hierbei um einen Leitfaden, der nach bestem Wissen erstellt wurde. Die Angaben sind ohne Gewähr.

Definition „Chronische Wunde“:

Eine chronische Wunde wird definiert als Integritätsverlust der Haut und einer oder mehrerer darunter liegenden Strukturen mit einer fehlenden Abheilung innerhalb von acht bis zwölf Wochen trotz fachgerechter Therapie.

2. Abrechnungsziffern im EBM – Wundbehandlung

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bestimmt den Inhalt der berechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

Für die primäre Wundversorgung und die Behandlung schlecht oder nicht heilender Wunden können bestimmte Leistungspositionen berechnet werden. Die Abrechnung ist außerhalb der operativen Eingriffe in den folgenden EBM-Positionen dargestellt.

Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

Bei der Behandlung können die Leistungsinhalte mehrerer EBM-Positionen gleichzeitig erfüllt sein. Aufgrund gegenseitiger Abrechnungsausschlüsse ist es sinnvoll darauf zu achten, welche Kombination ein höheres Punktzahlvolumen erreicht.

EBM-Ziffer	Beschreibung	Abrechnungsbestimmungen**	Bewertung (Punkte)
02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung	einmal am Behandlungstag	68
02301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	einmal am Behandlungstag	133
02302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen und Kindern	einmal am Behandlungstag	230
02310	Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Dekubitalulcus (-ulcera)	einmal im Behandlungsfall	212
02311	Behandlung des diabetischen Fußes*	je Bein, je Sitzung (keine Mengenbegrenzung)	158
02312	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris	je Bein, je Sitzung (Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 4.244 Punkten)	55
02313	Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem	je Bein, je Sitzung (Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 4.244 Punkten)	50

* Die Behandlung des diabetischen Fußes kann nur abgerechnet werden, wenn der Vertragsarzt - im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung - je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker (DMP) nachweisen kann. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie benötigen diese Zusatzqualifikation hinsichtlich der Schulungen nicht.

** Informationen zum obligatorischen Leistungsinhalt finden Sie in der Schnellübersicht (Kapitel 11)

Wichtiger Hinweis:

Wird die Behandlung des diabetischen Fußes nach der EBM-Nr. 02311 berechnet, sind die Nrn. 02310 und 02312 ausgeschlossen.

Tipp:

Vertragsärzte sollten alle erbrachten Leistungen abrechnen, um so das tatsächliche Leistungsspektrum zu dokumentieren. Für die Abrechnung der EBM-Nr. 02311 ist es wichtig, dass bei entsprechend vielen Patienten eine ICD-10 Kodierung für Diabetes angegeben wird. Hierzu gehören auch Patienten, bei denen der Diabetes konservativ behandelt werden kann.

Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

Den Fachärzten stehen für die Behandlung von sekundär heilenden Wunden, die höher bewerteten arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen zur Verfügung.

EBM-Ziffer	Facharztgruppe	Beschreibung	Abrechnungsbestimmungen*	Bewertung (Punkte)
07340	Chirurg	Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n)	einmal im Behandlungsfall	271
10330	Dermatologe	Behandlungskomplex einer ausgedehnten offenen Wunde	einmal im Behandlungsfall	271
18340	Orthopäde	Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n)	einmal im Behandlungsfall	271

* Informationen zum obligatorischen Leistungsinhalt finden Sie in der Schnellübersicht (Kapitel 13)

Definition – Behandlungsfall:

Ein Behandlungsfall ist die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse.

Prüfung der häuslichen Krankenpflege

Wird im Rahmen der Lokalthherapie einer chronischen Wunde der Verbandwechsel vom behandelnden Arzt mittels einer Verordnung - Häuslicher Krankenpflege nach Muster 12 – delegiert, so kann folgende arztgruppenübergreifende Gebührenordnungsnummer abgerechnet werden.

EBM-Ziffer	Beschreibung	Abrechnungsbestimmungen	Bewertung (Punkte)
01420	Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege	einmal im Behandlungsfall	94

3. Erstattungsfähigkeit der VVS/NPWT im EBM

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) definiert die NPWT als Vakuumversiegelungstherapie (VVS). Die folgenden Leistungen sind seit 01.10.2020 und für zunächst ein Jahr extrabudgetär abrechnungsfähig. Aus Gründen der methodischen Übersichtlichkeit werden die Zusatzpauschalen für die ärztliche Leistung mit den relevanten Kostenpauschalen für die Sachkosten der NPWT im Zusammenhang dargestellt.

EBM-Ziffer	Beschreibung	Abrechnungsbestimmungen	Bewertung (Punkte bzw. in €)
Intendierter primärer Wundverschluss nach einer ambulanten Operation			
31401	Zuschlag nach ambulanter Operation (Abschnitt 31.2) für die Anlage eines Systems zur VVS	Obligat: Persönlicher Arzt-Patientenkontakt, Fakultativ: Einweisung des Patienten in die Pumpenbedienung im zeitlichen Zusammenhang mit der Operation, Einstellen der Pumpe Einmal am Behandlungstag	68
40900	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit GOP 31401 oder 36401	Je durchgeführte Leistung (ambulante Operation)	430,67€
Intendierter primärer Wundverschluss bei belegärztlichen Leistungen			
36401	Zuschlag zum jeweiligen Haupteingriff	Obligat: Persönlicher Arzt-Patientenkontakt, Einmal am Behandlungstag	64
Intendierter sekundärer Wundverschluss bei Wunden bis 20 cm²			
02314	Zusatzpauschale für VVS zum intendierten sekundären Wundverschluss	Obligat: Persönlicher Arzt-Patientenkontakt, Anlage und/oder Wechsel eines Systems zur VVS im unmittelbaren Anschluss an eine Wundversorgung Fakultativ: Einweisung des Patienten in die Pumpenbedienung, interdisziplinäre Abstimmung, Einstellen der Pumpe, Behälterwechsel Einmal am Behandlungstag	135
40901	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit GOP 02314 bei einer Wundfläche bis einschließlich 20 m ²	Je durchgeführte Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche	65,49€
40903	Kostenpauschale für die Vakuumpumpe im Zusammenhang mit GOP 02314	Je Kalendertag	47,54€
Intendierter sekundärer Wundverschluss bei Wunden >20 cm²			
02314	Zusatzpauschale für VVS zum intendierten sekundären Wundverschluss	Obligat: Persönlicher Arzt-Patientenkontakt, Anlage und/oder Wechsel eines Systems zur VVS im unmittelbaren Anschluss an eine Wundversorgung Fakultativ: Einweisung des Patienten in die Pumpenbedienung, interdisziplinäre Abstimmung, Einstellen der Pumpe, Behälterwechsel Einmal am Behandlungstag	135
40902	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit GOP 02314 bei einer Wundfläche >20 m ²	Je durchgeführte Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche	71,39€
40903	Kostenpauschale für die Vakuumpumpe im Zusammenhang mit GOP 02314	Je Kalendertag	47,54€

4. Versicherten- und Grundpauschalen

Ein Großteil der Leistungen, die Vertragsärzte im Rahmen ihrer Behandlung erbringen, werden über Pauschalen abgerechnet. Viele Leistungen können somit gar nicht gesondert abgerechnet werden, sondern sind in der Erstkontaktpauschale enthalten.

Im Anhang 1 des EBM sind die Leistungen aufgeführt, welche Teilleistungen der Versicherten- und Grundpauschale darstellen.

Hausärztliche Versichertenpauschalen

EBM-Ziffer	Beschreibung	Bewertung (Punkte)
03000	Versichertenpauschale	
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	225
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	142
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	114
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	148
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	200

Fachärztliche Grundpauschalen

Facharztgruppe	EBM-Ziffer	Beschreibung	Bewertung (Punkte)
Chirurg	07210	bis zum 5. Lebensjahr	228
	07211	6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	231
	07212	ab dem 60. Lebensjahr	267
Dermatologe	10210	bis zum 5. Lebensjahr	136
	10211	6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	143
	10212	ab dem 60. Lebensjahr	147
Orthopäde	18210	bis zum 5. Lebensjahr	182
	18211	6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	192
	18212	ab dem 60. Lebensjahr	222

Zuschlag für die Grundversorgung

Facharztgruppe	EBM-Ziffer	Beschreibung	Bewertung (Punkte)
Chirurg	07220	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	32
Dermatologe	10220	Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung	18
Orthopäde	18220	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	31

Voraussetzung für die Abrechnung ist der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt.

5. Hausärztliche Zusatzpauschale; Chronikerpauschale

Hausärzte haben die Möglichkeit für die Behandlung chronisch kranker Patienten einen Zuschlag zu ihrer Versichertenpauschale abzurechnen.

EBM-Ziffer	Beschreibung	Abrechnungsbestimmungen**	Bewertung (Punkte)
03220	Zuschlag für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt; einmal im Behandlungsfall	130
03221*	Zuschlag für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte; einmal im Behandlungsfall	40
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung	Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer mit Patient oder Bezugsperson; je vollendete 10 Minuten	128

*zusätzlich zu EBM 03220 ab 2. Arzt-Patienten-Kontakt kodierbar

Die „Chroniker Richtlinie“ des G-BA definiert:

Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- Pflegebedürftigkeit Pflegegrad 3, 4 oder 5
- Behinderung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60%
- kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmittel) erforderlich

6. Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten können auf einer besonderen Patientenstruktur beruhen, durch die sich die Praxis erheblich vom Durchschnitt der übrigen Praxen der Fachgruppe unterscheidet. Dies kann kausal einen höheren Behandlungs- und/oder Verordnungsaufwand hervorrufen.

Eine Praxisbesonderheit kann ein niedergelassener Arzt gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung geltend machen. In den Kassenärztlichen Vereinigungen werden diese unterschiedlich gehandhabt. Die Anerkennung kann regional unterschiedlich ausfallen.

Praxisbesonderheit im Sinne der Arzneimittelvereinbarung bzw. Richtgrößenvereinbarung liegt in einer Arztpraxis dann vor, wenn

- eine überdurchschnittlich hohe Zahl von Patienten eine besonders kostenintensive Behandlung benötigt;
- eine Zusatzqualifikation des Arztes die mehr Patienten mit schweren Krankheitsbildern in diese Praxis führt.

Die Verordnungskosten im Bereich der Wundverbände sind generell im Richtgrößenvolumen enthalten und werden derzeit von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht im Rahmen der Indikationsliste vorab als Praxisbesonderheit berücksichtigt.

7. Leistungen zur Wundbehandlung nach GOÄ

Die Abrechnungsziffern der ambulanten Behandlung von Wunden sind in der folgenden Tabelle dargestellt. Der Gebührensatz ist abhängig von Schweregrad der Erkrankung und Zeitaufwand bei der Behandlung (Einfach bis Dreieinhalbfach).

Nummer	Leistung	Punktzahl (Betrag; 1-fach/2,3-fach)
200	Verband- ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	45 (2,62€/6,03€)
204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder Rumpfes; Kompressionsverband	95 (5,54€/12,74€)
209	Großflächiges Auftragen von Externa (z.B. Salben, Cremes) zur Behandlung von Hautkrankheiten; je Sitzung	150 (8,74€/20,10€)
745	Auskratzen mit dem scharfen Löffel, Wundgranulationen/bis zu drei Warzen	46 (2,68€/6,16€)
2000	Erstversorgung einer kleinen Wunde	70 (4,08€/9,38€)
2001/2003	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht/Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	130 (7,58€/17,43€)
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	160 (9,33€/21,46€)
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	240 (13,99€/32,18€)
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	400 (23,11€/53,62€)
2006	Behandlung, nicht primär heilende/entzündete/eiternde Wunde	63 (3,67€/8,44€)
2065	Nekrosenabtragung, Hand/Fuß, je Sitzung	250 (14,57€/33,51€)

Im Bereich ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen können darüber hinaus Zuschläge in Ansatz gebracht werden, die dem erhöhten Ressourcenbedarf Rechnung tragen.

Darüber hinaus sind im Zusammenhang mit der Anlage einer Vakuumtherapie folgende Ziffern relevant:

Nummer	Leistung	Punktzahl (Betrag; 1-fach/2,3-fach)
2015 (analog)	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainagen	60 (3,50€/8,05€)
2032 (analog)	Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage	250 (14,57€/33,51€)
2090 (analog)	Spülung bei eröffnetem Sehenscheidenparanitium	63 (3,67€/8,44€)
2093	Spülung bei liegender Drainage	50 (2,91€/6,69€)

Wichtiger Hinweis:

Bei Privatpatienten können die Leistungen bei jeder Behandlung abgerechnet werden.

8. Ambulantes Operieren

Die GOP für ambulante Operationen sind im Kapitel 31 des EBM geregelt. Die Abrechnung setzt voraus, dass der Arzt die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt und gegenüber der KV seine Teilnahme am Vertrag gem. § 115b SGB V erklärt hat.

Die ambulant durchführbaren operativen Eingriffe sind nach OPS codiert und im Anhang 2 des EBM aufgeführt. Der jeweilige OPS bestimmt die EBM-Leistungsziffer.

Ein im Rahmen der Behandlung chronischer Wunden erforderliches Debridement von erkranktem Gewebe kann unter den folgenden OPS-Codes kodiert und mit den entsprechenden GOP abgerechnet werden. Die abgerechneten Leistungsziffern umfassen sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen inkl. Untersuchungen am Operationstag, Verbände, Dokumentation(en), Beratung und Abschlussbericht an den weiterbehandelnden Vertrags- und Hausarzt.

Übersicht Debridement in unterschiedliche Schichttiefe an Haut und Gewebe

Bereich	OPS-Code	EBM-Leistungsziffer	Bewertung (Punkte)
Epidermis			
Corium	5-896.1*; 5-896.2*	31101/31102	881/1438*
Subcutis			
Faszie	5-850.d*	31122	1542
Sehnen	5-850.c*	31122/31123	1542/2217
Muskulatur	5-850.b*	31122/31123	1542/2217

* Spezifikation/Lokalisation beachten

Innerhalb der ersten 3 Tage nach dem operativen Eingriff (beginnend mit dem Operationstag) bestehen zahlreiche Ausschlussregeln für die Abrechnung weiterer Leistungen. Ausnahme bilden Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen. Unter Angabe der Komplikation (ICD-10-Kodierung) sind diese berechnungsfähig.

Wichtiger Hinweis:

Leistungen im Bereich Ambulanter Operationen (Kapitel 31 EBM) werden außerhalb der RLV und QZV ohne Mengenbegrenzung zum vollen EBM-Preis vergütet.

Übersicht Ablauf der Behandlung bei ambulanter Operation

Präoperative Leistungen GOP 31010 – 31013 EBM (Abschnitt 31.1)

Inhalt:

- Beratung und Erörterung
- Überprüfung der Eignung
- Ganzkörperstatus
- Dokumentation
- ggf. EKG und/oder Labor

Erläuterung:

Können vom Hausarzt zur Vorbereitung auf eine ambulante OP abgerechnet werden.

Ambulante Operation GOP des Abschnitt 31.2 EBM

Inhalt:

- Untersuchung am OP-Tag
- Vorbereitung (Raum, Patient etc.)
- Operation
- Nachbereitung (Verband, Gips etc.)

Erläuterung:

Kann nur durch den Operateur abgerechnet werden.

Postoperative Überwachung GOP 31501 – 31507 EBM (Abschnitt 31.3)

Inhalt:

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf etc.
- Abschlussuntersuchung
- ggf. EKG-Monitoring, Infusionstherapie

Erläuterung:

Kann durch den Operateur oder Anästhesisten zusätzlich zur operativen Leistung einmalig im unmittelbaren Anschluss an die ambulante OP abgerechnet werden.

Postoperative Behandlung GOP 31600-31609 des Abschnitt 31.4 EBM

Inhalt:

- Befundkontrolle, Besprechung
- ggf. Verbandwechsel
- ggf. Drainagewechsel/-entfernung
- ggf. Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

Erläuterung:

Durch den Operateur oder bei Überweisung vom weiterbehandelnden Arzt abrechnungsfähig. Diese kann nur einmal im Zeitraum vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag abgerechnet werden. Auf der Abrechnung ist das Datum des operativen Eingriffs zu dokumentieren.

Für Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs ist hier nur die Gebührenordnungsposition 31600 berechnungsfähig.

9. Kodierung von Diagnosen

Alle Vertragsärzte sind gesetzlich verpflichtet, jede Behandlungsdiagnose so genau wie möglich zu kodieren. Stellen Wunden jeglicher Art eine Behandlungsdiagnose dar, sind sie mit der amtlichen ICD-10-GM in der jeweils gültigen Jahrgangsversion zu verschlüsseln, sofern sie eine Behandlungsdiagnose darstellen.

Anbei ist eine Übersicht der wesentlichen klinischen Situationen dargestellt.

Die vollständige ICD-10 Klassifikation ist unter folgendem Link zu finden:

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/>

Chronische Wunde bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (Ulcus cruris arteriosum)

Lokalisation	Art der Läsion	ICD-10-GM
Becken-Bein-Typ	Ulzeration	I70.24
	Gangrän	I70.25

Chronische Wunde bei chronisch venöser Insuffizienz (Ulcus cruris venosum)

Lokalisation	Art der Läsion	ICD-10-GM
Untere Extremität	Ulzeration	I83.0
	Entzündung und Ulzeration	I83.2

Chronische Wunde bei Diabetes mellitus

Für die ICD-10-Kodierung des Diabetes mellitus sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

Erste bis dritte Stelle: Typ des Diabetes mellitus (E10-E14)

Vierte Stelle: Angabe der Komplikation (.0 bis .9)
Relevant für das diabetische Fußsyndrom:
.5 mit peripheren vaskulären Komplikationen
Gangrän
Periphere Angiopathie† (I79.2*)
Ulkus
.7 mit multiplen Komplikationen

Fünfte Stelle: gegenwärtige Stoffwechsellage im Sinne von entgleist/nicht entgleist
4 mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
5 mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

Sie werden als Kreuz-Stern-Kodes (†/*) des Diabetes mellitus mit Komplikationen angegeben.

Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fußsyndroms gehören können, sind z.B.: L03.02, L89, L97, I70.25, G63.2

Chronische Wunden ohne Angaben zur Ätiologie

Lokalisation	Art der Läsion	ICD-10-GM
Unterschenkel	Ulcus	L97
Sonstige Lokalisationen		L98.4
Jede Lokalisation	Gangrän	R02

Dekubitalgeschwür

Das Dekubitalgeschwür und die Druckzone wird mittels der L89. kodiert. Der Schweregrad wird an der vierten Stelle gekennzeichnet und die Lokalisation an der fünften Stelle. Kann der Grad eines Dekubitalgeschwürs nicht sicher bestimmt werden, ist die L89.9 (ohne Angabe des Grades) zu verwenden.

10. Verordnung von Verbandmitteln

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben Anspruch auf die Versorgung mit Verbandmitteln nach § 31 Abs. 1 SGB V. Der Vertragsarzt wählt das Verbandmittel unter Beachtung der medizinischen Notwendigkeit und des Wirtschaftlichkeitsgebotes aus. Verbandmittel sind verordnungsfähig.

Beispiele für **Moderne Wundversorgungsprodukte** sind z.B.:

- Alginat
- Hydrogele
- Hydrokolloide
- Schaumverbände
- antimikrobielle Wundauflagen (z.B. mit Silber, Polyhexanid)
- Hydrofasern
- Tamponaden

Moderne Wundversorgungsprodukte sind regional unterschiedlich auch als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig. Für die Erstattungsfähigkeit gelten die Bestimmungen der regionalen SSB-Vereinbarung. Der Sprechstundenbedarf ist grundsätzlich kalendervierteljährlich, als Ersatz für verbrauchte Artikel zu beziehen. Unter Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes sind Preisvorteile größerer Packungseinheiten zu nutzen.

Tipps für einen wirtschaftlichen Einsatz von Verbandmitteln:

1. Verbandwechselintervalle entsprechend den Herstellerangaben einhalten
2. Einsatz des Verbandmittels unter Beachtung von Wundtyp, Wundheilungsphase und Ausmaß des Wundsekrets
3. Festlegung eines Wundstandards mit begrenzter Anzahl von Produkten
4. Wundverlaufsdokumentation und medizinische Begründung des Einsatzes

11. Abrechnungsbeispiele (EBM)

Ulcus Cruris Venosum (Frau, 65 Jahre)

Behandlung durch einen Hausarzt

Leistung	EBM-Leistungsziffer	Bewertung (Punkte)
Versichertenpauschale (einmal im Behandlungsfall – ausgelöst durch den 1. Arzt-Patienten-Kontakt)	03000 (55 – 75 Lebensjahre)	148
Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris (je Bein, je Sitzung)	02312	55
Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz (je Bein, je Sitzung – max. 4.244 Punkte je Behandlungsfall)	02313	50

pAVK/Ulcus cruris (Frau, 69 Jahre)

Behandlung durch einen hausärztlich tätigen Internisten (API); 2 Arzt-Patienten-Kontakte

Leistung	EBM-Leistungsziffer	Bewertung (Punkte)
Versichertenpauschale (einmal im Behandlungsfall – ausgelöst durch den 1. Arzt-Patienten-Kontakt)	03000 (55 – 75 Lebensjahre)	157
Zuschlag für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03220 + 03221	130 + 40
Duplexuntersuchung (je Sitzung – Sonographische Untersuchung der Extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren)	33072	224
Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) (einmal im Behandlungsfall)	02310	212
Bei ggf. Überweisung an Gefäßchirurgen zur Durchführung einer ambulanten OP *		
Operationsvorbereitung (bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen)	31013 (ab 60 Jahre)	416
Postoperative Behandlung (durch den Hausarzt nach der Erbringung eines Eingriffs bei Überweisung durch den Operateur)	31600	159

*Prä- und Postoperative Leistungen sind nicht Bestandteil des Regelleistungsvolumens

Diabetischer Fuß (Mann, 58 Jahre)

Behandlung durch einen Chirurg

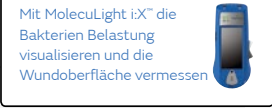
Leistung	EBM-Leistungsziffer	Bewertung (Punkte)
Grundpauschale (einmal im Behandlungsfall – ausgelöst durch den 1. Arzt-Patienten-Kontakt)	07211 (6 – vollendete 59 Jahre)	231
Behandlung des diabetischen Fußes (je Bein, je Sitzung)	02311	158
Ambulante Operation OPS: 5-850.da + R/L für die Seite Debridement einer Faszie: Fuß (Voraussetzung: Eingriffsraum)	31122	1542
Postoperative Überwachung (im Anschluss an die Erbringung einer Leistung des Operateurs)	31503	488
Postoperative Behandlung (einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach der ambulanten OP, bei Erbringung durch Operateur)	31615	109

Dekubitus (Frau, 76 Jahre)

Behandlung durch einen Dermatologen

Leistung	EBM-Leistungsziffer	Bewertung (Punkte)
Versichertenpauschale (einmal im Behandlungsfall – ausgelöst durch den 1. Arzt-Patienten-Kontakt)	10212 (ab 60 Jahre)	147
Behandlung eines sekundär heilenden Decubitalulcus Beim 3. Besuch: (einmal im Behandlungsfall, 3 Arzt-Patienten-Kontakte)	02310	212
Wechsel beim 5. Besuch: (einmal im Behandlungsfall, 5 Arzt-Patienten-Kontakte)	07340	271
Ambulante Operation OPS: 5-850.d7 Debridement einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß (Voraussetzung: Eingriffsraum)	31122	1542
Postoperative Überwachung (im Anschluss an die Erbringung einer Leistung des Operateurs)	31503	488

12. Behandlung chronischer Wunden nach dem TIME 2.0-Konzept – ein strukturierter Behandlungsansatz, klinische Entscheidungshilfe in der Wundversorgung



Assessment: Wundbeurteilung und Lebensqualität

Diagnose und Therapiemerkmale festlegen unter Berücksichtigung der Begleiterkrankung und Wundheilungsstörung. Wundtyp, Größe, Lokalisation, Wundbeschaffenheit, Infektions-/Entzündungszeichen, Schmerzerfassung, Komorbiditäten, Therapietreue des Patienten

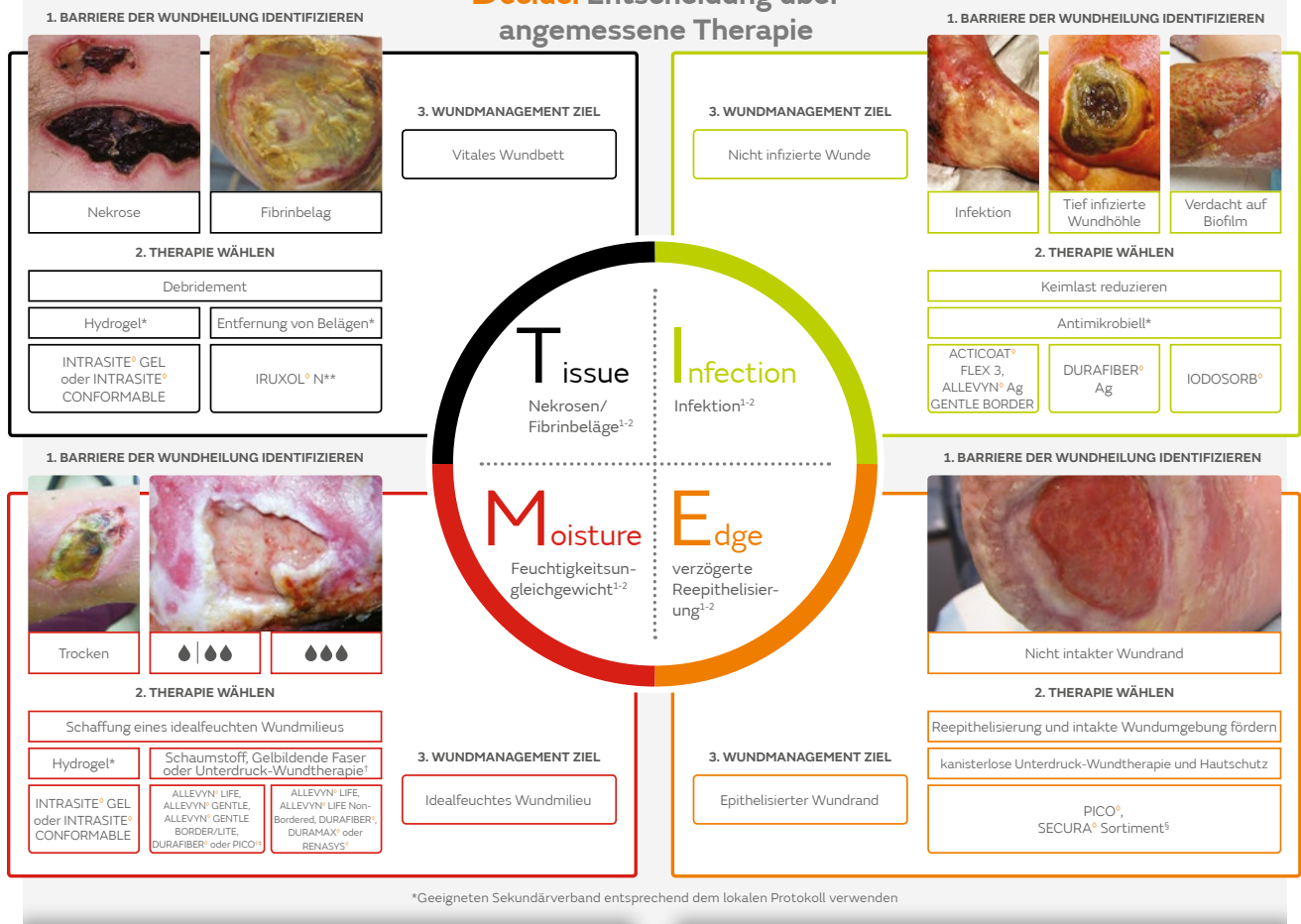
Build: Bildung eines multidisziplinären Behandlungsteams unter Berücksichtigung des ganzheitlichen Patientenansatzes

Einbeziehung und Dokumentation anderer med. Fachdisziplinen z.B. chirurgisches Team, Wundexperten, Pflegedienste, Ernährungsberatung, Schmerztherapie, Podologen

Control: Kontrolle und Beseitigung von Wundheilungsstörungen

Festlegen und Dokumentieren des individuellen Behandlungsplans:
Infektionen, Diabetes Mellitus, Ernährungsstatus, Inkontinenz, Mobilität, Gefäßstatus, Schmerzen, Stress, Ängste, Therapietreue, Lebensstil, Medikation

Decide: Entscheidung über angemessene Therapie



* Geeigneten Sekundärverband entsprechend dem lokalen Protokoll verwenden

Evaluation: Evaluierung und Re-Assessment von Therapie und Fortschritt

Aufzeichnung des Wundverlaufs innerhalb des gegebenen Zeitrahmens. Falls der Zustand unverändert bleibt – wieder bei A, B, C anfangen und Behandlung gegebenenfalls anpassen

Developed with the support of Glenn Smith¹ and Moore et al. 2019²

¹NPWT: Negative Pressure Wound Therapy #level of exudate for wounds suitable for NPWT. ²SECURA Range includes SECURA Spray, SECURA Protective wipes, SECURA Foam Applicator.

Referenzen: 1. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Rep Reg (2002);11:1-28. 2. Leaper DJ, Schultz G, Cavillie K, Fletcher J, Swanson T, Drake R. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? Int Wound J 2012; 9 (Suppl. 2):1-19. 3. Smith G, Greenwood M, Searle R, Ward nurse's use of wound dressings before and after a bespoke educational programme. Journal of Wound Care 2010, vol. 19, no 9. 4. Moore Z, Dowsett C, Smith G, et al. TIME CDST: an updated tool to address the current challenges in wound care. Journal of Wound Care, vol. 28, no. 3, March 2019: 154-161.

**Zusammensetzung Wirkstoff: Aufgabehilfendes Filtrat von Clostridium histolyticum mit Clostridienprotease A 1,2 I.E. und/oder Proteasen 0,24 I.E. pro 1 g Salbe. Sonstige Bestandteile: Dickflüssiges Paraffin, weißes Vaseline. Anwendungsgebiete: Zur enzymatischen Reinigung kutaner Ulzera von nekrotischem Gewebe. Gegenanzeigen: Absolute: Patienten mit Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. Relative: IRUXOL N bei Ulzera mit starken Infektionen nicht ohne eine begleitende systemische Antibiotikatherapie anwenden. Bei Verbrennungen sollte ohne Konsultation eines Verbrennungsspezialisten nicht mehr als 10 % der Körperoberfläche behandelt werden. Warnhinweise / Vorsichtsmaßnahmen: Tyrothricin, Gramicidin und Tetracycline nicht zusammen mit IRUXOL N lokal anwenden. Kontakt mit den Augen und Schleimhäuten vermeiden. Bei Diabetes mellitus trockene Gangliane vorsichtig befeuchten, um den Übergang zu feuchten Gangliaren zu vermeiden. Schwangerschaft: Anwendung im 1. Trimenon nur bei strenger Indikationsstellung. Stillzeit: Übergang in die Muttermilch unwahrscheinlich. Nebenwirkungen: Hautirritationen, Hautreizungen oder Kontaktdermatitis auftreten. Gelegentlich können Schmerzen, Erytheme oder Brennen im Wundgebiet auftreten. Verschreibungspflichtig. Weitere Informationen siehe Fachinformation bzw. Gebrauchsinformation. Zulassungsinhaber: Smith & Nephew GmbH, Friesenweg 4, Haus 21, 22763 Hamburg, Stand: 04/2019

Smith & Nephew erteilt keine medizinischen Ratschläge. Die vorgestellten Informationen stellen keine medizinischen Ratschläge dar und sind nicht als solche zu verstehen. Detaillierte Informationen zu den Produkten, einschließlich der Indikationen, Kontraindikationen, Vorsichts- und Warnhinweise, entnehmen Sie bitte vor der Anwendung der Gebrauchsanweisung des jeweiligen Produkts. Es obliegt dem medizinischen Fachpersonal, im eigenen klinischen Ermessen für jeden einzelnen Patienten die geeigneten Produkte und Techniken zu ermitteln und einzusetzen.

Wundmanagement, Smith & Nephew GmbH, Friesenweg 4, Haus 21, 22763 Hamburg, Deutschland
Wundmanagement, Smith & Nephew GmbH, Concorde Business Park C3, 2320 Schwechat, Österreich
Wundmanagement, Smith & Nephew AG, Theilerstrasse 1A, 6300 Zug, Schweiz


[®]Trademark of Smith & Nephew All Trademarks acknowledged. 13714 | AWM-Miscellaneous-21162

13. Schnellübersicht Abrechnungsziffern EBM

	EBM-Ziffer	Beschleunigung	Obligatorischer Leistungsinhalt	Anmerkung	Bewertung (Punkte)
Arztgruppenübergreifende Positionen	02300	Kleinchirurgischer Eingriff I	Operativer Eingriff <= 5 Min. u/o primäre Wundversorgung		68
	02301	Kleinchirurgischer Eingriff II Primäre Wundversorgung mittels Naht	Primäre Wundversorgung mittels Naht u/o operative Entfernung eines Fremdkörpers		133
	02310	Sekundär heilende Wunde; Dekubitalulcera	Abtragung von Nekrosen u/o Wunddebridement u/o Anlage/ Wechsel Kompressionsverband u/o Einbringung/Wechsel Wundtamponade 3 pers. Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal	Nicht bei: Diabetischem Fuß; Chron. venösem Ulcus cruris; CVI; Postthromb. Syndrom; Lymphödem; Beinvenenthrombosen	212
	02311	Diabetischer Fuß	Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremitäten beim diabetischen Fuß; Überprüfung u/o Verordnung von geeignetem Schuhwerk	Qualifikation zur Durchführung progr. Schulungen für Diabetiker u/o FÄ Chirurgie, Orthopädie, Dermatologie; Durchschn. 100 Patienten je Quartal im letzten Jahr	158
	02312	Chronisch venöser Ulcus cruris	Abtragung von Nekrosen; Lokalthherapie unter Anwendung von Verbänden; Entstauung phleb. Funktionsverbände; Fotodoku. zu Beginn und alle 4 Wochen	Höchstpunktzahl 12.000 Punkte je Quartal u/o Arztfall	55
	02313	Kompressionstherapie bei CVI, beim postthrombotischen Syndrom, Beinvenenthrombosen, Lymphödem	Kompressionstherapie, Dokumentation des Beinumfangs an min. 3 Punkten zu Beginn und alle 4 Wochen	Höchstpunktzahl 12.000 Punkte je Quartal u/o Arztfall	50
Chirurg	07340	Sekundär heilende Wunde; Verbrennung 2. Grades; Sept. Wundheilungsstörung; Abszess	Abtragung von Nekrosen u/o Wunddebridement u/o Anlage/ Wechsel Kompressionsverband u/o Einbringung/Wechsel Wundtamponade 5 pers. Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal	Nicht bei: Diabetischem Fuß; Chron. venösem Ulcus cruris; CVI; Postthromb. Syndrom; Lymphödem; Beinvenenthrombosen	271
Dermatologe	10330	Ausgedehnte offene Wunde	Behandlung offener Wunde u/o Verbrennung u/o septische Wundheilungsstörung; 5 pers. Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal	Nicht bei: Diabetischem Fuß; Chron. venösem Ulcus cruris; CVI; Postthromb. Syndrom; Lymphödem; Beinvenenthrombosen	271
Orthopäde	18340	Sekundär heilenden Wunde; sept. Wundheilungsstörung; Abszesses; Decubitalulcus	Abtragung von Nekrosen u/o Wunddebridement u/o Anlage/ Wechsel Kompressionsverband u/o Einbringung/Wechsel Wundtamponade 5 pers. Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal	Nicht bei: Diabetischem Fuß; Chron. venösem Ulcus cruris; CVI; Postthromb. Syndrom; Lymphödem; Beinvenenthrombosen	271

Wundmanagement Deutschland
Smith & Nephew GmbH
Friesenweg 4 / Haus 21
22763 Hamburg

T +49 (0) 40 8797 44-0
F +49 (0) 40 8797 44-375
www.smith-nephew.de
info@smith-nephew.com

© 2021 Smith & Nephew GmbH,  Warenzeichen von Smith+Nephew,
AWM-AWD-28497, P210003
Für einen Gesamtüberblick über die Produkteigenschaften lesen Sie bitte
die Gebrauchsanweisung.