

ABC DER ABRECHNUNG

„N“ – Nekrose am Fuß

von Dr. Dr. med. Peter Schlüter, Reilingen, www.vita-lco.de

I Dekubitalgeschwüre, nekrotisches Gewebe auf sekundär heilenden Wunden und auch die Fußnekrose beim diabetischen Fuß gehören zum Praxisalltag des Hausarztes. Im EBM finden sich zwei Leistungspositionen, nach denen die Abtragung einer Nekrose zu berechnen ist: die EBM-Nrn. 02310 und 02311. Doch die Vorfreude über diese Abrechnungsmöglichkeiten wird schnell getrübt, schaut man sich die Rahmenbedingungen an, unter denen die Nr. 02311 Leistung für den Vertragsarzt berechnungsfähig wird. I

■ Die wichtigsten ICD-10-GM Schlüsselnummern*

Diagnose	ICD-10
Drucknekrose	L89.29
Nekrose der Ferse	R02
Nekrose am Fuß	R02
Nekrose der Haut	R02
Nekrose ischämisch	R02

* Zur Abrechnung ist die Zusatzkennung mit A = Ausschluss, G = Gesichert, V = Verdacht, Z = Zustand nach... zwingend vorgeschrieben. Lokalisationsangabe ist fakultativ: R=rechts, L = links, B = beidseits.

Abrechnungsvoraussetzungen der EBM-Nrn. 02310 und 02311

Ganz allgemein gilt die Abrechnung der EBM-Nr. 02310 entsprechend des obligaten Leistungsinhalts für die Abtragung von Nekrosen und die EBM-Nr. 02311 für die „Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität beim diabetischen Fuß“. Damit der Vertragsarzt die 02311 abrechnen kann, muss er jedoch zunächst die Genehmigung zur Abrechnung dieser Leistungsposition beantragen. Voraussetzung für die Genehmigung des Antrags sind zwei Bedingungen: Erstens der Nachweis der Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal, durchschnittlich über die letzten vier Quartale und zweitens die nachweisliche Durchführung programmierter ärztlicher Schulungen von Patienten mit Diabetes mellitus (Typ 1 und Typ 2). Damit steht den Hausärzten zwar eine Leistungsposition für die aufwendige Nekrosenabtragung beim diabetischen Fuß zur Verfügung, doch nur denen, die schwerpunktmäßig Diabetiker betreuen und auch schulen. Derjenige Hausarzt, der die Voraussetzungen zur Abrechnung der EBM-Nr. 02311 nicht erfüllt, kann für die Abtragung von Nekrosen nur die EBM-Nr. 02310 berechnen. Diese erfordert drei (!) persönliche Arzt-Patientenkontakte (APK). Dies bedeutet jedoch nicht, dass die sekundär heilende Wunde auch dreimal versorgt werden muss. Ein APK mit Wundversorgung ist ausreichend.

Fall und Abrechnung

Männlicher Patient, 67 Jahre alt, bekannt sind ein Diabetes mellitus Typ 2, Varicosis und ein postthrombotisches Syndrom. Auf dem Boden einer am Fußrücken gelegenen Schürfwunde nach einem Fahrradsturz entwickelte



Nicht jeder Hausarzt kann die EBM-Nr. 02311 abrechnen

Patient mit bekanntem Diabetes Typ 2

Nekroseabtragung während eines Folgetermins

sich im Laufe von Wochen eine trockene Nekrose. Die körperliche Untersuchung zeigte einen normgewichtigen Patienten (180cm, 76kg) mit kräftiger Muskulatur und unauffälligem Herz- und Lungenbefund. Der Blutdruck ist normal. Die Fußpulse waren normal tastbar, die A. poplitea ebenfalls, die Leistenpulse waren regelrecht. Es wurde ein EKG abgeleitet sowie eine doppler-sonografische Untersuchung der Beinarterien und Venen, eine Lichtreflexions-Rheografie und eine Blutentnahme durchgeführt. Die Situation und das Untersuchungsergebnis wurden mit dem Patienten besprochen und das weitere Procedere einschließlich der Notwendigkeit der Nekroseabtragung erörtert und dafür ein gesonderter Termin vereinbart.

■ 1. Konsultation (1. Kontakt im Behandlungsfall)

EBM			Legende	GOÄ	
Ziffern	Punkte	Euro		Ziffern	Punkte
03004	157	15,90	Versichertenpauschale/Beratung	1	80
03040	144	14,59	Vorhaltepauschale	_*	-
03230	90	9,12	Hausärztliches Gespräch	_***	-
03220	130	13,17	Chronikerpauschale I	15****	300
_**	-	-	Körperliche Untersuchung	7	160
_**	-	-	Blutentnahme	250	40
_**	-	-	EKG	651	253
30500 *****	164	16,61	Lichtreflex-Rheographie und Doppler-Sonographie (Taschendorppler oder CW-Doppler)	634 + 2x 643 o. 2x 644	120 + 2x 120 o. 2x 180
33061 *****	108	10,94	Sonographische Untersuchung der extremitätenver- und/oder -entsorgenden Gefäße mittels CW-Doppler-Verfahren	2x 644	2x 180

* Dafür gibt es keine entsprechende Gebühr in der GOÄ.

** Diese Leistungen sind im EBM nicht gesondert berechnungsfähig. Als Bestandteil des Anhangs 1, gelten diese Leistungen mit der Versichertenpauschale als abgegolten.

*** Die hier entsprechende Nr. 3 GOÄ ist nur als alleinige Leistung oder im Zusammenhang mit Untersuchungen nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800, 801 GOÄ berechnungsfähig und entfällt.

**** Die nach GOÄ etwa entsprechende Nr. 15 unterliegt einer anderen Abrechnungssystematik und ist im Verlaufe eines Kalenderjahres nur einmal berechnungsfähig.

***** Nur für hausärztliche Internisten und Hausärzte mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie berechnungsfähig.

***** Nicht neben Nr. 30500 berechnungsfähig.

EBM		Laboruntersuchung	GOÄ	
Ziffern	Euro		Ziffern	Punkte
32042	0,25	BKS	3501	60
32030	0,50	Streifentest	3511	50
32120	0,50	Kl.Blutbild+Thrombos	3550	60
32057	0,25	Glucose	3560	40
32060	0,25	Gesamtcholesterin	3562.H1	40
32064	0,25	Harnsäure	3583.H1	40
32066	0,25	Kreatinin	3585.H1	40
32071	0,25	γ-GT	3592.H1	40

Zum nächsten Termin werden die Laborwerte besprochen und die Nekroseabtragung in Lokalanästhesie durchgeführt.

■ 2. Konsultation

EBM				GOÄ	
Ziffern	Punkte	Euro	Legende	Ziffern	Punkte
_*	-	-	Beratung	1**	80
03230	90	9,12	Hausärztliches Gespräch	_***	-
03221	40	4,05	Chronikerpauschale II	-	-
_*	-	-	Symptombezogene Untersuchung	5**	80
_*	-	-	Lokalanästhesie	491	121
_****			Nekroseabtragung + Zuschlag ambulantes Operieren	2065 +442	250 +400*****
_*	-	-	Verband	_*****	-
_*	-	-	Druckverband	204	95

* Diese Leistungen sind im EBM nicht gesondert berechnungsfähig. Als Bestandteil des Anhangs 1, gelten diese Leistungen mit der Versichertenpauschale als abgegolten.

** Da die Leistungen nach den Nrn. 1 und/oder 5 GOÄ nur einmal im BHF neben Sonderleistungen der Abschnitte C bis O berechnungsfähig sind, muss die Beratung nach Nr. 1 GOÄ bei der ersten Konsultation gestrichen werden.

*** Die hier entsprechende Nr. 3 GOÄ ist nur als alleinige Leistung oder im Zusammenhang mit Untersuchungen nach den GO-Nrn. 5, 6, 7, 8, 800, 801 berechnungsfähig und entfällt.

**** Die Nr. 02310 für die Nekrosenabtragung kann erst bei der 3. Konsultation abgerechnet werden.

***** Die Zuschläge für das Ambulante Operieren sind nur mit dem einfachen Faktor zu berechnen.

***** Der Verband nach Nr. 200 GOÄ ist nicht neben operativen Leistungen berechnungsfähig, sondern mit der Gebühr für die operative Leistung abgegolten. Es sind jedoch die für den Verband entstandenen Sachkosten nach § 10 GOÄ berechnungsfähig.

Mit dem Patienten wird für den nächsten Tag eine Wundkontrolle mit Verbandwechsel vereinbart.

■ 3. Konsultation

EBM				GOÄ	
Ziffern	Punkte	Euro	Legende	Ziffern	Punkte
_*	-	-	Beratung	1	80
_*	-	-	Symptombezogene Untersuchung	5	80
02310**	205	20,77	Verband	200	45
_*	-	-	Druckverband	204	95

* Diese Leistungen sind im EBM nicht gesondert berechnungsfähig. Als Bestandteil des Anhangs 1, gelten diese Leistungen mit der Versichertenpauschale als abgegolten.

** Da es sich um den 3. persönlichen APK handelt, kann die EBM-Nr. 02310 für die beim 2. APK erfolgte Nekrosenabtragung jetzt abgerechnet werden.

■ Anmerkung zur 3. Konsultation

Bei Privatpatienten sind Ausschlussregelungen zu beachten: Die Nrn. 1 und/oder 5 GOÄ sind nur einmal im Behandlungsfall neben Sonderleistungen der Abschnitte C bis O berechnungsfähig. Es kann also entweder der Verband nach Nr. 200 GOÄ (und gegebenenfalls der Druckverband nach Nr. 204 GOÄ) berechnet werden oder die Beratung und symptombezogene Untersuchung nach den Nrn. 1 und 5 GOÄ. Letzteres ergibt mit 160 Punkten ein etwas höheres Honorar als die Kombination aus den Nrn. 200 und 204 GOÄ (140 Punkte).

**Ausschlussregeln
beachten!**

■ Übersicht Abrechnung Nekrosenabtragung

Diagnose	ICD-10-GM*	Leistung	EBM-Abrechnung			GOÄ-Abrechnung			
			GO-Nr.	Punkte	Euro	GO-Nr.	Punkte	Euro / Faktor: 2,3 bzw. 1,8	Euro / Faktor: 3,5 bzw. 2,5
Drucknekrose	L89.29	Versichertenpauschale/Beratung	03001	236	23,91	1	80	10,72	16,32
Nekrose der Ferse	R02		03002	150	15,20				
Nekrose am Fuß	R02		03003	122	12,36				
Nekrose der Haut	R02		03004	157	15,90				
Nekrose ischämisch	R02		03005	210	21,27				
		Vorhaltepauschale	03040	144	14,59	-***	-	-	-
		Hausärztliches Gespräch	03230	90	9,12	3	150	20,11	30,60
		Chronikerpauschale I	03220	130	13,17	15	300	40,22	61,20
		Chronikerpauschale II	03221	40	4,05				
		Symptombezogene Untersuchung	-**	-	-	5	80	10,72	16,32
		Körperliche Untersuchung	-**	-	-	7	160	21,45	32,64
		Ganzkörperstatus	-**	-	-	8	260	34,86	53,04
		Lichtreflex-Rheographie und Doppler-Sonographie	30500	164	16,61	634 + 2x 643 oder 2x 644	120 + 2x 120 oder 2x 180	16,09 + 2x 12,58 oder 2x 18,89	24,48 + 2x 17,48 oder 2x 26,23
		Sonographische Untersuchung der Extremitätenver- und/oder -entsorgenden Gefäße mittels CW-Doppler-Verfahren	33061	108	0,94	2x 644	2x 180	2x 18,89	2x 26,23
		Blutentnahme	-**	-	-	250	40	4,20	5,83
		Nekroseabtragung	02310	205	20,77	2065 +442	250 +400	33,52 +23,31	51,00 +23,31
		Lokalanästhesie – klein – groß	-**	-	-	490 491	61 121	8,18 16,22	12,44 24,68
		Verband	-**	-	-	200	45	6,03	9,18
		Druckverband	-**	-	-	204	95	12,74	19,38

* Zusatzkennung: A=Ausschluss, G=Gesichert, V=Verdacht, Z=Zustand;

** Diese Leistungen sind nach EBM nicht gesondert berechnungsfähig sondern mit anderen Pauschalen abgegolten.

*** In der GOÄ keine entsprechende Gebühr.

**** Die Zuschläge sind nur mit dem einfachen Faktor berechnungsfähig.