

# Tipps zur Kodierung und Abrechnung in der Wundversorgung

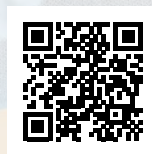


Ihr Partner in der Wundversorgung

## Tipps zur Kodierung in der Wundversorgung

1. Kodierung in der Wundversorgung
2. Kodierung von offenen Wunden nach ICD-10-GM Version 2021
3. Kodierung in der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden
  - 3.1 Arterielle Erkrankungen
  - 3.2 Venöse Ulcuserkrankungen
  - 3.3 Kodierung sonstige periphere Gefäßerkrankungen und Dekubitus
  - 3.4 Kodierung von diabetischen Wunden

[www.draco.de/kodierung](http://www.draco.de/kodierung)



## Tipps zur Abrechnung in der Wundversorgung

1. Abrechnung Wundversorgung im Überblick
2. Leistungskomplexe in der Wundversorgung
3. Wundversorgung in der GOÄ
4. Praxisbesonderheiten
5. Sprechstundenbedarf
6. Praxisbedarf
7. Verordnung
8. Wirtschaftlichkeit

# 1. Kodierung in der Wundversorgung

Alle Vertragsärzte sind gesetzlich verpflichtet, jede Behandlungsdiagnose so genau wie nur möglich zu kodieren. Es ist bei einer eindeutigen Diagnosestellung der Kode in der Abrechnung anzugeben.

## Wie werden Zusatzdiagnosen verwendet?

V	Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose
Z	(symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose
A	Ausgeschlossene Diagnose
G	Gesicherte Diagnose (auch anzugeben, wenn A, V oder Z nicht zutreffen)

## Die 6 Schritte des richtigen Kodierens:

1. Schritt	Sobald Sie Krankheiten <ul style="list-style-type: none"><li>• diagnostizieren oder</li><li>• therapieren oder</li><li>• Verordnungen/Rezepte ausstellen</li></ul> Kodieren Sie bitte alle behandelten Diagnosen.
2. Schritt	Bestimmte Diagnosen erfordern die Angabe von 2 ICD-Codes (Kreuzstern-Systematik). Damit werden Krankheitsmanifestationen und -komplikationen beschrieben. Kodieren Sie bitte vollständig. <b>Beispiel:</b> E11.40+ Diabetes Typ 2 mit Nervenkomplikationen G63.2* Diabetische Polyneuropathie
3. Schritt	Es gibt <b>drei-, vier- und fünfstellige ICD</b> , wobei die letzte Code-Stelle die Diagnose am meisten spezifiziert. <b>Kodieren Sie bitte vollständig</b> Vermeiden Sie bitte möglichst ICD mit letzter Stelle .9 Hinweis: Hausärzte müssen nicht endständig Kodieren, d.h. sie müssen nur vierstellige Codes verwenden.
4. Schritt	Es gibt vier Kennzeichen der Diagnosesicherheit (G, V, A, Z) Bei gesicherten Diagnosen verwenden Sie bitte immer „G“ Beispiel: E11.74 G Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet Prüfen Sie bitte bei bestehenden V-Diagnosen bei jedem Patientenkontakt auf ihre Aktualität.
5. Schritt	Das Kennzeichen „Z“ ist nur für symptomlose Zustände zu nehmen, die nicht mehr behandelt werden. Kodieren Sie ICD mit dem Textbaustein „Folgen“; „Folgezustände“ und „Zustand nach“ immer mit „G“.
6. Schritt	Der Schweregrad chronischer Erkrankungen kann sich ändern. Prüfen Sie bitte bei jedem Patientenkontakt und <b>passen Sie ggf. die Kodierung an.</b>

## 2. Kodierung von offenen Wunden nach ICD-10-GM Version 2021

### Korrekte Diagnosen für offene Wunden:\*

ICD-10	Diagnose
T01.-	Offene Wunden, mehrere Körperregionen
T01.0	Offene Wunden, Kopf und Hals
T01.1	Offene Wunden, Thorax und Abdomen
T01.2	Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Regionen der oberen Extremität(en)
T01.3	Offene Wunden, untere Extremität
T01.6	Offene Wunden, obere und untere Extremität
T01.8	Offene Wunden, sonstige Körperregionen
T01.9	Multiple offene Wunden, n.n.b. Multiple: Risswunden, Schnittwunden, Stichwunden, Tierbisse



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

## 3. Kodierung in der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden

### 3.1. Arterielle Erkrankungen:\*

ICD	Hauptdiagnose
I70.-Atherosklerose	
I70.2-	Atherosklerose der Extremitätenarterien (Atherosklerotische Gangrän, Mönckeberg-(Media-) Sklerose, Periphere arterielle Verschlusskrankheit der Extremitäten)
I70.20	Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden, Stadium I nach Fontaine
I70.21	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr, Stadium IIa nach Fontaine
I70.22	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m Stadium IIb nach Fontaine
I70.23	Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration Ruheschmerz Stadium III nach Fontaine
I70.24	Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration Stadium IV nach Fontaine mit Ulzeration Gewebedefekt begrenzt auf Haut (Kutis) und Unterhaut (Subkutis)
I70.25	Becken-Bein-Typ, mit Gangrän Stadium IV nach Fontaine mit Gangrän Trockene Gangrän, Stadium IVa nach Fontaine Feuchte Gangrän, Stadium IVb nach Fontaine
I70.26	Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
I70.29	Sonstige und nicht näher bezeichnete Atherosklerose der Extremitätenarterien Periphere arterielle Verschlusskrankheit [pAVK] ohne Angabe eines Stadiums (nach Fontaine) Periphere arterielle Verschlusskrankheit [pAVK] o.n.A.
I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet Arterien spasmus, Claudicatio intermittens
I74.-	Arterielle Embolie und Thrombose
I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten
I77.-	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen
I77.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen (Ulcus, Arrosion)



## Unterschied zwischen einer Ulzeration und einer Gangrän bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit der Extremitäten (pAVK)

Die Definitionen für Ulzeration und Gangrän in der ICD-10-GM 2021 auf die Schlüsselnummern ‚I70.24 Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration‘ und ‚I70.25 Becken-Bein-Typ, mit Gangrän‘.

### Verwendung der Schlüsselnummern I70.23; I70.24. und I70.25:\*

- **Ulzeration (I70.23):**  
Hierbei handelt es sich um einen auf Haut (Kutis) und Unterhaut (Subkutis) begrenzten Substanzdefekt.
- **Ulzeration (I70.24.0):**  
Hierbei handelt es sich um den Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration Stadium IV nach Fontaine mit Ulzeration und Gewebedefekt begrenzt auf Haut [Kutis] und Unterhaut [Subkutis]
- **Gangrän (I70.25):**  
Hierbei handelt es sich um eine Nekrose mit Autolyse und Verfärbung des Gewebes. Es werden zwei Formen der Gangrän unterschieden:
  1. **Trockene Gangrän:** Nekrose mit Eintrocknen und Schrumpfen des Gewebes in Folge von Wasserverlust.  
Hierunter werden auch das Ulcus, das Haut (Kutis) und Unterhaut (Subkutis) überschreitet, sowie exulzerierte Nekrosen gefasst.
  2. **Feuchte Gangrän:** Nekrose mit Verflüssigung des Gewebes infolge bakterieller Stoffwechselfähigkeit.

### 3.2 Venöse Ulcuserkrankungen:\*

Die Klassifikation durchblutungsbedingter Ulzerationen wird durch Differenzierung des bisherigen Vierstellers I87.2 „chronische venöse Insuffizienz“ komplettiert: I87.20 „ohne Ulzeration“, I87.21 „mit Ulzeration“. Diese neuen Codes sind abzugrenzen von dem posttrombotischen Syndrom ohne/mit Ulzeration (I87.00/.01), Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration (I83.0/I83.2) und der pAVK mit Ulzeration und ohne Gangrän (I70.24). Nur bei anderen bzw. unbekanntem Ursachen ist L97 „Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert“ anzugeben.



## Krankheiten der Venen:

ICD-10	Hauptdiagnose
<b>180.- Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis</b>	
180.0	Oberflächliche Gefäße der unteren Extremitäten
180.1	V. femoralis
187.2-	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)
180.20	Beckenvenen
180.28	Sonstige tiefe Gefäße der unteren Extremitäten
<b>183.- Varizen der unteren Extremitäten</b>	
183.0	Mit Ulzeration
183.1	Mit Entzündung
183.2	Mit Ulzeration und Entzündung
183.9	Ohne Ulzeration oder Entzündung
187.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)
187.20	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) ohne Ulzeration
187.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration
187.8	Exkl.: Ulcus cruris varicosum (183.0, 183.2)
187.9	Venenkrankheit, nicht näher bezeichnet
M62.2-	Ischämischer Muskelfarkt/nichttraumatisches Kompartmentsyndrom

## Ulcus cruris mixtum:

Bei führender venöser Therapie ist die Empfehlung I83.0 zu kodieren. Im arteriellen Bereich des Schenkels sollte I70.23 kodiert werden.

Die Dermatolipofasziosklerose kann zum chronischen, nicht-traumatischen Kompartementsyndrom führen und ist daher als M62.2 zu verschlüsseln. Der gleiche Code steht auch für den ischämischen Muskelfarkt.

### 3.3 Kodierung sonstige periphere Gefäßerkrankungen und Dekubitus:\*

ICD	Hauptdiagnose
L55- L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
L88	Pyoderma gangraenosum inkl. Dermatitis ulcerosa, Phlegedänische Pyodermie Exkl. Dermatitis gangraenosa (L08.0)
<b>L89.- Dekubitalgeschwür</b>	
L89.0-	<b>Dekubitus Grad 1</b> Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut
L89.1-	<b>Dekubitus Grad 2</b> Dekubitus mit: Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis, Hautverlust o.n.A.
L89.2-	<b>Dekubitus Grad 3</b> Dekubitus mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann
L89.3-	<b>Dekubitus Grad 4</b> Dekubitus mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln)
L89.9-	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet Dekubitus ohne Angabe eines Grades
L97	Ulcus Cruris, andernorts nicht klassifiziert Exkl.: Dekubitalgeschwür und Druckzone (L89.-); Gangrän (R02); Hautinfektionen (L00-L08); Spezifische Infektionen, die unter A00-B99 klassifiziert sind; Ulcus cruris arteriosum (I70.24); Ulcus cruris varicosum (I83.0, I83.2)
L98.4	Chronisches Ulcus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert (L97); Ulcus cruris varicosum (I83.0, I83.2)

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

Der Schlüssel L97 beinhaltet alle Ulcera, die nicht einer varikösen („I83.0 Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration“) oder einer atherosklerotischen („I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ mit Ulzeration“) Ursache zuzuordnen sind.

Alle Codes zur Verschlüsselung des Dekubitus sind 5-stellig. Die ersten 4 Stellen beschreiben die Ausprägung in der Schweregrad-einteilung 1-4.



**Beachte: Lässt sich der Grad eines Dekubitus nicht exakt bestimmen, ist der niedrigere Grad zu kodieren.**





ICD	Hauptdiagnose
E10.-	Diabetes mellitus, Typ 1, 4. + 5. Stelle (siehe E11.-)
E11.-	Diabetes mellitus, Typ 2, 4. Stelle .0 mit Koma .1 mit Ketoazidose .2† mit Nierenkomplikationen .3† mit Augenkomplikationen .4† mit neurologischen Komplikationen .5 mit peripheren vaskulären Komplikationen .6 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen .7 mit multiplen Komplikationen .8 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen .9 ohne Komplikationen Diabetes mellitus, Typ 2, 5. Stelle 0 nicht als entgleist bezeichnet 1 als entgleist bezeichnet 2 mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet 3 mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet 4 mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet 5 mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

## Die Diagnose „Diabetischer Fuß“ wird kodiert mit:

E10.- bis E14.-, 4. und 5. Stelle:

..74: Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet oder

..75: Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet.



Die Codes für die vorhandenen Manifestationen, z. B. „G63.2\* Diabetische Polyneuropathie“, „I79.2\* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ sind danach anzugeben.

### Quellen:

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

<https://www.kbv.de/html/2076.php>

[https://www.kbv.de/media/sp/2020-12-21\\_Wegweiser\\_Diabetisches\\_Fusssyndrom.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2020-12-21_Wegweiser_Diabetisches_Fusssyndrom.pdf)

<https://icd.kbv.de/icdbrowser/main.xhtml>

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/>



Ihr Partner in der Wundversorgung

# 1. Abrechnung Wundversorgung im Überblick

Weitere Informationen zur Abrechnung finden Sie auch [www.draco.de/abrechnungsgrundlagen](http://www.draco.de/abrechnungsgrundlagen)

Der **Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)** ist ein Katalog, in dem Leistungskomplexe mit einer entsprechenden Punktzahl für Ihre Abrechnung mit der Krankenkassen gelistet sind. Die **EBM-Leistungen enthalten keine Euro-Angaben, sondern stellen den Wert der ärztlichen Leistungen in Punkten dar**. Quartalsweise werden die abgerechneten Punktzahlen mit einem Punktwert multipliziert.

## Was ist der EBM?

- Die EBM-Leistungen enthalten keine Euro-Angaben, sondern stellen den Wert der ärztlichen Leistungen in Punkten dar.
- Seit dem 1. Januar 2009 ist die neue morbiditätsbezogene Euro-Gebührenordnung der gültige EBM (= Einheitlicher Bemessungsmaßstab).

## Der Punktwert variiert aufgrund der folgenden Faktoren:

- Zahl der niedergelassenen Ärzte,
- zur Verfügung stehende Geldsumme,
- Summe aller abgerechneten Leistungen.

Seit dem **1. Januar 2009** ist die neue morbiditätsbezogene Euro-Gebührenordnung der gültige **EBM**. Ausgehend von dem bundeseinheitlichen Orientierungswert werden regionale Punktwerte festgesetzt. Die Höhe des Orientierungswertes wird jedes Jahr neu zwischen der KVV und den Krankenkassen ausgehandelt und beträgt derzeit 11,1244 Cent (Quelle: KBV 2021). Mit diesem Punktwert werden fast alle Leistungen vergütet und er bestimmt maßgeblich den Preis für eine Untersuchung oder Behandlung.

Die Euro-Gebührenordnung enthält überwiegend Pauschalvergütungen sowie Einzelvergütungen für besondere Leistungen, die in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt werden können. Zuschläge für die Behandlung chronisch kranker Patienten und Gesprächsleistungen sind gesondert ausgewiesen. Die Versichertenpauschale in der hausärztlichen Versorgung ist seit 2014 in fünf Altersklassen gegliedert.

Im privatärztlichen Bereich rechnen Sie als niedergelassener Arzt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Weiterführende Informationen zu Abrechnungsfragen und EBM finden Sie bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Ihrer regionalen Kassenärztlichen Vereinigung.

**Online-Seminar zur Abrechnung und Regressvermeidung in der Draco Mediathek:**  
[www.draco.de/mediathek](http://www.draco.de/mediathek)

## 2. Leistungskomplexe in der Wundversorgung

### Was können Sie im EBM abrechnen?

- Abrechenbare Leistungen für die Wundversorgung sind als sogenannte Leistungskomplexe (Behandlungskomplexe) gelistet.
- Sie können obligate (verpflichtende) und fakultative (freigestellte) Leistungen abrechnen.
- Grundsätzlich gilt, dass Sie eine Leistung nicht berechnen können, wenn sie Teilleistung einer anderen berechnungsfähigen Leistung oder eines Leistungskomplexes ist.
- Eine EBM-Ziffer beinhaltet immer eine Leistungsbeschreibung, die Sie informiert, welche Leistungsbestandteile verpflichtend zu erbringen sind (siehe Beispiel).

Die für die Wundversorgung im EBM abrechenbaren Leistungen sind als sogenannte **Leistungskomplexe (Behandlungskomplexe)** gelistet. Es wird hierbei in **obligate (= verpflichtende) und fakultative (= freigestellte) Leistungsinhalte differenziert**. Zur Leistungsabrechnung sind die obligaten Leistungsanteile zu erbringen. Obligate Leistungsanteile können eine „und/oder“-Verknüpfung aufweisen, dann reicht die Erbringung einer der alternativen Leistungen für die Abrechnung aus. Bei einer fakultativen Leistung ist es Ihnen freigestellt, hier entscheidet im Einzelfall die Indikation. **Grundsätzlich wird der Leistungskomplex nur dann vergütet, wenn Sie sowohl die definierten obligaten Leistungen, als auch die besonderen Erfordernisse der Leistungsbeschreibung und die Dokumentations- bzw. Berichtspflichten erbracht haben.** Dieses gilt ebenfalls für fakultative Leistungen. Eine Leistung ist nicht berechnungsfähig, wenn sie Teilleistung einer anderen berechnungsfähigen Leistung oder eines Leistungskomplexes ist.

### Beispiel:

Bei der EBM-Ziffer **02310** ist zu unterscheiden zwischen der Leistungsbeschreibung und dem obligaten Leistungsinhalt. **Die Leistungsbeschreibung lautet:** „**Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera)**“.

### Der obligate Leistungsinhalt fordert daher:

- Abtragung von Nekrosen und/oder
- Wunddebridement und/oder
- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder
- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- mindestens 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall.

Von den obligaten Leistungsanteilen des ersten bis vierten Spiegelstriches muss nur ein einziger erbracht werden, um die Gebühr berechnen zu können. Der 5. Spiegelstrich, also die drei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte, ist dagegen in jedem Fall zu erfüllen. Neben den drei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten im Behandlungsfall können Sie diese Ziffer bereits abrechnen, wenn nur der Kompressionsverband gewechselt, oder das Debridement gemacht wurde. Sie können demnach auch am letzten Tag eines Quartals bei einem Patienten für die an diesem Tag erfolgte Behandlung einer sekundär heilenden Wunde die Gebühr nach GOP 02310 abrechnen. Es müssen bereits zwei persönliche Kontakte in dem entsprechenden Quartal vorangegangen sein. Mit Wundbehandlung müssen die nicht in Verbindung stehen.

## Häufig abgerechnete EBM-Ziffern in der Wundversorgung:

Ziffer und Inhalt	Leistungen	Punkte	Betrag in Euro
<b>02310</b> Behandlung sekundär heilender Wunde(n) und/oder Dekubitalulcera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 3 Kontakte im Quartal: Unabhängig von Anzahl und Lokalisation der Wunden/Dekubitalulcera oder weiterer Kontakte ist die Ziffer nur 1 x im Quartal und auch nur für die genannten Indikationen abzurechnen.</li> <li>• In derselben Sitzung sind die Ziffern 02312 und 02313 nicht ansetzbar. Diese sind, falls zusätzlich wegen anderer Läsionen nötig, in gleicher Sitzung nicht abrechenbar.</li> <li>• Im gesamten Quartal gilt der Ausschluss von 02300 bis 02302 und/oder der Behandlung des diabetischen Fußes (Ziffer 02311).</li> <li>• Ziffer 02310 ist nicht möglich bei den Diagnosen diabetischer Fuß, chronische venöse Insuffizienz, chronisches venöses Ulcus, Lymphödem, post-thrombotisches Syndrom, Thrombosen.</li> </ul>	212	23,58
<b>02311</b> Behandlung des diabetischen Fußes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremitäten beim diabetischen Fuß“ erforderlich, abrechenbar je Bein und Sitzung. Für das ganze Quartal gilt der Ausschluss mit der Ziffer 02310 (sekundär heilende Wunde/Dekubitus) und der Ziffer 02312 (Behandlungskomplex venöses Ulcus).</li> <li>• In der gleichen Sitzung mit der Wundversorgung nach 02300 bis 02302 und der 02313 (Kompressionstherapie bei chronischer venöser Insuffizienz) nicht ansetzbar.</li> </ul>	138	15,35
<b>02312</b> Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hier sind beinhaltet die Abtragung von Nekrosen, Lokaltherapie, entstauende phlebologische Funktionsverbände und die Fotodokumentation.</li> <li>• Die Ziffer ist ansetzbar je Bein und je Sitzung, auf Grund einer Höchstpunktzahlregelung höchstens 74 x bei einem Patienten im Quartal.</li> <li>• Hier gilt der Abrechnungsausschluss mit der Wundversorgung nach 02300 bis 02302 und 02311 im gesamten Quartal. In der gleichen Sitzung ist neben der 02310 (sekundär heilende Wunde/Dekubitus) die 02312 ebenfalls ausgeschlossen.</li> </ul>	55	6,12
<b>02313</b> Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ziffer ist je Bein und je Sitzung ansetzbar, keine offene Wunde erforderlich. Dokumentation des Beinumfangs zu Beginn und im Verlauf verpflichtend.</li> <li>• In derselben Sitzung sind Ziffer 02310 (sekundär heilende Wunde/Dekubitus) und 02311 (diabetischer Fuß) ausgeschlossen.</li> </ul>	50	5,56



## Besonderheiten bei der Abrechnung

02311 – diabetischer Fuß	Nur mit KV-Genehmigung
02312 – chron. venöser Ulcus	Fotodokumentation vorgeschrieben
02313 – Kompressionstherapie chron. ven. Insuffizienz	Dokumentation Beinumfang
02311-02313	Je Sitzung und je Bein ansetzbar
02310 – sekundär heilende Wunde, Dekubitus	Nur 1 x im Quartal abrechenbar aber 3 Kontakte notwendig
Wundversorgung nach 02300-02302 diabetischer Fuß (02311). Gilt auch bei einer Wunde oder OP an anderer Stelle.	Neben 02310 im gesamten Quartal nicht abrechenbar



## 3. Wundversorgung in der GOÄ

### Privatpatienten in der Wundversorgung

- Bei Privatpatienten können Sie auf Basis der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) die dortigen Leistungen mit einfachem bis dreieinhalbfachem Satz abrechnen.
- Leistungen können Sie bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt abrechnen, wenn sie erbracht wurde.
- Praxiskosten und Sprechstundenbedarf sind in der Vergütung enthalten.

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bildet die Abrechnungsgrundlage für privatärztliche Leistungen. Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem einfachen bis dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen.

Der Punktwert beträgt 5,82873 Cent (<http://www.e-bis.de/goae/defaultFrame.htm>).

Bei Privatpatienten können Sie die Leistungen jedes Mal abrechnen, wenn sie erbracht wurden.

Soweit nicht anders bestimmt, sind bei der privatärztlichen Honorierung die Praxiskosten sowie die Kosten für den Sprechstundenbedarf mit den Gebühren abgegolten. Im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung können Sie Leistungen bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt in Rechnung stellen und sind keinerlei Budgetierung unterlegen.

Ziffer	Bezeichnung	Punkte	Betrag in Euro		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2000	Erstversorgung einer kleinen Wunde	70	4,08	9,38	14,28
2001	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht	130	7,58	17,43	26,52
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	160	9,33	21,46	32,64
2003	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	130	7,58	17,43	26,52
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	240	13,99	32,18	48,96
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	400	23,31	53,64	81,60
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde	63	3,67	8,44	12,85
2007	Zirkulärer Verband/stabilisierender Verband/Halskrawattenverband/Kompressionsverband	95	5,54	12,74	19,38

## 4. Praxisbesonderheiten

### Was sind Praxisbesonderheiten?

- Als Praxisbesonderheiten kommen ausschließlich Umstände in Betracht, die sich auf das Behandlungs- oder Verordnungsverhalten Ihrer Praxis auswirken und in Praxen der Fachgruppe typischer Weise nicht oder nicht in derselben Häufigkeit anzutreffen sind.
- Es ist zu empfehlen, alle aus Ihrer Sicht vorliegenden Besonderheiten in der Struktur der Praxis gesondert zu dokumentieren, um die Argumentation in einem möglichen Prüfverfahren zu erleichtern (Beweispflicht). Dies muss stets patientenbezogen erfolgen.

Bei der Darlegung von Praxisbesonderheiten kommt es nicht darauf an, sich für das Behandlungs- oder Verordnungsverhalten im Prüfzeitraum zu rechtfertigen, sondern darauf, die Unterschiede und Besonderheiten der eigenen Praxisführung darzulegen. Zur Darlegung von Praxisbesonderheiten genügt es nicht, dass Sie bestimmte Leistungen oder Verordnungen nur als besonders kostenaufwendig herausstellen. Im Falle einer Überprüfung Ihrer Praxis muss vielmehr **substantiiert** dar gelegen werden, inwiefern sich Ihre Praxis gerade in Bezug auf diese Merkmale von anderen Praxen unterscheidet.

**Die Dokumentation und Begründung von Ihrer Praxisbesonderheit muss stets patientenbezogen erfolgen unter Angabe von:**



- Versichertennummer
- Patientenname
- Geburtsdatum
- Diagnose
- verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel (inkl. der Mengen und der entstandenen Kosten)
- ergänzende Begründungen und Bemerkungen

Je detaillierter Sie eine Besonderheit dokumentieren, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese vom Prüfungsausschuss berücksichtigt wird.

Nutzen Sie hierfür entsprechende Dokumentationsbögen! Dokumentationsbögen sowie weitere hilfreiche Unterstützungsmaterialien erhalten Sie kostenfrei unter [www.draco.de/download](http://www.draco.de/download).

Zur Auswahl der richtigen Wundaufgabe steht Ihnen die Filterfunktion auf der Seite [www.draco.de/produkte](http://www.draco.de/produkte) zur Verfügung.





## 5. Sprechstundenbedarf

### Was sind Sprechstundenbedarf (SSB) und Praxisbedarf?

- Die Sprechstundenbedarfsvereinbarungen Ihrer KV regeln, welche Verbandmittel in Ihrer Praxis vorzuhalten sind.
- Diese sind zu verwenden für mehrere Patienten in der Notfallbehandlung und nur für gesetzlich Krankenversicherte. Sie können vierteljährlich bezogen werden.
- Praxisbedarf sind Verbrauchsmaterialien, deren Kosten sind nicht gesondert abrechnungsfähig, sondern mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten.

In der Sprechstundenbedarfsvereinbarung wird geregelt, welche Produkte ein Arzt in seiner Praxis für den Verbrauch an mehr als einem Patienten zur Notfallbehandlung bzw. Sofortbehandlung vorhalten muss. Der Sprechstundenbedarf (SSB) gilt nur für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen. Nur die in dieser SSB-Vereinbarung genannten Mittel dürfen als Sprechstundenbedarf verordnet werden. Die SSB-Regelung ist demnach als „Positivliste“ zu verstehen.



- Verordnen Sie Sprechstundenbedarf auf dem Rezeptmuster 16.
- Der Sprechstundenbedarf wird grundsätzlich kalendervierteljährlich bezogen.
- Es gelten die Verordnungsgrundsätze der jeweiligen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen und die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Nutzen Sie Preisvorteile größerer Packungseinheiten.
- Die Verordnung von Sprechstundenbedarf wird dem Arzneimittelrichtgrößenvolumen zugerechnet und unterliegt der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung. Nicht zum Sprechstundenbedarf zählen Mittel, die nur für einen Patienten bestimmt sind und über Einzelrezept auf den Namen des Patienten zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse zu verordnen sind.

Die Abrechenbarkeit von DRACO® Moderne Wundversorgung als Sprechstundenbedarf ist grundsätzlich KV-spezifisch. Bitte entnehmen Sie Ihrer jeweiligen Sprechstundenbedarfsvereinbarung, welche Verbandmittel im Sprechstundenbedarf (SSB) anerkannt sind oder informieren Sie sich auf unserer Homepage unter [www.draco.de/sprechstundenbedarf](http://www.draco.de/sprechstundenbedarf).



## 6. Praxisbedarf

Nicht zu verwechseln mit dem Sprechstundenbedarf ist der „Praxisbedarf“ von Verbrauchsmaterialien und Hygieneartikeln. Der Praxisbedarf, beispielsweise Latexhandschuhe, OP-Hauben, OP-Kittel oder Reinigungsmittel, gehört zur Grundausrüstung Ihrer Praxis und wird von Ihnen selbst eingekauft und bezahlt. Die Kosten des Praxisbedarfs sind mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten.

## 7. Verordnung

### Wirtschaftliche Verordnung

- Verbandmittel sind zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig.
- Sie fallen in Ihr Arznei- und Verbandmittelrichtgrößenvolumen.
- Die Verordnungen für Ihre Patienten orientieren sich an dem Wirtschaftlichkeitsprinzip.
- Sie können grundsätzlich frei über die Therapie entscheiden.
- Die Einzelverordnung unterliegt keiner Substitutionsregel (kein aut idem).

§ 31 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) besagt: „**Versicherte haben einen Anspruch auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 ...ausgeschlossen sind, und auf die Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen**“. Damit hat der Gesetzgeber Verbandmittel der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherungen unterworfen, obwohl sie nicht apotheken- und nicht verschreibungspflichtig sind. Verbandmittel sind **verordnungsfähig**. Sie fallen nicht unter die Ausschlussregelung nach § 34 Abs. 1 S. 1 SGB V von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat deutlich klargestellt, dass Verbandmittel ebenfalls nicht unter die Regelung von arzneimittelähnlichen Medizinprodukten nach § 31 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V fallen.



- Verbandmittel können Sie, unter Beachtung der medizinischen Notwendigkeit und des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V), zu Lasten der GKV verordnen.
- Die Verordnung von Verbandmitteln fällt in Ihr Arzneimittel-/Verbandmittel-Richtgrößenvolumen (Budget).
- Verbandmittel unterliegen nicht der Substitution (aut idem oder aut simile) und auch nicht der Importquote.
- Verbandmittel sind CE-gekennzeichnete Medizinprodukte gemäß § 3 Medizinproduktegesetz (MPG) und keine Hilfsmittel oder Arzneimittel im Sinne der GKV!

## 8. Wirtschaftlichkeit

Als Arzt können Sie grundsätzlich frei über die Therapie entscheiden. Bei der Abrechnung von Verordnungen und Behandlungen gilt für Sie aber in erster Linie das Wirtschaftlichkeitsgebot aus § 12 SGB V. Moderne Wundverbände sind „ausreichend“, „zweckmäßig“ und „wirtschaftlich“ im Sinne des § 12 SGB V und „überschreiten das Maß des Notwendigen nicht“.

### Vorteile moderner hydroaktiver Wundauflagen für die Patienten und Sie:

- verkürzte Abheilungsdauer
- erhöhte Abheilungsraten
- Verringerung der Wundinfektion
- Verringerung der Schmerzen beim Verbandwechsel
- geringe Anzahl von Verbandwechseln im gesamten Versorgungszeitraum
- Förderung der Lebensqualität für den Patienten
- zeitliche Entlastung des Pflegepersonals

Die Kosten des Wundverbandes sind im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung besonders zu berücksichtigen.

Einen Überblick über die aktuellen Preise unserer hydroaktiven Wundauflagen und einen aktuellen Preisvergleich finden Sie unter [www.draco.de/preisvergleich](http://www.draco.de/preisvergleich).

Ebenso haben wir weiterführende Informationen zu unseren Servicenageboten auf unserer Website [www.draco.de](http://www.draco.de) für Sie zusammengestellt.

[www.draco.de](http://www.draco.de)



Weitere Informationen finden Sie bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte können wir keine Gewähr übernehmen.

# Wir schaffen Preistransparenz, bitte vergleichen Sie!

Nutzen Sie unseren Preisvergleich und entdecken Sie weitere Preisvorteile, z. B. bei einer Verordnung von:

## Preisvergleich

Preise vergleichen. Regress vermeiden.



Wundversorgung muss nicht teuer sein – unser Preisvergleich schafft Transparenz in der modernen Wundversorgung.

### Gut und günstig! Wie das geht:

- ✓ Verzicht auf teuren Praxis-Außendienst
- ✓ Schlanke Kostenstruktur im Unternehmen
- ✓ Geringere Rendite-Erwartungen als Großkonzerne



Vergleichen Sie unsere aktuellen Preise:  
[www.draco.de/preisvergleich](http://www.draco.de/preisvergleich)