

Wertvolle Hilfe beim Kampf mit der neuen Abrechnung

So wird Ihre Helferin EBM-fit

STUTTGART – Helferinnen, die sich mit der Abrechnung sicher auskennen, sind eine unschätzbare Hilfe im EBM-Chaos. Auf einem Seminar im Rahmen des Baden-Württembergischen Hausärztetages wurden Praxismitarbeiterinnen EBM-fit gemacht.

Entweder das Update war zum 1. April nicht vorhanden, oder das eigene Abrechnungsprogramm ist gelinde gesagt Müll. „Mittleres Chaos“, so empfanden einige Hel-



Ursula Klinger schult Helferinnen für die sichere EBM-Abrechnung

ferinnen die ersten zwei Wochen mit dem neuen EBM. So wundert es nicht, dass Praxisteams zahlreiche Fragen haben: Darf die Konsultationsgebühr mehrfach am Tag abgerechnet werden? Wie wird ein Besuch zur Unzeit angesetzt? Und wie sieht es mit der Wundversorgung aus?

Die Abrechnung ist mit dem neuen EBM im Grunde sogar einfacher geworden, beruhigt die Seminarreferentin URSULA KLINGER (www.abrechnungseminare.de) die anwesenden Helferinnen des Seminars „EBM 2000 plus: System der neuen Gebührenordnung“ auf dem dritten Baden-Württembergischen Hausärztetag. Zunächst wichtig zu wissen: Impfungen und die Kennziffern für die Praxisgebühr gehören nicht zum EBM. Da sie nach der neuen Systematik fünfstellig sein müssen, wurde je nach KV an bestimmter Stelle einfach eine 0 hinzugefügt. Bei den Impfungen z.B. wird so aus der Ziffer Nr. 8901 die neue Nr. 89010, die Praxisgebühr ist nicht mehr Nr. 8033, sondern 80033. Das ist aber von KV zu KV unterschiedlich. „Es ist anzunehmen“, so Frau Klinger, dass die um eine 0 bzw. eine 9 erweiterten Ziffern über den 1.10.2005 hinaus regional so bleiben. Auch bei den Wegepauschalen bleibt es zunächst noch beim Alten.

Beispiel: Eigener Patient im Notdienst

Insbesondere zu der Abrechnung von Hausbesuchen aus der Sprechstunde heraus oder im Notdienst haben die Helferinnen zahlreiche Fragen. Einen Besuch zur Unzeit im Notdienst gibt es nicht mehr, erklärt Frau Klinger. Egal zu welcher Uhrzeit, im Notdienst wird der Besuch immer mit der Ziffer 01411 angesetzt. Bekommt ein Patient beispielsweise am Wochenende im organisierten Notdienst eine Infusion, fällt zusätz-

lich die Ordinationsgebühr nach Nr. 01210 an. Hierzu noch ein Abrechnungsbeispiel, wie es in der Praxis aussehen könnte: Ein eigener Patient taucht in der Praxis mit akuten Schmerzen auf und nimmt später auch den Notdienst in Anspruch:

1. Tag (Freitag): 03111 Ordinationsgebühr 6 – 59 Jahre; 03312 klinisch-neurologische Basisdiagnostik, nur 1-mal/Quartal; 03120 Beratung, Erörterung und Abklärung (mind. 10 Minuten); 02511 Elektrotherapie.

1. Tag (Freitag), 23.00 Uhr – plötzliche Verschlechterung: 03115 Konsultationskomplex, 01101 unvorhergesehene Inanspruchnahme.

2. Tag (Samstag), Notdienst: 01210 Ordinationskomplex im organisierten Notdienst; 01411 dringender Besuch eines Kranken; Wegpauschale.

3. Tag (Sonntag): 01215 Konsultationskomplex im organisierten Notdienst; 02511 Elektrotherapie; 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika, 1-mal pro Quartal mind. 3 Sitzungen. (Hinweise dazu im Beitrag auf der nächsten Seite.)

Uhrzeit angeben!

Der Konsultationskomplex ist im Übrigen auch mehrfach am gleichen Tag abrechenbar, zum Beispiel, wenn der Patient in der Folge-



behandlung am Vormittag die Sprechstunde aufsucht, am Nachmittag spricht der Arzt mit dem Patienten dann noch z.B. Laborwerte telefonisch durch. Bei der

zweiten Inanspruchnahme ist dann allerdings die Uhrzeit anzugeben.

Auch die Abrechnung der Wundversorgung ist ein Thema, das den Helferinnen unter den Nägeln brennt, da bisher jede einzelne Wundversorgung abgerechnet werden konnte. Die wichtigsten Komplexe sind hier die Nrn. 02300 (Wundversorgung primär ab 12 Jahre), 02301 (Wundversorgung primär bis 12 Jahre oder mit Naht ab 12 Jahre), Nr. 02302 (Wundversorgung mit Naht bis 12 Jahre). Alle drei Komplexe schließen sich gegenseitig aus und sind nur einmal am Behandlungstag abrechenbar, egal, wie viele Wunden versorgt wurden.

Lokalanästhesie nicht abrechenbar

Kommt ein Patient mit einer Platz- und einer Schürfwunde: Beides ist nicht abrechenbar. Die Lokalanästhesie wird der Wundversorgung abgegolten. Verwirrung herrscht bei den Helferinnen bei der Frage, wann eine Wunde primär, wann eine Wunde sekundär versorgt wird. Frau Klinger: „In der Regel handelt es sich bei jeder Erstversorgung am selben oder darauf folgenden Tag des Unfalls um eine Primärversorgung.“

Ziffern für die sekundäre Wunde

Die sekundäre Wundversorgung ist in den Ziffern 02310 bis 02313 abgehandelt. Hier ein kurzer Überblick:

Nr. 02310 Behandlung sekundär heilende Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera). Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte sind erforderlich (Hinweise dazu auf der nächsten Seite).

Nr. 02311 Behandlung des diabetischen Fußes, fakultativer Leistungsinhalt: Verband, je Bein, je Sitzung. Um diese Ziffer abrechnen zu können, ist zuvor ein Antrag erforderlich.

Nr. 02312 Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris. Je Bein, je Sitzung. Diese Ziffer unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 11 250 Punkten.

Nr. 02313 Kompressionstherapie bei bestimmten Diagnosen, z.B. bei venöser Insuffizienz, Lymphödem etc. Je Bein, je Sitzung. Auch hier gilt eine Höchstpunktzahl von 11 250 Punkten im Behandlungsfall.