

# MMW-HOTLINE

Leser der MMW können sich ab sofort mit allen Fragen zur Abrechnung und Praxisführung an Helmut Walbert, Facharzt für Allgemeinmedizin, Würzburg, wenden. Sie erreichen ihn jeden Donnerstag von 13 bis 15 Uhr unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 2 37 98 30 oder per E-Mail: w@lbert.info.



**Helmut Walbert**  
Allgemeinarzt,  
Medizinjournalist  
und Betriebswirt  
Medizin

## Fäden ziehen nach stationärer Operation

# Wie wird diese Leistung bewertet?

**Frage von Dr. P., Frankfurt/M., Allgemeinarzt**  
Wie kann ich bei einem Kind nach stationärer Operation das Ziehen der Fäden abrechnen?

**Antwort:** Da Sie mitteilen, dass es sich um die Behandlung eines Kindes nach stationärem Aufenthalt handelt, ist diese Leistung „Fäden ziehen“ in der Versichertenpauschale enthalten. Diese Leistung ist schon von Anfang des EBM 2000 plus an im Anhang 1, dem Verzeichnis der nicht mehr gesondert berechenbaren Leistungen aufgeführt.

Würde es sich um eine Operation im ambulanten Bereich bzw. durch einen Belegarzt handeln, könnte eine Abrechnung als „postoperative Behandlung“ infrage kommen. Hierzu ist es Voraussetzung,

dass es sich um eine OPS-codierte Operation handelt und dass der Operateur eine Überweisung für die postoperative Behandlung an den nachbehandelnden Arzt ausstellt.

In einigen Bundesländern gibt es im Rahmen der Hausarztverträge eine sogenannte „postoperative Betreuung“ durch den Hausarzt. Diese Pauschale beinhaltet die postoperative Versorgung von Wunden mit Verbänden und Fäden ziehen. Diese Leistung ist meist nur als „postoperativ“ definiert, macht also keinen Unterschied zwischen stationärer oder ambulanter bzw. belegärztlicher Operation. In jedem Fall wird der Mehraufwand in diesen Fällen wieder vergütet.



©Klaus Rose

**Stationär genäht, ambulant Fäden gezogen – dann ist Letzteres eine nicht gesondert berechenbare Leistung.**

## Telefonische Beratung im Notfall

# Kann ich die auch mehrfach abrechnen?

**Frage von Dr. W., Aachen, Allgemeinarzt**  
Wie rechne ich telefonische Beratungen – gegebenenfalls mehrfach – im Not(fall)dienst ab?

**Antwort:** Die Frage ist berechtigt, denn mit der letzten EBM-Änderung sind „telefonische oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte Inhalt der Pauschalen und nicht gesondert berechnungsfähig“. Dies steht so in den Allgemeinen Bestimmungen unter 4.3.1.

Im Notfalldienst sieht es etwas anders aus: Hier gibt es eine Gebührenordnungsposition (GOP) „Notfall-Konsultationspauschale“, die für telefonische oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte je nach Zeitpunkt infrage kommt. Es sind hier die GOPs 01 214, 01 216, 01 218 „Notfallkonsultationspauschalen I/II und III im organisierten Not(fall)dienst“.

Diese werden auch nicht von der Notfallpauschale GOP 01 210 geschluckt, wenn es zu einem persönlichen Arzt-Patienten-Kon-

takt kommt. Hier ist lediglich die Angabe der Zeiten, in denen der Kontakt, das Telefonat, stattgefunden hat, als zusätzliche Erklärung notwendig. Wichtig ist es, daran zu denken, dass die jeweilige Konsultationsziffer kombiniert abgerechnet wird mit der jeweiligen „Zusatzpauschale GOP 01 215, 01 217 oder 01 219 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(fall)dienst.“