2.3 Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

Vorbemerkung:
Eine wesentliche Tätigkeit für Chirurgen liegt im Bereich der so genannten „Kleinchirurgie“, die nicht über die Ziffern des Ambulanten Operierens aus dem Kapitel 31 abgerechnet werden, sondern im nachstehenden Kapitel 2.3 zu finden sind. Entsprechend den Allgemeinen Bestimmungen kann immer nur abgerechnet werden, was auch Bestandteil einer Leistungslegende ist; es muss aber auch jeweils unter der zutreffenden GOP abgerechnet werden, wenn dort die jeweilige Leistung dezidiert genannt ist. Klassisches Beispiel ist die Emmertplastik, die unter der GOP 02302 explizit genannt wird. Selbst wenn es dafür einen OPS-Code gäbe, der auf eine 31er-Ziffer verweist, muss dennoch nach 02302 abgerechnet werden, weil dort die Emmertplastik aufgeführt wird. Ausweichmöglichkeiten bestehen nur, wenn der Eingriff über den genannten Inhalt hinausgeht (muss aus dem OP-Bericht eindeutig hervorgehen!). Das gilt zum Beispiel für tiefe Abszess-Spaltungen, sofern in diesem Zusammenhang nicht nur der Abszess eröffnet wird (GOP 02301), sondern eine Erweiterung des Eingriffs erfolgt etwa mit Spaltung einer tiefen Faszie oder Ausräumung nekrotischen Materials aus Muskeln. Dafür finden sich OPS-Ziffern, die auf Eingriffe des Kapitels 31 verweisen.
Wichtig: Die Ausdehnung des Eingriffs muss klar im OP-Bericht dokumentiert werden!

Eine weitere häufig gestellte Frage ist die Abgrenzung der GOP 02300 bis 02302 zu den so genannten Selbstzahlerleistungen (IGeL). Das hat allerdings nichts mit den EBM-Legendierungen zu tun, sondern hängt ausschließlich ab von der Frage, ob eine Leistung medizinisch notwendig ist oder nicht. Leider obliegt diese Entscheidung primär dem Arzt, der dann die unangenehme Aufgabe hat, dem Patienten klarzumachen, dass z.B. die Entfernung einer Alterswarze medizinisch nicht notwendig ist und bei weiter bestehenden Excisionswunsch privat zu liquidieren sein wird. Es gilt dann die GOÄ und nicht der EBM.

2.3 Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

1. Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren und bei stationsersetzenden Eingriffen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V gilt nicht für Leistungen dieses Abschnitts, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115 b SGB V genannt sind.

2. Operative Eingriffe setzen die Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung voraus.

3. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.

4. Die Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - höchstens fünfmal am Behandlungstag - berechnungsfähig.

Grundsätzliche Abrechnungsbestimmungen der GOP 02300 bis 02302

Die GOP 02300 bis 02302 sind bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der GOP 31101 oder nach der GOP 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den GOP des Abschnitts 31.4 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der GOP 02300 bis 02302 entsprechend.

einmal am Behandlungstag

Grundsätzliche Kommentierung der GOP 02300 bis 02302

Neben den klassischen Operationen, die im Kapitel 31.2 abgebildet sind und nur denjenigen zugänglich sind, die eine Genehmigung der KV gemäß den Strukturbedingungen des dreiseitigen Vertrages zum § 115b SGB V besitzen, sind im Kapitel 2.3 „kleine“ Eingriffe bewertet, die allen Ärzten unabhängig von ihrer spezifischen Qualifikation offen stehen. Im Prinzip lassen sich diese Eingriffe wie folgt unterteilen (entspricht nicht der offiziellen Legende!):

02300	bis 5 Minuten	160 Pkt
02301	bis 10 Minuten	365 Pkt
02302	bis 15 Minuten	675 Pkt

Alle Eingriffe dieser Kategorie sind von der Berichtspflicht befreit.

Alle Eingriffe dieser Kategorie sind am gleichen Kalendertag nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig mit Ausnahme von der Behandlung frischer Wunden und der Excision von Nävi. Bei diesen Diagnosen kann in einer Sitzung die GOP bis zu fünfmal angesetzt werden. Der Abrechnungsausschluss der Ziffern 02300 bis 02302 gegeneinander wird durch die Formulierung in der Präambel nicht explizit aufgehoben. Es dürfte aber dem Sinn der Präambel entsprechen, in diesen Fällen insgesamt bis zu fünf Ziffern aus dem Bereich 02300 bis 023020 anzusetzen. Wichtig ist dabei, dass die in der Präambel genannten ICD-Diagnosen genau so auch angegeben werden. Wer beispielsweise jede Wunde nach Lokalisation einzeln codiert, erlebt eine automatische Streichung, weil der geforderte ICD-Code T 01. fortfolgende fehlt.

Alle Eingriffe dieser Kategorie sind im gesamten Quartal gesperrt gegen die Ziffer 02310 (allgemeiner Wundbehandlungskomplex mit drei Kontakten), nicht aber gegen den chirurgischen bzw. orthopädischen Wundbehandlungskomplex 07340/18740 (fünf Kontakte). Dieser ist nur in der Sitzung, also am konkreten Behandlungstag gesperrt. Zusätzlich besteht eine Sperre der kleinen Eingriffe im Quartal gegen die Leistungsziffer 02312 (Behandlung Ulcus cruris). Wenn also mehrer Kontakte postoperativ (auch unter Einrechnung des Op-Tages) wegen einer Wundheilungsstörung erfolgen, wie das regelhaft bei Abszessen erforderlich ist, sollten Sie wenigstens fünf solcher Kontakte herstellen, um die GOP 07340 zusätzlich abzurechnen. Der Ansatz der GOP 02310 nach dem dritten Kontakt führt zur Streichung Ihrer Op-Ziffer!

Am Behandlungstag (und nur dann) sind die Leistungen der „Kleinchirurgie“ gegen fast alle therapeutischen Leistungen und Leistungskomplexe gesperrt.

Von dieser „Generalsperre“ ausgenommen sind die Grundpauschalen, diagnostische Leistungen (Radiologie, Sonographie), und die allgemeinen Leistungen aus den Kapiteln 01 und 02, allerdings nicht die Leistungen aus dem Kapitel 2.3 (Wundbehandlung, Verband, Punktion).

Ebenfalls in gleicher Sitzung können die kleinchirurgischen Leistungen zusammen mit Zusatzpauschalen 07320 (Viszeralchirurgie) und 30600 (Proktologie) abgerechnet werden. Bei den orthopädischen Zusatzpauschalen gibt es eine nicht weiter erklärbare Differenzierung: sämtliche Pauschalen sind in gleicher Sitzung gegen die GOP 02300 und 02302 gesperrt, bei der GOP 02302 ist diese Sperre für die Pauschalen 18320 (Rheumadiagnostik) und 18311 (Wirbelsäule) aufgehoben.

Die „kleine“ Chirurgie ist im Rahmen der postoperativen

Wichtige Anmerkung

Wird eine Operation nach den Leistungsziffern 02300 bis 02302 bei Kindern unter 12 Jahren (es gilt immer das Alter am ersten Kontakttag im Quartal!) in Narkose durchgeführt, berechtigt dies zur Abrechnung des operativen Komplexes 31101 auch ohne Vorhaltung der Strukturbedingungen nach §115b SGB V einschließlich des Begleitkomplexes für die Überwachung nach 31502. Der postoperative Behandlungskomplex kann allerdings in diesen Fällen nicht abgerechnet werden. Außerdem gelten bezüglich der jeweiligen Ausschlüsse die Regeln der Ziffern 02300 bis 02302 und nicht das Regelwerk für die Ziffer 31101.

Strategieempfehlung

Wegen der komplizierten Ausschlussregeln empfiehlt sich der Verzicht auf kleine operative Eingriffe am Tag der Auslösung eines chirurgischen Komplexes (Ausnahme Visceralchirurgie, Proktologie) sowie die Verteilung kleiner Eingriffe auf mehrere Behandlungstage, soweit dies medizinisch vertretbar und unter dem Aspekt des Service gegenüber dem Patienten noch sinnvoll ist. Lediglich die Excision von Nävi (sofern es nicht eine IGeLeistung darstellt) und auch eine frische Wundversorgung kann in einer Sitzung bis zu fünfmal abgerechnet werden. (Auf die korrekte ICD-Codierung achten!)

Im Falle einer Wundheilungsstörung sollten fünf Kontakte herbeigeführt werden, um die Abrechnung des chirurgisch/orthopädischen Wundkomplexes (07340/18340) zu ermöglichen. In diesem Fall bleibt die Leistung der Kleinchirurgie erhalten, die sonst bei Ansatz des „kleinen“ Wundbehandlungskomplexes 02310 aus der Abrechnung gestrichen würde.

02300 Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation

5,61 €
160 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten

und/oder

- Primäre Wundversorgung

und/oder

- Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs,

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

in gleicher Sitzung	01741, 02301, 02302, 02311, 02321 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 07310, 07311, 07330, 07340, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13424, 13662, 13663, 13670, 26320, 30601, 30610, 30611	18.3, 30.5, 31.5.3, 34.5 und 36.5.3
im Behandlungsfall	02310, 02312	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2		31.4

Kommentar

Die Leistungsziffer kann genommen werden für jede einfache Wundversorgung (Pflaster, Verband) bei Erwachsenen bis zu fünfmal (ICD-Code T01…) sowie für in den anderen Kapiteln nicht weiter aufgeführte Eingriffe bis 5 Minuten Schnitt-Naht-Zeit.

02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht

12,79 €
365 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

und/oder

- Primäre Wundversorgung mittels Naht und/oder Gewebekleber

und/oder

- Koagulation und/oder Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen

und/oder

- Operative Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung

und/oder

- Operative Entfernung eines unter der Oberfläche von Haut oder Schleimhaut gelegenen Fremdkörpers nach Aufsuchen durch Schnitt

und/oder

- Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche oder Eröffnung eines Abszesses oder Exzision eines Furunkels

und/oder

- Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes

und/oder

- Eröffnung eines subcutanen Panaritiums oder einer Paronychie,

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01741, 02300, 02302, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 07310, 07311, 07330, 07340, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13424, 13662, 13663, 13670, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340, 18700, 26320, 30601, 30610, 30611, 34500 bis 34503	30.5
im Behandlungsfall	02310, 02312	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2		31.4

Kommentar

Diese Ziffer steht für einfache Wundversorgungen (Pflaster, Verband) bei Kindern unter 12 Jahren sowie Wundversorgung durch Naht oder Klebung bei Erwachsenen. Die Größe der Wunde spielt keine Rolle. Die Ziffer ist bei multiplen Wunden bis zu fünfmal anzusetzen (ICD-Code beachten). Ansonsten wird mit dieser Ziffer im Wesentlichen die septische Chirurgie abgebildet. Hier ist besonders zu beachten der Ausschluss gegen die „kleine“ Wundbehandlungsziffer 02310, wogegen die Nebeneinanderberechnung mit der „chirurgischen“ Wundbehandlungsziffer 07340 bzw. 18340 möglich ist (s.o.).

Wichtig: Achten Sie bei der Abszesschirurgie auf die OPS-Codes 5-896.1ff.

Es handelt sich dabei um die großflächige Abtragung von Nekrosen, was ja bei entzündlichen Prozessen nicht unüblich ist. Bei entsprechender Dokumentation im Op-Bericht können Sie in diesen Fällen ebenfalls unter Nutzung dieser OPS-Codes auf die Ziffern 31101 bzw. 31102 ausweichen.

Es sind zu beachten die Größendefinitionen der Allgemeinen Bestimmungen 4.6, die wichtig sind bei der Frage, ob ein Eingriff als „Kleinchirurgie“ oder über einen Op-Komplex des Kapitels 31.2 abgerechnet wird. Groß ist alles, was länger ist als 3 cm, ausgedehnter als 4 cm^2 und mehr als 1 cm^3 Volumen besitzt. Faustregel: die Größenangaben entsprechen in etwa einem Daumenendglied.

Mit dieser Ziffer werden auch Fremdkörperextraktionen abgerechnet, z.B. die Entfernung von percutanen K-Drähten (z.B. aus Fingern und distalem Radius), die nicht mit Ziffern aus dem Kapitel 31.2 abgerechnet werden können. Sitzt ein Fremdkörper tiefer (z.B. mit Durchdringung der Faszie oder der Muskulatur), sollte man nach einer OPS-Codierung suchen, die einen erweiterten Eingriff abbildet (OP-Bericht!!) und entsprechend aus dem Kapitel 31 abrechnen.

02302 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

23,66 €
675 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

und/oder

- Exzision eines Bezirkes oder einer intradermalen Geschwulst aus der Haut des Gesichts mit Wundverschluss

und/oder

- Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi oder Narben

und/oder

- Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut oder einer kleinen unter der Haut und/oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst

und/oder

- Exzision und/oder Probeexzision von tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe) und/oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle

und/oder

- Emmert-Plastik

und/oder

- Venae sectio,

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01741, 02300, 02301, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 07310, 07311, 07330, 07340, 13410, 13420 bis 13424, 13662, 13663, 13670, 18310, 18311, 18330, 18340, 18700, 30601, 30610, 30611, 34500 bis 34503	30.5
im Behandlungsfall	02310, 02312	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2		31.4

Kommentar

Hier handelt es sich um die Leistungen der Excisionschirurgie (Atherome, Lipome, Naevi etc.), soweit diese nicht privat als IGeL liquidiert werden. Es sind zu beachten die Größendefinitionen der Allgemeinen Bestimmungen 4.6, die wichtig sind bei der Frage, ob ein Eingriff als „Kleinchirurgie“ oder über einen Op-Komplex des Kapitels 31.2 abgerechnet wird. Groß ist alles, was länger ist als 3 cm, ausgedehnter als 4 cm^2 und mehr als 1 cm^3 Volumen besitzt. Faustregel: die Größenangaben entsprechen in etwa einem Daumenendglied.

An Kopf und Hand gilt alles als groß!

Da ein Chirurg Geschwulstbildungen (Atherome, Lipome, Nävi, Basaliome, etc.) aber unabhängig von dieser Größendefinition in der Regel radikal excidiert und auch mit Naht verschließt, ist der Legendeninhalt des OPS-Codes 5.895 ff. erfüllt und eine Abrechnung nach GOP 31101 möglich.

Im Übrigen gelten die Kommentierungen am Anfang dieses Kapitels für alle drei genannten Eingriffstypen.

Als Besonderheit ist zu beachten, dass diese Ziffer als Einzige der Kleinchirurgie nicht gesperrt ist gegen den orthopädischen Komplex 18331.