

# Abrechnung Oberflächenchirurgie

## Allgemeines/Definitionen

- EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, quasi die vertragsärztliche Gebührenordnung)
- GOP (Gebührenordnungsposition; „Ziffer“)
- ICD (Diagnose-Kode)
- OPS (Operations-/Prozeduren-Kode)
- SNZ (Schnitt-/Nahtzeit)

## Kleinchirurgie:

- chirurgisch-instrumentelle Eröffnung der Haut/Schleimhaut
- Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut
- kein OPS aus Anhang 2 EBM
- keine spezifische Genehmigung der KV notwendig
- Kleinchirurgie nach GOP 02300 bis 02302 und auch im Fachgruppenkapitel z. B. bei Hautärzten (GOP 10340 bis 10342)
- kleinchirurgische Eingriffe beinhalten Lokalanästhesien/Leitungsanästhesien
- Besonderheiten gelten bei Kindern in Narkose (siehe auch N-Kennzeichnung)

## Warzenentfernung oft mit der Grundpauschale abgegolten

Die Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf plantaren, palmaren, sub- oder paraungualen Warzen, vulgären Warzen bzw. Mollusken oder vergleichbaren Hautveränderungen z. B. mittels scharfen Löffels, Kauterisation oder chemisch-kaustischer Verfahren oder Entfernung von bis zu fünfzehn pendelnden Fibromen bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb eines Quartals ist grundsätzlich nicht gesondert berechnungsfähig, sondern mit Ansatz der Grundpauschale abgegolten (Anhang 1 EBM).

Über diese Anzahl hinausgehende Entfernungen solcher Hautveränderungen stellen dann einen operativen/kleinchirurgischen Eingriff z. B. nach GOP 02300 bzw. 10340 dar, wenn die Haut bzw. Schleimhaut eröffnet wird (die Maßnahme eine Blutung hervorruft bzw. ohne Kaustik/Vereisung hervorrufen würde)

Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln sowie Maßnahmen, die nicht höchstpersönlich von Ärzten durchgeführt werden (z. B. Vereisen von Warzen durch die MFA), fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs.

## Shave-OP bei aktinischer Keratose derzeit leider allenfalls Kleinchirurgie

Shave-Operationen von Veränderungen, deren Entfernung nicht mit der Grundpauschale abgegolten ist, sind als operativer Eingriff nach GOP 02300 bzw. 10340 zu klassifizieren, soweit eine Blutung hervorgerufen wird.

Wenn die Exzision einer malignomverdächtigen Veränderung am Körperstamm oder an den Extremitäten und die Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie erfolgen, können Shave-Exzisionen malignomverdächtiger Hautbezirke im Anschluss an die Hautkrebsvorsorge ggf. den Leistungsinhalt der GOP 10343 bzw. 10344 erfüllen. Hierbei ist allerdings bei jedem Befund im Einzelfall abzuwägen, ob die so durchgeführte Exzision einen ausreichenden Sicherheitsabstand gewährleistet.

### **CAVE:**

Maßgebliches Indiz für ein Fehlverständnis bei Abrechnung der Behandlung von Warzen ist die deutlich erhöhte Häufigkeit der Abrechnung entsprechender Leistungen, insbesondere im Verhältnis zu den übrigen Ärzten der Gruppe. Wenn sich ein solches Fehlverständnis in Plausibilitätsprüfungen bestätigt, können empfindliche Regresse resultieren.

## Ambulante Operationen aus Kapitel 31 EBM und § 115b SGB V:

- chirurgisch-instrumentelle Eröffnung der Haut/Schleimhaut
- Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut
- Leistungen der OPS-Prozeduren (Anhang 2 EBM)
- Abschnitt 1 des sog. AOP-Katalogs nach § 115b SGB V (z. B. Exzisionen > 4cm<sup>2</sup> bzw. 1cm<sup>3</sup>)
- Genehmigung der KV muss vorliegen

Für beide Bereiche gilt die Definition des EBM für groß/klein gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.7:

Die Verwendung der Begriffe klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/radikal und ausgedehnt bei operativen Eingriffen entspricht nachstehenden Definitionen (EBM i. V. m. § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V):

- Länge: kleiner/größer 3 cm
- Fläche: kleiner/größer 4 cm<sup>2</sup>
- lokal: bis 4 cm<sup>2</sup> oder bis zu 1 cm<sup>3</sup>
- radikal und ausgedehnt: größer 4 cm<sup>2</sup> oder größer 1 cm<sup>3</sup>

### Anmerkung:

Nicht anzuwenden ist der Begriff „klein“ bei Eingriffen am Kopf und an den Händen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) interpretiert diese Vorgabe in einer E-Mail an einen Berufsverband vom November 2020 weitreichend als die o. g. Definitionen klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/radikal und ausgedehnt für Exzisionen am Kopf und an den Händen nicht anzuwenden seien. Daraus folgend könnten hiernach Exzisionen dort mit den korrespondierenden Leistungen aus Abschnitt 31.2 berechnet werden, auch wenn das Ausmaß der Exzision nicht den Definitionen für radikal und ausgedehnt entspreche. Diese Auffassung interpretiert die KVBW wie folgt: Wenn Eingriffe an Kopf oder Händen erfolgen, welche in Ausdehnung und Radikalität an die genannten Definitionen heranreichen, sollten diese nach 31.2 abgerechnet werden. Da diese Interpretation weiter geht als der Wortlaut der Regelung, und Krankenkassen dennoch Berichtigungsaufträge erteilen können, sowie bisher keine abschließende Rechtsprechung zu dem Thema existiert, sind Regresse zwar leider nicht ausgeschlossen, jedoch bei Beachtung der beschriebenen Vorgehensweise aus Sicht der KVBW wenig wahrscheinlich.

Außerdem kann bei diesen Eingriffen dem Wortlaut entsprechend oft der OPS bzw. die GOP für großflächige statt kleinflächiger Plastiken gewählt werden.

! Merke: Wenn Exzisionen am Kopf und an den Händen mit den GOP 31101 ff. abgerechnet werden, sollte die Exzision an 1 cm<sup>3</sup> bzw. 4 cm<sup>2</sup> heranreichen, oder es sollte eine Hautplastik nach den OPS des Anhang 2 EBM 5-902 ff. zum Verschluss notwendig sein

## Abschnitt 31.2 ambulante Operationen

Die Präambeln zu 31.2 und dem Anhang 2 sind zu beachten – hier sind besonders wichtig:

- Die Berechnung einer histographischen Leistung kann nur bei histologisch gesicherten malignen Befunden erfolgen (auch in situ nach ICD D00 bis D09).
- Nr. 5: Die GOP des Abschnittes 31.2 umfassen sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen und Untersuchungen am Operationstag
  - das Anlegen von Verbänden
  - ärztliche Abschlussuntersuchung(en)
  - einen postoperativen Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach der Operation
  - Dokumentation(en) und Beratungen einschließlich des Abschlussberichtes an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und Hausarzt
- Absatz 8: In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können in der Praxis (des Operateurs) neben der ambulanten Operation nur definierte Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden.

## Abschnitt 31.5 Anästhesien

- Die Leistungen des Abschnittes 31.5.2 (GOP 31800 und 31801) können nur vom Operateur abgerechnet werden.
- Die Leistungen des Abschnittes 31.5.3 (GOP 31820 – 31841) können nur von Anästhesisten abgerechnet werden.
- Falls Anästhesien/Narkosen der Schmerzausschaltung der identischen Operation dienen, ist nur die höher bewertete GOP ansatzfähig.

## Maßgeblich für nachfolgende Erläuterungen ist auch die Präambel des Anhang 2 EBM. Wesentliche Punkte i. Z. m. Oberflächenchirurgie:

- Die tabellarische Aufstellung des Anhang 2 umfasst die nach OPS kodierten operativen Eingriffe der Abschnitte 31.2 und 36.2, die zugeordnete OP-Leistung, die OP-Kategorie, die in diesem Zusammenhang berechnungsfähigen Überwachungskomplexe, die postoperativen Behandlungskomplexe bei Durchführung auf Überweisung und bei Durchführung durch den Operateur sowie die zugeordneten Narkoseleistungen. Die Zuordnungen der OPS-Kodes zu den OP-Kategorien gelten für ambulante und belegärztliche Operationen gleichermaßen. Die den OPS-Kodes zugeordneten OP-Leistungen, Überwachungskomplexe sowie die Narkosen sind in der Tabelle jeweils gesondert für die Kapitel 31 und 36 ausgewiesen. Nach belegärztlichen Eingriffen sind keine Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig, daher ist dort keine Zuordnung erfolgt.

- Erfolgen mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden. Abweichend hiervon kann bei Simultaneingriffen (zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg), die durch das OP- und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes durch die zusätzliche Berechnung der entsprechenden Zuschlagspositionen berechnet werden. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe. Als Berechnungsgrundlagen für Simultaneingriffe gelten folgende Zeiten:
  - Kategorie 1: 15 Minuten,
  - Kategorie 2: 30 Minuten,
  - Kategorie 3: 45 Minuten,
  - Kategorie 4: 60 Minuten,
  - Kategorie 5: 90 Minuten,
  - Kategorie 6: 120 Minuten.
  
- Bei den auf 7 endenden GOP des Abschnitts 31.2 bzw. 36.2 EBM (31xx7 bzw. 36xx7) kann die über die Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten hinausgehende Schnitt-Naht-Zeit, die über das OP- und Narkoseprotokoll nachzuweisen ist, durch die entsprechenden Zuschläge berechnet werden.
  
- Abweichend von der Regelung, wonach innerhalb von 3 Tagen keine weitere Operation berechnet werden darf (Präambel 31.2 Nr. 8 bzw. 36.2 Nr. 4), sind Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen unter Angabe des Erst-OP-Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Kodierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8) berechnungsfähig. Ist bei malignen Erkrankungen eine Zweitoperation (Erweiterung des Eingriffs, Nachresektion) erforderlich, so ist diese mit dem ICD-Kode Z48.8 gemeinsam mit dem ICD-Kode des Malignoms zu kennzeichnen und kann ebenfalls abweichend zu der erwähnten 3-Tage-Regelung berechnet werden.
  
- Die alleinige Abrechnung eines temporären Wundverschlusses ist nur zur Konditionierung des Wundgrundes zulässig, wenn mindestens 3 operative Eingriffe erforderlich waren.
  
- Die Berechnung einer histographischen Leistung kann nur bei malignen Befunden erfolgen, der histologische Befund ist vorzuhalten. Der temporäre Wundverschluss und die ggf. erforderliche Nachresektion(en) sind nicht gesondert abrechenbar.
  
- Bei der Berechnung von Zuschlagspositionen für die Erbringung von Simultaneingriffen ist – sofern die Teileingriffe unterschiedlichen Unterabschnitten der Kapitel 31 oder 36 des EBM zugehören – die am höchsten bewertete Zuschlagsposition 31xx8 oder 36xx8 der für den Simultaneingriff relevanten Unterabschnitte abzurechnen.

- Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen für Simultaneingriffe ist nicht die Überschreitung der kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit der Kategorie des Haupteingriffes, sondern die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffes.
- Beidseitige Eingriffe an paarigen Organen oder Körperteilen können, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt werden, als Simultanzuschlag berechnet werden sofern die Seitenlokalisation nicht am OPS-Kode benannt wird und gesondert bewertet ist. Die entsprechenden OPS-Kodes sind in der tabellarischen Aufstellung unter der Rubrik „Seite“ mit einem Doppelpfeil gekennzeichnet.

### Erläuterung zu ausgewählten, besonders relevanten Regelungen

#### Revisionseingriff und Zweiteingriff innerhalb des gesperrten 3-Tageszeitraums

Bei Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen, z. B. Nachblutungen, können innerhalb von drei Tagen Revisionen und Zweiteingriffe aus dem Abschnitt 31.2 abgerechnet werden (Präambel Anhang 2, Abs. 5 EBM), soweit der Leistungsinhalt von im Anhang 2 verzeichneten OPS erfüllt wird. Werden i. R. der Revision dagegen lediglich kleinchirurgische Maßnahmen erfüllt, kommt eine gesonderte Abrechnung nicht infrage.

Zwingend anzugeben sind bei Revisionseingriffen innerhalb des 3-Tageszeitraums:

- Erst-OP-Datum
- Art der Komplikation
- ICD-10-Kodierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7 oder T85.1 bis T85.8)

Auch bei Vorliegen maligner Erkrankungen kann innerhalb von drei Tagen eine Zweitoperation abgerechnet werden, z. B. bei Erweiterung des Eingriffs oder Nachresektion mit plastischer Versorgung.

Zwingend anzugeben sind dann: ICD-Kode Z48.8 sowie ICD-Kode des Malignoms

## Simultaneingriffe

Simultanzuschläge können nur dann abgerechnet werden, wenn mindestens zwei verschiedene, eigenständige Operationen erfolgen und die nachstehenden Prämissen erfüllt sind:

- Zusätzliche, von der den Haupteingriff indizierenden Diagnose, abweichende Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg

und

- eine Dauer von mindestens 15 Minuten über die Dauer des Haupteingriffs hinaus.

Bei der Berechnung dieser Zuschläge (die GOP endet immer mit einer „8“) sollte die gesamte Schnitt-Naht-Zeit (SNZ) in der Abrechnung (Feldkennung 5037) angegeben werden. Die SNZ der einzelnen Eingriffe sind im OP-Bericht bzw. Narkoseprotokoll anzugeben.

### CAVE:

Erfolgt dies nicht, sind die formalen Vorgaben zum Ansatz von Simultanzuschlägen nicht erfüllt. Unabhängig von der Dauer des Haupteingriffes kann die Zuschlags-GOP bei Simultaneingriffen nur angesetzt werden, wenn die Dauer des jeweiligen weiteren Eingriffes mindestens 15 Minuten beträgt. Der Zuschlag für einen Simultaneingriff ist daher keinesfalls einem sog. „Zeitzuschlag“ je Viertelstunde gleichzusetzen.

### Beispiel 1

OP 1 = Kategorie 3 (45 Minuten)	OP 2 = Kategorie 2 (30 Minuten)
tatsächliche SNZ = 30 Minuten	tatsächliche SNZ = 60 Minuten
GOP 31103	GOP 31108 x2 (Für einen OPS aus Kategorie 2 können höchstens 2 Zuschläge angesetzt werden!)

## Beispiel 2

<b>OP 1 = Kategorie 3 (45 Minuten)</b>	<b>OP 2 = Kategorie 3 (45 Minuten)</b>
tatsächliche SNZ = 60 Minuten	tatsächliche SNZ = 60 Minuten
GOP 31103	GOP 31108 x3 (Für einen OPS aus Kategorie 3 können höchstens 3 Zuschläge angesetzt werden)

Der Zuschlag für Simultaneingriffe muss nicht an die Grundposition des Haupteingriffes (höher bewertete Operation) gebunden sein. Vielmehr können Zuschlagspositionen aus dem jeweils für den Simultaneingriff relevanten Unterabschnitt 31.2 abgerechnet werden, insbesondere wenn höher bewertet.

Als Berechnungsgrundlagen für Simultaneingriffe gelten folgende Zeiten:

- Kategorie 1: 15 Minuten
- Kategorie 2: 30 Minuten
- Kategorie 3: 45 Minuten
- Kategorie 4: 60 Minuten
- Kategorie 5: 90 Minuten
- Kategorie 6: 120 Minuten



## Weitere Hinweise

### **AOP-Vertrag – § 115b SGB V: Angabe der Pseudo-GOP 88115**

Alle Leistungen des ambulanten Operierens und stationsersetzender Eingriffe sowie die im kausalen direkt damit im Zusammenhang stehenden sogenannten Begleitleistungen nach dem Vertrag zu § 115b SGB V werden in Baden-Württemberg als Einzelleistung vergütet.

Zur Umsetzung dieser besonderen Vergütung ist es notwendig, dass bei Abrechnung von Leistungen nach § 115b SGB V sowie der in kausalem Zusammenhang damit stehenden Begleitleistungen ein Schein mit Angabe der Pseudo-GOP 88115 angelegt wird. Zusätzlich muss bei der ersten auf diesem Schein angegebenen Gebührenordnungsposition der OPS der zugrundeliegenden § 115b-Leistung (vom Operateur übernehmen) in das KVDT-Feld 5035 eingetragen werden (CAVE: Nicht bei der Pseudo-GOP 88115). Falls neben den OP-assoziierten GOP im jeweiligen Fall auch Leistungen erbracht werden, welche nicht mit der OP zusammenhängen, muss hierfür ein weiterer Schein ohne Kennzeichnung angelegt werden.

Merkblatt mit Beispielen auf unserer Homepage unter: <https://www.kvbawue.de/pdf1927>

## Überlegungen beim Ansatz exemplarischer Oberflächenchirurgischer Maßnahmen

Die Frage, ob es möglich sei, nach einer Tumorexzision (z. B. OPS 5-895.14) einige Tage später die Defektdeckung (z. B. OPS 5-903.74) abzurechnen, kann also bspw. nur beantwortet werden, wenn bekannt ist,

1. wie groß die Exzision bzw. Plastik war,
2. wie viele Eingriffe insgesamt nötig waren, um die endgültige Defektdeckung zu erreichen und
3. ob der Tumor tatsächlich maligne war.

! Merke: Bei fehlender Malignität können histographische Leistungen nicht abgerechnet werden. Ebenfalls nicht zulässig ist die Abrechnung einer radikalen Exzision, wenn das Exzidat nicht größer als 1 cm<sup>3</sup> oder 4cm<sup>2</sup> ist.

Wie bereits angemerkt, ist der Begriff „klein“ bei Eingriffen am Kopf und an den Händen nicht anzuwenden. Für Eingriffe an Kopf und Händen kann hiernach zwar ggf. der OPS bzw. die GOP für großflächige Plastiken gewählt werden. Soweit allerdings keine Plastik nötig ist, müssen – soweit ein Regressrisiko vermieden werden soll –

Exzisionen auch am Kopf oder den Händen der Definition von „radikal“ oder „ausgedehnt“ entsprechen, um nach 31.2/36.2 EBM berechnungsfähig zu sein (größer 4cm<sup>2</sup> oder größer 1cm<sup>2</sup>)

Die Berechnung einer Nachexzision ist zwar ausgeschlossen (s. o.), es ist jedoch legitim, soweit erforderlich, eine in Anhang 2 EBM verzeichnete plastische Deckung als alleinigen Haupteingriff abzurechnen.

### Beispiel: Insgesamt 3 operative Sitzungen, 2 davon innerhalb der Sperrfrist von 3 Tagen

Lediglich wenn bei Exzision eines malignen oder besonders ausgedehnten Befundes zur Konditionierung des Wundgrundes mindestens 3 operative Eingriffe erforderlich waren (Primärexzision sowie Nachexzision ohne endgültigen Wundverschluss und dann später Plastik), ist die alleinige Abrechnung eines temporären Wundverschlusses und hieraus folgend die Abrechnung der weiteren Eingriffe zulässig.

30.06.21: Histographische Exzision eines Basalioms an der Hand 31102 (OPS 5-895.19; ICD C44.6G)

#### 5-895.19

**Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Hand**

Art	GOP	Bezeichnung	Punkte	Kalk. Zeit	Prüfzeit
Operation (ambulant)	31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	1438	31	36
Operation (stationär)	36102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	829	28	32

02.07.21: Nachresektion ohne Plastische Deckung nicht gesondert berechnungsfähig. Aber wenn im seltenen Fall zur Konditionierung des Wundgrundes nötig und insg. drei OP notwendig sind, wäre die temporäre Weichteildeckung nach 31103 (5-916.79; ICD C44.6G und Z48.8G) ansatzfähig.

**5-916.79**

**Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Hand**

Art	GOP	Bezeichnung	Punkte	Kalk. Zeit	Prüfzeit
Operation (ambulant)	31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	2053	41	44
Operation (stationär)	36103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	1254	38	40

06.07.21: Meshgraft des Defektes 31103(OPS 5-902.59)

**5-902.59**

**Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Hand**

Art	GOP	Bezeichnung	Punkte	Kalk. Zeit	Prüfzeit
Operation (ambulant)	31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	2053	41	44
Operation (stationär)	36103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	1254	38	40

### Beispiel: Zwei operative Sitzungen innerhalb der Sperrfrist von 3 Tagen

Alternativ zur Abgeltung der Nachexzision bei weniger als drei Eingriffen (s. o.), ist der Ansatz der ausschließlichen plastischen Defektdeckung i. R. eines abschließenden zweiten OP-Termins möglich, wenn primär lediglich ein OPS, welcher ausschließlich die Exzision abbildet, zum Ansatz kam. Die Nachexzision ohne besondere Plastik ist nicht gesondert ansatzfähig.

30.06.21: Histographische Exzision eines Basalioms an der Hand 31102 (OPS 5-895.19; ICD C44.6G) ohne primären Wundverschluss.

#### 5-895.19

**Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Hand**

Art	GOP	Bezeichnung	Punkte	Kalk. Zeit	Prüfzeit
Operation (ambulant)	31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	1438	31	36
Operation (stationär)	36102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	829	28	32

02.07.21: Nachexzision und Vollhautdeckung eines großen Defektes 31103 (OPS 5-902.69; ICD C44.6G und Z48.8G)

#### 5-902.69

**Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Hand**

Art	GOP	Bezeichnung	Punkte	Kalk. Zeit	Prüfzeit
Operation (ambulant)	31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	2053	41	44
Operation (stationär)	36103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	1254	38	40

### Beispiel: Ein OPS für Exzision und Plastische Deckung bei Malignität

Beispielhaft ist OPS 5-895.54 (histographisch kontrollierte, radikale Exzision am Kopf mit Transpositionsplastik) demnach dann möglich, wenn ein maligner Befund vorliegt, die Größe des Defekts über 4cm<sup>2</sup> oder 1cm<sup>3</sup> beträgt und keine 3 Eingriffe, sondern nur ein oder zwei nötig sind. In einem solchen Fall wären bspw. auch 2 Eingriffe mit dem einmaligen Ansatz der GOP 31104 abgegolten, da eine Nachexzision nicht gesondert berechnet werden kann (Präambel Anhang 2 Nr. 10) und die plastische Deckung bereits Gegenstand des OPS ist.

#### 5-895.54

**Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf**

Art	GOP	Bezeichnung	Punkte	Kalk. Zeit	Prüfzeit
Operation (ambulant)	31104	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	2767	54	55
Operation (stationär)	36104	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	1940	51	51

### Beispiel: Ein OPS für Exzision und Plastische Deckung bei fehlender Malignität

5-895.44 (radikale Exzision mit Transpositionsplastik) ist dann möglich, wenn kein maligner Befund vorliegt aber die Größe des Defekts über 4cm<sup>2</sup> oder 1cm<sup>3</sup> beträgt. Der OPS für histographische Kontrolle ist – auch wenn dies der Pathologe so aufarbeitet – nicht ansetzbar, da es sich ja nicht um einen hierfür erforderlichen malignen Befund handelt. Auch wenn in diesem Fall zwei Eingriffe nötig sind, wären diese mit dem einmaligen Ansatz der GOP 31103 abgegolten.

#### 5-895.44

**Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Sonstige Teile Kopf**

Art	GOP	Bezeichnung	Punkte	Kalk. Zeit	Prüfzeit
Operation (ambulant)	31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	2053	41	44
Operation (stationär)	36103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	1254	38	40

## Beispiel: Selten indizierte plastische Deckung bei lokaler Exzision am Kopf

Bei nicht radikaler Exzision am Kopf ist 02302 bzw. 10342 i. S.

- Exzision eines Bezirkes oder einer intradermalen Geschwulst aus der Haut des Gesichts mit Wundverschluss
- oder Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut

ansatzfähig.

Aber, sobald trotz lokaler Exzision am Kopf (bis zu 4cm<sup>2</sup>/1cm<sup>3</sup>) eine Plastik erforderlich ist, kommen „großflächige Plastiken“ wie bspw. OPS 5-903.64 infrage. Allerdings sind solche bei lokalen Eingriffen nicht immer nötig, sodass ein regelmäßiger Ansatz solcher, statt Abrechnung der GOP 02302/10342, Prüfungen nach sich ziehen kann.

### 5-903.64

#### Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf

Art	GOP	Bezeichnung	Punkte	Kalk. Zeit	Prüfzeit
Operation (ambulant)	31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	2053	41	44
Operation (stationär)	36103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	1254	38	40

**Hinweis:**

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass alle Angaben immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung entsprechen können. Autor\*innen und Redaktion haben die angegebenen Informationen und Empfehlungen sorgfältig erarbeitet und geprüft. Der Leser ist aufgefordert, sich über den aktuellen Stand der Wissenschaft in Bezug auf die Thematik zu informieren, Fachinformationen zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Über die Anwendung im Einzelfall entscheidet der behandelnde Arzt eigenverantwortlich.

**Ansprechpartner:**

Ihre Rückfragen können Sie gerne per E-Mail senden an [abrechnungsberatung@kvbawue.de](mailto:abrechnungsberatung@kvbawue.de)