

## CHIRURGIE

### ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN

GOP	Beschreibung	Bewertung ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
07211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	231	221
07212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	267	255
31122	Eingriff der Kategorie C2	1542	1542
07220	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	32	32
07311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	218	217
31503	Postoperative Überwachung 3	488	513
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	881	881
33072	Duplex-Sonographie der Extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	224	260

### STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN

#### **Abschnitt 31.2 Ambulante Operationen und Abschnitt 36.2 Belegärztliche Operationen**

In den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 und 36.2.1 Nr. 4 erfolgt jeweils eine Formulierungsanpassung des Begriffs „Operateur“ in „die Praxis (des Operateurs)“, da sich die Regelung auf die Praxis bezieht, in der die Operation durchgeführt wird, und nicht auf die Person des Operateurs.

Zudem erfolgt die Aufnahme der Samstagssprechstunde (GOP 01102) in die Präambel 31.2.1 Nr. 8 und in die Präambel 36.2.1 Nr. 4, damit sie im Zeitraum von drei Tagen nach der Operation berechnungsfähig ist.

#### **Abschnitt 31.3 / 36.3 Postoperative Überwachungskomplexe**

In den Präambeln 31.3.1 Nr. 1 und 36.3.1 Nr. 1 wird hinsichtlich der nur einmal berechnungsfähigen postoperativen Überwachungskomplexe eine Klarstellung vorgenommen, dass die diesbezügliche mit anderen Ärzten zu treffende Vereinbarung über die nur einmalige Abrechnung der Schriftform bedarf und der KV auf Anforderung nachzuweisen ist.

#### **Abschnitt 31.6.1 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen**

Die Nr. 1 der Präambel 31.6.1 regelt, dass neben einem ablaufbezogenen Leistungskomplex nach den Nrn. 31930 und/oder 31932 im Behandlungsfall nur die dort aufgeführten Leistungen abrechnungsfähig sind. Die Präambel wird dahingehend ergänzt, dass diese Regelungen nicht für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß § 1a Nr. 12 BMV-Ä gelten, sofern die Leistungen von unterschiedlichen Ärzten durchgeführt werden.

#### **Abschnitt 34.2 Diagnostische Radiologie**

GOP 34283: Die GOP 34283 (Serienangiographie) ist in demselben Behandlungsfall nur neben bestimmten GOP berechnungsfähig, der Abschnitt 34.4 ist bisher ausgeschlossen. Sachgerecht ist nur der Ausschluss

von Abschnitt 34.4.7 (MRT-Angiographien), da sonst in MVZ alle MRT-Leistungen ausgeschlossen sind, auch wenn sie von anderen Fachgruppen durchgeführt werden. Dementsprechend erfolgt die Aufnahme der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 in die zweite Anmerkung zur GOP 34283. Die zweite Anmerkung zur GOP 34283 wird zudem dahingehend ergänzt, dass die aufgeführten Regelungen nicht für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß § 1a Nr. 12 BMV-Ä gelten, sofern die Leistungen von unterschiedlichen Ärzten durchgeführt werden.