

Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission

nach § 52 des Vertrages Ärzte Unfallversicherungsträger

Die Ständige Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger hat in ihrer Sitzung am 14.04.2021 die nachfolgend aufgeführten Änderungen der Leistungs- und Gebührenverzeichnisse (UV-GOÄ sowie Gebührenverzeichnis Psychotherapeuten – Anlagen zu § 51 Abs. 1 und Abs. 3 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger vom 1. Januar 2021) sowie des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger gem. § 34 Abs. 3 SGB VII beschlossen:

1. Im Teil F. „Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie“ wird die Nummer 757 gestrichen.
2. Im Teil B. I. „Allgemeine Beratungen und Untersuchungen“ wird der letzte Satz in der Leistungslegende zu Nummer 17 wie folgt gefasst:
„Daneben sind die Nummern 34 und 35 nicht abrechenbar.“
3. Im Teil B. II. „Leistungen unter besonderen Bedingungen“ in der Leistungslegende zu Nummer 34 und im Teil O. I. „Strahlendiagnostik“ in der Leistungslegende zu Nummer 5255 wird jeweils folgender Satz angefügt:
„Daneben können die Nummern 35 und 36 nicht abgerechnet werden.“
4. Im Teil B. II. „Leistungen unter besonderen Bedingungen“ werden nach Nummer 34 die Nummern 35 und 36 neu eingefügt:
„35 Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern und/oder Röntgenbildern durch den D-Arzt bei einem Durchgangsarztwechsel
Für eine Beurteilung und Bewertung im Rahmen der Vorstellungspflicht nach § 37 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und einer Hinzuziehung nach § 12 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger kann die Leistung nicht abgerechnet werden. Dies gilt auch für Ärzte eines Krankenhauses (auch Kooperationshäuser), Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft, bei der Vertretung in einer Praxis, Ärzten eines Medizinischen Versorgungszentrums und/oder Überweisung zur Durchführung einer Operation und wenn der Versicherte bereits vorher in demselben Behandlungsfall bei dem D-Arzt in Behandlung war. Eine Abrechnung neben Gutachterleistungen ist ausgeschlossen. Neben der Nr. 35 können die Nummern 17, 34, und 5255–5257 nicht abgerechnet werden. Die Leistung kann von den an dem Heilverfahren beteiligten D-Ärzten und Handchirurgen gem. § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.“

Allgemeine Heilbehandlung: 12,07 €

Besondere Heilbehandlung: 12,07 €

36 UV-GOÄ- Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern des hinzugezogenen Radiologen durch den D-Arzt
Diese Leistung kann nicht zwischen Ärzten eines Krankenhauses (auch Kooperationshäuser), Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums sowie bei der Vertretung in der Praxis abgerechnet werden.

Diese Leistung kann nur dann abgerechnet werden, wenn der Befund des D-Arztes vom Befund des Radiologen abweicht und es sich um eine Besonderheit nach § 16 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger handelt, über die der Arzt den Unfallversicherungsträger mit einem Verlaufsbericht informieren muss.

Neben der Nummer 36 können die Nummern 34, 60a und 60b sowie 5255–5257 nicht abgerechnet werden. Die Leistung kann von den an dem Heilverfahren beteiligten D-Ärzten und Handchirurgen gem. § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Allgemeine Heilbehandlung: 12,07 €

Besondere Heilbehandlung: 12,07 €

5. Im Teil B. III. „Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz“ wird die Leistungslegende zu den Nummern 60a und 60b wie folgt gefasst:
„Die Leistungen nach den Nummern 60a und 60b dürfen nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat.
Die Leistungen nach den Nummern 60a und 60b dürfen auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.
Die Leistungen nach den Nummern 60a und 60b sind nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z.B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie sind nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z.B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe). Neben den Nummern 60a und 60b kann die Nummer 36 nicht abgerechnet werden.“
6. Im Teil O. „Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie“ werden die Allgemeinen Bestimmungen wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 4 wird Satz 1 wie folgt gefasst: „Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen als selbständige Leistung ist ausschließlich nach Nummer 35 berechnungsfähig.“
 - b) In Nummer 4 Satz 3 wird das Wort „Nr.“ durch das Wort „Nummern“ ersetzt.

7. Ergänzung des Formtextes F 1050 um ein weiteres Feld mit der Bezeichnung „Art der Erstversorgung“.

Die Änderungen treten am 1. Juli 2021 in Kraft und werden veröffentlicht.

8. Im Teil C. V. „Impfungen und Testungen“ werden nach Nummer 379 die Nummern 379a und 379b neu eingefügt:
„379a Für die Vorbereitung der Testsubstanz nach Nummer 379 werden zusätzlich 5,60 € (ohne spezifische Aufbereitung, nativ) vergütet.
Allgemeine Heilbehandlung: 5,60 €
Besondere Heilbehandlung: 5,60 €“

Berlin, den 14. April 2021

Für die Unfallversicherungsträger
Dr. Edlyn Höller

Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dr. Andreas Gassen

„379b Für die Vorbereitung der Testsubstanz nach Nummer 379 werden zusätzlich 11,20 € (mit spezifischer Aufbereitung) vergütet.
Allgemeine Heilbehandlung: 11,20 €
Besondere Heilbehandlung: 11,20 €“

9. Im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger gemäß § 34 Absatz 3 SGB VII wird in § 58 Absatz 1 folgender Satz angefügt:
„Die Formtexte stehen auf der Webseite der DGUV unter dem Link www.dguv.de/formtexte/aerzte/ zum Download bereit.“

10. Im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger gemäß § 34 Abs. 3 SGB VII wird § 21 wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „hat der Arzt den Unfallverletzten“ die Wörter „oder Berufserkrankten“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
„(2) Bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln zulasten eines Unfallversicherungsträgers sind auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16 der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung) oder dem elektronischen Rezept(E-Rezept) folgende Kennzeichnungen vorzunehmen:

a) Bei einem Arbeitsunfall: Der „Arbeitsunfall“, der UV-Träger bzw. das IK des UV-Trägers, die Befreiung von der Zuzahlung bzw. Gebühr frei, der Unfalltag und der Unfallbetrieb (ggf. Kindertageseinrichtung, Schule, Hochschule)

b) Bei einer Berufskrankheit: Die „Berufskrankheit“, der UV-Träger bzw. das IK des UV-Trägers, die Befreiung von der Zuzahlungspflicht bzw. Gebühr frei. Auf Muster 16 ist die Kennzeichnung „Berufskrankheit“ nicht möglich/erforderlich.“

11. Im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger gemäß § 34 Abs. 3 SGB VII wird im Anhang 3 § 203 Absatz 2 wie folgt gefasst:

„(2) Für die Unterrichtung des Versicherten aufgrund seines Auskunftsrechts nach Artikel 15 der Verordnung (EU) 2016/679 über die von den Ärzten und den Zahnärzten an den Unfallversicherungsträger übermittelten Angaben über gesundheitliche Verhältnisse des Versicherten gilt § 25 Absatz 2 des Zehnten Buches entsprechend.“