

Beschlüsse

der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte Unfallversicherungsträger

Die Ständige Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger hat in ihrer Sitzung am 10.03.2026 die nachfolgend aufgeführten Änderungen des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses (UV-GOÄ - Anlage zu § 51 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger vom 1. Januar 2026) beschlossen:

1. Im Zuge der Novellierung der UV-GOÄ werden umfangreiche Änderungen in verschiedenen Teilen der UV-GOÄ vorgenommen. Die gesamten Änderungen sind als **Anlage** zu den Beschlüssen beigefügt.
2. Im Abschnitt L. „Chirurgie, Orthopädie“ wird in Nummer 3306 UV-GOÄ im letzten Satz das Wort „*behandelnden*“ durch das Wort „*behandelten*“ ersetzt.
3. Abrechnungsregelungen zwischen den Vertragspartnern für die Änderungen zum 01.07.2026:

Alle ab dem 01.07.26 erbrachten Leistungen sind nach der ab dann geltenden UV-GOÄ abzurechnen. Für die Abrechnung der neuen Gebühren und Leistungen zum 01.07.2026 ist der Tag der Leistungserbringung relevant. Für bereits laufende Behandlungsfälle beginnt mit dem 01.07.2026 formal der Lauf eines neuen Behandlungsfalls.

4. Die Gebühren des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses nach § 51 ÄV (Anlage 1 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – UV-GOÄ) werden zum 01.07.2026 um 5 % erhöht. Von der Erhöhung ausgenommen sind folgende Abschnitte der UV-GOÄ:
 - Abschnitt B - Grundleistungen und allgemeine Leistungen
 - Abschnitt L - Unterabschnitt XVII. - Arthroskopie – Nrn. 3400 bis 3444

Protokollnotiz:

Bei der neu eingeführten Nummer 5 UV-GOÄ halten die Vertragspartner fest, dass eine Auswertung des Abrechnungsverhaltens erfolgen soll. Die Auswertung des Ergebnisses soll im Rahmen der ersten Sitzung der Ständigen Gebührenkommission im Jahr 2027 erfolgen.

Die Änderungen treten am 1. Juli 2026 in Kraft und werden veröffentlicht.

Berlin, den 10. März 2026

Für die Unfallversicherungsträger:

Dr. Edlyn Höller

Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung:

Dr. Andreas Gassen

Für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (SVLFG)

Dr. Marion Baierl

Anlage zu den Beschlüssen
der Ständigen Gebührenkommission nach
§ 52 des Vertrages Ärzte Unfallversicherungsträger

Die Ständige Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger hat in ihrer Sitzung am 10.03.2026 die nachfolgend aufgeführten Änderungen des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses (UV-GOÄ - Anlage zu § 51 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger vom 1. Januar 2026) beschlossen:

Überarbeitete Abschnitte/Unterabschnitte

- Grundleistungen und allgemeine Leistungen
- Arthroskopie
- Weitere Inhalte, auf die die Überarbeitung Einfluss hat, bzw. die mit der Überarbeitung angepasst werden müssen

Gebühren, die nicht Gegenstand der Überarbeitung waren und auf die Änderungen keinen Einfluss haben, sind nachfolgend nicht aufgeführt (z.B. Todesfeststellung, Berichtsvordrucke, etc.).

1. Nach dem Inhaltsverzeichnis wird folgender Text eingefügt:

„Hinweise zu der Abrechnung von Materialien

Materialien können nach dem Berufsgenossenschaftlichen Nebenkostentarif (BG-NT) oder nach Abschnitt A der UV-GOÄ abgerechnet werden. Im Wesentlichen finden sich in den beiden Tarifbestimmungen gleiche Inhalte.

In der Folge werden die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und Regelungen erläutert.

1. *Besondere Kosten nach Spalte 4 der UV-GOÄ auf der Grundlage des BG-NT*

Bei dem BG-NT handelt es sich um eine Vereinbarung zwischen der DGUV und der DKG (Vertragsparteien). Die Tarifbestimmungen gelten daher grundsätzlich nur für Ärzte an Krankenhäusern bzw. bei institutioneller Leistungserbringung durch das Krankenhaus. Diese sind verpflichtet, die Besonderen Kosten abzurechnen.

Die Beträge in der Spalte Besondere Kosten sind für die jeweiligen Leistungen als Pauschalen zwischen den Vertragsparteien vereinbart. Einzelnachweise können vom Unfallversicherungsträger nur für die Abrechnung von Materialien gefordert werden, die nicht Bestandteil der Pauschale § 2 Abs. 1 BG-T sondern nach § 2 Abs. 3 BG-T gesondert berechnungsfähig sind.

2. *Abrechnung von Auslagen nach Abschnitt A der UV-GOÄ*

Für niedergelassene Ärzte gelten für die Abrechnung von Materialien (Auslagen) so weit in der UV-GOÄ nichts anderes bestimmt ist, die Regelungen des Abschnitts A der UV-GOÄ. Zum Nachweis des Einkaufs der jeweiligen Auslage kann der Unfallversicherungsträger einen Einzelnachweis verlangen.

Eine Verpflichtung in dieser Form abzurechnen, besteht nicht. Niedergelassene Ärzte haben die Wahl anstelle der Regelung nach Abschnitt A die Besonderen Kosten der Spalte 4 (BG-NT) abzurechnen.

Diese Entscheidung trifft der Arzt zu Beginn des Behandlungsfalles (siehe B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen, Allgemeine Bestimmungen, Nr. 1). An diese Entscheidung ist er dann für die Dauer des Behandlungsfalles gebunden.

Rechnen niedergelassene Ärzte nach diesem Tarif mit den Besonderen Kosten ab, gilt für sie der BG-T.“

2. Abschnitt A. Abrechnung der ärztlichen Leistungen wird wie folgt gefasst:

„A. Abrechnung der ärztlichen Leistungen

1. *Als Vergütung stehen dem Arzt Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.*

Im Zusammenhang mit arthroskopischen Leistungen nach Abschnitt L. XVII. kann der Arzt keinen Ersatz von Auslagen berechnen. Es gelten die Besonderheiten des Abschnitts L. XVII.

2. *Der Arzt kann Gebühren nur für persönliche ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnitts M. II. (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung*

geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.

3. Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht in diesem Vertrag etwas anderes bestimmt ist. Hat der Arzt ärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach diesem Vertrag selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

4. Soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist, dürfen neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren als Auslagen nur berechnet werden:

4.1. Die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstige Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält, oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, mit Ausnahme der Kosten für

4.1.1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandsmaterial, Verbandsspray, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge;

4.1.2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie;

4.1.3. Desinfektions- und Reinigungsmittel;

4.1.4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung;

4.1.5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.

4.2. Die durch Leistungen nach den Abschnitten M, N und O des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses entstandenen Versand- und Portokosten,

4.3. die bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie

4.4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.“

3. In Abschnitt B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen werden die Allgemeinen Bestimmungen wie folgt gefasst:

„Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt die gesamte ambulante Versorgung, die von demselben Arzt nach der ersten Inanspruchnahme innerhalb von drei Monaten an demselben Patienten zu Lasten desselben gesetzlichen UV-Trägers vorgenommen worden ist. Stationäre belegärztliche Behandlung ist ein eigenständiger Behandlungsfall auch dann, wenn innerhalb der 3 Monate ambulante Behandlung durch den Belegarzt erfolgt.

2. Die Leistungen nach den Nummern 1 bis 2, 5, 11 und 12 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der

Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1 bis 3, 11 und 12 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen zu begründen.

3. Besuchsgebühren, Wegegeld und Kilometerpauschalen sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus sowie neben den Nrn. 45 - 52 nicht berechnungsfähig.

4. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.

5. Die Abrechnung selbständiger ärztlicher Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sind, können nicht durch analoge Leistungen ersetzt werden. Eine Regelung entsprechend des § 6 Abs. 2 GOÄ (GOÄ i. d. F. v. 9.02.1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Art. 3b G v. 19.07.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197).) durch Heranziehung einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Position ist in der UV-GOÄ nicht gestattet.“

4. In I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen werden die Nummern 1 bis 5 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1	8,37	10,43		1,74	1,74

Symptomzentrierte Untersuchung bei Unfallverletzungen oder bei Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit einschließlich Beratung.

Bei Kindern bis zum 6. Geburtstag wird anstelle der Nr. 1 einmal im Behandlungsfall die Nr. 2 abgerechnet. Dies gilt nicht bei Verletzungen, bei denen durch bloße Inaugenscheinnahme das Ausmaß der Erkrankung beurteilt werden kann.

Die Leistung ist von Montag bis Freitag zwischen 7-19 Uhr abzurechnen. Für Zeiten zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen kann der Zuschlag nach Nr. 3 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 45, 448 – 449, 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886, 887

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2	19,56	24,31		3,51	3,51

Umfassende Untersuchung verbunden mit nach Umfang und Zeit besonderem differenzialdiagnostischen Aufwand und/oder Beteiligung mehrerer Organe einschl. Klärung oder Überprüfung des Zusammenhangs mit der Berufstätigkeit einschließlich Beratung.

Die Leistung ist von Montag bis Freitag zwischen 7-19 Uhr abzurechnen. Für Zeiten zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen kann der Zuschlag nach Nr. 3 abgerechnet werden. Die Leistung kann pro Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 1,45, 50, 448 – 449, 600, 601, 800, 826, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414.

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3	7,58	9,42			

Zuschlag zu den Nummern 1 oder 2 für Leistungen zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen.

Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn Versicherte zu diesen Zeiten einbestellt werden.

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4	10,00	10,00			

Zuschlag zu Nr. 1 oder 2 für die Entscheidung des Durchgangsarztes, keine Behandlung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers einzuleiten bzw. diese abubrechen. Voraussetzung ist, dass die Gründe dokumentiert, Versicherte über die Entscheidung aufgeklärt und - soweit bekannt - weiterbehandelnde Ärzte informiert werden.

Die Leistung kann nur von D-Ärzten abgerechnet werden.

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5	10,00	10,00			

Zuschlag für einen erhöhten ärztlichen Aufwand bei erschwerter Kommunikation im Rahmen der Leistungen nach den Nrn. 1 und 2. Dies ist im Bericht zu dokumentieren.

Die Leistung kann nur zweimal im Behandlungsfall abgerechnet werden und nicht für Kinder bis zum 6. Geburtstag.“

5. In I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen erhalten die Nummern 6, 6a, 6b, 7, 8 und 9 den Status „nicht besetzt“.

6. In I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen werden die Nummern 10 und 10a wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
10		9,14		3,02	3,02

Telemedizinische Beratungsleistungen als selbstständige Leistungen durch den D-Arzt, Handchirurgen nach § 37 (3) Vertrag Ärzte/UV-Träger und im Einzelfall nach vorheriger Kostenzusage durch den UV-Träger.

Telemedizinische Beratung/Betreuung und/oder Videosprechstunde durch den Arzt mittels visueller Kommunikationsmedien bis zu 10 Minuten.

Die Abrechnung telemedizinischer Leistungen ist für den Arzt grundsätzlich nur dann möglich, wenn der Versicherte sich bereits in der Behandlung des Arztes befindet und sichergestellt ist, dass ein vorheriger Arzt-Patienten-Kontakt (Untersuchung nach den Nrn. 1 – 2 UV-GOÄ) erfolgt ist.

In diesen Fällen ist die Erbringung und Abrechnung telemedizinischer Leistungen bis zu zwei Mal im Behandlungsfall möglich. Voraussetzung ist, dass die Beratungsleistung des Arztes in seinem Fachgebiet liegt. Vorrang vor der Erbringung telemedizinischer Leistungen genießt weiterhin der Grundsatz des persönlichen Arzt-/Patienten-Kontaktes. Die telemedizinische Beratung schließt eine rein telefonische Beratung oder eine Beratung via E-Mail, SMS, Chat oder vergleichbare Kommunikationsmittel aus. Sie kann ausschließlich im Rahmen der besonderen Heilbehandlung (Ausnahme Kostenzusage durch UV-Träger) erbracht werden. Am Behandlungstag kann die Leistung nicht mehrfach und nicht neben Untersuchungsleistungen, Besuchen und Visiten abgerechnet werden. Eine Ausnahme besteht dann, wenn sich aus der telemedizinischen Beratung eine Besonderheit nach § 16 Vertrag Ärzte/UV-Träger ergibt, die dies erforderlich macht. Das Ergebnis der telemedizinischen Beratung (Beurteilung der patientenbezogenen, medizinischen Fragestellungen und relevanten Informationen) ist zu dokumentieren und dem UV-Träger auf Verlangen in Kopie vorzulegen. Eine Berichtspflicht besteht nicht. Ergeben sich aus der Beratung Hinweise auf Besonderheiten des Behandlungsverlaufs, ist der UV-Träger unverzüglich mit einem Verlaufsbericht zu informieren. Für die Erbringung telemedizinischer Leistungen mittels visueller Kommunikationsmedien sind die Regelungen der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte durch den behandelnden Arzt entsprechend einzuhalten.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 10a, 11, 12, 15, 45, 50, 60, 6002

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
<i>10a</i>		<i>18,28</i>		<i>6,02</i>	<i>6,02</i>

Leistung nach Nr. 10, jedoch für die Dauer von mehr als 10 Minuten.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 10, 11, 12, 15, 45, 50, 60, 6002

7. In I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen erhalten die Nummern 10b und 10c den Status „nicht besetzt“.

8. In I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen wird die Nummer 12 wie folgt gefasst:

<i>„Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
<i>12</i>	<i>7,58</i>	<i>9,42</i>			

Zuschlag zu Nr. 11 für die Leistung zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen.“

9. In I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen erhalten die Nummern 13 und 14 den Status „nicht besetzt“.

10. In I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen werden die Nummern 15, 16 und 17 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
15	15,66	15,66		1,20	1,20

Telefonisches oder videobasiertes Gespräch des Arztes mit einem Mitarbeitenden des Unfallversicherungsträgers im Zusammenhang mit der Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens. Die Leistung kann nur bei besonderer Heilbehandlung und maximal 3x im Behandlungsfall abgerechnet werden. Die Gespräche sind zu dokumentieren. Eine zusätzliche Berichterstattung erfolgt ausschließlich auf Anforderung des UV-Trägers.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 11, 12, 18, 19 und 34

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
16	2,80	3,49		1,74	1,74

Aushändigen von Wiederholungsrezepten und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen - auch mittels Fernsprecher - durch die medizinische Fachkraft als alleinige Leistung

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
17		135,79			

Mitwirkung des Arztes bei der Erstellung des Reha-Planes i. S. von Nr. 3.2 des Handlungsleitfadens "Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung". Die Mitwirkung bedarf eines Auftrages durch den UV-Träger.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 34, 35, 6000, 6002“

11. In I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen erhalten die Nummern 17a und 17b den Status „nicht besetzt“.

12. In I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen werden die Nummern 18 und 19 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
18		67,90			

Fortschreibung des Reha- und Teilhabeplanes nach Nr. 17 UV-GOÄ. Die Mitwirkung bedarf eines Auftrages durch den UV-Träger.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 17, 34, 35, 6000, 6002

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
19	27,92	34,75		1,74	1,74

Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken. Die Leistung kann nur abgerechnet werden, wenn alle der vorgenannten Kriterien erfüllt sind.

Die Leistung nach Nr. 19 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 6000, 6002“

13. In I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen erhält die Nummer 19a den Status „nicht besetzt“.

14. In II. Leistungen unter besonderen Bedingungen erhalten die Nummern 20, 21, 22 und 33 den Status „nicht besetzt“.

15. In II. Leistungen unter besonderen Bedingungen werden die Nummern 34, 35 und 36 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
34	74,27	74,27		5,71	5,71

Untersuchung zum Stand des Heilverfahrens einschließlich Einschätzung zum bisherigen Verlauf und/oder zu laufenden oder geplanten Maßnahmen der medizinischen Behandlung bzw. Rehabilitation durch einen anderen als den behandelnden Arzt.

Vor Beginn der Leistung muss grundsätzlich ein Auftrag des Unfallversicherungsträgers vorliegen. Die Leistung kann einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden. Eine nochmalige Abrechnung durch denselben Arzt ist nicht zulässig.

Alle Untersuchungs- und Beratungsleistungen – mit Ausnahme bildgebender Diagnostik sowie weiterer zur Diagnostik erforderlichen Maßnahmen (z. B. Funktionsmessungen, Laboruntersuchungen) – sind mit der Gebühr abgegolten.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 35, 36, 110, 115, 118, 6000

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
35	13,78	13,78		1,74	1,74

Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern und /oder Röntgenbildern durch den D-Arzt bei einem Arztwechsel

Für eine Beurteilung und Bewertung im Rahmen einer Hinzuziehung nach § 12 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger kann die Leistung nicht abgerechnet werden. Dies gilt auch für Ärzte eines Krankenhauses (auch Kooperationshäuser), Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft, bei der Vertretung in einer Praxis, Ärzten eines Medizinischen Versorgungszentrums und wenn der Versicherte bereits vorher in demselben Behandlungsfall bei dem D-Arzt in Behandlung war.

Eine Abrechnung neben Gutachterleistungen ist ausgeschlossen.

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.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 17, 18, 34, 5255, 5526, 5257

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
36	13,78	13,78		1,74	1,74

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-Arztbesuches 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.

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.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 34, 60, 61, 5255, 5526, 5257“

16. In III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz wird die Nummer 45 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
45	10,00	12,00			

Visite(n) im Krankenhaus

Unabhängig der Anzahl der Visiten kann die Leistung nur einmal täglich abgerechnet werden.

Die Leistung nach Nummer 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.

Die Leistung nach Nummer 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird. Die Leistung nach Nr. 45 ist auch berechnungsfähig, wenn sie vom Belegarzt erbracht wird. Die Nrn. 1, 2 können nicht anstelle der Nr. 45 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 48, 50“

17. In III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz erhalten die Nummern 46 und 47 den Status „nicht besetzt“.

18. In III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz werden die Nummern 48 und 50 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
48	11,16	13,89			

Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z. B. in Alten- oder Pflegeheimen) - bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 11,12, 50, 51, 52

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
50	29,80	37,08			

Besuch, einschließlich Beratung und Untersuchung

Die Leistung nach Nr. 50 darf nicht anstelle der Nr. 45 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 45“

19. In III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz erhalten die Nummern 50a, 50b, 50c, 50d und 50e den Status „nicht besetzt“.

20. In III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz werden die Nummern 51, 52, 53, 54, 55, 56 und 57 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
51	17,89	22,28			

Zuschlag zur Nr. 50, zwischen 19 - 7 Uhr, sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
52	11,18	13,89			

Zuschlag zur Nr. 50 für eine über das Maß hinausgehende Untersuchung wie z.B. ärztliche Versorgung von Schwerverletzten und -erkrankten, Verdacht auf multiple Verletzungen.

Die Notwendigkeit der Leistung ist auf der Rechnung zu begründen. Die Leistung ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
53	23,27	28,96			

Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 50, einschließlich Beratung und Untersuchung.

Die Leistung nach Nr. 53 darf nicht anstelle der Nr. 45 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 45, 448 - 449

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
54	7,85	7,85			

Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nicht ärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z. B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel).

Wegegeld ist nicht berechnungsfähig. Die Gebühr ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet.

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
55	46,54	57,92		14,02	14,02

Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung - gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme - je angefangene halbe Stunde der Einsatzdauer.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 56, 60, 833

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
56	8,37	10,43			

Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen, je angefangene halbe Stunde – am Tag

Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 448 - 449

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
57	8,37	10,43			

Zuschlag für die Leistung nach Nr. 56 bei Nacht (zwischen 19 und 7 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 448 – 449“

21. In III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz wird nach Nummer 57 folgende Nummern 60 eingefügt:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
60	11,16	13,89		1,74	1,74

Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt – am Tag –

Die Gebühr ist auch zu zahlen für die konsiliarische Erörterung mit einem am Psychotherapeutenverfahren der Unfallversicherungsträger beteiligten Therapeuten (§ 1 Abs. 2 ÄV).

Die Leistung nach der Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor, oder in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat.

Die Leistung nach der Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.

Die Leistung nach Nummer der Nummer 60 ist 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 ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe, OP-Besprechung zwischen Operateur und Anästhesist).

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 36, 6002“

22. In III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz erhalten die Nummern 60a und 60b den Status „nicht besetzt“.

23. In III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz werden nach Nummer 60 folgende Nummern 61, 62 und 63 eingefügt:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
61	11,00	14,00			

Zuschlag zur Leistung nach Nr. 60 (zwischen 19 und 7 Uhr), sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
62	12,10	15,05			

Assistenz je angefangene halbe Stunde – die Leistungen sind anzugeben – am Tag

Nr. 62 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.

Die Nummer 62 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden; sie darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
63	11,00	14,00			

Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 62 zwischen 19 - 7 Uhr, sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen

24. In IV. Wegegeld und Reiseentschädigung werden die Allgemeinen Bestimmungen wie folgt gefasst:

„Allgemeine Bestimmungen

1. Ein „Besuch“ im Sinne dieses Abschnitts liegt vor, wenn der Arzt einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem der Arzt üblicherweise seine berufliche Tätigkeit nicht ausübt. Ein Besuch liegt nur vor, wenn sich der Arzt zum Patienten (oder an den Ort eines Notfalles) begibt.

Ein „Besuch“ liegt nicht vor, wenn die Behandlung an einem Ort stattfindet, an den sich auch der Patient begeben muss, sei dies nun die regelmäßige Arbeitsstätte des Arztes, eine Zweitpraxis oder der Ort einer belegärztlichen Tätigkeit, etc..

Ein Besuch liegt auch dann nicht vor, wenn der Arzt ohne Veranlassung des Patienten zu der Behandlung eines anderen Arztes (z.B. Operateur, Anästhesist) zur arbeitsteiligen Behandlung hinzugezogen wird.

2. Mit dem Wegegeld und der Reiseentschädigung für Fahrten mit dem PKW sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten. Die Wegegeldentschädigung kann nur für Besuche bei weniger als 25 km Entfernung abgerechnet werden. Längere Wege gelten als Reiseentschädigung.

Bei Benutzung anderer Verkehrsmittel können kein Wegegeld oder eine Reiseentschädigung abgerechnet werden. Hier können die tatsächlichen Aufwendungen abgerechnet werden. Der Unfallversicherungsträger kann einen Nachweis verlangen. Fahrten mit dem Taxi sind nur bei einem Notfall abrechenbar.

3. Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle. Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld bzw. die Reiseentschädigung unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.“

25. In IV. Wegegeld und Reiseentschädigung wird die Nummer 71 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
71	12,10	12,10			

Wegegeld

Die Pauschale ist für Besuche bis zu 25 km Entfernung abrechenbar.

Bei weiteren Entfernungen und Reisen gilt das Bundesreisekostengesetz in der jeweils gültigen Fassung.“

26. In IV. Wegegeld und Reiseentschädigung erhalten die Nummern 72, 73, 74, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89 und 91 den Status „nicht besetzt“.

27. In VI. Besondere Bedingungen werden die Allgemeinen Bestimmungen wie folgt gefasst:

„Allgemeine Bestimmungen

1. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.

2. Für Berichte, die auf Verlangen des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung oder aufgrund von Regelungen des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger frei ohne Verwendung eines Vordrucks erstattet werden, bemisst sich die Gebühr entsprechend dem Aufwand, Zweck und Inhalt nach dem Gebührenrahmen der Nummern 110 bis 119.

3. Portoauslagen für angeforderte oder gemäß Ärztevertrag zu erstattende Berichte/Gutachten sind dem Arzt zu erstatten.

4. Schreibgebühren sind in den Leistungen der Nrn. 117 – 119 enthalten. Darüber hinaus können Schreibgebühren ausschließlich nach Nr. 166 für Gutachten abgerechnet werden.“

28. In VI. Besondere Bedingungen werden die Nummern 117 und 118 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
117	23,77	23,77			

Vordruck F 1110

Auskunft Klärung Arbeitsunfall, einschließlich Schreibgebühren

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
118	42,42	42,42			

Ausführlicher Befundbericht auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers, einschließlich Schreibgebühren

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166“

29. In VI. Besondere Bedingungen wird nach Nummer 117 folgende Nummer 119 neu eingefügt:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
119	26,72	26,72			

Vordruck F 2160

BGSW - Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht, einschließlich Schreibgebühren

Die Nr. 119 dient als Gesamtgebühr für F 2152 (BGSW-Aufnahmebericht), F 2156 (BGSW-Kurzbericht und F 2160 (BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht). Die Gebühr wird fällig mit der Erstattung des ausführlichen Entlassungsberichtes.

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166“

30. In VI. Besondere Bedingungen wird Nummer 134 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
134	20,88	20,88			

Erstellung eines Messblatts auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers außerhalb einer Begutachtung mit Vordruck F 4220, F 4222, F 4224 und F 6222.

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166“

31. In VI. Besondere Bedingungen wird nach Nummer 142a folgender Abschnitt VI. a neu eingefügt:

„VI. a Bescheinigungen, Verordnungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Für nachfolgende Bescheinigungen und Verordnungen können die Leistungen nach der Nr. 143 - 143 I abgerechnet werden. Je Behandlungstag kann die Leistung maximal dreimal abgerechnet werden.

2. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.“

32. In VI. a Bescheinigungen, Verordnungen wird in den Nummern 143 bis 143I der Zusatz zur Leitungsbeschreibung *„Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143I maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.“* gestrichen.

33. In Formulargutachten wird nach Nummer 165 folgende Nummer 166 neu eingefügt:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
166	5,15	5,15			

Schreibgebühren für Gutachten nach den Nummern 146 bis 154, 155 (ausgenommen audiologischer Befundbogen), 160, 161, 165, je Seite

Daneben nicht abrechenbar: Nrn.110 - 119, 134“

34. In Freie Gutachten erhält die Nummer 190 den Status *„nicht besetzt“*.

35. In Freie Gutachten werden die Nummern 191, 192 und 193 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
191	0,24	0,24			

je verlangte Kopie eines Befundes, eines Berichts, der Praxis- oder Stationsaufzeichnungen, der Karteiauszüge, etc. zuzüglich Porto

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
192	0,47	0,47			

Elektronische Übermittlung eines Arztberichtes an den Unfallversicherungsträger

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
193	10,35	10,35			

Zusammenstellen und Übersenden von Auszügen aus der Behandlungsdokumentation und/oder bildgebendem Material in analoger oder digitaler Form auf Anforderung des UV-Trägers. Die Richtigkeit ist vom absendenden Arzt zu bescheinigen.

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 191“

36. In Freie Gutachten erhalten die Nummern 194, 195 und 196 den Status „nicht besetzt“.

37. In VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen werden die Nummern 443 und 445 wie folgt gefasst:

„443 Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 1043, 1052, 1099, 1104, 1111, 1120, 1122, 1129, 1135, 1141, 1283, 1299, 1305, 1330, 1331, 1333, 1359, 1446, 1455, 1519, 1528, 1535, 1588, 1622, 1628, 1635, 1738, 1761, 1765, 1802, 2040, 2041, 2045, 2051*, 2052*, 2073*, 2092, 2101, 2105, 2110, 2118, 2120, 2130, 2156, 2210, 2253, 2254, 2279, 2339, 2347, 2348, 2382, 2384, 2386, 2393, 2397*, 2404*, 2410, 2421, 2580, 2650, 2651, 2656, 2657, 2670, 2730, 2751, 2801, 3400. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.*

445 Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 1048, 1056, 1126, 1137, 1145, 1159, 1160, 1285, 1346, 1349, 1350, 1351, 1352, 1354, 1361, 1367, 1374, 1375, 1382, 1383, 1447, 1448, 1471, 1595, 1611, 1613, 1614, 1625, 1626, 1637, 1638, 1766, 1768, 1769, 1800, 1827, 1851, 2043, 2044, 2067, 2070, 2082, 2083, 2089, 2112, 2117, 2119, 2121, 2135, 2260, 2263, 2268, 2269, 2281, 2282, 2354, 2356, 2385, 2390, 2394, 2419, 2570, 2584, 2586, 2587, 2588, 2589, 2682, 2687, 2695, 2699, 2701, 2823, 2882, 2883, 2895, 2896, 2897, 3095, 3097, 3284, 3285, 3410, 3420, 3430, 3440.

Der Zuschlag nach Nr. 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a bis 444 nicht berechnungsfähig.“

38. In den nachfolgenden Abschnitten werden die folgenden Nummern neu eingefügt:

In Abschnitt F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
730					

Telemedizinische Beratungsleistungen nach Nummer 10 bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren. Bei der Behandlung von Berufskrankheiten sowie damit ggf. verbundenen Maßnahmen der Individualprävention und im Hautarztverfahren gelten die Beschränkung auf den Behandlungsfall, eine vorherige Kostenzusage, die Verlaufsberichterstattung sowie die Dokumentationspflicht nicht.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 10, 10a, 731

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
731					

Telemedizinische Beratungsleistungen nach Nummer 10 bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren von mehr als 10 Minuten. Bei der Behandlung von Berufskrankheiten sowie damit ggf. verbundenen Maßnahmen der Individualprävention und im Hautarztverfahren gelten die Beschränkung auf den Behandlungsfall, eine vorherige Kostenzusage, die Verlaufsberichterstattung sowie die Dokumentationspflicht nicht.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 10, 730

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
735					

Leistung nach Nr. 2 bei Ganzkörperuntersuchungen der Haut im Rahmen der leitliniengemäßen Nachsorge von Plattenepithelkarzinomen. Soweit eine Auflichtmikroskopie erforderlich wird, ist diese zusätzlich nach UV-GOÄ-Nr. 750 berechnungsfähig.

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
736					

Erstellung eines individuellen Hautschutzplanes nachvorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger. Die Leistung beinhaltet auch die Besprechung des Hautschutzplanes mit dem Erkrankten.

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
737					

Kopie und Versand von Hauttestprotokollen, zuzüglich Porto

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
738					

Zu Hautkrankheiten gefertigte Fotos (Indikationen zur Fotodokumentation s. DGUV-Honorarleitfaden, Anlage 3 auf www.dguv.de, webcode p012510), die den im jeweiligen Bericht oder im Gutachten beschriebenen Hautbefund nachvollziehbar dokumentieren und auf einem Speichermedium (einschließlich der Herstellung, Verpackung, zuzüglich Porto) zur Verfügung gestellt werden, unabhängig von der Anzahl der Fotos. Eine Darüberhinausgehende notwendige Fotodokumentation kann durch den UV-Träger nach Rücksprache genehmigt werden.

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
739					

Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt.“

In Abschnitt H. Geburtshilfe und Gynäkologie

<i>„Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
1004					

Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung. Die Leistung nach Nummer 1004 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert. Die Leistung nach Nummer 1004 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalls nicht mehr als viermal berechnungsfähig.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1 – 15, 1005

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
1005					

Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft - auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, gegebenenfalls auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1 – 15, 1004“

In Abschnitt J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

<i>„Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
1403					

Tonschwellenaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Bestimmung der Hörschwelle mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung im Hauptfrequenz-bereich des menschlichen Gehörs, in Luft- und in Knochenleitung, auch mit Vertäubung) - auch mit Bestimmung der Intensitätsbreite und gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung -

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
1403a					

Kopie und Versand von Tonschwellenaudiogrammen - auch beiderseits - zuzüglich Porto“

In Abschnitt K. Urologie

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1774					

Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata“

39. In III. Punktionen werden die Nummern 300, 301 und 302 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
300					

Punktion eines Gelenks

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
301					

Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
302					

Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440“

40. In VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen werden die Nummern 448, 448a und 449 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
448					

Beobachtung und Betreuung eines Kranken bis zu zwei Stunden, während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter ambulanten Anästhesien. Die Leistung nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 56, 57, 448a, 449

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
448a					

Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen. Die Leistung nach Nummer 448a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 56, 57, 448, 449

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
449					

Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden, während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen. Die Leistung nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 56, 57, 448, 448a“

41. In VII. Lichttherapie wird die Nummer 570 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
570					

Photodynamische Therapie (PDT) von Hautläsionen inkl. photodynamischer Lichtbestrahlung, Aufklärung und Beratung, Erstellung des Behandlungsplans, vorbereitender Maßnahmen (z.B. Kürettage, Kryotherapie, Debridement, Laserbehandlung) und Auftragen des Photosensibilisators, Okklusiv-Verband inkl. adäquatem Schmerzmanagement, ggf. Anwendung einer Kaltpackung inkl. Dokumentation. Eine ggf. durchgeführte photodynamische Diagnostik ist nicht gesondert abrechenbar. Die Gebühr umfasst die PDT-Behandlung von bis zu 100 cm² der im Behandlungsplan festgestellten Gesamtfläche¹, ggf. auch in mehreren Sitzungen. Die PDT-Behandlung des darüberhinausgehenden Teils der Gesamtfläche ist nach Nr. 571 abzurechnen. Eine ggf. durchgeführte photodynamische Diagnostik ist nicht gesondert abrechenbar. Die Leistung kann nur mit Zustimmung des UV-Trägers erbracht werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2“

42. In F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie wird die Nummer 753 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
753					

Medikamentöse Behandlung aktinischer Keratosen inklusive, Aufklärung und Beratung; Erstellung eines Behandlungsplans, Rezeptur eines für die Behandlung aktinischer Keratosen zugelassenen selbst applizierbaren Flächentherapeutikums und Dokumentation, ggf. vorbereitende Maßnahmen. Das Auftragen von Fertigarzneimitteln kann nicht abgerechnet werden. Abrechnung einmalig pro rezeptiertem Therapiezyklus.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 575 – 577“

- 43.** In G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie werden die Nummern 800, 801, 826, 833 wie folgt gefasst:

„Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
800					

Eingehende neurologische Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes –

Die Leistung ist nur für Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen und Neuropädiater berechnungsfähig und im Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechenbar.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 825, 826, 830, 1400

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
801					

Eingehende psychiatrische Untersuchung - gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson –

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 2, 715 – 718, 825, 826, 830, 1400

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
826					

Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung - gegebenenfalls einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 2, 800, 1412

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
833					

Begleitung eines psychisch Kranken bei Überführung in die Klinik - einschließlich Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen -

Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 55“

44. In I. Augeneheilkunde werden die Nummern 1213 und 1217 wie folgt gefasst:

<i>„Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
1213					

Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen und gegebenenfalls Anpassung anderer Kontakt-linsen (Haftschalen) - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie –

Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht getragen und müssen deshalb weiche Kontaktlinsen angepasst werden, sind die Leistungen nach der Nummer 1210 oder 1211 nicht erneut, sondern lediglich die Leistungen nach der Nummer 1212 oder 1213 berechnungsfähig.

Daneben nicht abrechenbar: 2

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
1217					

Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes

Daneben nicht abrechenbar: 2“

45. In III. Gelenkchirurgie werden die Allgemeinen Bestimmungen wie folgt gefasst:

„Allgemeine Bestimmungen

Werden Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136 an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig. Für arthroskopische Leistungen wird auf die Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts L. XVII. Arthroskopie verwiesen.“

46. In I a. Wundbehandlung mit Vakuumversiegelungstherapie werden die Nummern 2018, 2019 und 2020 wie folgt gefasst:

<i>„Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
2018					

Vakuumversiegelung

Bei den Kosten handelt es sich um eine Tagespauschale. Mit der Pauschale sind alle Kosten einschließlich der Miete des Gerätes, aller Behandlungen und Materialkosten abgegolten. Sie kann für jeden Kalendertag der Behandlung mit Ausnahme des letzten Behandlungstages abgerechnet werden.

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2019					

Erstanlage einer Vakuumversiegelung - als selbstständige Leistung

Die Untersuchung, Beratung, Einweisung in Handhabung und Pflege des Systems, die Vorbereitung der Wunde und Anlage der Wundauflage sind Bestandteil der Leistung. Neben der Pauschale der Besonderen Kosten können keine weiteren Leistungen nach BG-Nebenkostentarif abgerechnet werden. Die Leistung kann nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: 1, 2, 2000 – 2016, 2018, 2020 - 2065

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2020					

Wechsel einer Vakuumversiegelung - als selbstständige Leistung

Der Wechsel der Wundauflage und des Behälters, die Behandlung an der Wunde sowie die Neuanlage der Wundauflage, die Untersuchung und Beratung sind Bestandteil der Leistung. Neben der Pauschale der Besonderen Kosten können keine weiteren Leistungen nach BG-Nebenkostentarif abgerechnet werden. Die Leistung kann maximal dreimal in der Kalenderwoche abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: 1, 2, 2000 – 2016, 2018, 2020 - 2065

47. In III. Gelenkchirurgie erhalten die Nummern 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2195 und 2196 den Status „nicht besetzt“.

48. In XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen erhält die Nummer 3300 den Status „nicht besetzt“.

49. Nach dem Unterabschnitt XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen wird folgender Unterabschnitt XVII. Arthroskopie neu eingefügt:

„XVII. Arthroskopie

Allgemeine Bestimmungen

Teil A.

1. Die Leistungen nach dem Abschnitt L. XVII. gelten für alle Gelenke. Gelenke sind unabhängig der anatomischen Strukturen als Funktionseinheit zu sehen. Auch wenn mehrere Zugänge erfolgen und/oder in verschiedenen Gelenkbereichen operiert wird, kann jeweils nur eine der Leistungen nach den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 oder 3440 im Rahmen derselben Sitzung abgerechnet werden. Die am höchsten bewertete Leistung ist abrechenbar.

2. Arthroskopische Leistungen werden nach den Sätzen der Besonderen Heilbehandlung abgerechnet. Es sind die der jeweiligen Leistung zugewiesenen Besonderen Kosten abzurechnen. Eine Wahlmöglichkeit zwischen den Besonderen Kosten und Teil A. der UV-GOÄ besteht nicht. Zu den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 oder 3440 kann ein Materialzuschlag abgerechnet werden. Dieser wird aus Gründen der Darstellung bei den Kosten der besonderen Heilbehandlung ausgewiesen. Daher erfolgt abweichend von der Systematik der Berechnung der Sachkosten bei ärztlichen Leistungen des BG-T eine derartige Berechnung bei den Nummern 3401, 3411, 3421, 3432 und 3441 nicht.

3. Die Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang mit einer der arthroskopischen Leistungen nach den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 oder 3440 des Abschnitts L. XVII. ist Bestandteil der Zielleistung. Dies gilt auch dann, wenn neben einer zunächst arthroskopischen Operation im direkten zeitlichen Zusammenhang eine offene Operation erfolgt. Die Nr. 3400 kann dann nicht abgerechnet werden.

Wird nach einer ausschließlichen Diagnostik keine Leistung aus diesem Abschnitt durchgeführt, ist die Nr. 3400 UV-GOÄ abzurechnen.

4. Neben einer ausschließlich arthroskopisch durchgeführten Operation des Abschnitts L. XVII. können keine offenen Operationsleistungen der UV-GOÄ abgerechnet werden.

Zuschläge aus diesem Abschnitt können ausschließlich neben arthroskopischen Leistungen abgerechnet werden.

5. Werden neben einer arthroskopischen Operation an demselben Gelenk offene Operationsleistungen durchgeführt, sind die Ausschlüsse der Allgemeinen Bestimmungen Abschnitt III.- Gelenkchirurgie zu beachten.

6. Der Operationsbericht ist Bestandteil der arthroskopischen Leistungen und dem Unfallversicherungsträger auf Anforderung vorzulegen. Die Schnitt-Naht-Zeit ist verpflichtend zu dokumentieren.

7. Die in den Leistungsbeschreibungen der Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 und 3440 mit „einschließlich“ aufgeführten Leistungen können im Zusammenhang mit einer arthroskopischen Operation nicht zusätzlich mit einer anderen Gebühr abgerechnet. Sie sind Bestandteil der Leistung.

8. Zu der Leistung nach Nr. 3400 kann einmalig der Zuschlag nach Nr. 443 abgerechnet werden.

Zu den Leistungen nach den Nrn. 3410, 3420, 3430 oder 3440 kann einmalig der Zuschlag nach Nr. 445 abgerechnet werden.

9. Die Regelungen zum ambulanten Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (Berechtigung zum ambulanten Operieren) sowie die Vorstellungspflichten nach § 37 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sind zu berücksichtigen. Ausnahmen für die Durchführung ambulanter arthroskopischer Operationen sind ausschließlich nach vorheriger schriftlicher Kostenzusage durch den Unfallversicherungsträger möglich.

Teil B.

Geräte, Materialien

1. Soweit im Einzelfall Videoaufzeichnungen vom Kostenträger angefordert werden, sind diese Selbstkosten gesondert berechenbar. Eine Berechnung ist nicht möglich, wenn die Anforderung zum Nachweis und zur Prüfung abgerechneter Leistungen erfolgt.
2. Bei Notwendigkeit eines Shaver-Einsatzes sind unter Berücksichtigung der Wiederverwertbarkeit die anteiligen Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Die Wiederverwendbarkeit ist zwingend in der Rechnung anzugeben.
3. Bei Notwendigkeit eines auswechselbaren Mikro-Skalpells sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar.
4. Die Kosten für Implantate, Spezialnahtmaterial oder spezielles Fadenmaterial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar.
5. Die Kosten für Spezialbohrer (Einmalverwendung) sind als Selbstkosten gesondert berechenbar.
6. Bei Einsatz von Meniskus-Fixationssystemen (z.B. Anker o.Ä.) sind diese Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Der Nachweis über die Anzahl der verwendeten Anker o.Ä. ist durch eine eindeutige Darstellung in Bilddokumentation, Grundvoraussetzung für die Kostenerstattung.
7. Bei Notwendigkeit der Verwendung einer Einmal-Elektrosonde sind unter Berücksichtigung der Wiederverwertbarkeit die anteiligen Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Die Wiederverwendbarkeit ist zwingend in der Rechnung anzugeben.

Teil C - Leistungen/Gebühren

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3400		105,02			

Arthroskopie als diagnostische Maßnahme einschließlich

- aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten,
 - dem Team-Time-Out,
 - aller Spülungen,
 - Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale
 - Intraartikulärer Injektionen
 - Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe,
 - Anlage der Redondrainage(n),
 - Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden,
 - Kühlung(en),
 - der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc.,
 - aller intra- und postoperativen Untersuchungen am OP-Tag
 - Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag
- sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation

Die Nr. 3400 kann nur für eine ausschließlich diagnostische Maßnahme oder im Zusammenhang mit einer offenen Operation abgerechnet werden. Eine Abrechnung neben anderen Leistungen des Abschnitts L. XVII. – Arthroskopie ist nicht möglich. Neben der Leistung nach Nr. 3400 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 443 sowie 3401 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3401		35,00			

Zuschlag zur Nr. 3400 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Gebrauch.

Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen.

Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags.

Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden. OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.

Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3410		314,75			

Resezierende, entfernende arthroskopische Operation eines Gelenkes einschließlich

- aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten,
- dem Team-Time-Out
- der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang,
- aller Spülungen,
- Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale
- Intraartikulärer Injektionen,
- Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe,
- Anlage der Redondrainage(n),
- Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden,
- Kühlung(en),
- der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc.,
- aller intra- und postoperativen Untersuchungen, am OP-Tag
- Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag
- sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation

Neben der Leistung nach Nr. 3410 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3411 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3411		50,00			

Zuschlag zur Nr. 3410 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Gebrauch.

Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags. Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden.

OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.

Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3420		490,38			

Arthroskopisch rekonstruktive, erhaltende Operation an einem Gelenk einschließlich

- aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten,
- dem Team-Time-Out,
- der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang,
- aller resezierenden Maßnahmen,
- aller Spülungen,
- Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale
- Intraartikulärer Injektionen,
- Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe,
- Anlage der Redondrainage(n),
- Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden,
- Kühlung(en),
- der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc.,
- aller intra- und postoperativen Untersuchungen, am OP-Tag
- Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag
- sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation

Band,- Sehnen,- Labrum,- Diskus,- und Kapselrekonstruktionen (Nähte) sind mit dieser Leistung nicht abzurechnen.

Neben der Leistung nach Nr. 3420 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3421 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3421		150,00			

Zuschlag zur Nr. 3420 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Gebrauch.

Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags. Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden.

OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.

Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3422		100,51			

Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 3420 für einen weiteren in derselben Operation zusätzlichen rekonstruktiven arthroskopischen Eingriff

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3430		944,93			

Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Bandes/einer Sehne/eines Labrums/eines Diskus, einer Kapsel oder die Implantation von autologem, allogenen oder alloplastischen Gewebe oder Material an einem Gelenk oder Refixation eines osteochondralen Fragmentes oder einer Fraktur oder Stabilisierung des ACG durch Fixationsverfahren (z.B. VKB oder HKB, RM einschließlich

- aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten,
- dem Team-Time-Out,
- Kapselnaht,
- der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang,
- aller resezierenden Maßnahmen,
- aller Spülungen,
- Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale
- Intraartikulärer Injektionen,
- Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe,
- Anlage der Redondrainage(n),
- Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden,
- Kühlung(en),
- der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc.,
- aller intra- und postoperativen Untersuchungen, am OP-Tag
- Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag
- sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation

Neben der Leistung nach Nr. 3430 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3431 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
3431		200,00			

Zuschlag zur Nr. 3430 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Gebrauch.

Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags.

Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden.

OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.

Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
3432		144,01			

Zuschlag zu der Nr. 3430 für die Entnahme körpereigener(n) Sehne(n) für Bandoperationen an einem Gelenk einschließlich aller Maßnahmen der Vorbereitung und Versorgung der Entnahmestelle.

Unabhängig der Anzahl und des Umfangs der Aufbereitung des entnommenen Materials kann die Leistung bei der Entnahme an einem Bein nur einmal abgerechnet werden. Erfolgt die Entnahme an beiden Beinen, weil an einem Bein nicht ausreichend Material vorhanden ist, kann die Leistung ein zweites Mal abgerechnet werden.

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
3433		150,00			

Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 3430 für einen weiteren in derselben Operation zusätzlichen rekonstruktiven arthroskopischen Eingriff.

Die Leistung kann je weiteren Eingriff, maximal, aber drei Mal abgerechnet werden.

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
3434		34,75			

Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3430 unter Verwendung von allogenen oder alloplastischem Gewebe oder Material

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
3435		171,42			

Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440 unter Verwendung von autogenem Material incl. der Spongiosa Transplantation

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
3440		522,71			

Vorbereitende arthroskopische Operation für eine zukünftig geplante rekonstruktive Arthroskopie an einem Gelenk einschließlich

- *aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten,*
- *dem Team-Time-Out,*
- *der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang,*
- *aller resezierenden Maßnahmen,*
- *aller Spülungen,*
- *Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale*
- *Intraartikulärer Injektionen,*
- *Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe,*
- *Anlage der Redondrainage(n),*
- *Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden,*
- *Kühlung(en),*
- *der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc.,*
- *aller intra- und postoperativen Untersuchungen, am OP-Tag*
- *Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag*
- *sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation*

Neben der Leistung nach Nr. 3440 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3441 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
3441		150,00			

Zuschlag zur Nr. 3440 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Bedarf.

Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen.

Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags.

Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden.

OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.

Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
3442		34,75			

Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440 unter Verwendung von autologem oder alloplastischem Gewebe oder Material

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
3443		128,30			

Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440 unter Verwendung von autogenem Material incl. der Spongiosa Transplantation

<i>Nummer</i>	<i>Allgemeine HB</i>	<i>Besondere HB</i>	<i>Besondere Kosten</i>	<i>Allg. Kosten</i>	<i>Sachkosten</i>
3444		130,00			

Zuschlag zu der Nr. 3440 für die Entnahme von autologem Knorpel zum Anzüchten eines körpereigenen Ersatzes.“