

## **Beschlüsse**

**der ständigen Gebührenkommission nach § 52  
des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger  
(Sitzung am 19. Oktober 2004)**

## 1. Regelungen zum ambulanten Operieren

In Kapitel C wird hinter Abschnitt VII folgender Abschnitt VIII eingefügt:

### „Kapitel VIII - Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen -

#### Allgemeine Bestimmungen

#### 1. Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV)

1.1. Anwendung des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzender Eingriffe. Zur Entscheidung, ob eine Operation unter ambulanten oder stationären Bedingungen durchzuführen ist, wird der „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzender Eingriffe“ nach Anlage 1 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (Stand: 01.01.2004) für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechend zu Grunde gelegt.

#### 1.2 Vorrang der ambulanten Leistungserbringung

Die in dem Katalog mit \* gekennzeichneten Leistungen sollen im Regelfall ambulant erbracht werden. Wird die Leistung stationär erbracht, ist dies gesondert zu begründen. Die Entscheidung obliegt dem Durchgangsarzt, dem H-Arzt, dem Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UVTr. nach Art oder Schwere der Verletzung, bzw. dem entsprechenden Facharzt bei Augen- und/oder HNO-Verletzungen und ggf. dem nach § 25 des Vertrages Ärzte/UVTr. hinzugezogenen Facharzt auf seinem Fachgebiet. Die Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens (siehe Pt. 1.4) sind zu beachten.

Eine stationäre Leistungserbringung kann insbesondere in Betracht kommen, wenn die in Anlage 2 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V (Stand: 01.01.2004) genannten „Allgemeinen Tatbestände“ erfüllt sind. Bei der Entscheidung ist darüber hinaus die Gesamtkonstellation der Verletzungsfolgen und deren Auswirkungen auf die individuelle Situation und den Gesundheitszustand des Patienten zu berücksichtigen.

#### 1.3 Anwendung des Vertrages Ärzte/UV-Träger

Die allgemeinen und besonderen Regelungen für die Heilbehandlung bei Arbeitsunfällen nach dem Vertrag Ärzte/UV-Träger, insbesondere über Vorstellungspflichten beim Durchgangsarzt, die Hinzuziehung anderer Ärzte durch den Durchgangsarzt oder H-Arzt sowie Unterstützungs- und Berichtspflichten, bleiben unberührt.

#### 1.4 Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens

Handelt es sich um eine Verletzung des Verletzungsartenverzeichnisses, hat der behandelnde Arzt dafür zu sorgen, dass der Patient unverzüglich in ein von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus überwiesen wird. Der an diesem Krankenhaus tätige Durchgangsarzt entscheidet nach Art oder Schwere der Verletzung, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich ist. Er kann die Behandlung ambulant durchführen oder einen anderen qualifizierten Arzt mit der ambulanten Behandlung beauftragen.

Eine Überweisung in ein beteiligtes Krankenhaus ist in den Fällen der Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses dann nicht erforderlich, wenn es sich bei dem behandelnden Arzt um einen Handchirurgen handelt, der zur Behandlung Unfallverletzter von einem Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften zugelassen ist (§ 37 Vertrag Ärzte/UV-Träger).

#### 1.5 Berechtigung zur Durchführung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen

Zur Durchführung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen in der GUV berechtigt sind in Praxis niedergelassene oder an Krankenhäusern tätige Durchgangsarzte und H-Ärzte bzw. Augen- und HNO-Ärzte und Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UVTr. bei Verletzungen auf dem jeweiligen Fachgebiet und Ärzte für Anästhesie, wenn sie hierzu von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen sind und/oder die Erklärungen nach § 3 der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationärsersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V“ (Stand 01.01.2004) abgegeben haben, die fachlichen und räumlich-apparativen Voraussetzungen erfüllen und die notwendigen Pflichten anerkennen. Durchgangs- und H-Ärzte sind berechtigt Arbeitsunfallverletzte an Ärzte, die zum ambulanten Operieren in der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind, zur ambulanten Leistungserbringung zu überweisen (§§ 25 und 34 Vertrag Ärzte/UV-Träger).

In Zweifelsfällen ist die Erfüllung der Anforderungen gegenüber dem zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften nachzuweisen. Der Landesverband kann verlangen, dass der Arzt/das Krankenhaus die abgegebenen Erklärungen zur Einsichtnahme zur Verfügung stellt.

Der Arzt/das Krankenhaus ermöglicht dem Landesverband, jederzeit die Erfüllung der Anforderungen zu überprüfen.

#### 2. Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die

erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z.B. Kosten für Operations- und Aufwächräume oder Gebühren bzw. Kosten für wieder verwendbare Operationsmaterialien bzw. – geräte) Zuschläge berechnet werden. Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge dann berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.

3. Die Leistungen nach den Nummern 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach Nummern 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach Nummern 446 bis 447 gebundenen Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden. Die Leistungen sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.
4. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Bewertung.
5. Die Leistungen nach den Nummern 448 und 449 sind im Zusammenhang mit derselben Operation nur von einem der an dem Eingriff beteiligten Ärzte und nur entweder neben den Leistungen nach den Nummern 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nummern 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nummern 448 oder 449 darf die Leistung nach Nummern 56 und 57 nicht berechnet werden.
6. Die Zuschläge/Leistungen nach den Nummern 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.

<b>Nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>Gebühr</b>
440	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig	27,60 €
441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung Der Zuschlag nach Nr. 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.	Nr. 441 beträgt 100% des Gebührensatzes für die allgemeine Heilbehandlung der betreffenden Leistungen, jedoch höchstens 79,92 €)
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von	27,60 €

	<p>operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 695, 1011, 1014, 1044, 1085, 1086, 1089, 1097, 1098, 1112, 1113, 1131, 1140, 1292, 1301, 1321, 1356, 1357, 1377, 1428, 1438, 1441, 1445, 1457, 1467, 1468, 1493, 1513, 1527, 1534, 1576, 1586, 1713, 1740, 1741, 1755, 1767, 1816, 2010, 2062, 2065, 2066, 2072, 2080, 2084, 2100, 2122, 2158, 2170, 2250, 2256, 2293, 2295, 2347, 2380, 2381, 2402, 2405, 2430, 2431, 2441, 2660, 2671, 2694, 2800, 2890, 3120, 3220, 3237.</p> <p>Der Zuschlag nach Nr. 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.</p>	
443	<p>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, 2348, 2382, 2384, 2386, 2393, 2397, 2404, 2410, 2421, 2580, 2650, 2651, 2656, 2657, 2670, 2730, 2751, 2801, 3300.</p> <p>Der Zuschlag nach Nr. 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</p>	51,77 €
444	<p>Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 700, 701, 1041, 1045, 1055, 1060, 1121, 1125, 1155, 1156, 1284, 1302, 1304, 1306, 1311, 1332, 1348, 1353, 1355, 1358, 1360, 1365, 1366, 1384, 1485, 1497, 1597, 1612, 1636, 1756, 1815, 2064, 2074, 2075, 2076, 2081, 2087, 2088, 2091, 2106, 2111, 2134, 2140, 2213, 2273, 2296, 2297, 2349, 2355, 2383, 2392, 2392<sub>a</sub>, 2396, 2417, 2418, 2420, 2440, 2442, 2583, 2655, 2675, 2881, 3096, 3241, 3283.</p>	89,73 €

	<p>Der Zuschlag nach Nr. 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</p>	
445	<p>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, 2189, 2190, 2191, 2193, 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.</p> <p>Der Zuschlag nach Nr. 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.</p>	151,85 €
446	<p>Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nummern 453, 469, 476, 478, 480, 497, 498 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen.</p> <p>Der Zuschlag nach Nr. 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.</p>	20,71 €
447	<p>Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nummern 460, 462, 470, 471, 472, 473, 474, 481 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen.</p> <p>Der Zuschlag nach Nr. 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.</p>	44,87 €
448	<p>Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum</p>	41,41 €

	<p>Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen</p> <p>Die Leistung nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 448 ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 10, 56 und 57 sowie der Leistung nach Nummer 449 nicht berechnungsfähig.</p>	
449	<p>Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen</p> <p>Die Leistung nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 449 ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 10, 56 und 57 sowie der Leistung nach Nummer 448 nicht berechnungsfähig.“</p>	62,12 €

2. Streichung der Allgemeinen Bestimmungen in Teil I – Augenheilkunde – und Teil J – Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde -

„Die Allgemeinen Bestimmungen in Teil I. - Augenheilkunde - (vor Nummer 1200) und die Allgemeinen Bestimmungen in Teil J. - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde - (vor Nummer 1400) werden gestrichen.“

3. Neufassung der Leistungslegenden der Nrn. 2189, 2190 und 2193

„Die Leistungslegenden der Nummern 2189, 2190 und 2193 werden wie folgt gefasst:

2189	Resezierende arthroskopische Operation eines Gelenkes mit z.B. Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus - gegebenenfalls einschließlich Plicatteilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper -
2190	Arthroskopische erhaltende Operation in einem Gelenk (z. B. Meniskusnaht, Refixation)
2193	Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem großen

	Gelenk bei chronischer Gelenkentzündung - gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten“
--	--

4. Gebührenregelung für die elektronische Übermittlung von Arztberichten im Rahmen des DALE-UV-Verfahrens

Kapitel B Abschnitt VI - Besondere Regelungen - wird um Nr. 192

„- elektronische Übermittlung eines Arztberichts an den UV-Träger - 0,35 Euro ergänzt.“

5. Aufnahme von weiteren Leistungslegenden in das Kapitel E – Physikalisch-medizinische Leistungen –

Kapitel E - Physikalisch-medizinische Leistungen – wird um folgende Leistungen ergänzt:

„Nr. 528.....Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen

(Behandlungszeit 20 Minuten)

allgem. Heilbehandlung: 9,19 Euro; besondere Heilbehandlung: 11,44 Euro

Nr. 529.....Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung, ein Körperabschnitt (Arm, Bein, Schulter, Nacken) auch Fangokneten

(Behandlungszeit 20 Minuten)

allgem. Heilbehandlung: 12,33 Euro; besondere Heilbehandlung: 15,34 Euro

6. Neufassung der Leistungslegende der Nr. 55

Die Leistungslegende der Nr. 55 wird wie folgt neu gefasst:

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

Die bisherige Anmerkung bleibt bestehen.

7. Ergänzung der Nummer 3 der Allgemeinen Bestimmungen zu Kapitel O. I

Die Nummer 3 der Allgemeinen Bestimmungen zu Kapitel O. I wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Der UV-Träger erhält eine Kopie; Portokosten sind zu erstatten.“

8. Redaktionelle Anpassungen am Gebührenverzeichnis

8.1 Für den in Kapitel B VI Nr. 4 der Allgemeinen Bestimmungen geregelten Kostenersatz kann die Abrechnung als Nummer 193 erfolgen.

8.2 Für den in der Anmerkung zu Nummer 1403 geregelten Kostenersatz kann die Abrechnung als Nummer 194 erfolgen.

8.3 Für den in Kapitel O. Nr. 8 der Allgemeinen Bestimmungen geregelten Kostenersatz kann die Abrechnung als Nummer 195 erfolgen.

8.4 In Kapitel O. wird die Überschrift „I. Strahlendiagnostik“ nach der Nummer 8 der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführt.

9. Neufestsetzung der Gebührensätze

„Nachstehende Nummern werden wie folgt vergütet:

<b>UV-GOÄ-Nr.</b>	<b>allgem. Heilbehandlung</b>	<b>bes. Heilbehandlung</b>
2062	34,51 €	42,95 €
2118	44,87 €	55,83 €
2122	38,24 €	47,59 €
2156	44,87 €	55,83 €
2210	41,41 €	51,54 €
2339	63,78 €	79,37 €
2354	63,78 €	79,37 €
2801	44,87 €	55,83 €

10. Neue Gebührenregelung für „Wundreinigungsbad“

Kapitel L Abschnitt I wird um Nr. 2016 „Wundreinigungsbad - mit und ohne Zusatz –“ ergänzt.

Allgem. Heilbehandlung: 3,18 Euro; besondere Heilbehandlung: 3,95 Euro

## 11. Protokollnotiz zu dem Beschluss zur Aufnahme von Regelungen zum ambulanten Operieren

- 11.1 Da die Gebührenordnungen GOÄ und EBM in ihrer Leistungsstruktur nicht kongruent sind und bis zur Einführung die Auswirkungen im Vergleich zum EBM nicht in allen Einzelheiten feststehen, verständigen sich die Vertragspartner auf folgende Vorgehensweise:

Stellen die Vertragspartner nach Aufnahme der Regelungen zum ambulanten Operieren in die UV-GOÄ fest, dass einzelne Leistungen der UV-GOÄ unter Einbeziehung der Zuschläge im Vergleich zum geltenden EBM erheblich unterbewertet sind, sind diese Leistungen nach einer Einführungsphase (6 Monate) durch die Vertragspartner neu zu bewerten.

- 11.2 Die Vertragspartner sind sich darüber einig, die Auswirkungen der Regelungen zum ambulanten Operieren hinsichtlich Kostenentwicklung und Behandlungsqualität zu beobachten und – soweit sich Fehlentwicklungen ergeben – über Korrekturen zu verhandeln.

### 11.3 Fallpauschaliertes Vergütungssystem

Die Vertragspartner beabsichtigen, nach der Einführung eines fallpauschalierten Vergütungssystems in der gesetzlichen Krankenversicherung dessen Übertragung auf die gesetzliche Unfallversicherung zu prüfen.

(Die Änderungen gelten ab dem 01. Januar 2005 und werden veröffentlicht)