

## **Überarbeitung der neuen UV-GOÄ**

### Überarbeitete Abschnitte

- Grundleistungen
- Arthroskopische Leistungen
- 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.).

## Legende Änderungen:

rot\* = Streichung/Änderung

grün = neuer Inhalt

blau = Erläuterungen zu Änderungen

? = Anpassungsbedarf mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – Verhandlungen laufen; Ergebnis wird nachgetragen

gerade schwarz = beibehaltene Leistungsbeschreibung

*kursiv* (je nach Farbe) = Nebenbestimmung zur Leistungsbeschreibung

\*Ist eine Gebührennummer ausschließlich rot (ohne Angabe grüner Leistungsinhalte), entfällt die Gebührennummer in der Zukunft und erhält den Status „nicht besetzt“.

**(Das Inhaltsverzeichnis wird angepasst, wenn alle Detailarbeiten abgeschlossen sind)**

## Inhaltsverzeichnis

Hinweise zur Abrechnung

A. Abrechnung der ärztlichen Leistungen 1 bis 193

B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

1 bis 19	I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen
20 bis 36	II. Leistungen unter besonderen Bedingungen
45 bis 61 8	III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz
71 bis 91	IV. Wegegeld und Reiseentschädigungen
100 bis 109	V. Todesfeststellung
110 bis 196 3	VI. Besondere Bedingungen
2000 bis 3321 444	L. Chirurgie, Orthopädie
2100 bis 2196 84	III. Gelenkchirurgie
3300 1 bis 3321	XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen
3400 bis 3444	XVII. Arthroskopie

## (Neuer Hinweis noch vor Teil A und B)

### Hinweise zu der Abrechnung von Materialien

Materialien können nach dem Berufsgenossenschaftlichen Nebenkostentarif (BG-NT) oder nach Teil 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 Teil 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 Teil 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 Teil 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.

### 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 Abschnitt L. XVII.

2. Der Arzt kann Gebühren nur für **persönliche selbständige** 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

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

## **B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen**

### **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 Leistung nach Nummer 1 ist neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 1 ist neben der Leistung nach Nummer 6 nicht berechnungsfähig.

3. 2. Die Leistungen nach den Nummern 1 bis 2, 5, 11 und 12 14 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, 4 und 11 und 12 bis 14 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach den Nummern 6 bis 9 generell zu begründen.

4. Die Leistung nach Nummer 1 ist neben den Leistungen nach den Nummern 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.

5. Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14 und/oder 18 nicht berechnungsfähig.

6. Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig

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

7.

4. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.

8. Neben einer Leistung nach Nummer 6 bis 9 sind die Leistungen nach den Nummern 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 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.

## I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

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. 6 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

2 Leistung nach Nummer 1, jedoch außerhalb der Sprechstunde  
neu in Zuschlag Nr. 3

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

frühere Nr. 6

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.*

3 Leistung nach Nummer 1, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)

4 Leistung nach Nummer 1, jedoch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>3</b>	7,58	9,42		?	?

neue Leistung

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
<b>4</b>	10,00	10,00		?	?

neue Leistung

Zuschlag zu Nr. 1 oder 2 für die Entscheidung des Durchgangsarztes, keine Behandlung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers einzuleiten bzw. diese abzubrechen. 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
<b>5</b>	10,00	10,00		?	?

neue Leistung

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.*

6 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 sowie der notwendigen Beratung. Neben der Leistung nach Nummer 6 ist die Leistung nach Nummer 826 nicht berechnungsfähig. Die Leistung kann pro Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechnet werden. (jetzt neue Nr. 2)

6a Leistung nach Nr. 6, zusätzlich neben den Leistungen nach Nrn. 50 bis 50e einmal berechnungsfähig. Anmerkung: Die Notwendigkeit der Leistung nach Nr. 6a ist auf der Rechnung zu begründen (z.B. ärztliche Versorgung von Schwerverletzten und -erkrankten, Verdacht auf multiple Verletzungen) (jetzt neue Nr. 52)

6b Leistung nach Nr. 6 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.  
(jetzt neue Nr. 735)

7 Leistung nach Nummer 6, jedoch außerhalb der Sprechstunde

8 Leistung nach Nummer 6, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)

9 Leistung nach Nummer 6, jedoch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>10</b>		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 – 29 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 Untersuchungs-

leistungen, 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. **Neben der Nr. 10/10a kann die Nr. 60 nicht abgerechnet werden.** 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*

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

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

**Die Leistung ist nicht neben der Nr. 10 berechnungsfähig.**

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

**10 b 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. Die Leistung ist nicht neben den Nummern 10 - 10a und 10c berechnungsfähig.  
(neu verortet Nummer 730)**

**10 c 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. Die Leistung ist nicht neben den Nummern 10 – 10b berechnungsfähig  
(neu verortet Nummer 731)**

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>11</b>	3,35	4,17		1,74	1,74

Beratung, auch mittels Fernsprecher, als alleinige Leistung

**12 Leistung nach Nummer 11, jedoch außerhalb der Sprechstunde**

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

*vormals 12-14*

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

13 Leistung nach Nummer 11, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)

14 Leistung nach Nummer 11, jedoch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>15</b>	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.

*Neben der Leistung können die Leistungen nach den Nummern 17, 17b, 19 und 34 nicht abgerechnet werden.*

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

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

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

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>17</b>		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 sind die Nummern 34 und 35 nicht abrechenbar.*

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

17 a Erstellung eines individuellen Hautschutzplanes nach vorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger Die Leistung beinhaltet auch die Besprechung des Hautschutzplanes mit dem Erkrankten.  
(neu verortet Nr. 736)

17 b Fortschreibung des Reha- und Teilhabeplanes nach Nr. 17 UV-GOÄ. Die Mitwirkung bedarf eines Auftrages durch den UV-Träger. Daneben sind die Nummern 17, 34 und 35 nicht abrechenbar.  
(jetzt neu Nr. 18)

18 Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata  
(neu verortet Nummer 1774)

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>18</b>		67,90			

(alte Nr. 17b)

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

Daneben sind die Nummern 17, 34 und 35 nicht abrechenbar.

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

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>19</b>	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*

**19 a Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt**  
(neu verortet Nummer 730)

## II. Leistungen unter besonderen Bedingungen

**20 Beratungsgespräch in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten)**

**21 Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung**  
(neu verortet Nummer 1004)

**22 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**  
(neu verortet Nummer 1005)

33 Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (bei Diabetes, Gestationsdiabetes oder Zustand nach Pankreatektomie) - einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetologischen Gesichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens - ggf. auch für gleichwertig strukturierte Schulungsprogramme.

34 Vom Unfallversicherungsträger beauftragte bzw. auf Veranlassung des Versicherten durchgeführte Untersuchung einschließlich Einschätzung zum bisherigen Verlauf, zum Stand des Heilverfahrens und/oder zu laufenden oder geplanten Maßnahmen der medizinischen Behandlung bzw. Rehabilitation durch einen anderen als den behandelnden Arzt. Sofern die Untersuchung auf Veranlassung des Versicherten erfolgen soll, kann diese nach dieser Nr. abgerechnet werden, wenn der Unfallversicherungsträger im Sinne der Heilverfahrenssteuerung über die beabsichtigte Untersuchung informiert wurde und die Kostenübernahme bestätigt hat. Die Leistung kann einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden. Eine nochmalige Abrechnung durch denselben Arzt ist nicht zulässig. Die Leistung umfasst die Sichtung und Auswertung der vorhandenen medizinischen Unterlagen einschl. bildgebender Diagnostik, eine umfassende Untersuchung und Beratung im Sinne der Nr. 6 sowie die zeitnahe Erstattung eines Berichtes über das Ergebnis der Untersuchung. Bestandteil des Berichts sind bei Beauftragung durch den Unfallversicherungsträger die Beantwortung der durch diese formulierten Fragestellungen, Empfehlungen zu weiteren diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen, Einschätzung der weiteren Dauer der Arbeitsunfähigkeit und evtl. erforderlicher Teilhabeleistungen. Bei Veranlassung der Untersuchung durch den Versicherten ist der Unfallversicherungsträger über Inhalt und Ergebnis der erfolgten Beratung zu informieren. Alle Untersuchungs- und Beratungsleistungen mit Ausnahme bildgebender Diagnostik sowie weiterer zur Diagnostik erforderlichen Maßnahmen (z. B. Funktionsmessungen, Laboruntersuchungen) sind mit der Gebühr abgegolten. Daneben können die Nummern 35 und 36 nicht abgerechnet werden.

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>34</b>	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 können die Nummern 1, 2, 35 und 36 nicht abgerechnet werden.*

*Eine Berichterstattung über das Ergebnis der Untersuchung ist Bestandteil der Leistung.*

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

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>35</b>	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.*

*Neben der Nr. 35 können die Nummern 17, 18 17b, 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.*

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

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>36</b>	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-Arzt es 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 61 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.*

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

### III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>45</b>	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.

Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14, 18, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.

Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 46 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 und 46 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

46 Zweitvisite im Krankenhaus

47 Kostenersatz zur Visite, je Tag, bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>48</b>	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.

Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11 bis 14, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig

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

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>50</b>	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.

50 a Leistung nach Nummer 50 (dringend angefordert und sofort ausgeführt oder wegen der Beschaffenheit der Krankheit gesondert notwendig)

50 b Leistung nach Nummer 50, jedoch aus der Sprechstunde heraus sofort ausgeführt

50 c Leistung nach Nummer 50, jedoch bei Nacht (bestellt und ausgeführt zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr)

50 d Leistung nach Nummer 50, jedoch bei Nacht (bestellt und ausgeführt zwischen 22 und 6 Uhr)

50 e Leistung nach Nummer 50, jedoch an Samstagen sowie an Sonn- und Feiertagen

Die Leistungen nach Nummern 50 bis 50e dürfen anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben den Leistungen nach Nummern 50 bis 50e sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 6, 7 bis 14, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 6a kann zusätzlich berechnet werden

51 Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Leistung nach den Nummern 50 bis 50e - einschließlich Beratung und Untersuchung  
neue Nummer 53

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>51</b>	17,89	22,28			

Neue Leistung

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

52 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)  
neue Nummer 54

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>52</b>	11,18	13,89			

Neue Leistung

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
<b>53</b>	23,27	28,96			

Alte Nummer 51

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

*Die Leistung nach Nummer 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nummer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1 -4, 11-14, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.*

*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
--------	---------------	--------------	------------------	--------------	------------

<b>54</b>	7,85	7,85			
-----------	------	------	--	--	--

Alte Nummer 52

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
<b>55</b>	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.

*Neben der Leistung nach Nummer 55 sind die Leistungen nach den Nummern 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.*

*Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen - wegen Erkrankung erforderlich -, je angefangene halbe Stunde*

*Verweilen neu in Nummer 56*

*Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 56, 60, 833*

**56 - am Tag**

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>56</b>	8,37	10,43		?	?

Neue Leistung aus Nummer 55

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*

**57 – bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)**

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>57</b>	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*

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>60</b>	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 unmittelbarem 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).*

*Neben der Nummern 60 kann die Nummer 36 nicht abgerechnet werden.*

*Daneben nicht abrechenbar: Nr. 36, 6002*

60 a am Tag

60 b bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>61</b>	11,00	14,00		?	?

Neue Leistung

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

61 a am Tag

61 b bei Nacht (zwischen 20 und 22 Uhr und zwischen 6 und 8 Uhr)

## 61 c bei Nacht (zwischen 22 und 6 Uhr)

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>62</b>	12,10	15,05		?	?

### Neue Leistung

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
<b>63</b>	11,00	14,00		?	?

### Neue Leistung

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

Nr. 68                      20,00 €                      20,00 €

Zuschlag zur Förderung von Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in Durchgangsarztpraxen bei niedergelassenen Durchgangsarzten

*Der Zuschlag kann einmal im Behandlungsfall für den Zeitraum der Betreuung und Anleitung eines oder mehrerer angestellter Ärzte in Weiterbildung im Gebiet Chirurgie zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie unter durchgangsarztlicher Aufsicht abgerechnet werden.*

*Voraussetzung ist, dass der Durchgangsarzt über eine aktuelle Weiterbildungsbefugnis in einer von der Ärztekammer zugelassenen Weiterbildungsstätte verfügt.*

*Diese Leistung kann nur von einem Arzt in der Praxis, einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem Medizinischen Versorgungszentrum abgerechnet werden.*

Leistung wird nicht zum 01.07.2026 umgesetzt

## **IV. Wegegeld und Reiseentschädigungen Allgemeine Bestimmungen**

1. Als Entschädigung für Besuche erhält der Arzt Wegegeld und Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

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, zu dem der Patient sich ebenfalls begeben muss. Dazu zählen beispielsweise die regelmäßige Arbeitsstätte des Arztes, eine Zweitpraxis oder der Ort einer belegärztlichen Tätigkeit usw.

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. Der Arzt kann für jeden Besuch innerhalb eines begrenzten Radius um die Praxisstelle ein Wegegeld berechnen.**

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.

**4. 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.

**71 Wegegeld bis zu zwei Kilometern**

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>71</b>	12,10	12,10			

**Neue Leistung**

**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.*

**72 Wegegeld bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)**

**73 Wegegeld bis zu fünf Kilometern**

**74 Wegegeld bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)**

**81 Wegegeld bis zu zehn Kilometern**

**82 Wegegeld bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)**

83 Wegegeld bis zu 25 Kilometern

84 Wegegeld bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)

86 Reiseentschädigung bei Benutzung des eigenen Kraftwagens je zurückgelegter Kilometer

87 Reiseentschädigung bei Benutzung anderer Verkehrsmittel tatsächliche Aufwendungen

88 Reiseentschädigung bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden je Tag

89 Reiseentschädigung bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag

91 Reiseentschädigung für notwendige Übernachtungen

## VI. Besondere Bedingungen

### 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 119 123.

3. Portoauslagen für angeforderte **oder gemäß Ärztevertrag zu erstattende** Berichte/Gutachten **ist sind - soweit kein Freiumschlag beigefügt ist -** dem Arzt zu erstatten.

4. Für die Übersendung von Krankengeschichten oder Auszügen (Fotokopien) daraus - auf Anforderung des UV-Trägers - wird ungeachtet des Umfangs ein Pauschsatz in Höhe der Nr. 193 UV-GOÄ, zuzüglich Porto, vergütet. Sie müssen vom absendenden Arzt durchgesehen und ihre Richtigkeit muß von diesem bescheinigt werden.

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

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>117</b>	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
<b>118</b>	42,42	42,42			

Ausführlicher Befundbericht auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers, **einschließlich Schreibgebühren**

**Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166**

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>119</b>	26,72	26,72			

Neue Leistung

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*

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>134</b>	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. **Neben der Nr. 134 kann die Nr. 190 nicht abgerechnet werden.**

*Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166*

## VI. a Bescheinigungen, Verordnungen (neu vor Nr. 143)

### 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.

143 bis 143 I:

**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.**

**Es wird jeweils der Zusatz zur Leitungsbeschreibung in der Leistungslegende gestrichen, da die Abrechnungsbestimmungen in die Allgemeinen Bestimmungen unter 1. aufgenommen wurden.**

### Formulargutachten

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>166</b>	5,15	5,15			

Vormals Nummer 190

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*

190 Schreibgebühren für Arztvordrucke nach den Nummern 117 bis 124 und Gutachten nach den Nummern 146 bis 154, 155 (ausgenommen audiologischer Befundbogen), 160, 161, 165 je Seite

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>191</b>	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
<b>192</b>	0,47	0,47			

Elektronische Übermittlung eines Arztberichtes an den Unfallversicherungsträger

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>193</b>	10,35	10,35			

Übersendung von Krankengeschichten - auf Anforderung des UV-Trägers - gem. B. VI Allgemeine Bestimmungen Nr.4 (zuzüglich Porto) Die Nr. 193 UV-GOÄ kann neben der Nr. 34 UV-GOÄ abgerechnet werden.

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*

194 Kopie und Versand von Tonschwellenaudiogrammen - auch beiderseits - (zuzüglich Porto) bzw. Hauttestprotokollen - vgl. Anmerkung zu Nr. 1403 (neu verortet – Nummer 737 und 1403a)

195 Übersendung angeforderter Röntgenaufnahmen (einschließlich Verpackung) pauschal je Sendung (zuzüglich Porto) - vgl. O. Allgemeine Bestimmungen Nr. 8 - 1). Diese Gebühr gilt auch für auf Anforderung des Kostenträgers oder eines anderen Arztes auf CD oder DVD übersandte Aufnahmen einschließlich der Herstellung.

196 Zu Hautkrankheiten gefertigte Fotos (Indikationen zur Fotodokumentation s. DGUV-Honorarleitfaden, Anlage 3 auf [www.dguv.de](http://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.  
(neu verortet Nummer 738)

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, **3300 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, **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, **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.

**Leistungen aus den Grundleistungen die an anderer Stelle verortet wurden.**

## **F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie**

730

(alte Nummer 10b)

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. **Die Leistung ist nicht neben den Nummern 10 - 10a und 10c berechnungsfähig.**

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

731

(alte Nr.10c)

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. **Die Leistung ist nicht neben den Nummern 10 und 10b berechnungsfähig**  
*Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 10, 730*

735

(alte Nummer 6b)

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.

736

(alte Nummer 17a)

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

737

Teil aus alter Nummer 194

Kopie und Versand von Hauttestprotokollen, zuzüglich Porto

738

(Alte Nummer 196)

Zu Hautkrankheiten gefertigte Fotos (Indikationen zur Fotodokumentation s. DGUV-Honorarleitfaden, Anlage 3 auf [www.dguv.de](http://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.

739

(Alte Nummer 19a)

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

**H. Geburtshilfe und Gynäkologie**

1004

(alte Nummer 21)

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. Neben der Leistung nach Nummer 21 sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14 oder 22 nicht berechnungsfähig.*

*Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1 – 15, 1005*

1005

(alte Nummer 22)

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. *Neben der Leistung nach Nummer 22 sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14 oder 21 nicht berechnungsfähig.*

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

## **J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**

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 -

*Für Kopie und Versand von Tonschwellenaudiogrammen - auch beiderseits - wird ein Betrag in Höhe von 3,14 Euro, zuzüglich Porto erstattet (Abrechnung als Geb.-Nr. 194).*

*Aktuell eigentlich 3,59 €, wird aber immer wieder bei der Anpassung vergessen, da nicht automatisiert erfasst. Deshalb zukünftig eine eigene Gebührennummer schaffen.*

1403 a

Teil aus alter Nummer 194

Kopie und Versand von Tonschwellenaudiogrammen - auch beiderseits - zuzüglich Porto

## K. Urologie

1774

(vormals in Nummer 18)

Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata

**Leistungen der UV-GOÄ die aufgrund der Überarbeitung der Grundleistungen und Arthroskopie-Leistungen anzupassen sind:**

300

Punktion eines Gelenks

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

301

Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks

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

302

Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks

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

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. **Die Leistung nach Nr. 448 ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 9, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummern 448a und 449 nicht berechnungsfähig**

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

448 a

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. **Die Leistung nach Nr. 448a ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 9, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummern 448 und 449 nicht berechnungsfähig.**

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

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. **Die Leistung nach Nr. 449 ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 9, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummer 448 und 448a nicht berechnungsfähig**

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

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 cm<sup>2</sup> der im Behandlungsplan festgestellten Gesamtfläche<sup>1</sup>, 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. **Leistungen nach Nrn. 1 und 6 sind enthalten und nicht gesondert abrechenbar.**

*Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2*

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. **Leistungen nach Nrn. 6 sind enthalten und nicht gesondert abrechenbar. Die Leistung ist nicht kombinierbar mit den Leistungen nach Nrn. 575 bis 577.**

*Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 575 - 577*

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. Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 9, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.*

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

801

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

*Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 6-9, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.*

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

826

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

*Neben der Leistung nach Nummer 826 sind die Leistungen nach den Nummern 6, 800 und nach Nummer 1412 nicht berechnungsfähig.*

*Daneben nicht abrechenbar: Nr. 2, 800, 1412*

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*

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 –

*Neben den Leistungen nach den Nummern 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nummern 6 – 9 nicht berechnungsfähig. Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht vertragen 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*

1217

Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes

*Neben der Leistung nach Nummer 1217 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 9 nicht berechnungsfähig.*

*Daneben nicht abrechenbar: 2*

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.

2019

Erstanlage einer Vakuumversiegelung - als selbstständige Leistung

Die Untersuchung, Beratung, Einweisung in Handhabung und Pflege des Systems, die Vorbereitung der Wunde und Anlage der Wundaufgabe sind Bestandteil der Leistung. **Daneben können keine weiteren Leistungen nach den Nrn. 1 - 9, 2000 - 2016, 2018, 2020 und 2065 abgerechnet werden.** Neben der Pauschale der **b**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*

2020

Wechsel einer Vakuumversiegelung - als selbstständige Leistung

Der Wechsel der Wundaufgabe und des Behälters, die Behandlung an der Wunde sowie die Neuanlage der Wundaufgabe, die Untersuchung und Beratung sind Bestandteil der Leistung. **Daneben können keine weiteren Leistungen nach den Nrn. 1 - 9, 2000 - 2016, 2018, 2019 und 2065 abgerechnet werden.** Neben der Pauschale der **b**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*

## Änderungen im Zusammenhang mit der Überarbeitung der Arthroskopischen Leistungen

### L. Chirurgie, Orthopädie

#### III. Gelenkchirurgie

Allgemeine Bestimmungen

Werden Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, und 2136, **2189, 2190, 2191 und/oder 2193** 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.*

**Neben den Leistungen nach den Nummern 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nummern 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig.**

**Die Leistungen nach den Nummern 2192, 2195 und/oder 2196 sind für operative Eingriffe an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.**

2189

Resezierende arthroskopische Operation eines Gelenkes mit z.B. Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus - gegebenenfalls einschließlich Plicarteilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper

2190

Arthroskopische erhaltende Operation in einem Gelenk (z. B. Meniskusnaht, Refixation)

2191

Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk - einschließlich Kapselnaht -

2192

Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2191 für die primäre Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder den plastischen Ersatz eines weiteren Bandes in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung

2193

Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem großen Gelenk bei chronischer Gelenkentzündung - gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten

2195

Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk - zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193

2196

Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193

## **XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen**

Nr. 3300

Arthroskopie - gegebenenfalls mit Probeexzision - als diagnostische Maßnahme

## **XVII. Arthroskopie (neuer Unterabschnitt)**

### **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 *(frühere Fußnoten bei den Leistungen 2189 – 2191)*

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
<b>3400</b>		105,02	? 154,83 Vorschlag	?	?

Arthroskopie als diagnostische Maßnahme einschließlich

- aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten,
- dem Team-Time-Out,

- aller Spülungen,
- Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale
- Intraartikuläre 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
<b>3401</b>		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
<b>3410</b>		314,75	? 136,22 Vorschlag	?	?

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
<b>3411</b>		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
<b>3420</b>		490,38	? 150,72 Vorschlag	?	?

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
<b>3421</b>		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
<b>3422</b>		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
<b>3430</b>		944,93	? 150,72 Vorschlag	?	?

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, allogenem 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*

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>3431</b>		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.*

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>3432</b>		144,01	? 23,33 Vorschlag	?	?

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.*

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>3433</b>		150,00	? 150,72 Vorschlag	?	?

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.*

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

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

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

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

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>3440</b>		522,71	? 150,72 Vorschlag	?	?

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*

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>3441</b>		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.*

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

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

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>3443</b>		128,30	? 15,66 Vorschlag	?	?

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

Nummer	Allgemeine HB	Besondere HB	Besondere Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
<b>3444</b>		130,00	? 23,30 Vorschlag	?	?

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