



LVBG

Landesverband Südwestdeutschland
der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Rundschreiben Nr. D 22/2004
814.2 - LV 8
(LVBG D 1.7)

69115 Heidelberg, 23.12.2004
Kurfürsten-Anlage 62
Telefon (0 62 21) 523-393

An die
Durchgangsarzte und Chefärzte der zur Behandlung Schwerunfallverletzter
zugelassenen Krankenhäuser

Wichtige Änderungen zum 1. Januar 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum 1. Januar 2005 treten einige **wichtige Änderungen** in Kraft, die für Ihre Tätigkeit als Durchgangsarzt **von erheblicher Bedeutung** sind. Hierüber informiert Sie dieses Rundschreiben. Bitte machen Sie sich damit vertraut. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne - auch telefonisch - zur Verfügung.

1. Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung

Zur Förderung des ambulanten Operierens werden „Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV)“ eingeführt. Die Grundsätze sind als Anlage 1 beigelegt. Sie enthalten Regelungen über

- die Anwendung des GKV-Kataloges ambulant durchführbarer Operationen und stationärer Eingriffe
- den Vorrang der ambulanten Leistungserbringung
- die Anwendung des Vertrages Ärzte/UV-Träger
- die Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens
- die Berechtigung zur Durchführung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen

Anwendung des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe

§ 115 b SGB V (Sozialgesetzbuch) verpflichtet nur die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe zu vereinbaren. Eine entsprechende Vorschrift existiert im Bereich des SGB VII für die gesetzliche Unfallversicherung nicht.

Der im Bereich der GKV bereits existierende umfassende Katalog eignet sich auch für Zwecke der Unfallversicherung. Ein eigener Katalog für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung wurde nicht zuletzt aus Vereinfachungsgründen nicht aufgestellt.

Zur Entscheidung, ob eine Operation unter ambulanten oder stationären Bedingungen durchzuführen ist, wird künftig der „**Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe**“ nach Anlage 1 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V – ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus – **auf dem Stand vom 01.01.2004 auch für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechend zu Grunde gelegt.**

Der Katalog ist beigefügt (Anlage 2).

Vorrang der ambulanten Leistungserbringung

Die in diesem Katalog mit einem **Stern gekennzeichneten Leistungen** sind auch in der gesetzlichen Unfallversicherung **im Regelfall ambulant** zu erbringen. Wird die Leistung dagegen stationär erbracht, ist dies gesondert zu begründen.

Die **Entscheidung obliegt grundsätzlich dem Durchgangsarzt nach Art oder Schwere der Verletzung**. Handchirurgen, die über eine besondere Zulassung zur Behandlung von Handverletzungen aus dem Verletzungsartenverzeichnis verfügen, können ebenfalls die Entscheidung für ihr Fachgebiet treffen. Zieht der Durchgangsarzt oder Handchirurg einen anderen Facharzt zur Behandlung hinzu, ist dieser ebenso ermächtigt in eigener Verantwortung darüber zu entscheiden, ob die Operation ambulant oder stationär durchgeführt wird. Dasselbe gilt für Augen- oder HNO-Ärzte bei Verletzungen auf dem jeweiligen Fachgebiet.

Eine **stationäre** Leistungserbringung kann insbesondere in Betracht kommen, wenn die in Anlage 2 zum Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V mit Stand vom 01.01.2004 genannten „**Allgemeinen Tatbestände**“ erfüllt sind (Anlage 3). **Darüber hinaus** ist bei der Entscheidung insbesondere wegen des gegenüber der GKV umfassenden Reha-Auftrages der gesetzlichen Unfallversicherung auch **stets die Gesamtkonstellation der Verletzungsfolgen und deren Auswirkungen auf die individuelle Situation und den Gesundheitszustand des Patienten zu berücksichtigen.**

Anwendung des Vertrages Ärzte/UV-Träger

Das ambulante Operieren ist nicht isoliert zu betrachten, sondern bewegt sich im Rahmen der allgemeinen und besonderen Regelungen für die Heilbehandlung bei Arbeitsunfällen nach dem Vertrag Ärzte/UV-Träger. Insbesondere die Vorstellungspflichten eines Verletzten beim Durchgangsarzt unter den dort genannten Voraussetzungen, die Hinzuziehung anderer Ärzte durch den Durchgangsarzt sowie die Unterstützungs- und Berichtspflichten sind weiterhin zu beachten.

Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens (VAV)

Nicht jede Operation, die nach dem Katalog im Regelfall ambulant durchzuführen ist, kann auch unmittelbar ambulant vorgenommen werden. Bei einer Verletzung nach dem **Verletzungsartenverzeichnis** hat jeder behandelnde Arzt auch nach Einführung der „Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung“ aus Gründen der Qualitätssicherung weiterhin dafür zu sorgen, dass der **Patient unverzüglich in ein besonders zugelassenes Krankenhaus** überwiesen wird.

Von dieser eindeutigen Regelung darf nur in den relativ seltenen Fällen abgewichen werden, in denen Transportunfähigkeit besteht und der erstaufnehmende Durchgangsarzt eines nicht am VAV beteiligten Krankenhauses die notfallmäßige Versorgung (ggf. mit kurzzeitiger stationärer Aufnahme) vornehmen muss. In jedem Fall aber ist zum frühestmöglichen Zeitpunkt eine Verletzung in ein VAV-Krankenhaus zu veranlassen.

Bitte bedenken Sie, dass **andernfalls kein gültiger Behandlungsauftrag** vorliegt. Dies gilt sowohl für alle Ärzte in niedergelassener Praxis, als auch für nicht am VAV beteiligte Krankenhäuser. Sie müssen ggf. damit rechnen, dass ambulante oder stationäre **Behandlungskostenrechnungen nicht oder über die notfallmäßige Erstversorgung hinaus nicht vollständig bezahlt** werden, wenn der vorgesehene Weg nicht eingehalten wird.

Zurzeit existiert lediglich **eine Ausnahme von der Vorstellungspflicht** im zugelassenen Krankenhaus, nämlich dann, wenn es sich in den Fällen der Handverletzungen des Verletzungsartenverzeichnisses bei dem behandelnden Arzt um einen **Handchirurgen mit eigener Zulassung** des Landesverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften handelt. Ein solcher Handchirurg ist grundsätzlich ermächtigt alle Verletzungen der Hand einschließlich der Handwurzel sowie der die Hand versorgenden Sehnen und Nerven im Bereich des Armes zu behandeln. Alle anderen Verletzungen muss er entweder bei einem Durchgangsarzt (wenn er nicht gleichzeitig selbst über die D-Arzt-Beteiligung verfügt) oder im zugelassenen Krankenhaus vorstellen.

Bitte beantworten Sie in Ihren **Erstberichten** (D-Arzt- und Handchirurgischer Bericht) ausnahmslos immer vollständig die entsprechenden Fragen in Abschnitt 12 „Art der Heilbehandlung“, ob eine Verletzung nach dem VAV-Katalog vorliegt und ggf. nach welcher Ziffer, und geben Sie im letzten Feld Namen und Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses an, wenn Sie eine Überweisung vornehmen.

Der verantwortliche Arzt im Verletzungsartenverfahren (**D-Arzt**) am **zugelassenen Krankenhaus hat zu prüfen und zu entscheiden**, ob die Behandlung stationär erfolgen muss oder ob eine ambulante Behandlung ausreichend ist. Diese **Entscheidung kann nicht auf nachgeordnete Ärzte (z.B. Assistenten) delegiert werden**.

Handelt es sich allerdings um eine so genannte „**Sternleistung**“, dann ist diese - **auch wenn es sich dabei um eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis handelt - im Regelfall ambulant** zu erbringen. Soll die Behandlung gleichwohl stationär durchgeführt werden, wird auch in den Fällen des Verletzungsartenverzeichnisses eine gesonderte Begründung erforderlich.

Der verantwortliche Arzt (D-Arzt) am zugelassenen Krankenhaus **entscheidet außerdem, wo die ambulante Operation** durchgeführt werden soll. Dies muss nicht immer in der eigenen Klinik geschehen. Insbesondere ist daran zu denken, den Patienten **dem zuweisenden Arzt wieder zurück zu überweisen**, wenn dieser über die entsprechende Qualifikation zur Durchführung der ambulanten Operation verfügt. Den UV-Trägern ist in diesem Zusammenhang sehr an einer guten Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken gelegen.

Wenn im Einzelfall ein Arbeitsunfallverletzter von einem VAV-Krankenhaus aus medizinischen Gründen in eine andere Klinik verlegt werden soll, sollte in erster Linie eine unverzügliche Verlegung in eine Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik erfolgen.

Berechtigung zur Durchführung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen

An der besonderen Behandlung Arbeitsunfallverletzter beteiligt sind in erster Linie **Durchgangs- und H-Ärzte**. Sie sind deshalb auch grundsätzlich **zur Durchführung ambulanter Operationen nach den Grundsätzen der GUV berechtigt**. Sie müssen in einer Praxis niedergelassen oder an einem Krankenhaus tätig sein. Die ambulante Operation im Krankenhaus stellt in der GUV, anders als in der GKV, **keine Institutsleistung** dar, sondern ist eine persönliche Leistung des Arztes. Die Anästhesie stellt eine notwendige Ergänzung der operativen Leistung dar. Deshalb sind Ärzte für Anästhesie selbstverständlich ebenfalls am ambulanten Operieren beteiligt.

Augen- und HNO-Ärzte können ambulante Operationen ebenso auf ihrem Fachgebiet zu Lasten der GUV durchführen wie diejenigen Handchirurgen, die über eine gesonderte Zulassung der BG-Landesverbände verfügen.

Für die Beteiligung am ambulanten Operieren in der GUV haben die **UV-Träger keine eigenen Zulassungskriterien** aufgestellt. Grundvoraussetzung für die genannten Ärztegruppen ist jedoch, dass sie von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zum ambulanten Operieren zugelassen sind bzw. die erforderlichen Erklärungen nach § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung in der GKV abgegeben haben. Sie müssen selbstverständlich die fachlichen und räumlich-apparativen Anforderungen erfüllen.

Durchgangsarzte sind nach dem Arztervertrag verpflichtet zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung andere Ärzte, insbesondere auf anderen Fachgebieten, hinzuzuziehen. Dasselbe gilt für das ambulante Operieren. Ein D-Arzt, der z. B. nicht selbst ambulant operiert, kann deshalb einen Patienten an einen anderen Arzt zur Durchführung des ambulanten Eingriffs überweisen. Dieser Arzt muss wiederum über die Zulassung zum ambulanten Operieren in der vertragsärztlichen Versorgung verfügen. Nicht erforderlich ist dagegen, dass dieser hinzugezogene Arzt selbst D-Arzt ist.

Die Landesverbände der Berufsgenossenschaften werden die Erfüllung der Anforderungen grundsätzlich nicht nachprüfen. Sie sind allerdings berechtigt, von dem Arzt oder Krankenhaus entsprechende Nachweise zu verlangen und jederzeit auch vor Ort die Erfüllung der Anforderungen zu prüfen.

Honorierung ambulanter Operationsleistungen

Im Rahmen der Überlegungen zur Einführung der „Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung“ wurde deutlich, dass der bisher vereinbarte Gebührenrahmen der UV-GOÄ eine wirtschaftliche Erbringung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen voraussichtlich nicht ermöglichen würde. Künftig werden deshalb für die **ambulante Erbringung von Operations- und Anästhesieleistungen Zuschlagsziffern** eingeführt.

Darüber hinaus werden die Grundleistungen für 8 UV-relevante OP-Leistungen angepasst.

Die Regelungen zum ambulanten Operieren werden in Kapitel C der UV-GOÄ hinter Abschnitt VII als „Kapitel VIII - Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen“ eingefügt. Die Beschlüsse der ständigen Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte/UV-Träger, mit denen noch weitere Änderungen umgesetzt werden, sind als Anlage 4 beigefügt.

Die Auswirkungen der Änderungen der UV-GOÄ auf den **BG-Nebenkostentarif** werden durch Beschlüsse des Ständigen Ausschusses BG-NT ebenfalls mit Wirkung zum 1. Januar 2005 umgesetzt. Die Beschlüsse des Ständigen Ausschusses sind beigefügt (Anlage 5).

2. Neues Verletzungsartenverzeichnis

Das derzeitige Verletzungsartenverzeichnis umfasst insgesamt 38 Positionen von Verletzungen bzw. Folgezuständen, bei deren Vorliegen eine Vorstellung im zugelassenen Krankenhaus zwingend erforderlich ist. Insbesondere die Gelenkbinnenverletzungen bzw. die mit Stabilitätsverlust verbundenen Bandverletzungen unter Nr. 12 geben immer wieder Anlass zu Diskussionen, gerade wenn es sich um das Kniegelenk handelt. Verletzungen zum Beispiel an Meniskus oder Kreuzbändern dürfen zurzeit nicht ohne den oben beschriebenen Weg über das am VAV beteiligte Krankenhaus ambulant operiert werden.

Ebenfalls mit Wirkung vom 01. Januar 2005 wird ein **neues überarbeitetes und auf lediglich 10 Kernbereiche komprimiertes Verletzungsartenverzeichnis** in Kraft treten. Damit wird die unmittelbare ambulante Versorgung des isolierten Risses des vorderen Kreuzbandes auch in der niedergelassenen Praxis möglich sein.

Erstmals wird es außerdem eine Kommentierung in Form gesonderter „**Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis**“ geben, die die darin genannten Verletzungen näher eingrenzen und ihre Zuordnung erleichtern sollen.

In allen Zweifelsfällen, ob eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vorliegt, sollte jedoch grundsätzlich immer die Vorstellung des Patienten in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgen.

Das neue Verletzungsartenverzeichnis und die Erläuterungen dazu sind beigefügt (Anlagen 6 und 7).

3. Änderung der Anforderungen der UV-Träger zur Beteiligung an den verschiedenen Verfahren

Aus aktuellem Anlass müssen die verschiedenen Anforderungen der UV-Träger zur Beteiligung von Ärzten an den Verfahren der gesetzlichen Unfallversicherung geändert werden. Die geänderten Anforderungen sind beigefügt. Die wichtigsten Änderungen werden im Folgenden zusätzlich erläutert.

Neuer Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Die Novellierung der Weiterbildungsordnung für Ärzte realisiert die von den Fachgesellschaften beschlossene Zusammenführung von Orthopädie und Unfallchirurgie in einem neuen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie innerhalb des Gebietes Chirurgie. Obwohl auf Landesebene erst in Bayern umgesetzt, findet der neue Facharzt bereits ab 1. Januar 2005 Eingang in die Anforderungen der UV-Träger an die Beteiligung von Ärzten mit dem Ziel, auch weiterhin eine qualitativ hochwertige Behandlung Arbeitsunfallverletzter sicher stellen zu können.

Alter und neuer Facharzt werden noch geraume Zeit nebeneinander vertreten sein. Diesem Umstand trägt die parallele Nennung der alten und neuen Facharztbezeichnung in den Anforderungen Rechnung. Auf diese Weise wird außerdem die Einführung gesonderter Übergangsbestimmungen entbehrlich.

Für die Beteiligung als **Durchgangsarzt** wird neben der Facharztqualifikation „Orthopädie und Unfallchirurgie“ die Erfüllung der **Zusatzweiterbildung „spezielle Unfallchirurgie“** vorausgesetzt (Anlage 8).

Der **verantwortliche Arzt** an einem am **Verletzungsartenverfahren** beteiligten Krankenhaus muss als neuer Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ebenfalls die Zusatzweiterbildung „spezielle Unfallchirurgie“ absolviert haben. Danach muss er weiterhin drei Jahre in der Abteilung zur Behandlung Schwer-Unfallverletzter eines von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern am Verletzungsartenverfahren beteiligten Krankenhauses tätig gewesen sein. Darüber hinaus muss er über die **Weiterbildungsbefugnis** für die Zusatzweiterbildung verfügen, die im Regelfall 2 Jahre nicht unterschreiten soll. Mindestens ein **weiterer Arzt der Abteilung** muss darüber hinaus ebenfalls neben der Facharztbezeichnung über die **Zusatzweiterbildung** verfügen (Anlage 9).

Bei den Anforderungen für den an der handchirurgischen Versorgung von Verletzungen nach dem Verletzungsartenverzeichnis beteiligten **Handchirurgen** wurde der neue Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ebenfalls als fachlicher Qualifikationsnachweis ergänzt (Anlage 10).

Elektronischer Datenaustausch

Jeder Arzt bzw. jedes Krankenhaus, das an der besonderen Heilbehandlung Arbeitsunfallverletzter beteiligt ist, soll künftig verpflichtet sein, sich am elektronischen Datenaustausch mit den Unfallversicherungsträgern zu beteiligen.

Nähere Informationen, insbesondere über Beginn und Übergangsregelungen bei bereits bestehender Beteiligung, erhalten Sie zu einem späteren Zeitpunkt mittels gesondertem Rundschreiben.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen



Thomas Köhler
Stv. Geschäftsführer



Hauptverband
der gewerblichen
Berufsgenossenschaften e.V.



Bundesverband
der landwirtschaftlichen
Berufsgenossenschaften e. V.



Bundesverband
der Unfallkassen e. V.
(BUK)

Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) (in der Fassung vom 1. Januar 2005)

1 Anwendung des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe

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

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/UV-Träger nach Art oder Schwere der Verletzung, bzw. dem entsprechenden Facharzt bei Augen- und/oder HNO-Verletzungen und ggf. dem nach § 25 des Vertrages Ärzte/UV-Träger hinzugezogenen Facharzt auf seinem Fachgebiet. Die Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens (siehe Pt. 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.

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.

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).

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/UV-Träger 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 stationersetzenden 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.

Anlage 1 zur Vertrag nach § 115b SGB V:

Katalog

Erläuterung: Mit einem Sternchen (*) sind solche Leistungen gekennzeichnet, die gemäß § 115b Abs. 1 Satz 2 SGB V in der Regel ambulant durchgeführt werden können. Bei Vorliegen der allgemeinen Tatbestände kann jedoch eine stationäre Durchführung der gekennzeichneten Eingriffe erforderlich sein.

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
80	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
81	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
82	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
83	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
84	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
85	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
86	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
87	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
B VII	Ambulante Anästhesien/ Narkosen				
90	Zuschlag für die ambulante Durchführung von Anästhesien/Narkosen nach Nr. 462	X			
B IX	Prävention				
110	Transabdominale Blutentnahme aus der Nabelschnur unter Ultraschallsicht, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 112			*	
111	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 110 bei ambulanter Durchführung	X			
112	Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschall			*	
113	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 112 bei ambulanter Durchführung	X			

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
121	Transzervikale Gewinnung von Chorionzottergewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe, unter Ultraschallsicht			*	
122	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 121 bei ambulanter Durchführung	X			
B X	Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (sonstige Hilfen)				
182	Infiltrationsanästhesie zur Durchführung der Sterilisation beim Mann		X		
183	Sterilisation des Mannes mittels operativen Eingriffs an den Samenleitern			*	
184	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 183 bei ambulanter Durchführung	X			
185	Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation zur Durchführung der Leistung nach Nr. 187, einschl. Anlegen eines i. v.-Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en), Capnometrie und/oder Multigasmesung, gesteuerter Blutdrucksenkung und Legen einer Magensonde		X		
186	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 185 bei ambulanter Durchführung	X			
187	Sterilisation der Frau mittels operativen Eingriffs an den Eileitern, als selbständige Leistung				
188	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 187 für die erforderliche Vor- und Nachsorge, einschl. der Bereitstellung von Operationseinrichtungen, bei ambulanter Durchführung	X			
189	Dokumentierte Überwachung über mindestens 15 Minuten Dauer im Anschluss an die Leistung nach Nr. 185 bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Zwischen- und Abschlussuntersuchungen		X		
193	Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs, einschl. Anlegen eines i. v.-Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en), Capnometrie und/oder Multigasmesung, gesteuerter Blutdrucksenkung und Legen einer Magensonde		X		
194	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 193 bei ambulanter Durchführung	X			
195	Operative Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation bis zur 13. Schwangerschaftswoche p. c. bzw. bis zur 14. kompletten Schwangerschaftswoche p. m., ggf. mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals, einschl. Überprüfung der Indikation			*	

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
197	Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer Indikation ab der 13. Schwangerschaftswoche p. c. bzw. ab der 14. kompletten Schwangerschaftswoche p. m., ggf. mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals und/ oder intrazervikaler oder vaginaler Prostaglandinapplikation, einschl. Überprüfung der Indikation			*	
198	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nr. 195 oder 197 bei ambulanter Durchführung	X			
199	Dokumentierte Überwachung über mindestens 15 Minuten Dauer im Anschluss an die Leistung nach Nr. 193 bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Zwischen- und Abschlussuntersuchungen		X		
D	Anästhesien/ Narkosen				
452	Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis (nicht Nn. Occipitales oder aurikulares), Nerv oder Ganglion ist anzugeben, oder retrobulbäre Anästhesie		X		
461	Intravenöse, intramuskuläre und/oder rektale Narkose, einschl. Anlegen eines i. v.-Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en) nach Nr. 273, gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde		X		
462	Plexusanästhesie (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis) oder Spinal- oder Periduralanästhesie (auch kaudal), einzeitig oder mittels Katheter, ggf. einschl. Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums oder intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität einschl. Anlegen einer Blutleere oder Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation, einschl. Anlegen eines i.v.-Zugangs, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en) nach Nr. 273, gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde, Capnometrie und/oder Multigasmessung, bis zu 30 Minuten Dauer		X		
463	Fortsetzung einer Anästhesie/Narkose nach Nr. 462, je vollendete weitere 15 Minuten		X		
464	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 462 für eine Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie mittels Katheter zur postoperativen Analgesie nach operativen Eingriffen in Kombinationsnarkose, einschl. dokumentierter Überwachung, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen		X		

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
490	Dokumentierte Überwachung über mindestens 15 Minuten Dauer im Anschluss an die Leistungen nach den Nrn. 462 und ggf. 463, bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Zwischen- und Abschlussuntersuchungen		X		
496	Kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen durch den Arzt für Anästhesiologie, ggf. einschl. EKG-Monitoring, während eines diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffs eines anderen Arztes, einschl. Bereitstellung der Ausrüstung zur Behandlung von Zwischenfällen, je vollendete 15 Minuten		X		
F IV	Gastroenterologie				
730	Einführen einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung			*	
735 ¹	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung, und/oder Dehnung des unteren Ösophagus sphinkters (Kardiasprengung), je Sitzung			* / -	
738 ¹	Einsetzen einer Ösophagusprothese, einschl. Ösophagoskopie			* / -	
741	Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie, ggf. einschl. Ösophagoskopie, Probeexzision und/oder Urease-Nachweis (einschl. Kosten)			*	Als Zusatzleistung in Verbindung mit weiteren Maßnahmen, die nicht in der Regel ambulant erbracht werden
750	Endoskopische Sondierung der Papilla Vateri mit Einbringung von Kontrastmittel, ggf. einschl. Entnahme von Sekret und/oder Probeexzision				
751	Papillotomie, ggf. einschl. Zertrümmerung und/oder Extraktion von Steinen und/oder Legen einer Verweilsonde, zusätzlich zur Leistung nach Nr. 750				
752	Platzierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang oder Entfernung, zusätzlich zur Leistung nach Nr. 750				
760 ¹	Partielle Koloskopie mit flexiblem Instrument, ggf. einschl. Probeexzision(en), ggf. einschl. Lagekontrolle des Endoskops durch ein bildgebendes Verfahren			* / -	

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
764 ¹	Totale Koloskopie einschl. des Zökums, einschließlich Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation, mindestens 24 h vor dem Eingriff, Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung, Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung, Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung, Laboruntersuchungen zur Überprüfung des Gerinnungsstatus, Foto/ Videodokumentation, Nachbeobachtung und -betreuung, Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität und Vorbehaltung der geeigneten Notfallausstattung, gemäß der Qualitätsvereinbarungen zur kurativen Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, ggf. einschl. Probeexzision(en) ggf. einschl. Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren, ggf. einschl. Sedierung			* / -	
765 ¹	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 740, 741 und 755 bis 764 für die Abtragung eines Polypen und/oder Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzelektroschlinge			* / -	
J	Gynäkologie und Geburtshilfe				
1041	Entfernung von Nachgeburt oder Nachgeburtsresten durch inneren Eingriff und/oder Beendigung einer Fehlgeburt durch inneren Eingriff				
1043	Naht eines oder mehrerer Zervixrisse, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 1042				
1060	Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion				
1084	Temperaturgesteuerte Thermokoagulation oder Kryokoagulation der Portio und/oder kryochirurgischer Eingriff im Bereich der Vagina und/oder der Vulva			*	
1085	Elektrokonisation der Portio			*	
1086	Messerkonisation der Portio, einschl. Versorgung des Wundgrundes			*	
1104	Abrasio der Gebärmutterhöhle und des Gebärmutterhalskanals, ggf. einschl. Entfernung von Polypen oder Fremdkörpern, ggf. einschl. Aufbereitung des Gewebematerials zur histologischen Untersuchung			*	
1111	Hysteroskopie, einschl. hysteroskopisch durchgeführter intrauteriner Eingriffe			*	
1129	Plastische Operation am Gebärmutterhals				Ausgenommen größerer Eingriffe, die stationär erbracht werden
1130	Cerclage bei Zervixinsuffizienz			*	
1141	Exstirpation oder Marsupialisation von Vaginalzysten oder Bartholini-Zysten			*	

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
1185	Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 1186 bei ambulanter Durchführung			*	
1186	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme gemäß Nr. 12.6 der Richtlinien zu künstlichen Befruchtung im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4 und 10.5, ggf. einschl. Zusammenführung von Ei- und Samenzellen, mikroskopischer Beurteilung der Reifestadien der Eizellen (bei Maßnahmen nach Nr. 10.4) oder der Eizellkultur (bei Maßnahmen nach Nr. 10.3 und 10.5), ggf. einschl. intratubarer Transfer bei Maßnahmen nach Nr. 10.4, einmal im Zyklusfall. Die Leistung nach der Nr. 1186 ist im Reproduktionsfall bei Maßnahmen nach Nr. 10.4 höchstens zweimal berechnungsfähig. Die Leistung nach der 1186 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 378, 381, 384, 388 und 398 berechnungsfähig.			*	
1188	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotenttransfer und/oder als intratubaner Embryo-Transfer (EIFT) gemäß 10.3 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6, einschl. der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter, einmal im Zyklusfall. Die Leistung nach der Nr. 1188 ist im Reproduktionsfall bei Maßnahmen nach 10.3 höchstens viermal berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nr. 1188 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nummern 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1190, 1192, 1194, 1195 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels 0 berechnungsfähig.			*	
1190	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistung nach der Nr. 1188 bis zum Ausbleiben der Zellteilung, einmal im Zyklusfall. Die Leistung nach der Nr. 1190 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nummern 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1188, 1192, 1194, 1195 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels 0 berechnungsfähig.			*	

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
1192	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistung nach Nr. 1188 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion, vom 1. Zyklustag bis zum Tag des Abbruchs, einmal im Zyklusfall. Die Leistung nach der Nr. 1192 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nummern 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1188, 1192, 1194, 1195 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels 0 berechnungsfähig.			*	
1194	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) gemäß 10.5 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6, einschl. der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter, einmal im Zyklusfall. Die Leistung nach der Nr. 1194 ist im Reproduktionsfall bei Maßnahmen nach 10.5 höchstens viermal berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nr. 1194 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nummern 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1188, 1192, 1194, 1195 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels 0 berechnungsfähig.			*	
K	Augenheilkunde				
1250	Photodynamische Therapie(n) mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer chorioidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V, einschl. Funduskopie, Spaltlampenmikroskopie der vorderen und hinteren Augenabschnitte, Fluoreszenzangiographie(n), Aufklärung des Patienten, Vorbereitung und Applikation von Verteporfin, Berechnung und Einstellung des Areals, Laserbeleuchtung, Nachbetreuung, Lichtschutzmaßnahmen, ggf. einschließlich tonometrischer Untersuchung(en), nachfolgender fluoreszenzangiographischer Untersuchung(en) bei akuter Visusverschlechterung, einschließlich Sachkosten mit Ausnahme von Verteporfin, einmal im Behandlungsfall. Die Leistung nach Nr. 1250 ist in demselben Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nummern 1249, 1251, 1364 und 1365 berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nr. 1250 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17, 1242 und 1256 bis 1258 berechnungsfähig.			*	

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
1282	Entfernung einer Bindehaut- oder Lidgeschwulst			*	
1283	Entfernung einer Geschwulst, von Fremdkörpern oder von Silikon- oder Silastikplomben aus der Augenhöhle				
1292	Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone				
1300	Tränensackexstirpation oder Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse				
1302	Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte, des Epikanthus, des Ektropiums, des Entropiums oder von Wimpernfehlstellungen, als selbständige Leistung			*(einseitig)	Ausgenommen beidseitiger Eingriffe, die nicht in der Regel ambulant erbracht werden
1303	Kanthotomie, einschl. plastischer Rekonstruktion des äußeren Lidwinkels, als selbständige Leistung				
1305	Operation der Lidsenkung (Ptosis)			*	
1306	Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung und/oder Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung				
1330	Verlängerung, Verkürzung oder Verlagerung eines geraden Augenmuskels				
1331	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 1330 oder 1332 bei zusätzlicher Verlängerung, Verkürzung oder Verlagerung jedes weiteren Augenmuskels an demselben Auge				
1332	Verlängerung, Verkürzung oder Verlagerung eines schrägen Augenmuskels oder Veränderung der Abrollstrecke eines Augenmuskels durch retroäquatoriale Myopexie				
1345	Eröffnung, Spülung und/oder Wiederherstellung der vorderen Augenkammer, als selbständige Leistung			*	
1348	Diszission der Linse oder Diszission oder Ausschneidung des Nachstars oder der Linsenkapsel, ggf. mittels Laser-Verfahren, oder Nachstarentfernung mittels Saug-Spül-Verfahren, als selbständige Leistung			*	
1350	Staroperation, ggf. mit Iridektomie				
1351	Operation des grauen Stars mit Implantation einer intraokularen Linse				
1352	Extrakapsuläre Operation des grauen Stars mittels gesteuertem Saug-Spülverfahren, ggf. einschl. Iridektomie, ggf. mit Implantation einer intraokularen Linse				
1353	Phakoemulsifikation, ggf. einschl. Iridektomie, ggf. mit Implantation einer intraokularen Linse			*	
1355	Implantation einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung			*	

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
1356	Operative Extraktion oder operative Reposition einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung				
1357	Hintere Sklerotomie, als selbständige Leistung				
1358	Zyklodiathermie-Operation oder Kryo-Zyklothermie-Operation				
1359	Operative Regulierung des Augeninnendrucks (Zyklodialyse, Iridektomie, Lasertrabekuloplastik), als selbständige Leistung				
1361	Fistelbildende Operation bei Glaukom und/oder Goniotrepation, Goniotomie, Trabekulotomie oder Trabekulektomie bei Glaukom				
1364	Licht- bzw. Laser-Koagulation(en) der Netzhaut und/oder der Aderhaut				
1365	Licht- bzw. Laser-Koagulation(en) der Netzhaut und/oder der Aderhaut, jede weitere Sitzung im Behandlungsfall an demselben Auge				
1366	Behandlung einer vaskulären Netzhauterkrankung mittels Diathermie- oder Kryokoagulation				
1370	Entfernung von Glaskörpergewebe aus der vorderen Augenkammer mittels apparativem Vitrektomieverfahren, als selbständige Leistung				
1371	Glaskörperstrangdurchtrennung und/oder Entfernung von Glaskörpergewebe (pars-plana-Vitrektomie), als selbständige Leistung				
1375	Hornhauttransplantation, einschl. Trepation der Spenderhornhaut				
LI	Nase, Nasennebenhöhlen				
1412	Operativer Eingriff in der Nase (z. B. Entfernung von bis zu zwei Nasenpolypen, anderen Neubildungen einer Nasenseite, Muschelkappung, Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Muschelkaustik, Synechielösung und/oder Probeexzision), als selbständige Leistung			*	Ausgenommen Eingriffe an den Nasenmuscheln, die nicht in der Regel ambulant erbracht werden
1414	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase und/oder teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel und/oder submuköse Resektion an der Nasenscheidewand und/oder operative Entfernung von mehr als zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen			*	Ausgenommen Eingriffe an der Nasenmuschel, submuköse Resektion an der Nasenscheidewand und anderen Neubildungen, die nicht in der Regel ambulant erbracht werden
1422	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste, als selbständige Leistung				
1425	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung, ggf. in mehreren Sitzungen, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 1412, 1414, 1422 und 1430				

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
1426	Plastische Korrektur am Nasenseptum, an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung, ggf. in mehreren Sitzungen, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 1412, 1414, 1422 und 1430				
1427	Plastische Operation zum Verschuß einer Nasenscheidewandperforation			*	
1430	Operative Verschmälerung des Nasensteiges				
1431	Operative Korrektur eines Nasenflügels			*	
1435	Tränensackoperation vom Naseninnern aus			*	
1451	Fensterung einer Kieferhöhle, ggf. einschl. Absaugung, als selbständige Leistung			*	
1452	Vollständige oder teilweise Ausräumung einer Kieferhöhle von der Nase aus, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 1451				
1454	Operativer Verschuß einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel, als selbständige Leistung			*	
1456	Anbohrung einer Stirnhöhle von außen			*	
1457	Operative Eröffnung einer Stirnhöhle und ggf. der Siebbeinzellen vom Naseninnern aus				Ausgenommen Eingriffe an den Siebbeinzellen, die stationär erbracht werden
L II	Mündhöhle, Rachen, Kehlkopf				
1471	Eröffnung eines Zungenabszesses			*	
1472 ¹	Keilexzision aus der Zunge, als selbständige Leistung			* / -	
1480	Eröffnung oder Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses				
1482	Eröffnung oder Wiedereröffnung eines retrotonsillären Abszesses				
1485	Adenotomie (Entfernung der Rachenmandel)			*	
1492	Operative Entfernung von Speichelstein(en)			*	
1515 ¹	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 1500 oder 1506			/ -	
1516	Galvanokaustik oder Kürettament im Kehlkopf			*	
1517	Probeexzision aus dem Kehlkopf, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 1500 und 1506				
1518	Entfernung von Polypen oder anderen Neubildungen aus dem Kehlkopf, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 1500 oder 1506				

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
1520	Mikrochirurgische Entfernung von Polypen oder anderen Neubildungen aus dem Kehlkopf, einschl. der Leistung nach Nr. 1506, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 1500				
LIII	Ohr, Gleichgewichts- und Gehörorgan, Stimme und Sprache				
1543	Entfernung eines feststehenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, als selbständige Leistung			*	
1545	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang oder Kaustik im Gehörgang und/oder in der Paukenhöhle			*	
1548	Entfernung eines oder mehrerer Polypen aus dem Gehörgang und/oder der Paukenhöhle, ggf. in mehreren Sitzungen			*	
1549	Operative Beseitigung einer Stenose und/oder von Exostosen im knöchernen Teil des Gehörganges, als selbständige Leistung			*	
1555	Entfernung von Granulationen vom Trommelfell und/ oder aus der Paukenhöhle, als selbständige Leistung			*	
1556	Inzision des Trommelfelles (Parazentese), als selbständige Leistung			*	
1557	Anlage einer Paukenhöhlendrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens), als selbständige Leistung			*	
1565	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung			*	
1566	Myringoplastik vom Gehörgang aus			*	
1567	Zuschlag für die plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen			*	
1576	Tympanoplastik mit Interposition, als selbständige Leistung				
1577	Tympanoplastik mit Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette				
1580	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres, z. B. durch Ohrmuschelannegeplastik mit Knorpelrezeption und/oder operative Korrektur der Ohrmuschelgröße			*	
M	Urologie				
1703	Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht			*	
1713	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre mit operativem Eingriff (z. B. Papillomkoagulation)			*	

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
1716	Innere Harnröhrenschlitzung unter Sicht			*	
1730	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur			*	
1741	Plastische Operation der Vorhaut und/oder des Frenulums			*	
1755	Unterbindung eines Samenleiters, ggf. mit Teilresektion, als selbständige Leistung			*	
1759	Varikozelenoperation (Skrotalschnitt)			*	
1761	Operation einer Hydro- und/oder Spermatozele, als selbständige Leistung				
1765	Entfernung eines Hodens, ggf. einschl. des Nebenhodens				
1766	Entfernung eines Nebenhodens, als selbständige Leistung				
1767	Operative Freilegung eines Hodens (z. B. bei Hodentorsion), ggf. mit Gewebeentnahme, als selbständige Leistung				
1768 ¹	Operation eines Leistenhodens			*/-	
1784	Zystoskopie, ggf. einschl. Urethroskopie und/oder Probeexzision(en), ggf. einschl. Schlitzung des Harnleiterostiums, bei der Frau				Ausgenommen rein diagnostische Zystoskopien (ggf. einschl. Probeexzision) ohne weitere Maßnahmen, die in der Regel ambulant erbracht werden
1785	Zystoskopie, ggf. einschl. Urethroskopie und/oder Probeexzision(en), ggf. einschl. Schlitzung des Harnleiterostiums, beim Mann				Ausgenommen rein diagnostische Zystoskopien (ggf. einschl. Probeexzision) ohne weitere Maßnahmen, die in der Regel ambulant erbracht werden
1787	Einlegen, Wechsel oder Entfernung einer Ureterverweilschiene, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 1784 oder 1785			*	
1795	Perkutane Anlage einer Harnblasenfistel, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband			*	
1820	Perkutane Anlage einer Nierenfistel, ggf. einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband				
NI	Wundversorgung				
2012	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen				
NI	Chirurgie der Körperoberfläche				
2104	Exzision eines oder mehrerer Lymphknoten aus derselben Entnahmestelle			*	

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2105	Exzision von tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)			*	
2106	Exzision einer großen Geschwulst oder eines Schleimbeutels				
2110	Diagnostische Exstirpation eines tastbaren Mammatumors oder Entfernung einer submyofaszialen Geschwulst				
2111	Diagnostische Exstirpation eines in bildgebenden Verfahren auffälligen, nicht als Tumor tastbaren Brustgewebestücks				
2133	Operativer Austausch einer Mammaprothese, als selbständige Leistung				
2135	Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle oder Replantation einer verpflanzten Mamille				
2137	Rekonstruktion einer Mamille aus körpereigenem Gewebe				
2145	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses oder Exzision eines Karbunkels				
2151	Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes			*	Ausgenommen Eingriffe bei großen Defekten, die nicht in der Regel ambulant erbracht werden
2152	Haut- oder Schleimhauttransplantation oder plastische Deckung eines kleinen Hautdefektes mittels Überpflanzung von Epidermisstücken, einschl. Versorgung der Entnahmestelle			*	
2155	Haut- oder Schleimhauttransplantation oder plastische Deckung eines großen Hautdefektes mittels Überpflanzung von Epidermisstücken, einschl. Versorgung der Entnahmestelle, oder Exzision und plastische Deckung einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe bzw. entstehenden Gesichtsnarbe, ggf. in mehreren Sitzungen				Ausgenommen Eingriffe im Gesicht, in den Beugenarealen, in der Genital- und Perianalregion, die vorrangig stationär erbracht werden
2162	Implantation eines Haut-Expanders oder alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung, oder Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs bzw. einer Medikamentenpumpe				Ausgenommen der Implantation eines Hautexpanders zur Deckung von weitreichenden Hautdefekten (z.B. nach Tumorexzision), die vorrangig stationär erbracht wird
2164	Regionäre Lappenplastik zur rekonstruktiven Deckung von Hautdefekten im Gesichtsbereich				Ausgenommen Eingriffe an ausgedehnten Defekten nach Tumorexzision, die vorrangig stationär erbracht werden
2165	Anlage eines Rundstiellappens oder interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport)				Ausgenommen Eingriffe an ausgedehnten Defekten nach Tumorexzision, die vorrangig stationär erbracht werden

GO-Nummer		Unspez. Zu-schläge	Anäs-thesie	Kategorien	Kommentare ²
2167	Implantation eines Rundstiellappens, einschl. Modellierung am Ort				Ausgenommen Eingriffe an ausgedehnten Defekten nach Tumorexzision, die vorrangig stationär erbracht werden
2170	Vollständige oder teilweise operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Behandlungstag			*	
N III	Extremitätenchirurgie				
2211	Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheidenpanaritiums, einschl. örtlicher Drainage				
2213	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung, als selbständige Leistung				
2220	Operation eines Ganglions an einem Hand-, Fuß- oder Fingergelenk, eines Tumors der Finger- oder Zehenweichteile (z.B. Hämangiom) oder Sehnenscheidenstenosenoperation, ggf. einschl. Probeexzision oder Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers, als selbständige Leistung			*	
2222	Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mittels Z-Plastik			*	
2227	Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie), ggf. mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung				
2230	Abtragung einer häutigen Verbindung zwischen Fingern oder Zehen			*	
2231	Operation einer von einem Finger- oder Zehengelenk ausgehenden Doppelbildung, einschl. Seitenbandrekonstruktion, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 2230				
2235	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung, ggf. einschl. Osteotomie				
2236	Operation einer Hand- oder Fußmißbildung an Knochen, Sehnen und Bänder				
2240	Muskel- und/oder Fasziennaht, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde, als selbständige Leistung			*	
2245	Präparation und Naht einer Strecksehne, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde			*	
2246	Präparation und Naht einer Beugesehne, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde				
2250	Präparation und Durchtrennung einer Sehne oder eines Muskels, als selbständige Leistung			*	
2251	Raffung, Verkürzung, Verlängerung oder plastische Ausschneidung einer Sehne, einer Faszie oder eines Muskels oder operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbständige Leistung				

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2256	Operative Lösung von Verwachsungen um mehrere Sehnen oder Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels, als selbständige Leistung				
2261	Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation, ggf. einschl. Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils, ggf. einschl. temporärer Kirschner-Drahtarthrodese, ggf. einschl. Entfernung eines Clavus und/oder plastischer Deckung eines Hautdefektes			*	
2265	Operative Herstellung eines Sehnenbettes, einschl. einer alloplastischen Einlage an der Hand oder am Fuß				
2266	Freie Sehnentransplantation, als selbständige Leistung				Ausgenommen Eingriffe an Beugesehnen und großen Sehnen, die stationär erbracht werden
2270	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit partieller Entfernung der Palmaraponeurose oder Operation der Plantaraponeurose (M. Ledderhose)			*	
2271	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit partieller Entfernung der Palmaraponeurose und Entfernung von Strangbildungen an einem Finger, ggf. einschl. Arthrolysen und/oder Lösung von Gefäßnervenbündeln				
2273	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und/oder Entfernung von Strangbildungen an mehr als einem Finger, ggf. einschl. Arthrolysen und/oder Lösung von Gefäßnervenbündeln				
2274	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 2271 oder 2273 bei Operation eines Rezidivs				
2275	Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven oder Spaltung der Loge de Gyon, ggf. einschl. Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benigner Neubildungen			*	
2276	Operation eines peripheren Nervenengpaßsyndroms (z. B. Supinatorlogensyndrom) - mit Ausnahme der in der Leistung nach Nr. 2275 enthaltenen Engpaßsyndrome - ggf. einschl. Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benigner Neubildungen			*	
2280	Amputation oder Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe oder Amputation eines Finger- oder Zehengliedteils, einschl. plastischer Deckung				
NIV	Knochenchirurgie				
2300	Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase, ggf. einschl. Tamponade und Wundverband				

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2310	Einrichtung gebrochener Fingerendglied- oder Zehenknochen oder Einrichtung eines gebrochenen Fingergrundglied-, Fingermittelglied- oder Großzehenknochens			*	
2315	Einrichtung eines gebrochenen Handwurzel-, Mittelhand-, Fußwurzel- oder Mittelfußknochens				
2320	Einrichtung eines gebrochenen Oberarm-, oder Oberschenkelknochens oder des gebrochenen Beckens				Ausgenommen Eingriffe am Becken, die stationär erbracht werden
2321	Einrichtung eines gebrochenen Unterarm- oder Unterschenkelknochen, je Seite				
2340	Stabilisierung einer Fraktur mittels perkutaner Drahtfixation				
2341	Osteosynthese eines kleinen Röhrenknochens oder einer Rippe				
2343	Operation der Pseudarthrose des Kahnbeins, der Handwurzel oder Arthrose zwischen zwei Handwurzelknochen, ggf. einschl. Implantation von autologem Material				
2345	Osteosynthese des Radius, der Ulna, der Fibula oder eines großen Röhrenknochens				Einschließlich Eingriffe bei Innenknöchelfrakturen jedoch exklusive Eingriffe an großen Röhrenknochen, die stationärerbracht werden
2351	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens mit Osteosynthese oder Anbringen eines Distraktors oder jede weitere Sitzung zur Verlängerung eines großen Röhrenknochens im Anschluß an die Leistung nach Nr. 2350				
2352	Osteotomie und/oder vollständige oder teilweise Resektion eines kleinen Knochens oder mehrerer benachbarter kleiner Knochen, mit Osteosynthese				
2361	Entfernung von Stellschrauben, tastbaren Einzelschrauben oder von Kirschnerdrähten aus einem Knochen nach Aufsuchen durch Schnitt oder Entfernung eines Fixateur extern			*	
2362	Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem kleinen Knochen			*	
2363	Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem großen Knochen				Ausgenommen Eingriffe am Becken, Oberschenkel, Oberarmknochen, die stationär erbracht werden

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2365	Entnahme von Knorpel- oder Knochenmaterial zur freien Verpflanzung				
2366	Implantation von Knorpel, Knochen oder alloplastischem Material				
2370 ¹	Nekrotomie oder Operation einer Exostose oder einer Knochenzyste, an kleinen Knochen, als selbständige Leistung			* / -	
2375	Resektion eines kleinen Knochens und ggf. eines benachbarten Gelenkanteils, ggf. einschl. Implantation von autologem Material				
2376	Operativer Ersatz eines Handwurzelknochens durch Implantat			*	
2381	Exostosen-Abmeißelung bei Hallux valgus, einschl. Sehnenverpflanzung, ggf. einschl. Burssektomie, ggf. einschl. plastischem Hautverschluß				
2382	Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfußosteotomie, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn.2370 oder 2381				
N V	Gelenkchirurgie				
2400	Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks			*	
2401	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers, eines Daumengelenks, eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulargelenks oder einer Knie- scheibe			*	
2402	Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks				
2405	Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen-, Schulter- oder Kniegelenks				Exklusive Eingriffe am Kniegelenk bei Erwachsenen, die stationär erbracht werden
2410	Operative Einrenkung der Luxation eines Finger-, Daumen- oder Zehenge- lenks			*	
2411	Operative Einrenkung der Luxation eines Hand-, Fuß- oder Kiefergelenks				
2420	Primäre Naht oder Reinsertion eines Bandes und/oder Naht der Gelenk- kapsel eines Finger- oder Zehengelenks			*	
2421	Primäre Naht des Bandapparates, eines Bandes und/oder der Gelenk- kapsel bzw. Reinsertion eines Bandes eines Daumen-, Kiefer-, Hand- oder Sprunggelenks				
2425	Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks, als selbständige Leistung			*	
2426	Bandplastik des Sprunggelenks und/oder der Syndesmose				
2430	Operation eines Meniskus				

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2435	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder von Fremdkörpern aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk			*	Ausgenommen Eingriffe an Kiefer und Fußgelenk, die nicht in der Regel ambulant erbracht werden
2436	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder von Fremdkörpern aus einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk und/oder Glättung der Gelenkflächen, als selbständige Leistung				
2440	Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk, als selbständige Leistung			*	
2441	Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk, als selbständige Leistung			*	
2442	Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk, als selbständige Leistung				
2445	Diagnostische arthroskopische Operation, ggf. einschl. Entnahme von Gewebeproben aus Weichteilen, Knorpel oder Knochen und/oder Plica-(Teil-)Resektion, Entfernung von Synovialzotten, (Teil-)Resektion des Hoffa'schen Fettkörpers, Knorpelglättung und/oder Herausspülen freier Gelenkkörper, einschl. Kosten				Ausgenommen diagnostische Arthroskopie ggf. mit PE, die in der Regel ambulant erbracht wird
2447	Resezierende arthroskopische Operation und/oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltung und/oder arthroskopisch-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/oder (sub-)totale Synovektomie, einschl. Kosten				
2449	Rekonstruktive arthroskopische Operation, einschl. Kosten (z. B. Bandrekonstruktion, Meniskusnaht)				
2455	Eröffnung eines Finger- oder Zehengelenks, ggf. einschl. Drainage, als selbständige Leistung			*	
2456	Eröffnung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks, ggf. einschl. Drainage, als selbständige Leistung				
2460	Mobilisierung eines kontrakten Kiefer-, Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks in Narkose oder Regionalanästhesie, als selbständige Leistung				
2465	Denervation eines Finger- oder Zehengelenks, als selbständige Leistung			*	
2466	Einkerbung der Sehnenplatte bei der Epikondylitis radialis oder ulnaris (OP nach Hohmann)			*	
2467	Operation der Epikondylitis radialis oder ulnaris mit partieller Denervierung des Ellenbogengelenks einschl. der Leistung nach Nr. 2466, ggf. einschl. partieller Synovektomie, ggf. einschl. Arthrotomie und Naht der Gelenkkapsel			*	Exklusive partieller Synovektomie, ggf. Arthrotomie und Naht der Gelenkkapsel, die nicht in der Regel ambulant erbracht werden
2470	Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenks (Finger-, Zehengelenk)			*	

GO-Nummer		Unspez. Zu-schläge	Anäs-thesie	Kategorien	Kommentare ²
2471	Drahtstiftung zur Fixierung von mehreren kleinen Gelenken oder Drahtstiftung an der Daumenbasis, an der Mittelhand oder am Mittelfuß			*	
2475	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks			*	
2480	Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks			*	
2481	Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks				Ausgenommen Eingriffe am Kiefer- und Fußgelenk, die stationär erbracht werden
2485	Resektion eines Finger- oder Zehengelenks, als selbständige Leistung			*	
2490	Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese				
N VI	Hals- und Abdominalchirurgie				
2620	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches, ggf. einschl. Fasziendoppelung oder plastischer Maßnahmen zum Verschluss der Bruchpforte				
2621	Operation eines Nabel- oder Mittellinienbruches				
2622	Operation eines Nabel- oder Mittellinienbruches mit Muskel- und/oder Faszienschiebeplastik				
2630	Diagnostische Peritonealspülung (Peritoneal-Lavage), als selbständige Leistung			*	
2634	Laparoskopie/Pelviskopie, ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion und/oder Adhäsiolyse			*	
2721	Anus praeter-Bougierung, je Sitzung			*	
2730	Vollständige Exzision eines Pilonidalsinus, ggf. einschl. Steißbeinresektion nach Nr. 2385				
2740 ¹	Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels (Sphinkterotomie), als selbständige Leistung			*/-	
2741	Operation einer Analfissur, ggf. einschl. Sphinkterotomie, ggf. einschl. Exzision			*	
2745	Operation einer submukösen analen Fistel				
2750	Exzision von Hämorrhoidalknoten, segmentär nach Milligan-Morgan				
2751	Exzision von Hämorrhoidalknoten, submukös nach Parks				
N VII	Thorax- und Gefäßchirurgie				
2815	Schrittmacher-Erstimplantation, einschl. Elektrodenplatzierung, oder Elektrodenwechsel bei implantiertem Schrittmacher-Aggregat				

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2816	Wechsel des Schrittmacher-Aggregates				
2817	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 2815 für das Einbringen einer zweiten Elektrode bei Zweikammerschrittmachern				
2821	Implantation eines permanenten Zuganges (Port) zu einem Gefäß oder Implantation eines intrathekalen Katheters, ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. 2162				
2842	Rekonstruktive Operation an einer Finger- oder Zehenarterie, mikrochirurgisch				
2850	Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse			*	
2851	Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse, mit freiem Transplantat			*	
2852	Beseitigung eines arterio-venösen Shunts			*	
2860	Exstirpation oder subfasziale Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen, als selbständige Leistung, je Sitzung			*	
2861	Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen			*	
2862	Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena magna, ggf. einschl. der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen				
N VIII	Neurochirurgie				
2919	Passagere Implantation von Reizelektroden zur Stimulation des Rückenmarks, ggf. einschl. Durchleuchtung (BV/TV), ggf. einschl. Teststimulationen			*	
2920	Dauerimplantation von Reizelektroden zur Stimulation des Rückenmarks, ggf. einschl. Durchleuchtung (BV/TV), ggf. einschl. Implantation eines Empfangsgerätes, ggf. einschl. Teststimulationen			*	
2930	Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven, als selbständige Leistung			*	
2935	Neurolyse, als selbständige Leistung			*	
2936	Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbständige Leistung				
2945	End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung, einschl. Wundversorgung			*	

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2946	Sekundärnaht eines peripheren Nerven durch epineurale Naht			*	
2947	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht			*	
2948	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch Transplantat				
2960	Denervation der kleinen Wirbelgelenke (z. B. Facettendenervation), je Bewegungssegment Anmerkung: Interventionelle Maßnahmen, die nachweislich eine Denervation der kleinen Wirbelgelenke je Bewegungssegment bewirken, sind nach Nr. 2960 abzurechnen.			*	
N IX	Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie				
3010	Freilegung und/oder Entfernung eines retinierten oder verlagerten oder tief zerstörten Zahnes			*	
3011	Freilegung und/oder Entfernung eines retinierten oder verlagerten oder tief zerstörten Zahnes durch Osteotomie			*	
3012	Entfernung eines vollständig impaktierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie oder Entnahme-Osteotomie zur Zahntransplantation			*	
3013	Osteotomie zur Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequester aus dem Kiefer			*	
3015	Transplantation eines Zahnes, einschl. operativer Schaffung des Knochenbettes			*	
3020	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn			*	
3021	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn			*	
3030	Exstirpation von Kieferzysten durch Präparation von der Alveole aus				
3031	Operation einer Kieferzyste durch Zystostomie			*	
3035	Operation einer Kieferzyste durch Zystektomie			*	
3038	Operativer Verschuß mittels Periostschlitzung und Zahnfleischverschiebeplastik einer durch Zahnentfernung eröffneten Kieferhöhle			*	
3040	Lippen- oder Zungenbandplastik oder Gingivoplastik im Bereich von bis zu vier Zähnen			*	
3042	Gingivoplastik im Bereich von mehr als vier Zähnen einer Kieferhälfte			*	
3045	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder Lappenfibroms			*	
3046	Partielle Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Muskelverlagerung zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit der Gesichtsmuskulatur			*	

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
3050	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte			*	
3070	Reimplantation eines Zahnes			*	
3072	Allmähliche Reposition des einmal gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes				
3083	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intraorale Schiene oder Stützapparat				
3091	Operatives Anlegen einer Schiene bei Erkrankungen oder Verletzungen des Ober- oder Unterkiefers oder Anlegen eines extraoralen Extensions- oder Retentionsverbandes				
3092	Operatives Anlegen einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer				
3095	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder Änderungen an derselben oder teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten oder Entfernung einer Schiene			*	
3096	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen einer Kieferhälfte			*	
3205	Modellierende Stellungskorrektur einer schweren Hand- oder Fußverbildung			*	
3206	Jede weitere Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung nach Nr. 3205			*	
3207	Stellungskorrektur der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks				
3208	Jede weitere Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung nach Nr. 3207			*	
3220	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß, mit oder ohne Positiv			*	
3221	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Unterarm mit Hand, für einen Unterschenkel mit Fuß, für einen Ober- oder Unterarm, für einen Unterschenkel- oder Oberschenkelstumpf (mit Tubersitzausarbeitung)			*	
3225	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm, ggf. mit Schulter, oder für das ganze Bein			*	
3226	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken			*	
3230	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf			*	
3231	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm			*	

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
3240	Gemeinsame Besprechung(en) mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)			*	
3245	Praktische Schulung im Gebrauch von Kunstgliedern, Fremdkraftprothesen oder großen orthopädischen Hilfsmitteln, ggf. einschl. Unterweisung der Betreuungsperson, je Sitzung			*	
5100	Serienangiographie, einschl. aller Begleitleistungen, Kontrastmitteleinbringung(en) und Dokumentation, einmal im Behandlungsfall				
5101	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5100 bei selektiver Darstellung hirnversorgender Gefäße, einschl. Kontrastmitteleinbringung(en)				
5102	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5100 bei selektiver Darstellung anderer als in Nr. 5101 genannter Gefäße, einschl. Kontrastmitteleinbringung(en)				
5103	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5100 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse), einschl. Kontrastmitteleinbringung(en)				
5120	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, einschl. aller Begleitleistungen, ggf. einschl. Gerinnungsuntersuchungen (z. B. aktivierte Gerinnungszeit), Kontrastmitteleinbringung(en), selektiver Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium, Angiokardiographie, Vorbereitung und Nachbetreuung, einmal im Behandlungsfall				
5122	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5120 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z. B. PTCA, Stent)				
5140	Phlebographie und/oder Lymphographie der Extremität(en), einschl. regionaler Abflußgebiete, einschl. Kontrastmitteleinbringung(en)			*	
5142	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5140 für die computergestützte Analyse			*	
5145	Embolisations- bzw. Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen, einschl. aller Begleitleistungen, einschl. Kontrastdarstellung				

- 1) In Fällen mit 2 Kategorien ist in eine Einstufung für Kinder und Erwachsene zu unterscheiden. Die zuerst aufgeführte Kategorie bezieht sich ausschließlich auf Erwachsene, die nachfolgend genannte auf Kinder. Die Kennzeichnung [-] bedeutet in diesem Falle, dass die Leistung bei Kindern zumeist nicht ambulant durchgeführt wird.
- 2) Aufgrund der enormen Heterogenität der Leistungsbeschreibung zahlreicher EBM-Ziffern wurde eine ergänzende Kommentierung einzelner Ziffern unumgänglich. Die Kommentare sollen Klarheit darüber verschaffen, welche Aspekte aus der EBM-Ziffer möglicher Weise gar nicht ambulant oder nicht in der Regel ambulant erbracht werden können.

Anlage 2 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V

Allgemeine Tatbestände

- (1) Bei den gemäß § 115b Abs. 1 Satz 2 SGB V zu bestimmenden allgemeinen Tatbeständen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann, wird nach allgemeinen individuellen Tatbeständen und morbiditäts-/diagnosebedingten allgemeinen Tatbeständen unterschieden.
- (2) Nachfolgend werden allgemeine individuelle Tatbestände bzw. Kriterien definiert, die eine stationäre Durchführung der vereinbarten in der Regel ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationsersetzenden Eingriffe erforderlich machen können. Dabei ist das Vorliegen bereits eines der nachfolgenden Tatbestände bzw. Kriterien als hinreichende Begründung für eine stationäre Durchführung anzusehen.

Als allgemeine individuelle Tatbestände sind die fehlende Sicherstellung der Versorgung des Patienten im familiären bzw. häuslichen Umfeld oder die pflegerische Nachbetreuung anzusehen. Diese sozialen Faktoren, die eine ambulante Versorgung postoperativ gefährden können sind:

- a) fehlende Kommunikationsmöglichkeit des Patienten im Fall von postoperativen Komplikationen und/oder
 - b) fehlende sachgerechte Versorgung im Haushalt des Patienten.
- (3) Neben den unter Abs. 2 genannten allgemeinen individuellen Tatbeständen, welche eine stationäre Durchführung von in der Regel ambulant durchführbaren Operationen und Eingriffen erforderlich machen können, bestehen auch morbiditäts-/diagnosebedingte allgemeine Tatbestände. Auch hier begründet das Vorliegen eines Tatbestandes bzw. Kriteriums die entsprechende stationäre Durchführung hinreichend.

Als morbiditäts-/diagnosebedingte allgemeine Tatbestände bzw. Kriterien, welche eine stationäre Durchführung von in der Regel ambulant durchführbaren Operationen und Eingriffen erforderlich machen kann, sind beispielsweise :

- a) Klinisch relevante Begleiterkrankungen, z.B. aufgrund:
 - Gerinnungsstörungen
 - Koronarsyndrom
 - Herzinsuffizienz (III/IV Grades)
 - Anamnestisch maligne Hyperthermie
 - (relevante) Lungenfunktionsstörung
 - sonstige überwachungspflichtige Behandlung
- b) Besondere postoperative Risiken, z.B. aufgrund von postoperativer Überwachungspflichtigkeit von mehr als 8 Stunden nach Beendigung des Eingriffs (z.B. kritischer endokriner oder metabolischer Status)
- c) Schwere der Erkrankung, z.B.
 - Bewusstlosigkeit
 - Verwirrtheitszustand
 - Akute Lähmung
 - Akuter Sehverlust
 - Akuter Hörverlust
 - Akute Blutung
- d) Erhöhter Behandlungsaufwand, z.B.
 - Kontinuierliche intravenöse Medikation/Infusion
 - Kontinuierliche intensive Überwachungsnotwendigkeit
 - Kontinuierliche assistierte oder kontrollierte Beatmung
 - Bedrohliche Infektion, anhaltendes Fieber
 - Andere akute Funktionsstörungen
 - Gegenüber dem Regelfall sehr komplexe Eingriffe

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 stationersetzender Eingriffe. Zur Entscheidung, ob eine Operation unter ambulanten oder stationären Bedingungen durchzuführen ist, wird der „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe“ nach Anlage 1 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationersetzende 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.

Nr.	Leistung	Gebühr
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_a, 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:

UV-GOÄ-Nr.	allgem. Heilbehandlung	bes. Heilbehandlung
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)

Beschlüsse des Ständigen Ausschusses BG-NT im schriftlichen Verfahren

Unter Berücksichtigung der Beschlüsse der ständigen Gebührenordnungskommission nach § 52 des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger vom 19.10.2004 werden die Auswirkungen auf den BG-Nebenkostentarif wie folgt umgesetzt:

1. Für Leistungen/Zuschläge bei ambulant durchgeführten Operationen und stationärem Eingriffen nach den neu eingeführten Nummern 440 bis 449 (Anlage 1) fallen keine Besonderen Kosten an. Die Festsetzung Allgemeiner Kosten und Sachkosten bleibt einer Regelung der Vertragspartner im Krankenhaus vorbehalten.

2. Bei den neu in das Gebührenverzeichnis aufgenommenen Leistungen

Nr. 192	Elektronische Übermittlung des Arztberichts an den Unfallversicherungsträger 0,35 €
Nr. 193	Übersendung von vom absendenden Arzt durchgesehenen und ihre Richtigkeit von ihm bescheinigten Krankengeschichte oder Auszüge (Fotokopien) ungeachtet des Umfangs, zusätzlich Porto 12,37 € (- bisher in Ziff. 4 der Allgemeinen Bestimmungen zu B VI geregelt)
Nr. 194	Kopie und Versand von Tonschwellenaudiogrammen - auch beiderseits -, zuzüglich Porto 2,66 € (- bisher zusätzlich ohne eigene Leistungsnummer unter Nr. 1403 geregelt)
Nr. 195	Übersendung angeforderter Röntgenaufnahmen (einschließlich Verpackung), zuzüglich Porto 5,47 € (- bisher unter O I Ziff. 8 geregelt)
Nr. 528	Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen (Behandlungszeit 20 Minuten) 9,19 € (Allgemeine Heilbehandlung) 11,44 € (Besondere Heilbehandlung)
Nr. 529	Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung, ein Körperabschnitt (Arm, Bein, Schulter, Nacken), auch Fangokneten (Behandlungszeit 20 Minuten) 12,33 € (Allgemeine Heilbehandlung) 15,34 € (Besondere Heilbehandlung)

handelt es sich um rein ärztliche Leistungen. Besondere Kosten fallen nicht an, Allgemeine Kosten/Sachkosten werden hierfür nicht festgesetzt.

3. Die Neufestsetzung der Leistungslegende der Nr. 55

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

bewirkt keine Änderung des BG-NT.

4. Der Ergänzung der Nr. 3 der Allgemeinen Bestimmungen zu Kapitel O I

Der Unfallversicherungsträger erhält eine Kopie; Portokosten sind zu erstatten

wird zugestimmt.

5. Für die nachstehend aufgeführten, neu festgesetzten Gebührensätze (Spalten 2 und 3) werden Allgemeine Kosten (Spalte 5) und Sachkosten (Spalte 6) wie folgt festgesetzt.

1	2	3	4	5	6
UV-GOÄ-Nr.	Allgemeine Heilbehandlung	Besondere Heilbehandlung	Besondere Kosten	Allgemeine Kosten	Sachkosten
2062	34,51 €	42,95 €	7,35 €	6,40 €	13,75 €
2118	44,87 €	55,83 €	7,78 €	14,60 €	22,38 €
2122	38,24 €	47,59 €	7,78 €	12,00 €	19,78 €
2156	44,87 €	55,83 €	-----	13,90 €	13,90 €
2210	41,41 €	51,54 €	7,78 €	16,70 €	24,48 €
2339	63,78 €	79,37 €	7,78 €	22,40 €	30,18 €
2354	63,78 €	79,37 €	23,33 €	19,00 €	42,33 €
2801	44,87 €	55,83 €	7,67 €	12,40 €	20,07 €

6. Für die neu eingeführte Leistung

Nr. 2016 Wundreinigungsbad - mit und ohne Zusatz -

werden Allgemeine Kosten /Sachkosten in Höhe von 1,50 € festgesetzt.

7. Inkrafttreten/Laufzeit

Die Beschlüsse treten zum 1.1.2005 in Kraft. Sie ergänzen die Beschlüsse vom 19.5.2004 mit einer Laufzeit bis 30.06.2005.

Heidelberg/Duisburg, den 26.11.2004

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

(Wengeler)

Für die Unfallversicherungsträger

(Leutink)

Leistungen/Zuschläge nach den Nummern 440 - 449

Nr.	Leistung	Gebühr
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, 2392a, 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 €



Hauptverband
der gewerblichen
Berufsgenossenschaften e.V.



Bundesverband
der landwirtschaftlichen
Berufsgenossenschaften e. V.



Bundesverband
der Unfallkassen e. V.
(BUK)

Verletzungsartenverzeichnis*

(in der Fassung vom 1. Januar 2005)

- 1 Ausgedehnte oder tiefgehende Verletzungen der Haut und des Weichteilmantels, Amputationsverletzungen, Muskelkompressionssyndrome, thermische und chemische Schädigungen
- 2 Verletzungen der großen Gefäße
- 3 Verletzungen der großen Nervenbahnen einschl. Wirbelsäulenverletzungen mit neurologischer Symptomatik
- 4 Offene oder gedeckte Schädel-Hirnverletzungen (ab SHT Grad II)
- 5 Brustkorbverletzungen mit Organbeteiligung
- 6 Bauchverletzungen mit operationsbedürftiger Organbeteiligung einschl. Nieren und Harnwege
- 7 Operativ rekonstruktionsbedürftige Verletzungen großer Gelenke (mit Ausnahme isolierter Bandverletzung des oberen Sprunggelenks sowie isoliertem Riss des vorderen Kreuzbandes und unkomplizierter vorderer Schulterinstabilität)
- 8 Schwere Verletzungen der Hand
- 9 Komplexe Knochenbrüche, insbesondere mehrfache, offene und verschobene Frakturen
- 10 Alle Verletzungen und Verletzungsfolgen mit Komplikationen, fehlendem Heilungsfortschritt und/oder Korrekturbedürftigkeit

Ergänzende „Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis“ geben zusätzliche Hinweise für die Zuordnung bestimmter Verletzungen.

*§ 37 Vertrag Ärzte/UV-Träger: Verletzungsartenverfahren

(1) In Fällen, in denen eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vorliegt, hat der behandelnde Arzt dafür zu sorgen, dass der Unfallverletzte unverzüglich in ein von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus überwiesen wird.

(2) 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.

(3) Eine Überweisung nach Abs. 1 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.

(4) ...



Hauptverband
der gewerblichen
Berufsgenossenschaften e.V.



Bundesverband
der landwirtschaftlichen
Berufsgenossenschaften e. V.



Bundesverband
der Unfallkassen e. V.
(BUK)

Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis (in der Fassung vom 1. Januar 2005)

Die folgenden Ausführungen sollen die 10 Verletzungen des Verletzungsartenverzeichnisses erläutern und eingrenzen. Naturgemäß kann nicht jede denkbare und individuelle Verletzungskonstellation aufgeführt werden. Für seltene und komplexe Situationen gilt der aufgezeigte Rahmen somit sinngemäß. Mehrfach- und schwerstverletzte Patienten (Polytrauma) erfüllen regelhaft in einem oder mehreren Punkten die Kriterien des Verletzungsartenverzeichnisses. Die Behandlung einer vital bedrohlichen (z. B. Milzzerreißung) oder hoch dringlich zu versorgenden (z. B. Muskelkompressionssyndrom) Verletzung hat selbstverständlich Vorrang vor den Regelungen des Verletzungsartenverfahrens. In diesen Fällen erfolgt die Verlegung in ein beteiligtes Krankenhaus zum sinnvoll frühestmöglichen Zeitpunkt.

In Zweifelsfällen, ob eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vorliegt, sollte grundsätzlich die Vorstellung des Patienten in einem am Verletzungsartenverfahren beteiligten Krankenhaus erfolgen.

1. Alle Amputationsverletzungen, auch der Großzehe und des Daumenendgliedes, ausgenommen Zehen- und Fingerendgliedknochen (siehe auch 8).

Muskelkompressionssyndrome in allen Lokalisationen mit klinischer Symptomatik, Drücken über 30 mm Hg und Operationsnotwendigkeit.

Thermische und chemische Schädigungen einschließlich Stromverletzungen mit einer Ausdehnung über 15 % der Körperoberfläche (2.-gradig), 3.-gradige Schädigungen über 10 % sowie im Gesicht, am Genital und an der Hand, begleitendes Inhalationstrauma, ausgedehnte offene und geschlossene Weichteilabhebungen (Decollement) mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen.

Schwere Weichteilverletzungen mit zu erwartenden Hautverlusten und gegebener bzw. fraglicher Notwendigkeit einer Lappenplastik.

2. Durchtrennungen, Zerreißen und akute traumatische Verschlüsse der großen Gefäße des Körperstammes, der Transportarterien an den Extremitäten einschließlich Unterschenkel und Unterarm (bezüglich Hand siehe Punkt 8) sowie der großen Begleitvenen proximal von Ellenbogen- und Kniegelenk.
3. Verletzungen des Rückenmarks, der Nervenwurzeln und der großen Nervengeflechte des Armes und des Beines, Verletzungen der Stammnerven des Armes einschließlich Unterarm (Nervus radialis, Nervus medianus, Nervus ulnaris) und des Beines (Nervus peroneus, Nervus tibialis).
4. Alle offenen Verletzungen mit Hirnbeteiligung, gedeckte Verletzungen klinisch ab SHT Grad II, alle traumatisch bedingten strukturellen Veränderungen und Blutungen in bildgebenden Verfahren, alle operationsbedürftigen Verletzungen (siehe auch Punkt 9).
5. Alle operationsbedürftigen Verletzungen einschließlich Brustkorbdrainagen, alle Verletzungen mit ausgedehnten und transfusionsbedürftigen Blutungen, alle Verletzungen mit Behinderung der Atemmechanik und des Gasaustausches mit drohender oder manifester Beatmungsnotwendigkeit.
6. Auch Verletzungen mit fraglicher oder drohender Operationsbedürftigkeit (Parenchymverletzungen und/oder Organruptur von Leber, Milz und Nieren), Verläufe mit transfusionsbedürftigem Blutverlust, klinischen Zeichen der Bauchfellentzündung und ausgeprägten Störungen der Darmmotilität.
7. Als große Gelenke gelten an der oberen Extremität Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk (bezüglich Hand siehe Punkt 8). An der unteren Extremität Hüft-, Knie-, oberes und unteres Sprunggelenk sowie die anschließenden Gelenkreihen der Fußwurzel (Chopart- und Lisfranc-Gelenk). Auch gelenkbetreffende und gelenknahe Rupturen der großen Sehnen an der oberen (Bizeps- und Trizepssehne) und an der unteren Extremität (Quadrizeps-, Patellar- und Achillessehne) bei gegebenem Kausalzusammenhang. Auch Verletzungen von Kapseln und Bändern mit fraglicher Operationsbedürftigkeit. Alle Brüche mit Gelenkverwerfung auch bei fraglicher Operationsbedürftigkeit (einschließlich Handgelenk).

8. Alle folgenden Verletzungskonstellationen:

Amputationsverletzungen (ausgenommen Fingerendglied) einschließlich Endgliedverletzungen des Daumens.

Multiple, stark verschobene und gelenkbeteiligende Brüche der Mittelhandknochen und der Langfinger, am ersten Mittelhandknochen in jeder Form.

Kahnbeinbrüche, verschobene Brüche der Handwurzel auch mit fraglicher Operationsbedürftigkeit, Bandverletzungen der Handwurzel mit offensichtlicher oder fraglicher Instabilität.

Verletzungen der Stammnerven (Nervus medianus, Nervus ulnaris, Ramus superficialis Nervus radialis) und von funktionell bedeutsamen Fingernerven (z. B. in der Greifzone des Daumens und/oder des Zeigefingers sowie der Außenseite des Kleinfingers).

Gefäßverletzungen im Bereich der Hand mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen, auch bei fraglicher Operationsbedürftigkeit.

Beugesehnenverletzungen und Verletzungen mehrerer Strecksehnen.

9. Offene oder geschlossene Brüche des Hirn- und Gesichtsschädels bei stärkerer Verschiebung und/oder gegebener oder auch fraglicher Operationsbedürftigkeit.

Wirbelbrüche mit neurologischen Ausfällen, ausgeprägter Fehlstellung und/oder Instabilität mit gegebener oder fraglicher Operationsbedürftigkeit (AO Typ A 2.3, A3, B und C).

Beckenringbrüche mit ausgeprägter Fehlstellung und/oder Instabilität bei gegebener oder fraglicher Operationsbedürftigkeit (AO Typ B 2 und C).

Hüftpfannenbrüche mit ausgeprägter Fehlstellung und/oder Instabilität bei gegebener oder fraglicher Operationsbedürftigkeit.

Verletzungen offener Wachstumsfugen mit potenzieller Störung des Wachstums (Typ Aitken II und III) sowie stark verschobene Brüche mit gegebener oder fraglicher Operationsbedürftigkeit.

Brüche mehrerer Röhrenknochen als Kettenverletzung einer Extremität oder funktionell zusammenhängend (bei gegebener oder fraglicher Operationsbedürftigkeit).

Brüche des Ober- oder Unterarmes bei offener Begleitverletzung, geschlossene Brüche mit starker Verschiebung, Splitterung, Etagenfrakturen und/oder Gelenkbeteiligung.

Brüche des Oberschenkels bei gegebener oder fraglicher Operationsbedürftigkeit.

Brüche der Kniescheibe mit Instabilität und/oder stärkerer Verschiebung.

Brüche des Unterschenkels und des Schienbeines mit Verschiebung bei gegebener oder fraglicher Operationsbedürftigkeit, insbesondere bei offenen oder geschlossenen Weichteilschäden.

Brüche der Knöchelgabel mit Ausnahme Typ Weber A und B ohne zusätzliche Bandverletzungen.

Brüche des Sprungbeines, des Fersenbeines, der Fußwurzel und der Mittelfußknochen bei stärkerer Verschiebung und Gelenkbeteiligung und gegebener oder fraglicher Operationsnotwendigkeit, ausgenommen isolierte Brüche an der Basis des V. Mittelfußknochens.

10. Tiefgehende, ausgedehnte oder fortschreitende Entzündungen nach operativer Versorgung der Verletzung, fehlender Heilungsfortschritt oder schwerwiegende Komplikationen auch bei nicht im Verzeichnis enthaltenen Verletzungen, drohende oder manifeste Knochenheilungsstörung (Pseudarthrose) mit Überschreitung der für den jeweiligen Skelettabschnitt üblichen Heilungszeit, verbliebene oder zunehmende Stellungsabweichungen mit gegebener oder fraglicher Korrekturnotwendigkeit.



**Hauptverband
der gewerblichen
Berufsgenossenschaften e.V.**



**Bundesverband
der landwirtschaftlichen
Berufsgenossenschaften e.V.**



**Bundesverband
der Unfallkassen e.V.
(BUK)**

Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren

(in der Fassung vom 1. Januar 2005)

aufgestellt von dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und dem Bundesverband der Unfallkassen

1 Präambel

Am Durchgangsarztverfahren wird ein Arzt beteiligt, der

1.1 gewährleistet, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen,

1.2 über die unter 2. – 4. genannte fachliche Befähigung, personelle und sächliche Ausstattung verfügt,

1.3 persönlich geeignet ist und

1.4 zur Übernahme der Pflichten nach 5. bereit ist.

2 Fachliche Befähigung

2.1 Der Durchgangsarzt muss zum Führen der deutschen Facharztbezeichnung „Chirurgie“ oder „Orthopädie und Unfallchirurgie“ berechtigt und als solcher niedergelassen oder an einem Krankenhaus oder einer Klinik fachlich und fachlich-organisatorisch weisungsfrei tätig sein. Er muss darüber hinaus über die deutsche Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ oder über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen.

2.2 Ein Arzt, der die Voraussetzungen nach 2.1 erfüllt, diese aber im Ausland erworben hat, muss für die Beteiligung als Durchgangsarzt zum Erwerb der Kenntnisse nach 2.3.1 und 2.3.2 nach der Facharztanerkennung ein Jahr bei einem Durchgangsarzt tätig gewesen sein.

2.3 Erforderlich sind ferner

2.3.1 eingehende Erfahrungen im durchgangsärztlichen Berichtswesen und in der Gutachtenerstellung,

2.3.2 eingehende Erfahrungen in der Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft.

2.3.3 Teilnahme an einem Seminar zur Einführung in die Durchgangsarztztätigkeit, das nicht länger als zwei Jahre zurück liegt,

2.3.4 eine nach der Facharzt-Weiterbildung ausgeübte unfallchirurgische Tätigkeit, die nicht länger als drei Jahre unterbrochen worden ist, es sei denn, der Bewerber weist noch genügende unfallchirurgische Kenntnisse nach.

3 Personelle Ausstattung

Es müssen mindestens zwei medizinische Assistenzkräfte ständig anwesend sein, davon mindestens eine mit abgeschlossener Ausbildung. Werden physiotherapeutische Leistungen in der Praxis des Arztes erbracht, muss zusätzlich eine entsprechende Fachkraft vorhanden sein.

4 Sächliche Ausstattung

4.1 Die hygienischen Anforderungen an die baulich-funktionelle und betrieblich-organisatorische Gestaltung richten sich entsprechend der besonderen Aufgabenstellung in der unfallchirurgischen Versorgung nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und den auf seiner Grundlage entwickelten „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ des Robert-Koch-Instituts, Berlin (RKI-Empfehlungen) (S. 644 ff. Bundesgesundheitsblatt 8/2000). Zu beachten ist Punkt 5 (Ambulante Operationen) der RKI-Empfehlungen.

Für die Mindestanforderungen an die bauliche, apparativ-technische und hygienische Ausstattung gilt ergänzend die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen“ in der jeweils gültigen Fassung.

4.2 Die Praxis soll für nicht gehfähige Unfallverletzte zugänglich und entsprechend ausgestattet sein.

4.3 Neben ausreichenden Untersuchungs- und Behandlungsräumen müssen mindestens vorhanden sein:

4.3.1 Zwei Eingriffsräume für invasive Eingriffe, getrennt für Eingriffe bestimmten Kontaminationsgrades

4.3.2 Umkleidemöglichkeit für das Personal mit Waschbecken und Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung (in Zuordnung zu den Eingriffsräumen)

4.3.3 Geräte-, Vorrats- und Sterilisationsraum (mit normenentsprechender Sterilisationsmöglichkeit), Aufbereitungsbereich

4.3.4 Umkleidebereich für Patienten

4.3.5 Ruheraum für Patienten

4.3.6 Röntgenraum mit einer Röntgenanlage mindestens der Anwendungsklasse II der Röntgen-Apparate-Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung

4.3.7 Wartezone

4.3.8 ausreichende Einrichtungen zur Archivierung

5 Pflichten

5.1 Der Durchgangsarzt verpflichtet sich, die durchgangsärztliche Tätigkeit in Übereinstimmung mit den Regelungen und unter Anwendung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger (Arztervertrag) in der jeweils geltenden Fassung auszuüben.

Der Durchgangsarzt verpflichtet sich ferner:

5.2 die durchgangsärztliche Tätigkeit persönlich und unter Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit auszuüben,

5.3 unfallärztliche Bereitschaft mindestens in der Zeit Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr und Samstag - mit der Möglichkeit durchgangsarztlicher Vertretungsregelungen - von 8.00 bis 13.00 Uhr zu gewährleisten,

5.4 die für die Unfallversicherungsträger erforderlichen Dokumentationsarbeiten, Begutachtungen sowie Berichterstattungen fristgerecht durchzuführen und insbesondere Durchgangsarztberichte unverzüglich zu erstatten,

5.5 zur Teilnahme am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern,

5.6 ärztliche Unterlagen einschl. Krankenblätter, Röntgenaufnahmen mindestens 15 Jahre aufzubewahren,

5.7 an Maßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Qualitätssicherung und deren Umsetzung mitzuwirken,

5.8 Arbeitsunfallverletzte mit einer Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis unverzüglich einem am Verletzungsartenverfahren beteiligten Krankenhaus oder Arzt zu überweisen,

5.9 die für die Versorgung Arbeitsunfallverletzter erforderliche Ausstattung der Praxis/des Krankenhauses stets auf dem aktuellen Stand der medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklung zu halten,

5.10 zur ständigen unfallchirurgischen Fortbildung und zur Teilnahme an mindestens einer unfallchirurgischen Fortbildungsveranstaltung pro Jahr,

5.11 zur Abgabe einer Statistik über die Durchgangsarzt-tätigkeit für die Unfallversicherungsträger bis zum 15. Februar eines jeden Jahres an den zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften,

5.12 jede Änderung in den die Tätigkeit betreffenden Verhältnissen umgehend dem zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften mitzuteilen (z. B. Praxisverlegung, räumliche Praxisumgestaltung, Änderung der Rechtsform, Umstrukturierung der Klinik),

5.13 jederzeit durch den Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften die Erfüllung der Anforderungen überprüfen zu lassen

5.14 Aufforderungen der Unfallversicherungsträger im Zusammenhang mit der Steuerung des Heilverfahrens nachzukommen,

5.15 die Reha-Berater/Berufshelfer der Unfallversicherungsträger zu unterstützen.

6. Beteiligung

6.1 Die Beteiligung am Durchgangsarztverfahren erfolgt auf Antrag des Arztes durch öffentlich-rechtlichen Vertrag gem. § 53 SGB X mit dem zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

An einem Standort eines Krankenhauses können nicht mehrere Durchgangsarzte beteiligt werden.

Die Beteiligung endet

6.2 mit Vollendung des 68. Lebensjahres,

6.3 wenn in einem Zeitraum von fünf Jahren im Jahresdurchschnitt nicht mehr als 150 Arbeitsunfallverletzte von dem Durchgangsarzt erstversorgt wurden,

6.4 bei Praxisverlegung oder Praxisaufgabe,

6.5 bei Ausscheiden des Durchgangsarztes aus den Diensten des Krankenhauses, in dem die D-Arzt-Tätigkeit ausgeübt wird,

6.6 bei Kündigung wegen wiederholter Pflichtverletzung,

6.7 bei Kündigung nach Maßgabe des § 59 SGB X.



**Hauptverband
der gewerblichen
Berufsgenossenschaften e.V.**



**Bundesverband
der landwirtschaftlichen
Berufsgenossenschaften e.V.**



**Bundesverband
der Unfallkassen e.V.
(BUK)**

**Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII
an Krankenhäuser zur Beteiligung an der besonderen stationären Behandlung
von Schwer-Unfallverletzten (Verletzungsartenverfahren-VAV)**

(in der Fassung vom 1. Januar 2005)

aufgestellt von dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und dem Bundesverband der Unfallkassen

1 Präambel

1.1. An der stationären Behandlung Arbeitsunfallverletzter mit Verletzungen gemäß dem anliegenden Katalog wird ein Krankenhaus beteiligt, wenn

1.2. es in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen ist (Plankrankenhaus), einen Versorgungsauftrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen hat, Hochschulklinik oder Berufsgenossenschaftliche(s) Klinik/Krankenhaus ist,

1.3. gewährleistet ist, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen,

1.4. die Abteilung eines solchen Krankenhauses zur Behandlung Schwer-Unfallverletzter von einem fachlich und fachlich-organisatorisch weisungsfreien Arzt geleitet wird,

1.5. diese Abteilung eines solchen Krankenhauses über die unter 2 und 3 genannten personellen und sächlichen Ausstattungen verfügt und

1.6. Klinik/Krankenhausträger und verantwortlicher Arzt zur Übernahme der Pflichten nach 4 bereit sind.

2 Personelle Ausstattung

2.1 Verantwortlicher Arzt

Der Chefarzt oder leitende Arzt der Abteilung nach Ziff. 1.4 eines Krankenhauses muss

2.1.1 zum Führen der deutschen Facharztbezeichnung „Chirurgie“ oder „Orthopädie und Unfallchirurgie“ berechtigt sein. Er muss darüber hinaus über die deutsche Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ oder über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen,

2.1.2 nach Erwerb der Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ oder der Zusatzbezeichnung „spezielle Unfallchirurgie“ mindestens drei Jahre in der Abteilung zur Behandlung Schwer-Unfallverletzter eines von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern am Verletzungsartenverfahren beteiligten Krankenhauses tätig gewesen sein. In dieser Zeit soll er fakultativ zusätzliche Fertigkeiten in

- Plastischer Chirurgie
- Physikalischer und rehabilitativer Medizin
- Handchirurgie
- Rettungsmedizin
- spezieller chirurgischer Intensivmedizin erworben haben.

Tätigkeitszeiten in der

- Gefäßchirurgie
- Visceralchirurgie
- Thoraxchirurgie

können bis zur Dauer von einem Jahr auf die drei Jahre angerechnet werden, wenn sie in einem von den Unfallversicherungsträgern beteiligten Krankenhaus erbracht wurden,

2.1.3 über die Weiterbildungsbefugnis im Schwerpunkt „Unfallchirurgie“ oder für die Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen, die im Regelfall zwei Jahre nicht unterschreiten soll,

2.1.4 als Durchgangsarzt beteiligt sein,

2.1.5 einen Nachweis über noch vorhandene aktuelle unfallchirurgische Kenntnisse führen, sofern die unfallchirurgische Tätigkeit zum Zeitpunkt des Dienstantritts als verantwortlicher Arzt im Krankenhaus für länger als drei Jahre unterbrochen war.

2.2 Ärztliche Mitarbeiter

2.2.1 Neben dem Arzt nach 2.1 muss in dieser Abteilung mindestens ein weiterer Arzt mit Berechtigung zum Führen der deutschen Facharztbezeichnung „Chirurgie“ oder „Orthopädie und Unfallchirurgie“ und zum Führen der deutschen Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ bzw. der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ angestellt sein.

2.2.2 Am Krankenhaus muss eine fachärztliche anästhesiologische Versorgung und eine intensivtherapeutische Betreuung jederzeit gewährleistet sein.

2.2.3 Alle für die Versorgung von Arbeitsunfallverletzten erforderlichen Ärzte müssen jederzeit zur Verfügung stehen.

2.3 Nichtärztliche Mitarbeiter

2.3.1 Für die Übungsbehandlung müssen ausgebildete Mitarbeiter (z. B. Physiotherapeuten) in genügender Zahl zur Verfügung stehen; der Arzt nach 2.1 ist für die Verordnung und Überwachung dieser Behandlung verantwortlich.

2.3.2 Medizinisch-technische Assistenten für Röntgen- und Labortätigkeit müssen in so ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, dass ständige Dienstbereitschaft gewährleistet ist.

2.3.3 Um eine ordnungsgemäße und fristgerechte Abwicklung der Berichterstattung und Begutachtung sicherzustellen, müssen geeignete organisatorische Vorkehrungen getroffen werden und Schreibkräfte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.

3 Sächliche Ausstattung

Am Krankenhaus müssen vorhanden sein:

- 3.1 Überdachte Krankenwagenanfahrt
- 3.2 Hubschrauberlandemöglichkeit
- 3.3 Reanimations- und Schockraum mit erforderlichen Einrichtungen
- 3.4 Untersuchungs- und Behandlungsräume
- 3.5 Besondere Eingriffsräume nur für die Ambulanz, getrennt für Eingriffe bestimmter Kontaminationsgrade
- 3.6 Arzt- und Schreibzimmer

3.7 OP-Abteilung

Ausstattung und Funktionsabläufe müssen der besonderen Aufgabenstellung in der unfallchirurgischen Versorgung (z. B. lebensrettende Sofortoperationen, nicht planbare Notoperationen, aseptische Eingriffe mit besonders hohem Infektionsrisiko, Eingriffe bei septischen Komplikationen) entsprechen.

3.7.1 Die hygienischen Anforderungen an die baulich-funktionelle und betrieblich-organisatorische Gestaltung richten sich entsprechend der besonderen Aufgabenstellung nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und den auf seiner Grundlage entwickelten „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ des Robert-Koch-Instituts, Berlin (RKI-Empfehlung) (S. 644 ff. Bundesgesundheitsblatt 8/2000).

3.7.2 Zur Unterstützung der betrieblich-organisatorischen Abläufe ist durch eine adäquate räumliche Gliederung der Räume für Eingriffe nach Gr. I/II und Gr. III/IV (eigenständiger oder abtrennbarer OP-Bereich, z.B. für Eingriffe bei Patienten, welche mit multiresistenten Erregern besiedelt sind) ein hygienisch einwandfreies Arbeiten sicherzustellen. Eigenständigen OP-Räumen/OP-Abteilungen für Eingriffe nach Gr. III/IV müssen Personalschleuse und Patientenübergaberaum nach Ziff. 2 der RKI-Empfehlung, abgetrennten OP-Räumen für Eingriffe nach Gr. III/IV müssen eine eigene Personalauskleidmöglichkeit und ein eigener Patientenübergaberaum zugeordnet sein.

3.7.3 In der OP-Abteilung müssen vorhanden sein:

- Entsprechend der besonderen Aufgabenstellung leistungsfähige Anästhesieeinheiten, Überwachungsgeräte und Ausrüstung zur Schockbekämpfung und Wiederbelebung,
- radiologisch bildgebende Einrichtungen (Bildwandlerkette) mit Dokumentationsmöglichkeit.

3.8 Weitere Einrichtungen:

- 3.8.1 Intensivstation
- 3.8.2 Zentrale Sterilgutversorgung*) mit getrennter Ein- und Ausgabe
- 3.8.3 jederzeitige Röntgenmöglichkeit einschl. Computertomografie und Angiografie
- 3.8.4 Kernspintomografie*)
- 3.8.5 Einrichtung zur Szintigrafie*)
- 3.8.6 Sonografiegeräte
- 3.8.7 Endoskopiegeräte
- 3.8.8 Elektroencephalografiegeräte*)
- 3.8.9 ständig dienstbereites Labor
- 3.8.10 zweckentsprechend eingerichtete und ausgestattete Physiotherapie

4 Pflichten

4.1 Krankenhaus und Ärzte haben die Unfallversicherungsträger bei der Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu unterstützen.

4.2 Der Arzt nach 2.1 verpflichtet sich zur Anwendung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger in der jeweils gültigen Fassung; der Krankenhausträger hat ihn hierbei zu unterstützen.

4.3 Der Arzt verpflichtet sich zur ständigen unfallchirurgischen Fortbildung und zur Teilnahme an mindestens einer unfallchirurgischen Fortbildungsveranstaltung pro Jahr

Krankenhausträger und Arzt nach 2.1 verpflichten sich ferner:

- 4.4 die unfallchirurgische Bereitschaft und die stationäre Aufnahme von Schwer-Unfallverletzten ständig sicherzustellen,
- 4.5 zu gewährleisten, dass Arbeitsunfallverletzte dem unter 2.1 bezeichneten Arzt unverzüglich zugeleitet werden und alle für die Versorgung von Schwer-Unfallverletzten erforderlichen Ärzte jederzeit zugezogen werden können,
- 4.6 dem zuständigen Landesverband der Berufsgenossenschaften auf Verlangen Einsicht in die nach § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz zu fertigenden Aufzeichnungen zu gewähren,
- 4.7 Aufforderungen der Unfallversicherungsträger zur Steuerung des Heilverfahrens nachzukommen,
- 4.8 zur rechtzeitigen Abgabe von Auskünften, Berichten und Gutachten sowie Hinweisen auf Möglichkeiten teilstationären oder häuslichen Krankenpflege an den Unfallversicherungsträger,
- 4.9 über die Unfallverletzten vollständig Krankenblätter dokumentationsgerecht zu führen und Krankengeschichten, Röntgenbilder etc. jederzeit dem Unfallversicherungsträger zur Verfügung zu stellen,
- 4.10 den Reha-Berater/Berufshelfer des Unfallversicherungsträgers zu unterstützen,
- 4.11 zur Teilnahme am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern,
- 4.12 ärztliche Unterlagen und Röntgenfilme über Schwer-Unfallverletzte mindestens 15 Jahre aufzubewahren,
- 4.13 an Maßnahmen der Unfallversicherungsträger zur Qualitätssicherung und deren Umsetzung mitzuwirken,
- 4.14 durch den Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaft jederzeit prüfen zu lassen, ob diese Anforderungen noch erfüllt sind,
- 4.15 zur Zusammenarbeit mit den von den Unfallversicherungsträgern bezeichneten Einrichtungen für Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BSW) und Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP),
- 4.16 den zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften rechtzeitig über alle die Beteiligung betreffenden Änderungen, z. B. personeller, organisatorischer oder baulicher Art, insbesondere das Ausscheiden des unter 2.1 genannten Arztes, zu unterrichten,
- 4.17 sicherzustellen, dass die Einhaltung dieser Anforderungen auch durch externe Anbieter entsprechender Leistungen gewährleistet wird.

5 Beteiligung

5.1 Die Beteiligung eines Krankenhauses am Verletzungsartenverfahren erfolgt auf Antrag des Krankenhausträgers durch öffentlich-rechtlichen Vertrag gemäß § 53 SGB X mit dem zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Sie kann an einem Standort eines Krankenhauses nicht an mehrere verantwortliche Ärzte im Sinne von 2.1 gebunden werden.

Die Beteiligung endet bei:

- 5.2 Ausscheiden des unter 2.1 genannten Arztes
- 5.3 Schließung/Verlegung des unter 1 genannten Krankenhauses oder Standorts des Krankenhauses oder der unfallchirurgischen Abteilung
- 5.4 Kündigung wegen wiederholter Pflichtverletzung durch Krankenhaus/Arzt
- 5.5 Kündigung nach Maßgabe des § 59 SGB X

*) Diese Leistungen/Geräte können auch im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit Leistungserbringern außerhalb des Krankenhauses genutzt werden.



**Hauptverband
der gewerblichen
Berufsgenossenschaften e.V.**



**Bundesverband
der landwirtschaftlichen
Berufsgenossenschaften e.V.**



**Bundesverband
der Unfallkassen e. V.
(BUK)**

**Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an
Handchirurgen zur handchirurgischen Versorgung Unfallverletzter nach § 37 Abs. 3 des
Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger im Rahmen des Verletzungsartenverfahrens
(Fälle der Ziff. 8 des Verletzungsartenverzeichnisses)
(in der Fassung vom 1. Januar 2005)**

aufgestellt von dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und dem Bundesverband der Unfallkassen

1. Präambel

An der handchirurgischen Versorgung Unfallverletzter nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger im Rahmen des Verletzungsartenverfahrens werden die Ärzte beteiligt, die

- 1.1 gewährleisten, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen,
- 1.2 über die unter 2. – 4. genannte fachliche Befähigung, personelle und sächliche Ausstattung verfügen,
- 1.3 persönlich geeignet sind und
- 1.4 zur Übernahme der Pflichten nach 5. bereit sind.

2. Fachliche Befähigung

2.1 Ärzte, die an der handchirurgischen Versorgung Arbeitsunfallverletzter nach 1. teilnehmen, müssen zum Führen der deutschen Facharztbezeichnung Chirurgie, Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder Plastische Chirurgie berechtigt und als solche niedergelassen oder an einem Krankenhaus oder einer Klinik fachlich und fachlich-organisatorisch weisungsfrei tätig und zum Führen der deutschen Zusatzbezeichnung Handchirurgie berechtigt sein.

2.2 Erforderlich sind ferner

2.2.1 nach Erwerb der Zusatzbezeichnung eine mindestens zweijährige durchgängige Tätigkeit in einer Krankenhausabteilung/Klinik, die über die Weiterbildungsbefugnis zur Zusatzbezeichnung Handchirurgie verfügt,

2.2.2 Nachweis über eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Mikrochirurgie, Replantationschirurgie und Transplantation freier vaskularisierter Lappen,

2.2.3 eingehende Erfahrungen im Berichtswesen und in der Gutachterstellung für Unfallversicherungsträger,

2.2.4 eingehende Erfahrungen in der Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft,

2.2.5 Teilnahme an einem Seminar zur Einführung in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren, das nicht länger als zwei Jahre zurückliegt,

2.2.6 eine nach dem Erwerb der Zusatzbezeichnung Handchirurgie ausgeübte handchirurgische Tätigkeit, die nicht länger als drei Jahre unterbrochen worden ist, es sei denn, der Bewerber weist noch genügende handchirurgische Kenntnisse nach.

3. Personelle Ausstattung

Es müssen mindestens zwei medizinische Assistenzkräfte ständig anwesend sein, davon mindestens eine mit abgeschlossener Ausbildung. Werden physiotherapeutische Leistungen in der Praxis des Arztes erbracht, muss zusätzlich eine entsprechende Fachkraft vorhanden sein.

Die Möglichkeit einer ergotherapeutischen Behandlung, ggf. durch eine externe Einrichtung, muss sichergestellt sein.

4. Sächliche Ausstattung

4.1 Die hygienischen Anforderungen an die baulich funktionelle und betrieblich-organisatorische Gestaltung richten sich entsprechend der besonderen Aufgabenstellung in der handchirurgischen Versorgung nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und den auf seiner Grundlage entwickelten „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ des Robert-Koch-Instituts, Berlin (RKI-Empfehlungen) (S. 644 ff. Bundesgesundheitsblatt 8/2000). Zu beachten ist Punkt 5 (Ambulante Operationen) der RKI-Empfehlungen.

Für die Mindestanforderungen an die bauliche, apparativ-technische und hygienische Ausstattung gilt ergänzend die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen“ in der jeweils gültigen Fassung.

4.2 Neben ausreichenden Untersuchungs- und Behandlungsräumen müssen mindestens vorhanden sein:

4.2.1 Eingriffsräume für invasive Eingriffe, getrennt für Eingriffe bestimmten Kontaminationsgrades

4.2.2 Umkleidemöglichkeit für das Personal mit Waschbecken und Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung (in Zuordnung zu den Eingriffsräumen)

4.2.3 Geräte-, Vorrats- und Sterilisationsraum (mit Norm entsprechender Sterilisationsmöglichkeit), Aufbereitungsbereich

4.2.4 Umkleidebereich für Patienten

4.2.5 Ruhe-/Aufwachraum für Patienten

4.2.6 Röntgenraum mit einer Röntgenanlage mindestens der Anwendungsklasse II der Röntgen-Apparate-Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung

4.2.7 Wartezone

4.2.8 ausreichende Einrichtungen zur Archivierung

4.3 Folgende apparative Ausstattung

4.3.1 OP-Mikroskop

4.3.2 Lupenbrille

4.3.3 Osteosyntheseinstrumentarium

4.3.4 Hand- und mikrochirurgisches Instrumentarium

4.3.5 Möglichkeit der Plexus- und Allgemeinanästhesie

4.3.6 Bildwandlereinheit in den Eingriffsräumen

5. Pflichten

5.1 Der an der handchirurgischen Versorgung beteiligte Arzt verpflichtet sich, die handchirurgische Tätigkeit in Übereinstimmung mit den Regelungen und unter Anwendung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger in der jeweils geltenden Fassung auszuüben.

Er verpflichtet sich ferner:

5.2 die Tätigkeit persönlich und unter Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit auszuüben,

5.3 ärztliche Bereitschaft mindestens in der Zeit Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr und Samstag - mit der Möglichkeit handchirurgischer Vertretungsregelungen - von 8.00 bis 13.00 Uhr zu gewährleisten,

5.4 die für die Unfallversicherungsträger erforderlichen Dokumentationsarbeiten, Begutachtungen sowie Berichterstattungen fristgerecht durchzuführen und insbesondere Erstberichte unverzüglich zu erstatten,

5.5 zur Teilnahme am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern,

5.6 ärztliche Unterlagen einschl. Krankenblätter, Röntgenaufnahmen mindestens 15 Jahre aufzubewahren,

5.7 an Maßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Qualitätssicherung und deren Umsetzung mitzuwirken,

5.8 Arbeitsunfallverletzte mit einer Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis - mit Ausnahme der Verletzungsarten nach Nr. 8 - unverzüglich einem am Verletzungsartenverfahren beteiligten Krankenhaus zu überweisen; die Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt nach § 26 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger bleibt unberührt,

5.9 die für die Versorgung Arbeitsunfallverletzter erforderliche Ausstattung der Praxis/des Krankenhauses stets auf dem aktuellen Stand der medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklung zu halten,

5.10 zur ständigen handchirurgischen Fortbildung,

5.11 zur Abgabe einer Statistik über die Tätigkeit für die Unfallversicherungsträger bis zum 15. Februar eines jeden Jahres an den zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften,

5.12 jede Änderung in den die Tätigkeit betreffenden Verhältnissen umgehend dem zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften mitzuteilen (z. B. Praxisverlegung, räumliche Praxisumgestaltung, Änderung der Rechtsform, Umstrukturierung der Klinik),

5.13 jederzeit durch den Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften die Erfüllung der Anforderungen überprüfen zu lassen.

5.14 Aufforderungen der Unfallversicherungsträger im Zusammenhang mit der Steuerung des Heilverfahrens nachzukommen,

5.15 die Reha-Berater/Berufshelfer der Unfallversicherungsträger zu unterstützen.

6. Beteiligung

6.1 Die Beteiligung an der handchirurgischen Versorgung Unfallverletzter erfolgt auf Antrag des Arztes durch öffentlich-rechtlichen Vertrag gem. § 53 SGB X mit dem zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

Die Beteiligung endet

6.2 mit Vollendung des 68. Lebensjahres,

6.3 bei Praxisverlegung oder Praxisaufgabe,

6.4 bei Ausscheiden des Arztes aus den Diensten des Krankenhauses, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird,

6.5 bei Kündigung wegen wiederholter Pflichtverletzung,

6.6 bei Kündigung nach Maßgabe des § 59 SGB X.