DGUV
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Spitzenverband

SVLFG
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Arbeitshinweise

Arztrechnungen

Arbeitshinweise der Unfallversicherungsträger zur Bearbeitung von Arztrechnungen (Arb.Hinweise Arztrechnungen) unter Berücksichtigung der Neufassung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger

In der Fassung vom 01.10.2026

Arbeitsgruppe „Rechnungsprüfung“

Bley, Benjamin	BGN
Eckert, Nikolas	DGUV Berlin
Gehrke, Jan-Philipp	DGUV Berlin
Gratzl, Corinne	DGUV, LV Südwest
Haße, Oliver	DGUV, LV Nordwest
Haisler, Claudia	DGUV Berlin **(Vorsitz)**
Hoffmann, Karl-Heinz	DGUV Berlin
Nitsch, Michael	BGHM
Schaaf, Ralf	UK BW
Schäper, Mike	LV West
Schell, Antje	BG BAU
Simnacher, Martina	SVLFG
Thiel, Tanja	UK RLP
Weiler, Frank-Martin	DGUV, LV Südost
Winkler, Marco	DGUV, LV Mitte
Ziche, Gerald	DGUV, LV Nordost

Vorwort

Die Idee, eine „Anleitung“ für die Prüfung von ärztl. Behandlungsrechnungen zu erstellen, entstand nach umfangreichen Aktenprüfungen durch die Innenrevision der Verwaltungsgemeinschaft Maschinenbau- u. Metall-BG sowie Hütten- u. Walzwerks-BG. Die „erste Auflage“ der Arbeitshinweise umfasste 1998 rd. 50 Seiten. Die kompetente Unterstützung durch Beratungsärzte der Maschinenbau- u. Metall-BG war dabei eine unverzichtbare Hilfe.

Die Hinweise waren nur für den internen Dienstgebrauch bestimmt, fanden aber auch Eingang in andere Verwaltungen. Eine erweiterte „zweite Auflage“ folgte Ende 1999. Diese wurde auch anderen interessierten BGen zur Verfügung gestellt. Verschiedentlich wurde der Text modifiziert, so dass unterschiedliche Versionen der Arbeitshinweise entstanden.

Auf Initiative des Landesverbandes NWD wurde der Arbeitskreis „Rechnungsprüfung“ des HVA unter Vorsitz von R. Morich damit betraut, wieder eine einheitliche Fassung zu erarbeiten. Gleichzeitig mussten die Arbeitshinweise an den zum 01.05.2001 in Kraft tretenden Vertrag „Ärzte/UV-Träger“ und an die UV-GOÄ 2001 angepasst werden. Nach umfangreichen Beratungen im Arbeitskreis und nach Abstimmung mit den Beratungsärzten des LVBG verabschiedete der HVA den vorgelegten Entwurf am 12./13.09.2001. Der HVA des LVBG RHW fasste einen entsprechenden Beschluss am 15./16.05.2002.

Wie kaum anders zu erwarten, wurde an den Arbeitshinweisen im Rahmen der Rechnungsprüfung wiederholt auch Kritik geübt, insbes. von Seiten der Ärzte.

Um eine Abstimmung mit allen Landesverbänden, dem BLB, dem BUK und dem HVBG zu erreichen, wurde im Sept. 2004 der Arbeitskreis „Rechnungsprüfung“ unter Vorsitz von O. Lenz, DGUV, gebildet. Auf der Grundlage mehrerer beratungsärztlicher Stellungnahmen wurden die Arbeitshinweise erneut einer intensiven Prüfung unterzogen. Der Abschnitt O. „Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie“ einschließlich der Hinweise zur Kontrastmittelgabe wurde zudem vom LVBG Bayern-Sachsen mit dem Berufsverband der Radiologen und der Deutschen Röntgengesellschaft abgestimmt. Zwischenzeitliche Änderungen und Ergänzungen der UV-GOÄ, insbes. im Hinblick auf die Förderung des ambulanten Operierens, sind ebenfalls eingearbeitet worden.

Mit dem In-Kraft-Treten des „neuen“ Vertrages „Ärzte/Unfallversicherungsträger“ wurde eine Überarbeitung der Arbeitshinweise vorgenommen.

Die Arbeitshinweise sollen nicht länger ein nur internes Arbeitspapier sein; sie stehen im Intranet der DGUV allen Benutzern und künftig auch im Internet allen Interessierten zur Verfügung. In der Korrespondenz mit Ärzten können die Arbeitshinweise nunmehr zitiert werden.

Mit den Arbeitshinweisen können nur regelhafte Sachverhalte dargestellt werden. Unverändert gilt, dass diese nicht schematisch, sondern nach den Gegebenheiten des Einzelfalles „sensibel“ angewandt werden sollen. Von den Arbeitshinweisen kann in begründeten Fällen auch abgewichen werden. Nach wie vor sind Rechnungskorrekturen schriftlich zu begründen.

Die Arbeitsgruppe möchte die Arbeitshinweise möglichst praxisgerecht weiterentwickeln. Deshalb sind Anregungen und Kritik immer willkommen (ggf. per E-Mail an: claudia.haisler@dguv.de).

Arbeitsgruppe Rechnungsprüfung

Rechtliche Einordnung der Arbeitshinweise

Die Prüfung ärztlicher Rechnungen gehört zu den Rechten und Pflichten des Unfallversicherungsträgers. Dies geschieht nicht willkürlich, sondern auf der Basis vertraglicher Grundsätze und Abrechnungsregelungen.

Die Arbeitshinweise sind keine Rechtsgrundlage für Rechnungskorrekturen.

Rechtsgrundlage ist das Sozialgesetzbuch VII, der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger bzw. die UV-GOÄ.

Es steht den Vertragspartnern aber frei, Auslegungshinweise im Sinne einer Kommentierung herauszugeben. Davon hat die DGUV mit den Arbeitshinweisen Gebrauch gemacht.

Hier finden Sie Erläuterungen zu den einzelnen Paragrafen des ÄV und den Gebührennummern der UV-GOÄ, die im Übrigen in vielen Fällen mit anderen Kommentierungen übereinstimmen.

Sie wurden von den Geschäftsführern der Unfallversicherungsträger verabschiedet und geben die Auffassung der Unfallversicherungsverbände zu einzelnen Gebühren und deren Abrechnung wieder.

Die Arbeitshinweise berücksichtigen medizinische Lehrmeinungen und AWMF-Leitlinien und sind in vielen Teilen mit Berufsverbänden abgestimmt. Sie dienen einer einheitlichen Rechtsanwendung.

Sie sind auch für die einzelnen Beratungsärzte der Unfallversicherungsträger Grundlage der Entscheidungen.

Abkürzungen

Allgem. Best.	Allgemeine Bestimmungen
allgem. HB	allgemeine Heilbehandlung
Arb.Hinweise	Arbeitshinweise der UV-Träger zur Prüfung von Arztrechnungen
ärztl.	ärztliche(n)
AU	Arbeitsunfähigkeit
ÄV	Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
besond. HB	besondere Heilbehandlung
BG(en)	Berufsgenossenschaft(en)
bgl.	berufsgenossenschaftlich
BG-NT	Berufsgenossenschaftlicher Nebenkostentarif
BGSW	Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung
BK(en)	Berufskrankheit(en)
BWS	Brustwirbelsäule
CT	Computertomographie
D-Arzt	Durchgangsarzt
DAV	stationäres Durchgangsarztverfahren
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
d. h.	das heißt
EAP	Erweiterte Ambulante Physiotherapie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen
einschl.	einschließlich
entspr.	entsprechend
Erl.	Erläuterung
evtl.	eventuell
gem.	gemäß
Gemeins. Rdschr.	Gemeinsame(s) Rundschreiben d. Landesverbände d. DGUV
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Amtliche Gebührenordnung für Ärzte
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HNO-Arzt	Hals-Nasen-Ohren-Arzt
HVBG	Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (jetzt DGUV)
HWS	Halswirbelsäule
insbes.	insbesondere
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KK	Krankenkasse
LUV	Landwirtschaftliche Unfallversicherung
LV	Landesverband der DGUV
MRT	Magnetresonanztomographie
Nr(n).	Nummer(n)
o. g.	oben genannt
OP(s)	Operation(en)
RdNr(n).	Randnummer(n)
Rdschr.	Rundschreiben
SAV	Schwerstverletzungsartenverfahren
s.	siehe
SGB VII	Sozialgesetzbuch / Siebtes Buch
s. o. / s. u.	siehe oben / siehe unten
UV-GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte für die Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern
UV-Träger	Unfallversicherungsträger
VAV	Verletzungsartenverfahren
VA-Verzeichnis	Verletzungsartenverzeichnis
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
Ziff.	Ziffer

Literaturverzeichnis

Brück:

Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), begründet von D. Brück, fortgeführt von R.Hess, R. Klackow-Frank, M. Hübner, Stand: Oktober 2025, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
zitiert: Brück, Komm. z. GOÄ

Noeske/Franz:

Erläuterungen zum Vertrag Ärzte - Unfallversicherungsträger, Stand: April 2016,
L. Düringshofen, Berlin
zitiert.: Noeske/Franz, Erl. z. ÄV

Inhaltsverzeichnis

I. **Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – ÄV –** 17
§§ 1 – 3 Allgemeine Grundsätze (Stand 07/2023) 17
§ 1 Gegenstand des Vertrages 17
§ 2 Gewährleistung 17
§ 3 Erfüllung des Vertrages 17
§ 4 Beteiligung am Vertrag (Stand 2026) 19
§ 5 Datenerhebung und -verarbeitung durch Ärzte; Auskunftspflicht (Stand 05/2017) 20
§ 6 Einleitung der HB nur aufgrund eines Versicherungsfalls; Beendigung der HB durch den behandelnden Arzt/Ärztin; Abbruch der HB durch den UV-Träger (Stand 01/2026) 22
§ 6 Heilbehandlung 22
§ 8 Abs. 1 Erforderliche, zweckmäßige und wirtschaftliche ärztliche Behandlung (Stand 07/2023) 24
§ 8 Ärztliche Behandlung 24
§ 9 Erstversorgung (Stand 10/2010) 25
§ 10 Allgemeine Heilbehandlung (Stand 04/2022) 26
§ 11 Besondere Heilbehandlung (Stand 04/2022) 26
§§ 12, 56 Abs. 3 Hinzuziehung anderer Ärzte (Stand 07/2023) 29
§ 12 Hinzuziehung 29
§ 14 Ärztliche Unfallmeldung (Stand 04/2022) 32
§ 16 Mitteilungen über Besonderheiten des Behandlungsverlaufs (Stand 01/2026) 33
§ 20 Verordnung von Heilmitteln (Stand 01/2016) 34
§ 21 Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln (Stand 01/2026) 35
§ 22 Verordnung von Hilfsmitteln (Stand 01/2026) 35
§§ 26, 51 Abs. 3 Vorstellungspflicht beim D-Arzt/D-Ärztin kein Vergütungsanspruch bei Nichtbeachtung der Vorstellungspflicht (Stand 07/2023) 37
§ 26 Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt/Durchgangsärztin 37
§ 26 Abs. 1 Satz 5 Weiterbehandlung durch zweiten D-Arzt/D-Ärztin (Stand 12/2018) 39
§§ 27, 29, 51 Abs. 2 Erstversorgung und Nachschau durch den D-Arzt/D-Ärztin (Stand 12/2018) 40
§ 27 Aufgaben des Durchgangsarztes/der Durchgangsärztin 40
§ 29 Nachschau (Fassung ab 01.07.2018) 40
§§ 27 Keine Übernahme von Behandlungskosten, wenn offensichtlich kein Unfallereignis oder kein „versicherter“ Arbeitsunfall vorliegt (Stand 01/2026) 43
§ 28 Inanspruchnahme eines nicht zur besonderen Heilbehandlung zugelassenen Arztes oder Ärztin (Stand 04/2008) 46
§ 37 Verletzungsartenverfahren und Schwerstverletzungsartenverfahren (Stand 12/2018) 47
§§ 39, 40 Regelungen für Augen- und HNO-Ärzte (Stand 12/2018) 49
§ 39 Überweisungspflicht an den Augen-/HNO-Arzt/-Ärztin 49
§ 40 Berichterstattung des Augen-/HNO-Arztes 49
§ 41 Vorstellungspflicht beim Hautarzt (Stand 07/2023) 50
§ 45 Behandlungsrechnungen bei Berufskrankheiten (Stand 04/2008) 51
§ 45 Mitteilung über die Einleitung einer Behandlung bei Berufskrankheiten 51
§ 47 Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung (Stand 01/2026) 52
§§ 51, 52 Abs. 1 Ständige Gebührenkommission – Analogberechnung (Stand 12/2018) 53
§ 51 Leistungsverzeichnis und Vergütungsregelung 53
§ 52 Ständige Gebührenkommission 53
§ 54 Regelungen bei stationärer Behandlung (Stand 05/2017) 55
§ 56 Belegärztliche Behandlung (Stand 07/2023) 58
§ 57 Abs. 2 und 3 unvollständige und verspätete Berichterstattung (Stand 01/2026) 61
§ 57 Berichts- und Gutachtenpauschalen 61
§ 58 Vereinbarte Formtexte (Stand 04/2008) 63
§ 60 Gebühren für die zum Zwecke der Begutachtung vorgenommenen ärztlichen Leistungen (Stand 01/2026) 64

§ 61, 62 Berichterstattung durch hinzugezogene Ärzte/Vergütung (Stand 04/2022) 65
Privatbehandlung (Stand 04/2006) 66
§ 64 Rechnungslegung (Stand 12/2018) 69
§ 65 Zahlungsfrist (Stand 04/2008) 70
UV-GOÄ - Abschnitt A. Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Stand 2026) 71
UV-GOÄ - Abschnitt B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen 73
Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt B. bzw. vor Nr. 1 ff. UV-GOÄ, Grundleistungen und allgemeine Leistungen (Stand 07/2026) 73
I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen 75
Nr. 1 UV-GOÄ Symptomzentrierte Untersuchung bei Unfallverletzungen und bei Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit einschl. Beratung (Stand 07/2026) 75
Nr. 2 UV-GOÄ Umfassende Untersuchung (Stand 07/2026) 78
Nr. 3 UV-GOÄ (Stand 07/2026) 81
Nr. 4 UV-GOÄ (Stand 07/2026) 82
Nr. 5 UV-GOÄ (Stand 07/2026) 83
Nr. 10 UV-GOÄ Telemedizinische Beratungsleistungen als selbstständige Leistungen durch den D-Arzt und Handchirurgen nach § 37 (3) Vertrag Ärzte/UV-Träger und im Einzelfall nach vorheriger Kostenzusage durch den UV-Träger. Telemedizinische Beratung/Betreuung und/oder Videosprechstunde durch den Arzt mittels visueller Kommunikationsmedien bis zu 10 Minuten. (Stand 07/2026) 85
Nr. 10a UV-GOÄ Leistung nach Nr. 10, jedoch für die Dauer von mehr als 10 Minuten. (Stand 07/2026) 85
Nr. 11 UV-GOÄ Beratung als alleinige Leistung (Stand 07/2026) 87
Nr. 12 UV-GOÄ (Stand 07/2026) 87
Nr. 16 UV-GOÄ (Stand 07/2026) 88
Nr. 17 UV-GOÄ Mitwirkung des Arztes bei der Erstellung des Reha-Planes (Stand 07/2026) 88
Nr. 18 UV-GOÄ Fortschreibung des Reha- und Teilhabeplanes nach Nr. 17 UV-GOÄ (Stand 07/2026) 89
Nr. 19 UV-GOÄ Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken (Stand 07/2026) 90
II. Leistungen unter besonderen Bedingungen 91
Nr. 35 UV-GOÄ Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern und/oder Röntgenbildern durch den D-Arzt bei einem Arztwechsel (Stand 07/2026) 91
Nrn. 36 UV-GOÄ Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern des hinzugezogenen Radiologen durch die D-Ärztin/den D-Arzt (Stand 07/2026) 94
III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz 96
Nrn. 45, 46 UV-GOÄ Visite(n) im Krankenhaus (Stand 07/2026) 96
Nr. 48 UV-GOÄ Besuch auf einer Pflegestation (Stand 07/2026) 97
Nr. 50 UV-GOÄ Besuch, einschließlich Beratung und Untersuchung (Stand 07/2026) 98
Nr. 51 U-GOÄ Zuschlag zur Nr. 50, zwischen 19 – 7 Uhr, sowie an Sonn- und Feiertagen (Stand 07/2026) 98
Nr. 52 UV-GOÄ (Stand 07/2026) 99
Nr. 53 UV-GOÄ Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 50, einschließlich Beratung und Untersuchung. (Stand 07/2026) 100
Nr. 54 UV-GOÄ Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nicht ärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z. B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel). (Stand 07/2026) 100
Nr. 55 UV-GOÄ Begleitung eines Patienten (Stand 07/2026) 100
Nr. 56 UV-GOÄ Verweilgebühr 102
Nr. 57 Zuschlag für die Leistung nach Nr. 56 bei Nacht (zwischen 19 und 7 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen (Stand 07/2026) 102

Nr. 60 UV-GOÄ Konsiliarische Erörterung (Stand 07/2026) 103
Nr. 61 UV-GOÄ Zuschlag zur Leistung nach Nr. 60 (zwischen19 und 7 Uhr), sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen (Stand 07/2026) 103
Nr. 62 UV-GOÄ Assistenz (Stand 07/2026) 104
Nr. 63 UV-GOÄ Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 62 zwischen 19 - 7 Uhr, sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen (Stand 07/2026) 104
IV. Wegegeld und Reiseentschädigungen Allgemeine Bestimmungen (Stand 07/2026) 106
Nr. 71 UV-GOÄ Wegegeld (Stand 07/2026) 107
Allgem. Best. zu Abschnitt B. VI. bzw. vor Nrn. 110 ff. UV-GOÄ (Berichte, Formulargutachten, freie Gutachten) (Stand 07/2026) 108
Nr. 115 UV-GOÄ Vordruck F 2100 – Verlaufsbericht (Stand 07/2026) 110
Nr. 116 UV-GOÄ Vordruck F 3310 – Belastungserprobung einschließlich Anlage F3112 Arbeitsplatzbeschreibung (Stand 07/2026) 112
Nr. 117 UV-GOÄ Vordruck F 1110 - Auskunft Zweifel Arbeitsunfall/Ursachenzusammenhang einschließlich Schreibgebühren (Stand 07/2026) 112
Nr. 119 UV-GOÄ Vordruck F 2160 BGSW – Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht, einschließlich Schreibgebühren (Stand 07/2026) 112
Nr. 125 UV-GOÄ Vordruck F 1050 – Ärztliche Unfallmeldung (Stand 07/2023) 112
Nr. 130 UV-GOÄ Vordruck F 6050 Hautarztbericht – Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention (Stand 05/2017) 114
Nr. 131 UV-GOÄ Vordruck F 6052 Hautarztbericht – Behandlungsverlauf (Stand 07/2026) 115
Nr. 134 UV-GOÄ Erstellung eines Messblatts auf Anforderung des UV-Trägers außerhalb einer Begutachtung mit Vordruck F 4220, F4222, F 4224 und F 6222 (Stand 07/2026) 117
VI. a Bescheinigungen, Verordnungen (Stand 07/2026) 117
Nr. 145 UV-GOÄ Überweisung (ohne Formtext) (Stand 04/2022) 119
Nrn. 160/161/165 UV-GOÄ Freie Gutachten (Stand 07/2026) 120
Nr. 166 UV-GOÄ Schreibgebühren für Gutachten nach den Nummern 146 bis 154, 155 (ausgenommen audiologischer Befundbogen), 160, 161, 165, je Seite (Stand 07/2026) 126
Nr. 180 UV-GOÄ Befüllung der elektronischen Patienten- oder Gesundheitsakte mit medizinischen Informationen, inklusive Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten (Stand 01/2026) 131
Nr. 193 UV-GOÄ Zusammenstellen und Übersenden von Auszügen aus der Behandlungsdokumentation und/oder bildgebendem Material in analoger oder digitaler Form auf Anforderung des UV-Trägers. Die Richtigkeit ist vom absendenden Arzt zu bescheinigen. (Stand 07/2026) 131

UV-GOÄ/Abschnitt C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen 134

I. Allgemeine Bestimmungen Abschnitt C und Nr. 200 UV-GOÄ Verband – ausgenommen Schnellverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher -/ Verbandwechsel (Stand 07/2026) 135
Nrn. 200/203A/209 UV-GOÄ Kombination von Verbänden (Stand 07/2026) 137
Nrn. 200, 203A, 210 bzw. 211 UV-GOÄ Kombination von Verbänden (bei Wiederanlage) (Stand 05/2017) 137
Nr. 202 UV-GOÄ Schanz`scher Halskrawattenverband (05/2017) 138
Nrn. 203A UV-GOÄ Kompressionsverband – auch Schaumstoff-Kompressionsverband (Stand 07/2026) 139
Nrn. 203B UV-GOÄ Zinkleimverband (Stand 07/2026) 141
Nr. 204 UV-GOÄ Zirkulärer Verband des Kopfes, des Schulter- oder Hüftgelenks oder des Rumpfes (Stand 07/2026) 142
Nr. 208 UV-GOÄ Tape-Verband an Fingern und Zehen (Stand 07/2026) 143
Nr. 209 UV-GOÄ Tape-Verband an großen Gelenken oder an Weichteilen der Gliedmaßen (Stand 07/2026) 143
Nr. 210 - 213 UV-GOÄ Kleiner/Großer Schienenverband (Stand 07/2026) 145

Nrn. 228 ff. (229) u. 237 ff. (238) UV-GOÄ Anlage (und Wiederanlage) einer Gipsschiene (Stand 07/2026) 146
Nr. 230 E UV-GOÄ Zirkulärer Gipsverband Unterschenkel einschließlich Fuß (Stand 01/2016) 147
Nr. 237 A UV-GOÄ Zirkulärer Gipsverband für den ganzen Arm (Stand 04/2006) 147
Nr. 246 UV-GOÄ Abnahme eines zirkulären Gipsverbandes (Stand 01/2016) 147
Nr. 247A UV-GOÄ Fensterung, Spaltung, Kürzung oder wesentliche Änderung bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband (Stand 01/2016) 147
Nr. 247B/C UV-GOÄ Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband – bei Verwendung von Kunststoff (Stand 12/2018) 148
II. Allgem. Bestimmungen Nr. 252 UV-GOÄ Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär (Stand 04/2006) 149
Nr. 255 UV-GOÄ Injektion, intraartikulär oder perineural (Stand 07/2026) 150
Nr. 261 UV-GOÄ Einbringung von Arzneimitteln in einem parenteralen Katheder (Stand 01/2026) 150
Nr. 269 UV-GOÄ Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung (Stand 01/2012) 152
Nr. 269 a UV-GOÄ Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung (Stand 01/2012) 152
Nr. 271 UV-GOÄ Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer (Stand 01/2026) 154
Nr. 272 UV-GOÄ Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer (Stand 01/2026) 154
Nr. 297 UV-GOÄ Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur 156
zytologischen Untersuchung - gegebenenfalls 156
einschließlich Fixierung - (Stand 07/2026) 156
Nr. 298 UV-GOÄ Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von 156
Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung - 156
gegebenenfalls einschließlich Fixierung - (Stand 07/2026) 156
Allgem. Best. zu Abschnitt C. III. bzw. vor Nrn. 300 ff. UV-GOÄ Punktionen (Stand 07/2026) 156
Nr. 300 UV-GOÄ Punktion eines Gelenkes (Stand 07/2026) 157
Nr. 301 UV-GOÄ Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks (Stand 07/2026) 157
Nr. 302 UV-GOÄ Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenkes (Stand 07/2026) 157
Allgem. Best. zu Abschnitt C. IV. bzw. vor Nrn. 340 ff. UV-GOÄ Kontrastmitteleinbringungen (Stand 04/2006) 158
Nrn. 344/345/346 UV-GOÄ Einbringung von Kontrastmitteln (Stand 04/2006) 158
V. Nr. 375 UV-GOÄ Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) ggf. einschl. Eintragung in den Impfpass (Stand 04/2006) 161
Nr. 378 UV-GOÄ Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf) (Stand 12/2018) 161
Nrn. 379a und b - 382 UV-GOÄ Epikutantest (Stand 04/2022) 162
Allgem. Best. zu Abschnitt C. VI. bzw. vor Nrn. 401 ff. UV-GOÄ Sonographische Leistungen (Stand 01/2026) 163
Nr. 410 UV-GOÄ Ultraschalluntersuchung eines Organs (Stand 01/2026) 165
Nr. 411 UV-GOÄ Sonographie bei der Diagnostik von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) (Zuschlag zur Nr. 410) - Knochen/Gelenke im Sinne der Nr. 411 sind: Oberarm, Unterarm, Oberschenkel, Unterschenkel und angrenzende Gelenke (Stand 01/2026) 165
Nr. 411 a UV-GOÄ Sonographie bei der Diagnostik von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) (Zuschlag zur Nr. 410) - Andere Knochen/Gelenke die nicht in der Nr. 411 genannt sind. (Stand 01/2026) 166
Nr. 420 UV-GOÄ Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nrn. 410 bis 418, je Organ (Stand 07/2023) 167
VIII. Nrn. 440 bis 449 UV-GOÄ Zuschläge/Leistungen (Stand 04/2022) 170
Nr. 440 UV-GOÄ Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen (Stand 04/2006) 174

Nr. 441 UV-GOÄ Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung (Stand 07/2026) 175
Nr. 442 UV-GOÄ Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen (Stand 04/2013) 175
Nr. 442a UV-GOÄ Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen (Stand 04/2013) 176
Nr. 443 UV-GOÄ Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen (Stand 07/2026) 176
Nr. 444 UV-GOÄ Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen (Stand 04/2013) 177
Nr. 445 UV-GOÄ Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen (Stand 07/2026) 177
Nr. 446 UV-GOÄ Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nrn. 469, 473, 476, 477, 478, 497, 498, im Zusammenhang mit ambulanten Operationen (Stand 12/2018) 178
Nr. 447 UV-GOÄ Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nrn. 462, 470, 481 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen (Stand 04/2022) 178
Nr. 448 UV-GOÄ Beobachtung und Betreuung eines Kranken bis zu zwei Stunden (Stand 07/2026) 179
Nr. 448a UV-GOÄ Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden (Stand 07/2026) 179
Nr. 449 UV-GOÄ Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden (Stand 07/2026) 179

UV-GOÄ/Abschnitt D Anästhesieleistungen 181

Allgem. Best. zu Abschnitt D. bzw. vor Nrn. 451 ff. UV-GOÄ Anästhesieleistungen (Stand 07/2026) 181
Nr. 451 UV-GOÄ Intravenöse Kurznarkose (Stand 04/2022) 183
Nrn. 462, 463 UV-GOÄ Allgemeinanästhesie (Stand 07/2026) 184
Nr. 464 UV-GOÄ Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für die Kombination mit einer Regionalanästhesie nach Nr. 470 zur postoperativen Schmerzausschaltung (Stand 04/2022) 187
Nr. 470 UV-GOÄ Regionalanästhesie (Stand 04/2022) 188
Nr. 471 UV-GOÄ Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für jede weitere angefangene halbe Stunde ggf. einschließlich Nachinjektionen des Lokalanästhetikums bis Ende der Anästhesie (Stand 04/2022) 189
Nr. 472 UV-GOÄ Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für die Kombination von zwei oder mehr der benannten Verfahren. Die Berechnung dieses Zuschlages ist begrenzt auf anästhesiologische Leistungen bei Eingriffen an der unteren Extremität. (Stand 04/2022) 190
Nr. 473 UV-GOÄ Standby und/oder Analgosedierung (Stand 07/2023) 190
Nr. 476 UV-GOÄ Intravenöse Regionalanästhesie (Stand 04/2022) 191
Nr. 477 UV-GOÄ Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer soweit der Operateur die Anästhesie selbst durchführt. (Stand 04/2022) 192
Nr. 477a UV-GOÄ Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde (Stand 04/2022) 192
Nr. 478 UV-GOÄ Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu 1 Stunde Dauer (Stand 04/2022) 192
Nr. 480 UV-GOÄ Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose (Stand 12/2018) 193
Nr. 483 UV-GOÄ Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte – ggf. einschl. des Rachens –, auch beidseitig (Stand 12/2018) 193
Nr. 484 UV-GOÄ Lokalanästhesie des Kehlkopfes (Stand 12/2018) 193
Nr. 489 UV-GOÄ Lokalanästhesie des Bronchialgebietes – ggf. einschl. des Kehlkopfes und des Rachens (Stand 12/2018) 193
Nr. 490 UV-GOÄ Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke (Stand 07/2026) 194

Nr. 491 UV-GOÄ Infiltrationsanästhesie großer Bezirke – auch Parazervikalanästhesie (Stand 07/2026) 195
Nr. 493 UV-GOÄ Leitungsanästhesie, perineural – auch nach Oberst – (Stand 04/2022) 195
Nr. 496 UV-GOÄ Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock (Stand 04/2022) 196
UV-GOÄ/Abschnitt E - Physikalisch-medizinische Leistungen 197
I. Nr. 500 UV-GOÄ Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - (Stand 04/2006) 197
II. Nr. 505 UV-GOÄ Atmungsbehandlung – einschl. aller unterstützenden Maßnahmen – (Stand 04/2006) 198
Nr. 506 UV-GOÄ Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung 199
- einschl. der erforderlichen Massage(n) - (Stand 10/2010) 199
Nr. 507 UV-GOÄ Krankengymnastische Teilbehandlung als Einzelbehandlung 199
- einschl. der erforderlichen Massage(n) - (Stand 10/2010) 199
Nr. 510 UV-GOÄ Übungsbehandlung auch mit Anwendung medikomechanischer Apparate, je Sitzung – (Stand 07/2026) 201
Nr. 518 UV-GOÄ Prothesengebrauchsschulung des Patienten (Stand 04/2006) 202
III. Nr. 520 UV-GOÄ Teilmassage (Massage einzelner Körperteile) (Stand 12/2018) 202
IV. Nr. 530 UV-GOÄ Heiß- und Kaltpackung(en) oder heiße Rolle (Stand 07/2026) 202
Nr. 531 UV-GOÄ Leitung eines ansteigenden Teilbades (Stand 04/2006) 203
V. Nr. 535 UV-GOÄ Heißluftbehandlung eines Köperteils (z. B. Kopf oder Arm) – (Stand 10/2010) 204
Nr. 536 UV-GOÄ Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile (z. B. Rumpf oder Beine) – (Stand 10/2010) 204
Nr. 538 UV-GOÄ Infrarotbehandlung, je Sitzung (Stand 10/2010) 206
Nr. 539 UV-GOÄ Ultraschallbehandlung (Stand 07/2023) 208
VI. Nr. 548 UV-GOÄ Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) (Stand 07/2023) 209
Nr. 549 UV-GOÄ Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung (Stand 07/2023) 209
Nr. 551 UV-GOÄ Reizstrombehandlung (Stand 10/2010) 211
Nr. 552 UV-GOÄ Iontophorese (Stand 04/2006) 213
VII. Nr. 565 UV-GOÄ Photochemotherapie, je Sitzung (Stand 04/2006) 214
Nr. 567 UV-GOÄ Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung (Stand 04/2006) 214
UV-GOÄ/Abschnitt F Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie 215
Nr. 602 UV-GOÄ Oxymetrische Untersuchung(en) (Stand 04/2022) 215
Nr. 603 UV-GOÄ Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) usw. (Stand 04/2006) 216
Nr. 604 UV-GOÄ Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) usw. – vor und nach Applikation pharmakologisch wirksamer Substanzen (Stand 04/2006) 216
Nr. 605 UV-GOÄ Ruhespirographische Untersuchung usw. (Stand 04/2006) 216
Nr. 605 a UV-GOÄ Darstellung der Flussvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen usw. (Stand 04/2006) 216
Nr. 606 UV-GOÄ Spiroergometrische Untersuchung usw. (Stand 04/2006) 216
Nr. 607 UV-GOÄ Residualvolumenbestimmung (Fremdgasmethode) (Stand 04/2006) 216
Nr. 608 UV-GOÄ Ruhespirographische Teiluntersuchung usw. (Stand 04/2006) 216
Nr. 609 UV-GOÄ Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität usw. (Stand 04/2006) 216
Nr. 614 UV-GOÄ Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks (Stand 04/2022) 217
Nr. 617 UV-GOÄ Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase (Stand 04/20222) 217
Nr. 621 UV-GOÄ Mechanisch-oszillographische Untersuchung (Stand 04/2006) 218
Nr. 622 UV-GOÄ Akrale infraton-oszillographische Untersuchung (Stand 04/2006) 218
Nr. 638 UV-GOÄ Punktuelle Arterien- und/oder Venenpulsschreibung (Stand 12/2018) 219

Nr. 643 UV-GOÄ Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung (Stand 12/2018) 219
Nr. 646 UV-GOÄ Hypoxietest (Stand 04/2006) 219
Nr. 650 UV-GOÄ EKG (Stand 04/2022) 220
Nr. 670 UV-GOÄ Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung (Stand 12/2018) 220
Nr. 730 UV-GOÄ Telemedizinische Beratungsleistungen nach Nr. 10 bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren (Stand 07/2026) 220
Nr. 731 UV-GOÄ Telemedizinische Beratungsleistungen nach Nr. 10 bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren von mehr als 10 Minuten (Stand 07/2026) 220
Nr. 739 UV-GOÄ Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt (Stand 07/2026) 221
Nr. 740 UV-GOÄ Kryotherapie der Haut, je Sitzung (Stand 07/2026) 221
UV-GOÄ/Abschnitt G - Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie 222
Nr. 800 UV-GOÄ Eingehende neurologische Untersuchung – ggf. einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes (Stand 07/2026) 222
Nrn. 801, 804, 806 UV-GOÄ Eingehende psychiatrische Untersuchung, psychiatrische Behandlung (Stand 07/2026) 222
Nr. 826 UV-GOÄ Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung - gegebenenfalls einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung - (Stand 07/2026) 223
Nr. 827 UV-GOÄ Elektroenzephalographische Untersuchung - auch mit Standardprovokation- (Stand 04/2006) 224
Nr. 832 A Privat-GOÄ Relaxometrie als Analogleistung (Stand 07/2026) 225
Nr. 838 UV-GOÄ Elektromyographische Untersuchung (Stand 04/2006) 225
Nr. 842 UV-GOÄ Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik (Stand 01/2026) 225
Nr. 855 UV-GOÄ Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z. B. Ror-schach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung (Stand 05/2027) 226
Nr. 856 UV-GOÄ Standardisierte Testverfahren zur Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik mit schriftl. Aufzeichnung (Stand 05/2017) 226
Nr. 857 UV-GOÄ Orientierende Testverfahren zur Diagnostik psychischer Beschwerden (Stand 05/2016) 227
Nr. 860 UV-GOÄ Erhebung einer Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten – (Stand 07/2023) 228
UV-GOÄ/Abschnitt I - Augenheilkunde 229
Augenheilkunde (Stand 07/2026) 229
Augenheilkunde - Leitlinie LVBG BS - (Stand 07/2026) 230
Allgemeine Hinweise 231
Der Augenarztbericht F 1030 - Dokumentation und Abrechnung allgemeine und - besondere Heilbehandlung (Stand 07/2026) 232
Allgemeine UV-GOÄ-Nummern, auch in der Augenheilkunde 234
Fach(arzt)bezogene UV-GOÄ-Nummern in der Augenheilkunde 236
Fallbeispiele, übliche Abrechnung bei leichten Augenverletzungen (Fremdkörper, Erosio u.Ä.) 247
Empfehlungen für medizinisch indizierte Arbeitsunfallverletzter mit therapeutischen Kontaktlinsen 248
UV-GOÄ/Abschnitt J Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 250
Nr. 1412 UV-GOÄ Experimentelle Prüfung des statischen Gleichgewichts (Drehversuch, kalorische Prüfung und Lagenystagmus) (Stand 07/2026) 250
Nr. 1425 UV-GOÄ Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung (Stand 10/2010) 251
Nr. 1426 UV-GOÄ Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung (Stand 10/2010) 251
Nr. 1530 UV-GOÄ Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop (Stand 12/2018) 252

Nr. 1569 UV-GOÄ Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle (Stand 04/2006) 252
Nr. 1570 UV-GOÄ Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle (Stand 04/2006) 252
Nr. 1578 UV-GOÄ Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig (Stand 04/2006) 253
UV-GOÄ/Abschnitt L Chirurgie, Orthopädie 254
Allgem. Best. zu Abschnitt L. bzw. vor Nrn. 2000 ff. UV-GOÄ – Chirurgie, Orthopädie – (Stand 12/2013) 254
I. Nrn. 2000 ff. und Nr. 200 UV-GOÄ Operative Leistungen/Wundversorgung und Verbände (Stand 07/2026) 255
Nrn. 2000 bis 2005 UV-GOÄ Wundversorgung (Stand 01/2026) 257
Nr. 2005 UV-GOÄ Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Wunddebridement und Naht (Stand 01/2026) 260
Nr. 2006 UV-GOÄ Wundbehandlung (Stand 01/2026) 261
Nr. 2007 UV-GOÄ Entfernung von Fäden oder Klammern (Stand 12/2018) 262
Nr. 2009 UV-GOÄ Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers (Stand 05/2017) 262
Nr. 2010 UV-GOÄ Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen (Stand 01/2026) 262
Nr. 2015 UV-GOÄ Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n)in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang gegebenenfalls einschließlich Spülung (Stand 07/2026) 264
Nr. 2016 UV-GOÄ Wundreinigungsbad – mit und ohne Zusatz (Stand 04/2006) 264
Abschnitt L. - I a. Wundbehandlung mit Vakuumversiegelungstherapie – (Stand 01/2026) 265
Nr. 2018 UV-GOÄ Vakuumversiegelung - (Stand 07/2026) 265
Nr. 2019 UV-GOÄ Erstanlage einer Vakuumversiegelung als selbstständige Leistung – (Stand 07/2026) 266
Nr. 2020 UV-GOÄ Wechsel einer Vakuumversiegelung als selbstständige Leistung (Stand 07/2026) 266
II. Nr. 2029 UV-GOÄ Anlegen einer pneumatischen Blutsperre oder Blutsperre an einer Extremität (Stand 04/2006) 267
Nr. 2032 UV-GOÄ Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage (Stand 07/2026) 267
Nr. 2065 UV-GOÄ Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung (Stand 05/2008) 268
Nr. 2072 UV-GOÄ Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung (Stand 05/2008) 269
Nr. 2073 UV-GOÄ Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht – gegebenenfalls einschließlich Versorgung einer frischen Wunde (Stand 04/2006) 269
Nr. 2083 UV-GOÄ Freie Sehnentransplantation (Stand 07/2026) 270
Nr. 2093 UV-GOÄ Spülung bei liegender Drainage (Stand 07/2026) 270
Allgem. Best. zu Abschnitt L. III. bzw. vor Nrn. 2100 ff. UV-GOÄ Gelenkchirurgie (Stand 07/2026) 271
Nr. 2181 UV-GOÄ Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks (Stand 04/2006) 271
Nr. 2182 UV-GOÄ Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks (Stand 07/2026) 271
VI. Nr. 2339 UV-GOÄ Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedknochen oder des knöchernen Strecksehnenausrisses am Endglied der Finger mit Osteosynthese (Stand 04/2022) 272
Nr. 2347 UV-GOÄ Nagelung und/oder Drahtung eines gebrochenen kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) (Stand 04/2013) 272
Nr. 2348 UV-GOÄ Nagelung und/oder Drahtung eines kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) bei offenem Knochenbruch (Stand 12/2013) 272
Nr. 2349 UV-GOÄ Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen großen Röhrenknochens (Stand 12/2013) 272

Nr. 2350 UV-GOÄ Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch (Stand 12/2013) 272
Nr. 2353 UV-GOÄ Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen – auch Stellschraubenentfernung aus großen Röhrenknochen - (Stand 07/2026) 274
Nr. 2354 UV-GOÄ Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen (Stand 07/2026) 274
VII. Nr. 2401 UV-GOÄ Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z. B. Haut, Schleimhaut, Lippe) (Stand 04/2006) 276
Nr. 2402 UV-GOÄ Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge) (Stand 04/2006) 276
Nr. 2403 UV-GOÄ Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst, auch am Kopf und an den Händen. (Stand 07/2023) 277
Nr. 2404 UV-GOÄ Exzision einer größeren Geschwulst (z. B. Ganglion, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom). Operationsbericht und histologischer Befund sind dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen. (Stand 07/2023) 278
XVI. Nr. 3305 UV-GOÄ Chirotherapeutische Mobilisation an der Wirbelsäule oder einem Extremitätengelenk einschließlich vorheriger funktioneller Untersuchung, je Sitzung (Stand 01/2026) 279
Nr. 3306 UV-GOÄ Chirotherapeutische Manipulation an der Wirbelsäule oder einem Extremitätengelenk einschließlich vorheriger funktioneller Untersuchung und Probezug, je Sitzung (Stand 01/2026) 279
Nr. 3320 UV-GOÄ Anpassen von Kunstgliedern oder eines großen orthopädischen Hilfsmittels (Stand 05/2017) 282
XVII. UV-GOÄ Arthroskopie Allgemeine Bestimmungen (Stand 07/2026) 283
Nr. 3400 UV-GOÄ Arthroskopie als diagnostische Maßnahme (Stand 07/2026) 287
Nr. 3401 UV-GOÄ Zuschlag zur Nr. 3400 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialen für den einmaligen Gebrauch. 289
(Stand 07/2026) 289
Nr. 3410 UV-GOÄ Resezierende, entfernende arthroskopische Operation eines Gelenkes 290
(Stand 07/2026) 290
Nr. 3411 UV-GOÄ Zuschlag zur Nr. 3410 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialen für den einmaligen Gebrauch. 293
(Stand 07/2026) 293
Nr. 3420 UV-GOÄ Arthroskopisch rekonstruktive, erhaltende Operation an einem Gelenk 293
(Stand 07/2026) 293
Nr. 3421 UV-GOÄ Zuschlag zur Nr. 3420 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialen für den einmaligen Gebrauch. 295
(Stand 07/2026) 295
Nr. 3422 UV-GOÄ Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 3420 für einen weiteren in derselben Operation zusätzlichen rekonstruktiven arthroskopischen Eingriff 296
(Stand 07/2026) 296
Nr. 3430 UV-GOÄ Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Bandes/einer Sehne/eines Labrums/eines Diskus, einer Kapsel oder die Implantation von autologem, allogenem oder alloplastischen Gewebe oder Material an einem Gelenk oder Refixation eines osteochondralen Fragmentes oder einer Fraktur oder Stabilisierung des ACG durch Fixationsverfahren (z. B. VKB oder HKB, RM 297
(Stand 07/2026) 297

Nr. 3431 UV-GOÄ Zuschlag zur Nr. 3430 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialen für den einmaligen Gebrauch. 300
(Stand 07/2026) 300
Nr. 3432 UV-GOÄ Zuschlag zu der Nr. 3430 für die Entnahme körpereigener(n) Sehne(n) für Bandoperationen an einem Gelenk einschließlich aller Maßnahmen der Vorbereitung und Versorgung der Entnahmestelle 300
(Stand 07/2026) 300
Nr. 3433 UV-GOÄ Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 3430 für einen weiteren in derselben Operation zusätzlichen rekonstruktiven arthroskopischen Eingriff 301
(Stand 07/2026) 301
Nr. 3434 UV-GOÄ Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3430 unter Verwendung von allogenem oder alloplastischem Gewebe oder Material 302
(Stand 07/2026) 302
Nr. 3435 UV-GOÄ Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3430 unter Verwendung von autogenem Material incl. der Spongiosa Transplantation 302
(Stand 07/2026) 302
Nr. 3440 UV-GOÄ Vorbereitende arthroskopische Operation für eine zukünftig geplante rekonstruktive Arthroskopie an einem Gelenk (Stand 07/2026) 302
Nr. 3441 UV-GOÄ Zuschlag zur Nr. 3440 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialen für den einmaligen Gebrauch. 304
(Stand 07/2026) 304
Nr. 3442 UV-GOÄ Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440 unter Verwendung von allogenem oder alloplastischem Gewebe oder Material 304
(Stand 07/2026) 304
Nr. 3443 UV-GOÄ Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440 unter Verwendung von autogenem Material incl. der Spongiosa Transplantation 305
(Stand 07/2026) 305
Nr. 3444 UV-GOÄ Zuschlag zu der Nr. 3440 für die Entnahme von autologem Knorpel zum Anzüchten eines körpereigenen Ersatzes. 305
(Stand 07/2026) 305

UV-GOÄ/Abschnitt M Laboratoriumsuntersuchungen 306

Allgem. Best. zu Abschnitt M.I. bzw. zu Nrn. 3500 bis 3532 UV-GOÄ Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis (Stand 04/2006) 306
Allgem. Best. zu Abschnitt M.II. bzw. zu Nrn. 3550 bis 3621 UV-GOÄ Basislabor (Stand 04/2006) 307
Nrn. 3550 ff. UV-GOÄ Blutbild und Blutbildbestandteile Laborleistungen zur Prüfung der Narkose- bzw. Operationsfähigkeit (Stand 01/2026) 308
Stich- und Schnittverletzungen mit infektiösem Material (Stand 07/2023) 308

UV-GOÄ/Abschnitt O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, MRT und Strahlentherapie310

Allgem. Best. zu Abschnitt O. bzw. vor Nrn. 5000 ff. UV-GOÄ Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie (Stand 07/2026)310
Nrn. 5010, 5011 UV-GOÄ Röntgen der Finger oder Zehen; ergänzende Ebene(n); gehaltene Aufnahme(n) (Stand 04/2022) 314
Nrn. 5020, 5021, 5022 UV-GOÄ Röntgen: Handgelenk, Mittelhand, Sprunggelenk, Kniescheibe usw.; ergänzende Ebene(n); gehaltene Aufnahme(n) (Stand 08/2014) 316
Nrn. 5030/5031 UV-GOÄ Röntgen Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand, ganzer Fuß usw. (Stand 08/2014) 318
Nr. 5032 UV-GOÄ Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 5030/5031 für gehaltene Aufnahmen zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Schultereck- oder Kniegelenks (Stand 12/2018) 319
Nr. 5035 UV-GOÄ Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil (Stand 01/2026) 320
Nr. 5040 UV-GOÄ Beckenübersicht (Stand 01/2026) 321
Nr. 5090 UV-GOÄ Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen (Stand 01/2012) 322

Nr. 5135 UV-GOÄ Brustorgane - Übersicht, in einer Ebene (Stand 04/2006) 323
Nr. 5255 UV-GOÄ Beurteilung anderweitig angefertigter Röntgenaufnahmen zur Begutachtung – bis 15 Aufnahmen oder von Schnittbildern des hinzugezogenen Radiologen (Stand 04/2022) 323
Nr. 5295 UV-GOÄ Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung (Stand 07/2026) 324
Allgem. Best. zu O.I.8. bzw. vor Nrn. 5369 ff. UV-GOÄ Computertomographie (Stand 04/2006) 325
Nr. 5369 UV-GOÄ Höchstwert für Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5374 (Stand 04/2006) 326
Nr. 5370 UV-GOÄ Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich – ggf. einschließlich des craniozervikalen Übergangs (Stand 05/2017) 327
Nr. 5370a UV-GOÄ Digitale Volumentomographie im Kopfbereich ggf. einschließlich computergesteuerter Analyse und 3D-Rekonstruktion (Stand 07/2026) 328
Nr. 5373 UV-GOÄ Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare) (Stand 12/2018) 330
Nr. 5376 UV-GOÄ Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z. B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5375 - (Stand: 04/2006) 331
Nr. 5377 UV-GOÄ Zuschlag für computergesteuerte Analyse- einschl. speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion (Stand 05/2017) 332
Allgem. Best. zu O.II. bzw. vor Nrn. 5400 ff. UV-GOÄ Nuklearmedizin (Stand 07/2026) 333
Nrn. 5425, 5426, 5427, 5480 UV-GOÄ Szintigraphie (Stand 04/2006) 334
Allgem. Best. zu Abschnitt O.III. bzw. vor Nrn. 5700 ff. UV-GOÄ Magnetresonanztomographie (Stand 08/2014) 335
Nr. 5730 UV-GOÄ Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität (Stand 12/2018) 336
Nr. 5731 UV-GOÄ Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 (z. B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie) (Stand 04/2006) 337
Nr. 5732 UV-GOÄ Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel (Stand 12/2018) 339
Nr. 5733 UV-GOÄ Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion) (Stand 04/2006) 341
Nr. 5735 UV-GOÄ Höchstwert zu den Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 (Stand 04/2006) 342
UV-GOÄ/Abschnitt P. Schmerzmedizinische Behandlungsentgelte 343
Nr. 6000 UV-GOÄ Erstanamnese zur schmerzmedizinischen Behandlung (Stand 01/2026) 344
Nr. 6001 UV-GOÄ Schmerzmedizinische Folgebehandlung (Stand 01/2026) 344
Nr. 6002 UV-GOÄ Besprechung/Koordination weiterer therapeutischer Maßnahmen (mit Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder anderen Heilmittelerbringern) (Stand 01/2026) 345
Nr. 6003 UV-GOÄ Erstbericht Schmerzmedizinische Behandlung/Erstanamnese (Stand 01/2026) 345
Nr. 6004 UV-GOÄ Folgebericht Schmerzmedizinische Behandlung (Stand 01/2026) 345

I. Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – ÄV –

§§ 1 – 3 Allgemeine Grundsätze (Stand 07/2023)

§ 1 Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand des Vertrages ist die Durchführung der von den Unfallversicherungsträgern zu leistenden Heilbehandlung (§ 6). Der Vertrag umfasst auch die Vergütung der Ärzte, die Abrechnung der ärztlichen Leistungen gegenüber den Unfallversicherungsträgern, die Pflicht der Ärzte zur Dokumentation, zur Mitteilung von Patientendaten und zu sonstigen Auskünften gegenüber den Unfallversicherungsträgern sowie das für die Vertragsparteien maßgebliche Schiedsverfahren für den Fall einer Nichteinigung.

(2) Für die von den Unfallversicherungsträgern zu leistende psychotherapeutische Heilbehandlung gelten die Regelungen zum Psychotherapeutenverfahren der Unfallversicherungsträger in der jeweils gültigen Fassung (Anhang 2 zum Vertrag – Psychotherapeutenverfahren). Die Vergütung richtet sich nach § 51 Abs. 3. Die Regelungen zur Rechnungslegung und Bezahlung nach §§ 64 und 65 gelten entsprechend.

§ 2 Gewährleistung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen übernehmen gegenüber den Unfallversicherungsträgern und deren Verbänden die Gewähr dafür, dass die Durchführung der Heilbehandlung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

§ 3 Erfüllung des Vertrages

(1) Die Vertragspartner und ihre Mitglieder sind verpflichtet, diesen Vertrag gewissenhaft zu erfüllen.

(2) Streitigkeiten über Auslegung und Durchführung des Vertrages sind in den dafür vorgesehenen Verfahren (§§ 52 und 66) auszutragen. Sie berechtigen nicht dazu, die Erfüllung der übrigen vertraglichen Pflichten zu verzögern oder zu verweigern.

1. Der Ärztevertrag regelt die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der insoweit erbrachten ärztlichen Leistungen (insbes. durch die UV-GOÄ) und die Art und Weise der Abrechnung sowie auch die Pflicht zur Dokumentation und Berichterstattung. Es handelt sich um einen **öffentlich-rechtlichen bzw. sozialrechtlichen Vertrag** (s. auch Noeske/Franz, Komm. z. ÄV, Erl. zu § 1).
   Ab 01.10.2015 wurde das Psychotherapeutenverfahren der Unfallversicherungsträger in den Vertrag aufgenommen. Neben der Vergütungsregelung nach § 51 Abs. 3 gelten für dieses Verfahren ausschließlich die §§ 64 und 65 ÄV. Alles andere zum Verfahren ist unmittelbar und abschließend in der Handlungsanleitung und den Anforderungen zum Psychotherapeutenverfahren geregelt.

2. Für Streitigkeiten aus dem Vertrag und aus der UV-GOÄ (z. B. zwischen Ärzten und UV-Trägern über die Vergütung ärztlicher Leistungen) sind die **Sozialgerichte** zuständig, nicht etwa die (für zivilrechtliche Streitigkeiten zuständigen) Amts- oder Landgerichte. Es ist auch nicht zulässig, ärztliche Honoraransprüche durch einen **Mahnbescheid** geltend zu machen; dieser dient ausschließlich der Durchsetzung zivilrechtlicher Ansprüche (Noeske/Franz, wie zuvor, § 65, RdNr. 2; s. auch Arb.Hinweise zu § 65).

3. Nach **§ 2** besteht eine beiderseitige **Verpflichtung zur gewissenhaften Vertragserfüllung**. Bei wiederholten oder schwerwiegenden Verstößen gegen vertragliche Pflichten kann ein Arzt oder Ärztin vom Landesverband der DGUV von der Beteiligung am Vertrag ausgeschlossen werden (§ 4 Abs. 4). Solche Verstöße sind daher dem Landesverband zu melden.

4. Der Arzt oder Ärztin und andere Leistungserbringer haben einen **Anspruch auf Vergütung**, wenn sie ihren gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen bei der Behandlung der Unfallverletzten und Berufserkrankten nachkommen (vertragskonforme Leistungserbringung).

   Zum Ausschluss des Vergütungsanspruchs bei Vertragsverstößen siehe Arb.Hinweise zu § 51 Abs. 3 und § 57 Abs. 2 und 3.

   Es ist jeweils nur die Leistung zu vergüten, die erforderlich, zweckmäßig und wirtschaftlich war (§ 8 Abs. 1) sowie vom Arzt oder Ärztin gemäß der Leistungslegende vollständig erbracht und dokumentiert wurde.

   Zur Erfüllung des Vertrages ist mit den am Heilverfahren beteiligten Ärzten eine partnerschaftliche Zusammenarbeit anzustreben. Dazu gehört ein fairer und angemessener Umgang bei telefonischen und schriftlichen Kontakten. Eine zeitnahe Zahlung des unstrittigen Rechnungsbetrages innerhalb der Frist des § 64 ÄV ist eine wichtige Voraussetzung zur Erfüllung des Vertrags. Andererseits gehört es zur Aufgabe des Arztes, nicht jeden Behandlungstag einzeln abzurechnen. Der bei den Unfallversicherungsträgern dadurch entstehende Verwaltungsaufwand steht nicht im Einklang mit einem partnerschaftlichen Miteinander.

   Ärzten und Ärztinnen gegenüber ist in einem qualifizierten (schriftlichen) Korrekturschreiben mit Angabe der Gründe mitzuteilen, welche Leistungen nicht erstattet und welche Leistungen zurückgestellt wurden.
   Es wird empfohlen, dokumentierte Leistungen, die nicht abgerechnet wurden, auch zu Gunsten des Arztes anzupassen, wenn auf der anderen Seite Leistungen korrigiert werden.

   Fordert der UV-Träger Berichte/Befunde/Krankenblatt an, wird erwartet, dass dem Arzt dabei mitgeteilt wird, ob und welche Vergütung er dafür zu erwarten hat. Es muss für den Arzt erkennbar sein, ob es sich um Befunde handelt, die Bestandteil der abgerechneten ärztlichen Leistung sind oder es sich um die Dokumentation zur Nachvollziehbarkeit einer Abrechnung handelt, für die jeweils keine Vergütungen vorgesehen sind.
   Im Einzelfall (z. B. bei intensivem Schriftverkehr ohne erkennbare Lösung) ist ein telefonischer Kontakt in Betracht zu ziehen.

§ 4 Beteiligung am Vertrag (Stand 2026)

(1) An den Vertrag sind alle Ärzte gebunden, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder von den Unfallversicherungsträgern beteiligt sind.

(2) Ärzte, die nicht nach Abs.1 beteiligt sind, können auf Antrag am Vertrag beteiligt werden.

(3) Der Antrag ist an den zuständigen Landesverband der DGUV zu richten. Dieser informiert die zuständige Kassenärztlichen Vereinigung über die Beteiligung.

(4) Bei wiederholten oder schwerwiegenden Verstößen gegen vertragliche Pflichten kann der Arzt oder Ärztin im Einvernehmen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung durch den Landesverband der DGUV von der Beteiligung an diesem Vertrag ausgeschlossen werden.

1. Nach § 4 Abs. 1 sind alle Ärzte am Vertrag beteiligt, die an der vertragsärztlichen (kassenärztlichen) Versorgung beteiligt sind (die sog. **Kassenärzte)**.

   Zwar bindet der ÄV unmittelbar nur die Vertragsparteien (Spitzenverbände der UV-Träger und die Kassenärztliche Bundesvereinigung - KBV -), durch die jeweiligen Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind deren Mitglieder (Kassenärzte) jedoch ebenfalls an die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV abgeschlossenen Verträge gebunden.

   Damit sind alle Kassenärzte nach Eintritt eines Versicherungsfalles bzw. nach den Bestimmungen des ÄV zur **Heilbehandlung der Unfallverletzten** und (gem. § 45) der **Berufserkrankten** verpflichtet. Die Weigerung etwa eines Facharztes (Kassenarztes), Unfallpatienten, z. B. einer bestimmten BG wegen unterschiedlicher Auffassungen über die Abrechnung der ärztlichen Leistungen, nicht (mehr) zu behandeln, verstößt gegen § 4.

2. Als von den UV-Trägern bzw. den Landesverbänden der DGUV zugelassene Ärzte sind die **D-Ärzte und Handchirurgen** gem. § 37 Abs. 3 anzusehen.

3. Die übrigen Ärzte (**Ärzte ohne Kassenzulassung**) sind grundsätzlich nicht berechtigt im Rahmen des ÄV eine Heilbehandlung durchzuführen. Ausgenommen ist die sofort notwendige Erstversorgung (§ 9), insbes. in Notfällen, die jeder Arzt oder Ärztin leisten muss. Denkbar ist außerdem, dass in Einzelfällen mit der vorher eingeholten Zustimmung des UV-Trägers eine Heilbehandlung erfolgt.

4. Nach § 12 können bestimmte Ärzte andere Fachärzte hinzuziehen. Die Hinzuziehung erfolgt auf der Grundlage des Vertrages, so dass auch der hinzugezogene Arzt oder Ärztin für diesen Einzelfall im Rahmen des Vertrages tätig wird. Mit der Übernahme des Behandlungsauftrages übernimmt er konkludent die Rechte und Pflichten aus dem Ärztevertrag und hat damit auch einen Vergütungsanspruch gegenüber dem UV-Träger nach der UV-GOÄ (vgl. Noeske/Franz Erl. zu § 4, RdNr. 2).

§ 5 Datenerhebung und -verarbeitung durch Ärzte; Auskunftspflicht (Stand 05/2017)

(1) Ärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die an einer Heilbehandlung nach § 34 SGB VII beteiligt sind, erheben, speichern und übermitteln an die Unfallversicherungsträger Daten über die Behandlung und den Zustand des Versicherten sowie andere personenbezogene Daten, soweit dies für Zwecke der Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist. Ferner erheben, speichern und übermitteln sie Daten, die für ihre Entscheidung, eine Heilbehandlung nach § 34 SGB VII durchzuführen, maßgeblich waren.

(2) Der Versicherte ist von den Ärzten und den Psychotherapeuten über den Zweck der Datenerhebung und darüber zu unterrichten, dass diese Daten an den Unfallversicherungsträger übermittelt werden müssen. Er ist auch darüber zu informieren, dass er vom Unfallversicherungsträger verlangen kann, über die von den Ärzten und den Psychotherapeuten *übermittelten Daten unterrichtet zu werden (§ 201 SGB VII, siehe Anhang 3*).*

(3) Ärzte, die nicht an einer Heilbehandlung nach § 34 SGB VII beteiligt sind, sind verpflichtet, dem Unfallversicherungsträger auf Verlangen Auskunft über die Behandlung, den Zustand sowie über Erkrankungen des Versicherten zu erteilen, soweit dies für die Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist (§ 203 SGB VII, siehe Anhang 3).*
**Anhang 3 zum ÄV mit den §§ 201 und 203 SGB VII ist nicht abgedruckt.*

1. Nach § 5 Abs. 1 ist der behandelnde Arzt oder Ärztin (z. B. D-Arzt, Allgemeinarzt) verpflichtet, die erforderlichen **Daten** insbes. zu **Unfallhergang** und sonstigen erheblichen Umständen, zu **Art und Umfang der Verletzungen** (Befunde, Diagnosen) sowie zu den durchgeführten **Behandlungsmaßnahmen** zu erheben und zu speichern (z. B. mittels Behandlungsaufzeichnungen, Patientenkartei), entspr. den gesetzlichen Fristen aufzubewahren und dem UV-Träger bei Bedarf zu übermitteln. Auch Röntgenbilder, MRT-Aufnahmen, Audiogramme usw. gehören zu den Daten im Sinne von § 5.

   Die Pflichten aus § 5 Abs.1 beziehen sich nicht nur auf die Heilbehandlung nach § 34 SGB VII, sondern auch auf die **Erbringung sonstiger Leistungen** (z. B. Berichterstattung an UV-Träger, Beteiligung an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben usw.). Behandelnder Arzt oder Ärztin ist auch ein zur Klärung der Diagnose oder zur Mitbehandlung **hinzugezogener Arzt/Ärztin** (z. B. nach § 12).

   Die Verpflichtung zur **Übermittlung der Daten** bedeutet, dass diese dem UV-Träger in verwertbarer Form zur Verfügung zu stellen sind. Die Krankengeschichte wird regelmäßig als Auszug oder Fotokopie übersandt (vgl. Nr. 193 UV-GOÄ). Bei Röntgenbildern oder anderen Aufnahmen der bildgebenden Verfahren (CT, MRT usw.) werden häufig Originaldaten erforderlich. Zur Übersendung von Befunden zu bildgebenden Verfahren siehe Nr. 3 der Allgem. Best. zu Abschn. O. – Strahlendiagnostik usw. der UV-GOÄ und die entspr. Arb.Hinweise dazu. (siehe auch Nr. 193)

2. Gelegentlich wird von Ärzten die Verpflichtung zur Übermittlung der erhobenen Daten zum Zwecke der **Rechnungsprüfung** bestritten. In diesen Fällen sollte der Arzt oder die Ärztin auf den durch Gesetz vom 21.12.2008 geänderten § 201 Abs. 1 Satz 1 SGB VII hingewiesen werden, wonach die Daten auch übermittelt werden, soweit diese zur Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen und Abrechnung der Leistungen erforderlich sind.
   Die Dokumentationspflicht des Arztes, die sich unter anderem aus § 10 der Musterberufsordnung der Ärzte ergibt, ist neben der Beweissicherung für durchgeführte ärztliche Maßnahmen auch für den Nachweis der abgerechneten Leistungen notwendig. Die aktuelle Rechtsprechung geht davon aus, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme (z. B. Untersuchung) unterblieben ist. Es besteht keine Verpflichtung zur Zahlung nicht dokumentierter Leistungen.

Wegen der Vergütung der zum Zwecke der Rechnungsprüfung übersandten Unterlagen siehe Arb.Hinweise zu Nr. 193 UV-GOÄ.

3. Die **Grenzen der Verpflichtung** aus § 5 Abs. 1 liegen dort, wo eine Erhebung, Dokumentation usw. nicht (mehr) zum Zwecke der HB nach § 34 SGB VII oder zur Erbringung sonstiger Leistungen des UV-Trägers erfolgt. Zwar besteht bei ärztl. Behandlung grundsätzlich eine Pflicht zur Dokumentation, der Arzt/die Ärztin darf jedoch einem (insoweit unzuständigen) UV-Träger keine Auskunft erteilen.

   Hiervon ergibt sich nach § 5 Abs. 3 insoweit eine **Ausnahme**, als auf Verlangen eines UV-Trägers Auskunft über frühere Erkrankungen, (frühere) Behandlungen usw. zu geben ist, wenn und soweit dies für die HB nach § 34 SGB VII und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist. § 5 Abs. 3 gibt hier die Verpflichtung aus § 203 SGB VII wieder (siehe auch § 46 Abs. 2). Derartige Auskünfte werden vor allem zur **Klärung von Zusammenhangsfragen** benötigt. Auskunftsersuchen sind auf den notwendigen Umfang zu beschränken. Die Ärztin oder der Arzt kann die Auskunft unter den genannten Voraussetzungen nicht mit dem Hinweis auf seine ärztliche Schweigepflicht verweigern.

4. Nach dem durch das Patientenrechtegesetz in das Bürgerliche Gesetzbuch eingefügten § 630g BGB ist dem Patienten vom Arzt oder Ärztin auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Wenn der Patient die Einsichtnahme beim Arzt/Ärztin verlangt, kann ihn der Arzt oder Ärztin nicht auf das Recht zur Akteneinsicht beim UV-Träger verweisen. Man muss dem Patienten vielmehr unmittelbar Einsicht gewähren. Rechte des UV-Trägers stehen dem nicht entgegen.

§ 6 Einleitung der HB nur aufgrund eines Versicherungsfalls; Beendigung der HB durch den behandelnden Arzt/Ärztin; Abbruch der HB durch den UV-Träger (Stand 01/2026)

§ 6 Heilbehandlung

(1) Die Unfallversicherungsträger sind nach den gesetzlichen Vorschriften verpflichtet, alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig nach dem Versicherungsfall einsetzende und sachgemäße Heilbehandlung und, soweit erforderlich, besondere unfallmedizinische Behandlung (im Folgenden „besondere Heilbehandlung" genannt) gewährleistet wird.

(2) Bei Arbeitsunfällen wird die Heilbehandlung als allgemeine Heilbehandlung (§ 10) oder als besondere Heilbehandlung (§ 11) durchgeführt.

1. Die UV-Träger sind nach § 6 verpflichtet nach dem **Versicherungsfall** eine wirksame Heilbehandlung zu gewährleisten. Auslöser dieser Verpflichtung ist der Eintritt eines Versicherungsfalls (Arbeitsunfall und BK, § 7 Abs. 1 SGB VII). Liegt ein Versicherungsfall vor, haben die besonders zugelassenen oder am Vertrag beteiligten Ärzte (§ 4 Abs.1) eine HB zu Lasten des UV-Trägers einzuleiten und die nach § 8 erforderliche ärztl. Behandlung zu erbringen. Bei einem **Arbeitsunfall** (§ 8 SGB VII) ist ggf. allgem. oder besond. HB zu leisten.
2. Der behandelnde Arzt oder Ärztin darf zu Lasten eines UV-Trägers keine allgem. oder besond. HB einleiten, wenn offensichtlich **kein Versicherungsfall**, insbes. kein Arbeitsunfall gegeben ist (siehe hierzu Arbeitshinweise zu §§ 27, 30 ÄV). Die Behandlung muss ggf. zu Lasten der GKV durchgeführt werden.

   Der D-Arzt oder D-Ärztin soll in derartigen Fällen gleichwohl dem UV-Träger einen **D-Arzt-Bericht** erstatten, wenn der Versicherte die Beschwerden auf einen Arbeitsunfall zurückführt (s. zu den weiteren Einzelheiten Arb.Hinweise zu §§ 27, 30).
3. Aus § 6 folgt ferner, dass der Arzt/Ärztin von sich aus die **Behandlung zu Lasten des UV-Trägers beenden** muss, wenn sich im Verlauf der Behandlung herausstellt, dass keine Folgen eines Versicherungsfalls (mehr) vorliegen.

So kann sich nach einem Arbeitsunfall durch spätere diagnostische Maßnahmen ergeben, dass eine vorbestehende **unfallunabhängige Erkrankung oder Verletzung** die Ursache für die fortdauernde Behandlungsbedürftigkeit und/oder die AU ist.

Beispiel:
Nach einer **Prellung** des Handgelenks wird wegen fortbestehender Beschwerden nach drei Wochen ein MRT durchgeführt, das eine ältere unfallunabhängige **Fraktur des Kahnbeins** ergibt. Der Arzt oder die Ärztin hat die unfallbedingte Behandlung zu beenden, wenn die Folgen der Prellung (z. B. Schwellung, Hämatom) ausgeheilt sind, und die Fraktur zu Lasten der KK weiterbehandeln.

Hieraus kann der UV-Träger nicht ableiten, dem Arzt oder der Ärztin die Vergütung seiner Leistungen abzulehnen. Erst mit dem Abbruch des Heilverfahrens durch den UV-Träger sind danach entstandene Kosten nicht mehr zu bezahlen. Der Abbruch gilt ab dem Tage, an dem der Arzt oder Ärztin zuverlässig Kenntnis erhalten hat (per Post vier Tage nach dem Versand). In Fällen, in denen der D-Arzt die Behandlung zu Lasten des UV-Trägers selbst beendet, sind die Kosten bis zum Tag des Abbruchs zu übernehmen.

Problematisch in diesem Zusammenhang sind vor allem Verletzungen in Körperbereichen, die häufig von **unfallunabhängigen (degenerativen) Erkrankungen** betroffen sind. Hier können sich die Folgen eines Versicherungsfalls und einer bereits vorliegenden unfallunabhängigen Erkrankung überlagern. Darüber hinaus ist denkbar, dass während einer bgl. HB weitere **unfallunabhängige Verletzungen oder Erkrankungen** (z. B. Herzinfarkt) hinzutreten.

Der behandelnde Arzt oder Ärztin hat insoweit zu entscheiden, ob (noch) Behandlungsbedürftigkeit wegen des Versicherungsfalls oder wegen der unfallunabhängigen Erkrankung besteht und ggf. die Behandlung zu Lasten des UV-Trägers zu beenden.

Beispiele:
- Prellungen und/oder Distorsionen der **Kniegelenke**
- Prellungen und/oder Distorsionen der **Schultergelenke**
- Distorsionen der **HWS** (häufig nach Verkehrsunfällen)
- Prellungen/Distorsionen der **Wirbelsäule**

Wird z. B. vier Wochen nach einem leichten Auffahrunfall, der zu einer **Zerrung der HWS** führte, wegen fortbestehender Beschwerden ein MRT gefertigt und zeigen sich dabei erhebliche degenerative Veränderungen an der HWS, so ist der Arzt/Ärztin angehalten, die Behandlung zu Lasten des UV-Trägers zu beenden, weil die Folgen einer Distorsion in aller Regel nach etwa vier Wochen ausgeheilt sind.
Hieraus kann der UV-Träger nicht ableiten, dem Arzt oder der Ärztin die Vergütung seiner Leistungen abzulehnen. Erst mit dem Abbruch des Heilverfahrens durch den UV-Träger sind danach entstandene Kosten nicht mehr zu bezahlen. Der Abbruch gilt ab dem Tage, an dem der Arzt oder Ärztin zuverlässig Kenntnis erhalten hat (per Post vier Tage nach dem Versand). In Fällen, in denen der D-Arzt die Behandlung zu Lasten des UV-Trägers selbst beendet, sind die Kosten bis zum Tag des Abbruchs zu übernehmen.

3. Verstößt ein Arzt oder Ärztin wiederholt gegen die Vorgaben, soll der zuständige LV informiert werden.

4. Erhält der **UV-Träger** Kenntnis davon, dass ein Versicherungsfall nicht vorgelegen hat oder dass die weitere Behandlungsbedürftigkeit nur noch wegen unfallunabhängiger Verletzungen oder Erkrankungen gegeben ist (ggf. nach Vorlage beim Beratungsarzt), ist die Heilbehandlung unverzüglich abzubrechen.

   Der **Abbruch** der HB wirkt nur für die Zukunft, d. h., die **Kosten der HB** sind vom UV-Träger bis zu dem Zeitpunkt zu übernehmen, in dem die entsprechende Mitteilung beim Arzt/Ärztin eingegangen ist.

   Der Versicherte ist ebenfalls über den Abbruch der Heilbehandlung zu informieren.

§ 8 Abs. 1 Erforderliche, zweckmäßige und wirtschaftliche ärztliche Behandlung (Stand 07/2023)

§ 8 Ärztliche Behandlung

(1) Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit der Ärzte, die nach den Regeln der ärztl. Kunst erforderlich und zweckmäßig ist und das Gebot der Wirtschaftlichkeit erfüllt.

(2) Die ärztliche Behandlung wird von Ärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen diese nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt oder Ärztin angeordnet und von ihm verantwortet werden.

Die Ärztin oder der Arzt hat zwar regelmäßig eine Therapiefreiheit, aber Vergütungen darf er nur für **Behandlungen** berechnen, **die nach den Regeln der ärztl. Kunst erforderlich und zweckmäßig sind sowie das Gebot der Wirtschaftlichkeit erfüllen (§ 8 Abs. 1).** Dieser Grundsatz ist neben dem Grundsatz der Behandlung mit allen geeigneten Mitteln bei Behandlungsabrechnungen der Ärzte zu beachten.

Bestehen Zweifel an der Erforderlichkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer abgerechneten ärztl. Behandlung (Art, Umfang, Intensität, Behandlungsabstände), sollte der beratende Arzt oder Ärztin bzw. ein für das jeweilige Gebiet kompetenter Facharzt/Fachärztin gehört werden. Dieser hat die notwendige Fachkompetenz zu entscheiden, ob die Grenzen der ärztl. Therapiefreiheit im Einzelfall überschritten sind.

Ein Vergütungsanspruch des Arztes/der Ärztin ist nur gegeben, wenn die jeweilige ärztl. Leistung medizinisch erforderlich und zugleich zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Behandlungsmaßnahmen, die diese Voraussetzungen eindeutig nicht erfüllen, sind nicht zu honorieren, d. h., die Rechnung ist ggf. zu korrigieren.

Der Arzt/die Ärztin ist über die Gründe der Rechnungskürzung zu informieren.

Der UV-Träger hat grundsätzlich die Möglichkeit, im Einzelfall Kostenzusagen für ärztliche Maßnahmen zu erteilen, die nicht den Regeln der ärztlichen Kunst/dem aktuell anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechen. § 26 Abs. 4, 5 SGB VII eröffnen die Möglichkeit den medizinischen Fortschritt im pflichtgemäßen Ermessen für den Einzelfall zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für alternative Behandlungsmethoden. Voraussetzung ist, dass dem Arzt/Therapeuten/etc. vor Beginn der Behandlung eine Kostenzusage vorliegt.
Die Kostenzusage sollte Art und Umfang der Leistung sowie die Höhe der Vergütung enthalten.

§ 9 Erstversorgung (Stand 10/2010)

Die Erstversorgung umfasst die ärztlichen Leistungen, die den Rahmen des sofort Notwendigen nicht überschreiten.

1. Die Erstversorgung geht begrifflich weiter als die Erste Hilfe und umfasst ärztliche Maßnahmen, die unter Berücksichtigung des konkreten Einzelfalls eine verantwortliche Entscheidung sowohl in diagnostischer als auch in therapeutischer Hinsicht verlangen.

2. Der „Rahmen des sofort Notwendigen“ beinhaltet in der Regel die erste ärztliche Versorgung, die es dem Verletzten ermöglichen soll, den Durchgangsarzt/-ärztin aufzusuchen (vgl. Arb.Hinweise zu §§ 26, 51 Abs. 3 ÄV, Seite I/26 ff.).
   Die Erstversorgung umfasst die ärztlichen Maßnahmen, die im konkreten Einzelfall nach einem Unfall medizinisch erforderlich und zweckmäßig sind. Dabei sind die vertraglichen Regelungen der Vorstellungspflicht beim D-Arzt (§ 26 Ärztevertrag), zum Verletzungsartenverfahren (§ 37 Ärztevertrag) und die Berechtigungen zum ambulanten Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung grundsätzlich zu berücksichtigen. Eine Abweichung von diesen Regelungen ist dann gerechtfertigt, wenn die ärztliche Maßnahme zur Vermeidung eines konkreten Gesundheitsschadens keinen Aufschub duldet. Dabei sind Art und Schwere der Verletzung, die Tageszeit des Unfalles, die Entfernung zum D-Arzt/Krankenhaus, die Transportfähigkeit, etc. zu berücksichtigen.

   Diagnostik

   Die klinische Untersuchung (Nrn. 1- 9 UV-GOÄ) gehört immer zum Umfang des sofort Notwendigen. Weiterführende apparativ-technische Untersuchungen (Röntgen, Sonographie) sind dann erforderlich und zweckmäßig, wenn Art und Schwere der Verletzung nicht bereits nach der klinischen Untersuchung zweifelsfrei feststehen.

3. Die Notwendigkeit der Durchführung der weiterführenden apparativ-technischen Untersuchungen (Röntgen, Sonographie) sind vom Arzt nachvollziehbar zu dokumentieren.

   Wenn der erstversorgende Arzt/Ärztin nicht über ein Röntgengerät verfügt, jedoch seines/ihres Erachtens eine Röntgenuntersuchung erforderlich ist, muss der Verletzte einem D-Arzt/D-Ärztin vorgestellt werden. Eine Hinzuziehung anderer Fachärzte (Radiologen, Neurologen, etc.) durch den erstversorgenden Arzt/Ärztin der kein D-Arzt ist, ist **wegen der fehlenden Berechtigung zur Hinzuziehung** grundsätzlich nicht möglich (vgl. Arb.Hinweise zu §§ 12, 56 Abs. 3 ÄV).

4. **Behandlungsmaßnahmen**

   Die im konkreten Einzelfall erforderlichen und zweckmäßigen Behandlungsmaßnahmen sind unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Verletzung durchzuführen.

   Beispiele:
   Schmerzen (Medikament, ggf. Injektion), Transportfähigkeit herstellen (Stabilisierung mit Verbänden) und Verordnung vom Krankentransport, Vorab-Information an den aufnehmenden Arzt/Krankenhaus, etc.).
   Zur Verordnung von Hilfsmitteln, Heilmitteln und/oder weiterführenden Untersuchungen (z. B. MRT) sind ausschließlich Durchgangsärzte berechtigt.

§ 10 Allgemeine Heilbehandlung (Stand 04/2022)

(1) Heilbehandlung (§ 6) wird grundsätzlich als allgemeine Heilbehandlung erbracht.

(2) Allgemeine Heilbehandlung ist die ärztliche Versorgung einer Unfallverletzung, die nach Art oder Schwere weder eines besonderen personellen, apparativ-technischen Aufwandes noch einer spezifischen unfallmedizinischen Qualifikation des Arztes/der Ärztin bedarf.

§ 11 Besondere Heilbehandlung (Stand 04/2022)

(1) Zur Einleitung besonderer Heilbehandlung berechtigt sind nur

- *der Unfallversicherungsträger,*
- *der Durchgangsarzt oder Durchgangsärztin,*
  oder
- *der Handchirurg nach § 37 Abs. 3 bei Vorliegen einer Verletzung nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses.*

(2) Im Durchgangsarztverfahren sollen etwa 80 v. H. aller Fälle von Verletzungen der allgemeinen Heilbehandlung zugeordnet werden.

(3) Besondere Heilbehandlung ist die fachärztliche Behandlung einer Unfallverletzung, die wegen Art oder Schwere besondere unfallmedizinische Qualifikation verlangt. Dazu gehören auch die Erfassung der Zusammenhänge zwischen Arbeitstätigkeit und Unfallereignis, die tätigkeitsbezogene Funktionsdiagnostik, ggf. unter Berücksichtigung von Vorschäden, sowie die prognostische Einschätzung der Unfallverletzung unter dem Gesichtspunkt typischer Komplikationen sowie frühzeitig einzuleitender medizinischer und schulischer/beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen mit umfassender Dokumentation aller Daten, die zur Rekonstruktion von Ursache, Ausmaß und Verlauf der Heilbehandlung relevant sind.

1. Nur die **UV-Träger** und die von diesen bzw. den LVen entspr. beteiligten Ärzte sind zur Einleitung der besond. HB befugt, d.h. **D-Ärzte** nach § 27 Abs. 1. **Handchirurgen**, die nach § 37 Abs. 3 zugelassen sind, leiten ebenfalls besond. HB ein, **wenn sie eine Verletzung nach Ziff. 8 des Verletzungsartenverzeichnisses behandeln.** Alle anderen Ärzte haben diese Befugnis nach dem Vertrag Ärzte/UV-Träger nicht. Also können Augenärzte, Neurologen, Hautärzte, Orthopäden, nicht nach § 37 Abs. 3 beteiligte Handchirurgen, Kieferchirurgen usw. niemals von sich aus besond. HB einleiten.

   Allgemeinärzte oder Fachärzte, die nicht D- Ärzte sind, können daher Verletzte grundsätzlich nur im Rahmen der allgemeinen HB behandeln. Das gilt auch für Handchirurgen nach § 37 Abs. 3, wenn sie eine Handverletzung behandeln, die nicht die Kriterien der Ziff. 8 des Verletzungsartenverzeichnisses erfüllt.

   Davon ausgenommen sind die Fälle, in denen der UV-Träger, z. B. einem Orthopäden, einen **Einzelauftrag** zur Durchführung der besond. HB erteilt.

   Im Rahmen der allgem. HB sind auch Chirurgen und Orthopäden, soweit sie nicht D- Ärzte sind, verpflichtet, den Verletzten gem. § 26 Abs. 1 anzuhalten, sich einem D-Arzt/D-Ärztin vorzustellen (vgl. Arb.Hinweise zu §§ 26, 51 Abs. 3).

   Bestehen aufgrund der Schilderung des Unfallhergangs Zweifel am Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder bestehen aufgrund des erhobenen Befundes Zweifel am Zusammenhang mit dem Unfallereignis, dokumentiert der D-Arzt/D-Ärztin dies im D-Bericht. Gleichzeitig trifft er die Entscheidung, ob ein Heilverfahren zu Lasten des Unfallversicherungsträgers durchzuführen ist. Die Art der ggf. einzuleitenden Heilbehandlung (allgem. oder besond. HB) bestimmt sich dabei ausschließlich nach Art oder Schwere der Verletzung. Bestehen in

medizinischer Hinsicht Zweifel am ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und den geklagten oder festgestellten Beschwerden, ist der D-Arzt oder D-Ärztin regelmäßig zu einer kritischen Prüfung verpflichtet. Das gilt insbes. für **Meniskusschäden** oder allgemein für Binnenverletzungen im Bereich der **Knie-, Schulter- oder Ellbogengelenke, Verletzungen der Wirbelsäule** usw., die bekanntermaßen häufig durch unfallfremde Ursachen (z. B. degenerative Veränderungen) verursacht oder mitverursacht werden. Daneben sind Krankheiten wie z. B. Knochen- und Gelenktuberkulose, Karzinom, Sarkom, Hernie, Bandscheibenvorfall und Lumbago nach allgemeiner unfallmedizinischer Erfahrung nur in seltenen Ausnahmefällen Unfallfolge. Eine besonders kritische Prüfung ist auch bei Thrombosen und Krampfaderleiden erforderlich.
Der UV-Träger prüft aufgrund der Hinweise im D-Bericht die Kausalität und bricht bei negativem Ergebnis die Behandlung zu Lasten des UV-Trägers ab. Dies ist aber nicht rückwirkend zulässig.
Zweifel können auch dann bestehen, wenn **Verdacht auf Alkoholeinfluss** vorliegt oder sich der Unfall nicht auf direktem Wege nach und von dem Ort der Tätigkeit ereignet hat.

2. Eine konkrete Definition oder einen Katalog der Verletzungsarten für die **Einleitung der besond. HB durch den D-Arzt/D-Ärztin** sieht der ÄV nicht vor. Aus den §§ 10, 11 ist nur zu entnehmen, dass besond. HB einzuleiten ist, wenn die Behandlung wegen der Art oder Schwere der Verletzung eine spezifische unfallmedizinische Qualifikation des Arztes oder der Ärztin erfordert. Im Gegensatz dazu ist allgem. HB ausreichend, wenn die Versorgung der Unfallverletzung weder einen besonderen personellen oder apparativ-technischen Aufwand noch eine spezifisch unfallmedizinische Qualifikation des Arztes oder der Ärztin verlangt.
Der D-Arzt/D-Ärztin ist berechtigt, den Unfallverletzten in eigener allgem. HB zu behalten (D-Bericht, Pkt. 12, AHB durch mich).

3. Naturgemäß ist eine genaue Abgrenzung zwischen allgem. und besond. HB entspr. Art oder Schwere der Verletzung nicht immer möglich; insoweit verbleibt dem D-Arzt oder D-Ärztin ein gewisser Entscheidungsspielraum. Nach § 11 Abs. 2 sollen im D-Arztverfahren etwa 80 v.H. der Verletzungen der allgem. HB zugeordnet werden; damit bleiben nur ca. 20 v.H. für die besond. HB übrig. Diese Relation zeigt, dass für den weitaus überwiegenden Teil der Unfallverletzungen regelmäßig allgem. HB ausreicht.

   Allgem. HB ist z. B. in aller Regel einzuleiten bei:

   - **Schnittverletzungen, Schürfungen, Prellungen** an den Händen, Armen, Füßen usw. ohne Verletzung der tieferen Binnenstrukturen
   - **Distorsionen der Daumen- oder Fingergelenke** ohne schwerwiegende weitere Verletzungen
   - **Distorsionen der Sprunggelenke** ohne oder nur mit geringer Aufklappbarkeit des Sprunggelenks (ab 10° ist besond. HB vertretbar)
   - **Nagelkranzfrakturen**

   Besond. HB wird üblicherweise in folgenden Fällen einzuleiten sein:

   - **Knochenbrüche**
   - offene und tiefe **Weichteilverletzungen**
   - **Nerven- oder Sehnenverletzungen**
   - **schwere Quetschungen**
   - **schwere Zerrungen** von Gelenken usw.

   Zusammenfassend ist die Entscheidung über die Einleitung der besond. HB nicht ausschließlich aus der Verletzung bzw. Diagnose abzuleiten. Vielmehr müssen Art oder Schwere der Verletzung aus dem Befund, ggf. dem Röntgenergebnis, der Diagnose und der weiteren ärztl. Versorgung erkennbar und dokumentiert sein. Die Entscheidung orientiert sich

an den festgestellten Befunden und nicht am Umfang der für die Feststellung erforderlichen Maßnahmen.

In den Fällen des **VAV/SAV** ist immer die Einleitung der besond. HB gerechtfertigt (vgl. § 37 sowie das VA/SA-Verzeichnis, Anhang 1 zum ÄV); dabei sind die besonderen Verfahrensvorschriften des § 37 auch vom D-Arzt oder D-Ärztin zu beachten: Vorstellung des Verletzten beim D-Arzt/D-Ärztin eines zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhauses gem. § 37 Abs. 1.

Keinesfalls dürfen **abrechnungstechnische Gründe** Anlass für die Einleitung der besond. HB durch den D-Arzt oder D-Ärztin sein. Der UV-Träger ist daher berechtigt, die Erforderlichkeit der besond. HB im konkreten Einzelfall zu prüfen. Dies bedeutet auch, dass der UV-Träger der Einleitung der besond. HB im Einzelfall für die Zukunft widersprechen kann, wenn er der Auffassung ist, dass diese aufgrund der vorliegenden ärztl. Dokumentation nicht gerechtfertigt ist.

Dem D-Arzt oder D-Ärztin wird mit der Einleitung der besond. HB das Recht eingeräumt, die höheren Gebührensätze abzurechnen. Diese Entscheidung ist nicht ermessensfrei, sondern hat sich an Art oder Schwere der Verletzung zu orientieren. Darüber hinaus sind auch Erforderlichkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der ärztl. Behandlung sowie die Dokumentation des Arztes oder Ärztin Grundlagen der Bewertung.

Bei einem offensichtlichen Verstoß im Einzelfall sind die D-Ärzte aufzufordern, ihre Verfahrensweise zu ändern. Im Wiederholungsfalle sind die geltend gemachten Gebühren auf die Beträge der allgemeinen HB zu kürzen. Der LV sollte informiert werden.

4. In der Praxis ist oft zu beobachten, dass gezielt für die Verordnung eines **MRTs**, eines **CTs** oder einer **Szintigraphie** besond. HB eingeleitet wird, obwohl zu diesem Zeitpunkt nur geringe Verletzungen oder Beschwerden nachgewiesen sind und der Verdacht auf eine schwerere Verletzung (z. B. Kahnbeinfraktur, Meniskusläsion oder dgl.) noch völlig unbestätigt ist. Oft wird dieses Vorgehen mit dem Hinweis auf den erforderlichen “besonderen apparativ-technischen Aufwand” im Sinne von § 10 Abs. 2 gerechtfertigt, was aber irrelevant ist, solange dieser nur zur Klärung der Diagnose dient.
   Maßgebend für die Einleitung der besond. HB ist, dass ein besonderer personeller, apparativ-technischer Aufwand oder die spezifische unfallmedizinische Qualifikation der Ärztin oder des Arztes für die Versorgung der Unfallverletzung erforderlich ist (s. §§ 10 Abs. 2, 11 Abs. 3). Dies steht im o. g. Beispiel einer vermuteten Kahnbeinfraktur naturgemäß erst fest, wenn diese Verletzung durch die veranlasste Untersuchung bestätigt wurde.

   Die Voraussetzungen für die Einleitung der besond. HB sind also regelmäßig nicht gegeben, wenn noch unklar ist, ob eine der Definition des § 11 entsprechende schwere Verletzung vorliegt. Erst wenn der Verdacht bestätigt wurde, ist gem. § 11 die Einleitung gerechtfertigt (so auch Rdschr. LV NWD D 1/2004 vom 16.01.04, Pkt. 8; ebenso Rdschr. LV RHW D 5/03 vom 29.12.03, Pkt. 3).

5. Die Notwendigkeit **physikalischer Therapie** löst nicht zugleich die besond. HB aus.

§§ 12, 56 Abs. 3 Hinzuziehung anderer Ärzte (Stand 07/2023)

§ 12 Hinzuziehung

(1) Soweit es zur Klärung der Diagnose und/oder zur ambulanten *Mitbehandlung erforderlich ist, sind andere Ärzte oder am Psychotherapeutenverfahren Beteiligte (§ 1 Abs. 2) hinzuzuziehen. Dies gilt insbesondere, wenn bei der Art der Verletzung der Verdacht auf Mitbeteiligung eines entsprechenden Organs oder Organsystems besteht. Zur Hinzuziehung sind nur Durchgangsärzte berechtigt. Handchirurgen nach § 37 Abs. 3, Augen- und HNO-Ärzte sowie hinzugezogene Fachärzte sind dazu nur berechtigt, soweit es für die Diagnostik und Behandlung auf ihrem Fachgebiet erforderlich ist.*

(2) Für die Hinzuziehung steht dem Durchgangsarzt/-ärztin und Handchirurg/-chirurgin nach § 37 Abs. 3 der Formtext F 2902 zur Verfügung.

1. Nach § 12 sind andere Ärzte hinzuzuziehen, soweit es zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung erforderlich ist. Das gilt insbesondere, wenn bei der Art der Verletzung der Verdacht auf eine Mitbeteiligung eines entsprechenden Organs oder Organsystems besteht.

2. Nach § 56 Abs. 3 darf der **Belegarzt** oder **Belegärztin** entspr. weitere externe Ärzte hinzuziehen, wenn das betreffende Fach am KH nicht vertreten ist. Das gilt für den Belegarzt/-ärztin, welche nicht zugleich D-Arzt oder D-Ärztin ist, nicht in jedem Behandlungsfall, sondern nur im Rahmen einer **belegärztlichen Behandlung** (nach § 56 Abs. 2 beginnend mit der Aufnahme des Patienten in die Belegabteilung bis zur Entlassung). Behandelt der Belegarzt (z. B. Orthopäde ohne D-Arzt-Status) dagegen einen Patienten ambulant in seiner Praxis, gilt § 56 Abs. 3 nicht und somit besteht auch keine Befugnis zur Hinzuziehung anderer Ärzte (ggf. Pflicht zur Vorstellung beim D-Arzt/D-Ärztin nach § 26; s. zur belegärztlichen Behandlung Arb.Hinweise zu § 56).

3. Die **Leistungen der zugezogenen Ärzte** sind vom UV-Träger nach Maßgabe der Einstufung des Behandlungsfalls durch den D-Arzt oder D-Ärztin oder den Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 (allgem. oder besond. HB) zu vergüten (§ 62).

   Beispiele:
   Wird ein Verletzter z. B. vom D-Arzt/D-Ärztin im Rahmen **allgem. HB** an einen Radiologen überwiesen oder für eine Behandlung ein Anästhesist/eine Anästhesistin hinzugezogen, so können diese Ärzte ihre Leistungen nur nach den Gebührensätzen der allgem. HB abrechnen. Wenn der D-Arzt oder D-Ärztin vor der Überweisung oder Hinzuziehung **besond. HB** eingeleitet hat, können die hinzugezogenen Ärzte nach den höheren Sätzen abrechnen.

   Für hinzugezogene - **frei praktizierende** - **Pathologen** ist die Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der UV-Träger und dem Berufsverband Deutscher Pathologen maßgebend (s. **VB 147/01** vom 04.12.2001). Die dortigen Gebühren unterscheiden nicht zwischen allgem. und besond. HB.

   Für die **in Krankenhäusern angestellten Pathologen** gelten die Nrn. 4800 ff. UV-GOÄ, wobei, wie oben erläutert, nach allgem. oder besond. HB zu differenzieren ist.

4. Grundsätzlich sind nur D-, oder Belegärzte berechtigt, andere Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung hinzuzuziehen. Daneben sind nach der Neufassung der Vorschrift ab 1.4.2008 zur Hinzuziehung berechtigt **Handchirurgen** nach § 37 Abs. 3, **Augen- und HNO-Ärzte** bei entspr. isolierten Verletzungen (s. o.) sowie **hinzugezogene Ärzte**, jedoch jeweils nur**, soweit es für die Diagnostik und Behandlung auf ihrem jeweiligen Fachgebiet erforderlich ist**.

Beispiel:
Der vom D-Arzt oder D-Ärztin hinzugezogene Urologe veranlasst zur weiteren Abklärung der Verletzung ein Nieren-CT. Die Hinzuziehung des Radiologen durch den Urologen ist nicht zu beanstanden, die CT-Untersuchung (Klärung der Diagnose) betrifft die Nieren, also das urologische Fachgebiet (Einzelheiten hierzu s. DGUV-Rundschreiben Reha 016/2008).

Andere Ärzte sind von der Berechtigung zur Hinzuziehung definitiv ausgeschlossen.

Eine Hinzuziehung, die im Notfall erforderlich wird und keinen Aufschub gestattet, ist stets zu akzeptieren!

5. Erfolgt eine Hinzuziehung durch nicht berechtigte Ärzte, z. B. durch **Allgemeinmediziner**, **Orthopäden** (sofern diese nicht D-Ärzte sind), **Neurologen**, **Internisten** usw., so besteht für die zugezogenen Ärzte dann kein Anspruch auf Vergütung, wenn davon ausgegangen werden kann, dass sie von der Nichtberechtigung des hinzuziehenden Arztes/Ärztin Kenntnis hatten. Auf jeden Fall sollte der hinzuziehende Arzt oder Ärztin auf sein vertragswidriges Verhalten hingewiesen und zur Unterlassung aufgefordert werden mit dem Hinweis, dass er im Wiederholungsfall für die Behandlungskosten in Regress genommen werden kann.

   Bestehen Zweifel, ob z. B. ein D-Arzt/D-Ärztin oder Belegarzt/Belegärztin den Verletzten zum MRT an den Radiologen überwiesen hat, sollte die jeweilige Verordnung – sofern der Rechnung nicht beigefügt – vom Radiologen angefordert werden.

   Ein Vergütungsanspruch des hinzugezogenen Arztes oder Ärztin besteht immer, wenn vorher die ausdrückliche **Zustimmung des UV-Trägers** eingeholt wurde.

6. In der Praxis zeigt sich häufig, dass die **Berichte der** von den D-Ärzten usw. **hinzugezogenen Ärzte** nicht den UV-Trägern übersandt werden. Das gilt insbes. für die Befundmitteilungen oder einfachen Befundberichte der **Radiologen** bei **MRT**- oder **CT**-Untersuchungen, **Szintigraphien** usw.

   Vor der Begleichung derartiger Rechnungen sollten immer die entspr. Befundberichte nachgefordert werden, wenn diese noch nicht vorliegen. Die Zahlung ist zurückzustellen, bis der Bericht übersandt wird. Auch zur Überprüfung des erforderlichen Untersuchungsumfangs sollte der Bericht des hinzugezogenen Arztes oder Ärztin stets vor der Begleichung der Rechnung vorliegen (Rdschr. des LVBG NWD A 05/2002 vom 30.07.02, zu 6.).

   Befundmitteilungen oder einfache Befundberichte sind mit der radiologischen Gebühr abgegolten (vgl. Arb.Hinweise zu Abschn. B vor Nrn. 110 ff und zu Abschn. O vor Nrn. 5000 ff.). **(siehe hierzu auch Arbeitshinweis zu §§ 61/62)**

   Für die Hinzuziehung sollen D-Ärzte und Handchirurgen den **Formtext F 2902** nutzen.

7. Mit der Aufnahme des Psychotherapeutenverfahrens in den ÄV zum 01.10.2015 wurde geregelt, dass auch die am Psychotherapeutenverfahren Beteiligten (§ 1 Abs. 2) hinzugezogen werden können. Das wird dann der Fall sein, wenn als Folge des Arbeitsunfalls nach Auffassung des behandelnden Arztes oder Ärztin eine psychotherapeutische Heilbehandlung erforderlich ist. Psychologische Psychotherapeuten, die nicht am Psychotherapeutenverfahren beteiligt sind, dürfen nicht hinzugezogen werden.

8. Hinzuziehung bei „Nadelstichverletzungen“
   Die für die Feststellung und Nachsorge bei Nadelstichverletzungen erforderlichen Laboruntersuchungen werden in der Regel im Rahmen einer Hinzuziehung zur Klärung der Diagnose nach § 12 Ärztevertrag erbracht. Zur Hinzuziehung sind Ärzte nach § 12, Abs. 1 berechtigt. Für andere Ärzte besteht nach § 26 (1) eine Vorstellungspflicht.

   Das Konsenspapier (DGUV Rdschr. - 0393/2018 vom 28.11.2018) weist ausdrücklich darauf hin, dass das Programm primär als Empfehlung für D-Ärzte gilt, um Orientierung für die

Nachsorge und Sicherheit bei der Abrechnung der Leistungen zu geben. **Im Einzelfall kann aber auch davon abgewichen werden.**

Dies lässt dem UV-Träger die Möglichkeit, im Einzelfall, wenn z. B. am Krankenhaus kein D-Arzt vorhanden ist, davon abzuweichen.
In diesen Fällen sollte dem betreffenden Arzt eine schriftliche Kostenzusage auf der Grundlage des Konsenspapiers erteilt werden.
Die Nachsorgeabläufe, Untersuchungen des Indexpatienten, abrechenbaren Leistungen, die Art und Weise der Information an den UV-Träger (z. B. Bericht – F 1050), Verhalten bei positiven Befunden, etc. sollten eindeutig formuliert werden. Die Kostenzusage sollte an den Arzt und nicht an das Krankenhaus gebunden und befristet werden.

Es muss gewährleistet sein, dass der UV-Träger über positive Befunde unverzüglich informiert wird. Positive Befunde beenden die Kostenzusage und führen automatisch zu einer Vorstellungspflicht beim D-Arzt.

- **D-Ärzte haben Ärzte anderer Fachrichtungen hinzuzuziehen, soweit dies zur Klärung der Diagnose und / oder Mitbehandlung erforderlich ist.**

  Belegärzte dürfen andere Ärzte nur im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung (Patient ist in die Belegabteilung aufgenommen) hinzuziehen, wenn das Fach am KH nicht vertreten ist.
- **Die Vergütung der Leistungen der hinzugezogenen Ärzte folgt der Einstufung des Behandlungsfalls durch den D-Arzt oder den Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 (Sätze der allgem. oder besond. HB).**
- **Wird ein frei praktizierender Pathologe hinzugezogen, gilt die Vereinbarung mit dem Berufsverband Dt. Pathologen; für die in Krankenhäusern angestellten Pathologen gelten die Nrn. 4800 ff. UV-GOÄ.**
- **Grundsätzlich sind nur D-Ärzte oder d-ärztliche Belegärzte berechtigt, andere Ärzte zur Klärung der Diagnose usw. hinzuzuziehen. Ausnahmen gelten für Handchirurgen nach § 37 Abs. 3, Augen- und HNO-Ärzte bei isolierten Verletzungen sowie hinzugezogene Fachärzte, jedoch nur, soweit es für die Diagnostik und Behandlung auf dem jeweiligen Fachgebiet erforderlich ist.**
- **Wurden berechtigterweise Ärzte hinzugezogen, sollte vor Begleichung der entspr. Rechnungen geprüft werden, ob die Berichte der zugezogenen Ärzte zu den Akten gelangt sind; dies ist insb. bei radiologischen Untersuchungen (CTs, MRTs, Szintigraphien) oft nicht der Fall. Ggf. sind die Berichte nachzufordern, die Bezahlung ist einstweilen zurückzustellen.**

  Zugezogene Ärzte haben keinen Vergütungsanspruch, wenn anzunehmen ist, dass ihnen die fehlende Berechtigung des verordnenden Arztes/Ärztin bekannt war.

§ 14 Ärztliche Unfallmeldung (Stand 04/2022)

(1) Der behandelnde Arzt oder Ärztin erstattet am Tage der ersten Inanspruchnahme durch den Unfallverletzten, spätestens am nächsten Werktag, dem Unfallversicherungsträger die Ärztliche Unfallmeldung nach Formtext F 1050. Dies gilt auch in den Fällen der Vorstellungspflicht des Unfallverletzten beim Durchgangsarzt/Durchgangsärztin nach § 26. Der Grund der D-Arzt-Vorstellung sowie die Art der Erstversorgung sind zu dokumentieren.

(2) Die Ärztliche Unfallmeldung nach Abs. 1 entfällt, wenn wegen einer isolierten Augen-/HNO-Verletzung ein Augen-/HNO-Arztbericht nach § 40 zu erstatten ist.

1. Der erstbehandelnde Arzt/Ärztin (Haus-/Allgemeinarzt) erstattet dem UV-Träger eine ärztl. Unfallmeldung auf dem Formtext F 1050 und erhält dafür eine Gebühr nach Nr. 125 UV-GOÄ zuzüglich Porto.
2. Die ärztliche Unfallmeldung ist auch dann vollständig ausgefüllt zu erstatten, wenn eine Vorstellungspflicht nach § 26 besteht. Dies gilt, auch wenn dies nicht als Ankreuzvariante auf dem F 1050 Vordruck genannt ist, für den Fall, dass nach § 12 die Hinzuziehung eines Facharztes (zum Radiologen wegen eines MRT, Neurologische Problematik, etc.) erforderlich ist. Die Art der Erstversorgung und die Gründe für eine Vorstellungspflicht beim D-Arzt/D-Ärztin müssen auf dem Formular dokumentiert werden. Nur dann wird die Gebühr nach Nr. 125 UV-GOÄ fällig. Die Überweisungsgebühr nach Nr. 145 UV-GOÄ entfällt in den Fällen der Abrechnung der Nr. 125 UV-GOÄ.

   Die Ärztliche Unfallmeldung kann auch dann erstattet werden, wenn Versicherte sich am Wochenende in der Ambulanz eines Krankenhauses vorgestellt haben und sich am nächsten Werktag bei einem weiterbehandelnden Arzt vorstellen und diesem keine Informationen (D-Bericht) vorliegen.
3. **Die ärztl. Unfallmeldung entfällt,** wenn wegen einer isolierten Augen-/HNO-Verletzung ein Augen-/HNO-Arztbericht zu erstatten ist. Wird sie in diesen Fällen dennoch erstattet, hat der Arzt oder die Ärztin keinen Anspruch auf die Gebühr nach Nr. 125 UV-GOÄ und das Porto.
4. Ist die Erstvorstellung bei einem D-Arzt/D-Ärztin erfolgt und hat dieser den Verletzten zur Durchführung der allgem. HB an einen Allgemeinarzt/-ärztin überwiesen, so ist eine ärztl. Unfallmeldung durch den Allgemeinarzt/-ärztin nicht zu erstellen. Wird der F 1050 trotzdem erstattet, ist die Berichtsgebühr einschl. Porto nicht berechnungsfähig und mit Begründung von der Rechnung abzusetzen.
5. Portokosten sind nur im Zusammenhang mit der ärztl. Unfallmeldung berechenbar, nicht **dagegen** für die Übersendung der Behandlungskosten-Rechnung.

§ 16 Mitteilungen über Besonderheiten des Behandlungsverlaufs (Stand 01/2026)

Der behandelnde Arzt oder Ärztin benachrichtigt den Unfallversicherungsträger am Tag der Feststellung, spätestens am nächsten Werktag von folgenden Sachverhalten:

- *Unerwartete Heilkomplikationen,*
- *fehlender Heilungsfortschritt,*
- *Verlegung,*
- *wesentliche Änderung der Diagnose,*
- *Notwendigkeit orthopädischer Schuhversorgung,*
- *Notwendigkeit prothetischer Versorgung,*
- *Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege (siehe § 19),*
- *Abbruch der Heilbehandlung seitens des Unfallverletzten,*
- *ungenügende Unterstützung bzw. fehlende Mitwirkung des Unfallverletzten bei der Durchführung der Heilbehandlung.*

1. Über die in § 16 genannten Besonderheiten hinaus hat der behandelnde Arzt oder Ärztin jeweils auf Anforderung des UV-Trägers Bericht zu erstatten.

2. Anlass für eine Berichterstattung mit dem neuen Verlaufsbericht (F 2100) ist für D-Ärzte u.a. ausdrücklich eine Besonderheit nach § 16. Dies gilt auch für Besonderheiten, die sich während einer stationären Behandlung ereignen. Besonderheiten, die sich im Rahmen einer telemedizinischen Beratung ergeben, sind ebenfalls mit Verlaufsbericht anzuzeigen. Der D-Arzt hat auch dann einen Verlaufsbericht zu erstellen, wenn er im Rahmen der Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern des hinzugezogenen Arztes einen abweichenden Befund feststellt und es sich dabei um eine Besonderheit nach § 16 handelt. Berichte anderer Ärzte, die den Voraussetzungen des § 16 entsprechen oder angefordert wurden, sind nach Nrn. 110 (Auskunft über Behandlung) zu vergüten.

3. Es zeigt sich zunehmend, dass auch bei leichteren Verletzungen und selbst bei Bagatellverletzungen routinemäßig **Berichte** erstellt werden. Oft wird nur mitgeteilt, welche Verletzungen vorlagen, welche Behandlungsmaßnahmen durchgeführt wurden und wie lange die AU bzw. Behandlung dauerte. Eine derartige Berichterstattung ist entbehrlich, zumal diese Informationen schon durch den D-Bericht, die F 2222-Mitteilung und die Behandlungsrechnung bekannt sind. Dementsprechend müssen nur Berichte mit aussagefähigem medizinischem Inhalt honoriert werden (zu den einzelnen Berichtsgebühren vgl. Arb.Hinweise zu Nrn. 110 ff. UV-GOÄ).

4. Für EAP**-Verordnungen** ist eine Gebühr nach Nr. 143 berechenbar.

§ 20 Verordnung von Heilmitteln (Stand 01/2016)

(1) Heilmittel (§ 30 SGB VII) können nur der Durchgangsarzt oder Durchgangsärztin, der Handchirurg nach § 37 Abs. 3 sowie der nach § 12 hinzugezogene Arzt/Ärztin verordnen, andere Ärzte nur mit vorheriger Zustimmung des Unfallversicherungsträgers. Liegt die Zustimmung vor, entfällt die Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt nach § 26 Abs. 1 Satz 3.

(2) Für die Verordnung von Krankengymnastik/physikalischer Therapie und die Verordnung von Erweiterter Ambulanter Physiotherapie (EAP) sind die von den Unfallversicherungsträgern vorgesehenen Formtexte zu verwenden (Formtext F 2400 - Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/physikalische Therapie – bzw. Formtext F 2410 – EAP-Verordnung).

1. Seit der Neufassung des ÄV ab 1.4.2008 können auch der nach § 37 Abs. 3 beteiligte Handchirurg und der nach § 12 hinzugezogene Arzt/Ärztin Heilmittel verordnen. Eine Überweisung oder Rücküberweisung an den D-Arzt oder D-Ärztin würde in diesen Fällen keinen Sinn machen.

2. Ohne die vorherige Zustimmung des UV-Trägers sind die Kosten für die von anderen Ärzten verordneten Heilmittel nicht zu übernehmen, wenn davon ausgegangen werden kann, dass der Therapeut Kenntnis davon hatte, dass die Verordnung von einem hierzu nicht berechtigten Arzt ausgestellt wurde („Bösgläubigkeit“). Auf jeden Fall sollte der verordnende Arzt auf sein vertragswidriges Verhalten hingewiesen und zur Unterlassung aufgefordert werden mit dem Hinweis, dass er im Wiederholungsfall für die Behandlungskosten in Regress genommen werden kann.

   Zu den Heilmitteln zählen üblicherweise alle Maßnahmen der **Physiotherapie** (Massagen, Krankengymnastik, Packungen, Bäder, Elektrotherapie, Rückenschule, Hydrotherapie, Inhalationstherapie usw.), aber auch die **EAP** sowie die Sprach- und Beschäftigungstherapie.

3. Eine Zustimmung des UV-Trägers zur Verordnung von Heilmitteln im Sinne des § 20 Abs. 1 Satz 2 ist regelmäßig zu unterstellen, wenn sich

   - **Schwerunfallverletzte** in dauernder Betreuung eines Haus- oder Facharztes bzw.
   - **Berufserkrankte** in ärztl. Behandlung (meist bei einem Facharzt)

   befinden und der UV-Träger dieser Betreuung bzw. Behandlung vorher zugestimmt oder zuvor einen entsprechenden **Behandlungsauftrag** erteilt hat (vgl. VB 44/98, HVBG-INFO 10/1998, S. 956, 957). Sind diese Voraussetzungen erfüllt, ist von einer generellen Zustimmung zu Heilmittel-Verordnungen durch die Allgemein- oder Fachärzte auszugehen, sofern der Behandlungsauftrag nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt.

§ 21 Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln (Stand 01/2026)

(1) Der behandelnde Arzt/Ärztin kann Arznei- und Verbandmittel (§ 29 SGB VII) verordnen. Arzneimittel können, soweit für den Wirkstoff ein Festbetrag gilt, grundsätzlich nur im Rahmen der Festbetragsregelung verordnet werden, es sei denn, das Ziel der Heilbehandlung kann damit nicht erreicht werden. Dann ist dies auf der Verordnung zu dokumentieren. Wird aus anderen Gründen ein Arzneimittel über dem Festbetrag verordnet, hat der Arzt/Ärztin den Unfallverletzten oder Berufserkrankten darauf hinzuweisen, dass er die Mehrkosten selbst zu tragen hat.

(2) Bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln zulasten eines Unfallversicherungsträgers sind auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16 der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung) oder dem elektronischen Rezept (E-Rezept) folgende Kennzeichnungen vorzunehmen:
a) Bei einem Arbeitsunfall: Der „Arbeitsunfall“, der UV-Träger bzw. das IK des UV-Trägers, die Befreiung von der Zuzahlung bzw. Gebühr frei, der Unfalltag und der Unfallbetrieb (ggf. Kindertageseinrichtung, Schule, Hochschule)
b) Bei einer Berufskrankheit: Die „Berufskrankheit“, der UV-Träger bzw. das IK des UV-Trägers, die Befreiung von der Zuzahlungspflicht bzw. Gebühr frei. Auf Muster 16 ist die Kennzeichnung „Berufskrankheit“ nicht möglich/erforderlich.“

§ 22 Verordnung von Hilfsmitteln (Stand 01/2026)

(1) Hilfsmittel (§ 31 SGB VII) mit Ausnahme von Seh- und Hörhilfen können nur der Durchgangsarzt oder Durchgangsärztin, der Handchirurg nach § 37 Abs. 3 sowie der nach § 12 hinzugezogene Arzt oder Ärztin verordnen. Für die Verordnung gilt § 21 Abs. 2 entsprechend.

(2) Für die Verordnung von Seh- und Hörhilfen verwendet der Augen-/HNO-Arzt/Ärztin die in der vertragsärztlichen Versorgung eingeführten Vordrucke. Dabei ist neben der Bezeichnung des Unfallversicherungsträgers auch der Unfalltag und der Unfallbetrieb (ggf. Kindertageseinrichtung, Schule, Hochschule) anzugeben.

1. Der behandelnde Arzt/Ärztin kann **Arznei- und Verbandmittel** (§ 29 SGB VII) verordnen. Berechtigt hierzu sind also alle Ärzte, die im Rahmen des ÄV zulässigerweise eine ärztl. Behandlung durchführen.

2. Mit dem Rundschreiben der LV’e vom 3.6.2003 (LVBG 28/2003) wurden die UV-Träger davon informiert, dass die Arzneimittelübersicht zu der Verordnung über **unwirtschaftliche Arzneimittel** in der GKV (so genannte Negativliste) veröffentlicht worden ist. Dieser Katalog gilt zwar nicht unmittelbar für die GUV, muss aber nach Auffassung der UV-Träger unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit auch hier Anwendung finden. Daher dürfen die Ärzte die in der „**Negativliste**“ aufgeführten Arzneimittel **grundsätzlich** auch im Bereich der GUV nicht verordnen, es sei denn, dass im Einzelfall ausnahmsweise das Ziel der Heilbehandlung anders nicht erreicht werden kann.

   Die alphabetisch in der vorgenannten Übersicht aufgeführten unwirtschaftlichen Arzneimittel sind im **Bundesanzeiger Nr. 170a vom 11.09.2002** zu finden.

3. Seit 1.4.2008 enthält der Vertrag den ausdrücklichen Hinweis, dass der Arzt oder Ärztin bei der Arzneimittelverordnung die Festbetragsregelungen (wie sie in der GKV gelten) zu beachten hat. Kann das Ziel der Heilbehandlung mit Festbetragsarzneimitteln nicht erreicht werden, so kann die Ärztin oder der Arzt auch ein teureres Medikament verordnen, muss dies jedoch auf der Verordnung ausdrücklich vermerken. Andernfalls muss die Apotheke davon ausgehen, dass das teurere Medikament auf Wunsch des Verletzten verordnet wurde mit der Folge, dass er den Unterschiedsbetrag zwischen dem Apothekenabgabepreis und dem

Festbetrag selbst bezahlen muss. Eine entspr. Regelung enthält auch der Arzneiversorgungsvertrag.

4. **Hilfsmittel** (§ 31 Abs. 1 SGB VII: insbes. Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel) können mit Ausnahme der Hör- und Sehhilfen nur vom D-Arzt/D-Ärztin, vom Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 und vom nach § 12 hinzugezogenen Arzt/Ärztin verordnet werden.

   Die genannten Ärzte (bei Hör- und Sehhilfen auch der HNO- bzw. Augenarzt/-ärztin) dürfen aber jeweils nur eine **Einzelverordnung** mit einer bestimmten Menge an Hilfsmitteln ausstellen. Einer **Dauerverordnung** muss der zuständige UV-Träger zustimmen (Beauftragung des Leistungserbringers).

§§ 26, 51 Abs. 3
Vorstellungspflicht beim D-Arzt/D-Ärztin
kein Vergütungsanspruch bei Nichtbeachtung der Vorstellungspflicht
(Stand 07/2023)

§ 26 Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt/Durchgangsärztin

(1) Der Arzt oder die Ärztin hält den Unfallverletzten an, sich unverzüglich einem Durchgangsarzt oder Durchgangsärztin vorzustellen, wenn die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus zur Arbeitsunfähigkeit führt oder die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt. Bei Versicherten nach § 2 Abs. 1 Nr. 8 SGB VII (Schüler-Unfallversicherung) hat eine Vorstellung beim Durchgangsarzt/Durchgangsärztin zu erfolgen, wenn die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt. Eine Vorstellung beim Durchgangsarzt/Durchgangsärztin hat auch dann zu erfolgen, wenn nach Auffassung des behandelnden Arztes oder Ärztin die Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln oder außerhalb der Berechtigung nach § 12 die Hinzuziehung eines anderen Facharztes erforderlich ist. Bei Wiedererkrankung ist in jedem Fall eine Vorstellung erforderlich. Der Unfallverletzte hat grundsätzlich die freie Wahl unter den Durchgangsärzten.

(2) Absatz 1 findet keine Anwendung bei

- isolierten Augen- und/oder HNO-Verletzungen. In diesen Fällen ist der Verletzte unmittelbar an einen entsprechenden Facharzt zu überweisen.
- Verletzungen der Hand einschließlich der Handwurzel und der die Hand versorgenden Sehnen und Nerven im Bereich des Armes, wenn es sich bei dem behandelnden Arzt oder Ärztin um einen Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 handelt. In diesen Fällen erstattet der Handchirurg, der nicht Durchgangsarzt oder Durchgangsärztin ist, unverzüglich einen Bericht nach Formtext F 1010 – Handchirurgischer Erstbericht -. Ist der Unfallverletzte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, erhält diese unverzüglich die für sie bestimmte, den Belangen des Datenschutzes angepasste Durchschrift.

1. Nach § 26 Abs. 1 sind alle Ärzte, die nicht D-Ärzte sind (Allgemeinärzte, Chirurgen - auch Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen - ,Orthopäden usw.) verpflichtet, den Unfallverletzten einem D-Arzt/D-Ärztin vorzustellen, wenn die Unfallverletzung zur AU (über den Unfalltag hinaus) führt oder die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt; für den Bereich der Schüler-Unfallversicherung besteht die Vorstellungspflicht, wenn die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt. Das gilt auch, wenn nach Auffassung des behandelnden Arztes oder Ärztin die Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln oder außerhalb der Berechtigung nach § 12 die Hinzuziehung eines anderen Facharztes erforderlich ist sowie bei Wiedererkrankungen.

   Keine Vorstellungspflicht beim D-Arzt/D-Ärztin besteht, wenn es sich um isolierte Augen- und/oder HNO-Verletzungen handelt (§ 26 Abs. 2) oder wenn ein nach § 37 Abs. 3 zugelassener Handchirurg eine Handverletzung behandelt (vertragliche Regelung eingefügt ab 1.4.2008). Der Handchirurg darf auch Handverletzungen außerhalb der Ziff. 8 des VA-Verzeichnisses ohne Vorstellung beim D-Arzt oder D-Ärztin behandeln, dann jedoch nur in allgem. HB (Umkehrschluss aus § 11 Abs. 1).

   Keine Vorstellungspflicht besteht, wenn Eltern wegen der unfallbedingten Schulunfähigkeit des Kindes und deren Betreuung nicht arbeiten können. Liegen andere Gründe (z.B. Behandlungsbedürftigkeit über eine Woche) vor, besteht Vorstellungspflicht.

   Dies sollte auf dem Erstbericht (F1050), etc.) oder auf der Rechnung dokumentiert sein.

2. Die Vorstellungspflicht wird z. T. von Ärzten, die nicht D-Ärzte sind, verletzt; sie behandeln Unfallverletzte auch bei AU oder längerer Behandlungsbedürftigkeit ohne Einschaltung des

D-Arztes/D-Ärztin. Eine Vergütung der ärztl. Leistungen gem. § 51 setzt grundsätzlich voraus, dass die Behandlung vertragskonform, d. h. nach den Bestimmungen des ÄV, erfolgte. Bei **Verletzung der Vorstellungspflicht** hat der Arzt oder die Ärztin über die Leistungen zur sofort notwendigen Erstversorgung (§ 9) hinaus keinen Vergütungsanspruch aus dem ÄV gegen den UV-Träger. Das ist seit dem 01.04.2008 ausdrücklich in § 51 Abs. 3 geregelt.

Entspr. Behandlungskosten sollten daher nur im besonderen **Einzelfall** übernommen werden.

3. Zu beachten ist, dass sich ein Vergütungsanspruch auch aus einem Behandlungsauftrag des UV-Trägers ergeben kann. Dies kann ein ausdrücklicher **Einzelauftrag** sein, sich aber auch **konkludent** aus dem Verhalten des UV-Trägers ergeben, wenn z. B. während der Behandlung die ärztl. Behandlungsberichte ohne Widerspruch entgegengenommen und die entspr. Rechnung(en) beglichen wurden.

4. Für die erstmalige Vorstellung beim D-Arzt/D-Ärztin ist der **Formtext F 1050** zu verwenden. Das ist sinnvoll, weil der Arzt oder die Ärztin über die vorgegebenen Ankreuzvarianten zu der richtigen Entscheidungsfindung (Vorstellungspflicht ja oder nein) geführt wird, und gleichzeitig das Formular als Rechnung nutzen kann. Der Grund der Vorstellung und die Art der Erstversorgung wird so dem UV-Träger gegenüber dokumentiert.

§ 26 Abs. 1 Satz 5 Weiterbehandlung durch zweiten D-Arzt/D-Ärztin (Stand 12/2018)

1. Sucht der Verletzte aus eigener Veranlassung oder aufgrund einer Überweisung durch den erstbehandelnden D-Arzt/D-Ärztin einen anderen D-Arzt/D-Ärztin auf, so sind dem zweitbehandelnden D-Arzt/D-Ärztin die vollständigen ärztl. Unterlagen (D-Bericht, Röntgenaufnahmen usw.) zur Verfügung zu stellen.

   Die Erstattung eines neuen D-Berichts durch den weiterbehandelnden D-Arzt/D-Ärztin ist hier nicht erforderlich und somit auch nicht zu vergüten. Für die Anzeige des D-Arzt-Wechsels bei besond. HB ist ein Verlaufsbericht nach Nr. 115 UV-GOÄ ausreichend.

2. Liegen die o. g. Unterlagen dem weiterbehandelnden D-Arzt/D-Ärztin jedoch nicht vor, kann ein neuer D-Bericht, der einen entsprechenden Hinweis enthalten sollte, erstellt werden, der dann auch zu vergüten ist.

3. Im Falle einer **Wiedererkrankung** muss immer ein neuer D-Bericht erstattet werden (§ 27 Abs. 3).

4. **Für** Fälle **des VAV bzw. SAV gilt:**
   Überweist ein D-Arzt/D-Ärztin, der nicht an einem zum VAV/SAV zugelassenen Krankenhaus tätig ist, den Versicherten an ein VAV/SAV-Krankenhaus, hat der dortige D-Arzt/D-Ärztin einen neuen D-Bericht zu erstellen, der zu vergüten ist (§ 37 Abs. 2 ÄV).

§§ 27, 29, 51 Abs. 2 Erstversorgung und Nachschau durch den D-Arzt/D-Ärztin (Stand 12/2018)

§ 27 Aufgaben des Durchgangsarztes/der Durchgangsärztin

(1) Der Durchgangsarzt/die Durchgangsärztin beurteilt und entscheidet unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Verletzung, ob eine allgemeine oder eine besondere Heilbehandlung erforderlich ist. Leitet er/sie eine besondere Heilbehandlung ein, so führt er/sie die Behandlung durch. Leitet er/sie eine allgemeine Heilbehandlung ein, so überweist er/sie den Unfallverletzten an den Arzt oder Ärztin, den dieser als seinen behandelnden Arzt/Ärztin benennt. In diesen Fällen hat sich der Durchgangsarzt/Durchgangsärztin über den Stand der allgemeinen Heilbehandlung zu vergewissern (§ 29 Abs.1).

(1a) Ist nach Beurteilung des Durchgangsarztes/Durchgangsärztin eine stationäre Behandlung erforderlich, überweist er/sie den Unfallverletzten unverzüglich an einen Durchgangsarzt oder Durchgangsärztin, die an einem von den Landesverbänden der DGUV an den besonderen Heilverfahren (stationäres Durchgangsarztverfahren, Verletzungsartenverfahren oder Schwerstverletzungsartenverfahren) beteiligten Krankenhaus tätig ist. Die Regelungen des § 37 Abs. 1 bleiben unberührt.

(2) Der Durchgangsarzt/Durchgangsärztin erstattet unverzüglich den Durchgangsarztbericht nach Formtext F 1000. Durchschrift dieses Berichts hat der Durchgangsarzt/Durchgangsärztin unverzüglich dem behandelnden Arzt oder Ärztin zu übersenden. Ist der Unfallverletzte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, erhält diese gleichfalls unverzüglich die für sie bestimmte, den Belangen des Datenschutzes angepasste Durchschrift. Bei einer isolierten Augen-/HNO-Verletzung ist ein Durchgangsarztbericht nicht zu erstatten, wenn der Unfallverletzte an einen entsprechenden Facharzt weitergeleitet wurde.

(3) Die Absätze 1, 1a und 2 gelten auch bei Wiedererkrankung.

(5) Bei Unfällen mit Verdacht auf Kniebinnenschaden erstattet der Durchgangsarzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Formtext F 1004 – Ergänzungsbericht Knie – in den dort vorgesehenen Fällen.

[Die Absätze 4, 6 und 7 sind nicht wiedergegeben.]

(8) Vom Ende der besonderen Heilbehandlung gibt der Durchgangsarzt/Durchgangsärztin dem Unfallversicherungsträger mit Formtext F 2222 – Mitteilung D-Arzt: Veränderungen besondere Heilbehandlung – Nachricht.

§ 29 Nachschau (Fassung ab 01.07.2018)

(1) Bei den nicht in eigener Behandlung verbleibenden Unfallverletzten hat der Durchgangsarzt oder Durchgangsärztin Nachschautermine im Durchgangsarztbericht bzw. Verlaufsbericht zu dokumentieren und dem Unfallverletzten mitzuteilen.

(2) Der Durchgangsarzt/Durchgangsärztin erstattet unverzüglich einen Verlaufsbericht nach Formtext F 2100, wenn zwischenzeitlich eine Behandlung durch einen anderen Arzt oder Ärztin stattgefunden hat. Eine Durchschrift dieses Berichts übersendet der Durchgangsarzt/Durchgangsärztin unverzüglich dem behandelnden Arzt oder Ärztin. Ist der Unfallverletzte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, erhält diese gleichfalls unverzüglich die für sie bestimmte, den Belangen des Datenschutzes angepasste Durchschrift.

(3) Der behandelnde Arzt oder Ärztin kann von sich aus jederzeit eine Nachschau beim Durchgangsarzt/-ärztin veranlassen.

1. Bei der ersten Vorstellung beim D-Arzt/D-Ärztin wird entschieden, ob der Unfallverletzte in die besond. HB übernommen wird oder allgem. HB ausreicht (§ 27 Abs. 1). Nach dem ÄV gilt Folgendes:

   Der **D-Arzt/D-Ärztin** erhält – unabhängig davon, ob allgemeine oder besond. HB eingeleitet wird – für die **Berichterstattung** die Gebühr nach Nr. 132 UV-GOÄ (Durchgangsarztbericht) oder nach Nr. 115 (Verlaufsbericht).

   Der durch die Neufassung zum 1.4.2008 eingefügte § 27 Abs. 2 Satz 4 stellt klar, dass bei **isolierten Augen-/HNO-Verletzungen** ein D-Bericht nicht zu erstatten und nicht (nach Nr. 132 UV-GOÄ) zu vergüten ist, wenn der Unfallverletzte an einen Augen- oder HNO-Arzt weitergeleitet wurde.

2. Die vom **D-Arzt/D-Ärztin** im Rahmen der **Erstversorgung** (§ 27) oder der **Nachschau** (§ 29) durchgeführten **Behandlungsmaßnahmen** (z. B. Wundversorgung, Verbände, Injektionen, auch Tetanus-Schutzimpfung usw.) einschl. der angefertigten **Röntgenaufnahmen**, **Ultraschalluntersuchungen** usw. sind unabhängig von der Art der eingeleiteten Behandlung - also auch bei Einleitung der allgem. HB - nach den Sätzen der besond. HB abzurechnen (§ 51 Abs. 2). Das gilt auch dann, wenn der D-Arzt/D-Ärztin die (eigentlich ihm obliegende) Röntgendiagnostik von dem am Krankenhaus tätigen Radiologen oder vom niedergelassenen Radiologen im gleichen Ärztehaus (wird in Ausnahmefällen von den Landesverbänden bei der D-Arzt-Zulassung akzeptiert) durchführen lässt. Auch der Radiologe kann dann die Gebührensätze der besond. HB abrechnen. Das rechtfertigt sich dadurch, dass der Radiologe über die Kooperation mit dem D-Arzt/D-Ärztin jederzeit während der unfallärztlichen Bereitschaft für die radiologische Diagnostik im Rahmen der Erstbehandlung zur Verfügung stehen muss und damit die dem D-Arzt/D-Ärztin obliegende Verpflichtung übernimmt. Das gilt nicht für eine weitergehende Diagnostik (CT, MRT), die nicht mehr zu den d-ärztlichen Aufgaben gehört.
3. Eine **Nachschau** setzt zwingend voraus, dass zwischenzeitlich eine Behandlung durch einen anderen Arzt oder Ärztin stattgefunden hat (§ 29 Abs. 2). Ist das nicht der Fall, liegt faktisch eine eigene allgem. HB durch den D-Arzt/D-Ärztin vor, die eine Nachschau ausschließt. Ein Verlaufsbericht ist in diesen Fällen nicht zu erstatten bzw. nicht zu vergüten; die Behandlung ist als allgem. HB abzurechnen.

   Erfolgt die Wiedervorstellung beim D-Arzt/D-Ärztin auf eigene Veranlassung in Fällen in denen der D-Arzt/D-Ärztin allgemeine Heilbehandlung „durch mich“ eingeleitet hat, handelt es sich nicht um eine Nachschau gemäß § 29 Ärztevertrag. Ein Verlaufsbericht ist nicht vorgesehen und zu erstatten.

   Voraussetzung ist aber immer, dass es sich um einen zu Lasten eines UV-Trägers zu behandelnden Unfall handelt (vgl. hierzu die Arb.Hinweise zu § 27 Abs. 1 und 2).

4. Die oben genannte Vergütungsregelung gilt nur für D-Ärzte (vgl. § 51 Abs. 2) und findet somit **keine** Anwendung **auf** andere Ärzte.

Anmerkung zu § 27 (5) – Ergänzungsbericht Knie

Die Formulierung „Verdacht auf Kniebinnenschaden“ begrenzt den Ergänzungsbericht auf Verletzungen der inneren Strukturen des Kniegelenkes (Verletzungen der Kreuzbänder, der Menisken, des Gelenkknorpels und der knöchernen Gelenkstrukturen). Im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung, des Reha-Managements und der Zusammenhangsproblematik hat der UV-Träger ein Interesse, auch bei anderen strukturellen Knieverletzungen einen Ergänzungsbericht zu erhalten.

Dazu zählen aus funktioneller Sicht auch die Seitenbänder und die funktionell bedeutsamen Sehnenansätze, die Plica synovialis sowie sämtliche knöcherne Strukturen, also die Oberschenkelknorren, der Schienbeinkopf und auch die Kniescheibe.

Besteht ein klinischer Verdacht auf einen strukturellen Knieschaden, kann keine abschließende Beurteilung vorgenommen werden oder es liegt ein Vorschaden vor, dann ist ein Ergänzungsbericht zu akzeptieren und zu erstatten. Dies gilt auch dann, wenn der Verdacht auf einen strukturellen Knieschaden dokumentiert ist.

Der Ergänzungsbericht ist nicht zu erstatten, wenn sich aus der Dokumentation des Arztes (im Wesentlichen dem klinischen Befund) keine Verdachtsmomente auf einen strukturellen Knieschaden ergeben (z. B. Prellungen, Wunden, Distorsionen).

§§ 27 Keine Übernahme von Behandlungskosten, wenn offensichtlich kein Unfallereignis oder kein „versicherter“ Arbeitsunfall vorliegt (Stand 01/2026)

Inhalt des ÄV ist die Durchführung der von den UV-Trägern zu leistenden Heilbehandlung (§ 1). Diese Leistungspflicht setzt den Eintritt eines Versicherungsfalls, insbes. eines Arbeitsunfalls, voraus (§ 6). Ein Arbeitsunfall liegt vor, wenn neben einer versicherten Person (z. B. Arbeitnehmer, Schüler) eine versicherte Tätigkeit, ein Unfallereignis und ein Körperschaden (Gesundheitserstschaden/Verletzung) vorliegen. Außerdem muss zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis (Unfallkausalität) und dem Unfallereignis und dem Körperschaden (haftungsbegründende Kausalität) ein ursächlicher Zusammenhang bestehen.

Liegt ein **Unfallereignis** (d. h. ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden führt, vgl. § 8 Abs. 1 SGB VII) offensichtlich nicht vor**,** ist weder allgem. noch besond. HB einzuleiten. Die Behandlung hat von vornherein zu Lasten des Krankenversicherungsträgers zu erfolgen.

Zu beachten ist allerdings, dass auch körpereigene Bewegungen als äußeres Ereignis und damit als Unfall angesehen werden können (z. B. unkontrollierte, unkoordinierte Bewegungen - unwillkürliches Nachgreifen nach einem fallenden Gegenstand, aber auch gewollte körpereigene Bewegungen wie Hochheben/Schieben eines Gegenstandes mit nachfolgender Zerrung).

Bei schwerwiegenderen Verletzungen (insbesondere allen gedeckten Sehnenverletzungen, Bandscheibenschäden, Meniskusverletzungen) stellt sich oftmals im Rahmen der haftungsbegründenden Kausalität die Frage nach evtl. körperlichen Vorschädigungen und damit das Problem der sog. Gelegenheitsursache (z. B. schweres Heben oder Drücken - Einspannen eines Werkstücks führt zu einem Sehnenriss -).

Stellen sich **bei normalen, natürlichen Bewegungsabläufen** plötzlich Schmerzen ein, sind damit noch nicht die o.g. Voraussetzungen für einen Arbeitsunfall erfüllt. Der bloße zeitliche und örtliche Zusammenhang mit der Arbeitstätigkeit reicht nicht aus. Typisch hierfür sind folgende Beispiele aus D-Berichten:

- beim Aufrichten aus der Hocke Schmerzen im Knie
- infolge monotoner Arbeitsbelastung Schmerzen in der Schulter
- infolge starker Anstrengung starkes Schwitzen, später Schmerzen im Rücken
- beim Feilen eines Werkstücks Schmerzen im Handgelenk
- beim Beugen über eine Fensterbrüstung plötzlich Schmerzen im BWS-Bereich
- beim Treppensteigen plötzlich Stich in der Wade

In gleicher Weise sind die folgenden Fälle zu beurteilen, in denen aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen **offensichtlich kein Arbeitsunfall** vorliegt:

- auf dem Weg zur Arbeit Sturz auf der Treppe innerhalb des Hauses
- am Kaffeeautomaten Verbrühen der Hand durch Unachtsamkeit

In derartigen Fällen, in denen **offensichtlich kein Arbeitsunfall** vorliegt, ist **ein** Erstbericht (Ärztliche Unfallmeldung, D-Bericht, etc.) in allen Fällen zu erstatten, in denen der Versicherte

- spontan einen Arzt oder Ärztin aufsucht und einen Arbeitsunfall als Ursache der geklagten Beschwerden angibt,
- vom Kassen-/Hausarzt mit dem Hinweis auf einen möglichen Arbeitsunfall vorgestellt wird,
- vom Unternehmer (z. B. mit Vordruck D 4) vorgestellt wird,
- Angaben macht, die darauf hindeuten, dass ein Arbeitsunfall vorliegt.

Bezüglich der vom UV-Träger zu erstattenden Gebühren und Leistungen ist dabei wie folgt zu differenzieren:

Stellt der D-Arzt oder die D-Ärztin aufgrund der Befragung des Versicherten fest, dass ein Arbeitsunfall offensichtlich nicht vorliegt, ist er/sie angehalten **nur den D-Bericht** nach Nr. 132 UV-GOÄ zuzüglich Porto für die Versendung der Berichte an UV-Träger, GKV und Kassen-/ Hausarzt in Rechnung zu stellen. Die nachfolgenden Beispiele dienen der Orientierung, sind aber keinesfalls verbindlich und als Begründung für die Korrektur der Rechnung heranzuziehen.
Dies gilt auch für alle am UV- Heilverfahren beteiligten Ärzte.

BEISPIEL 1:

Die Versicherte berichtet, sie habe am Morgen ihre Wohnung verlassen, um zur Arbeit zu gehen, als sie noch im Treppenhaus auf dem frisch gebohnerten Boden ausrutschte und sich dabei die Hand verletzte.

LÖSUNG:

Es liegt kein Arbeitsunfall vor. Dem zuständigen UV-Träger ist jedoch ein D-Arzt-Bericht zu erstatten. Hierfür werden nur die Gebühr für die Berichterstattung nach Nr. 132 UV-GOÄ sowie die Portokosten vergütet.

Evtl. weitere Leistungen (z. B. für Röntgen und die medizinische Erstversorgung) sind ggf. mit der GKV der Verletzten abzurechnen.

Bei fraglichen Arbeitsunfällen können weitere Untersuchungen, insb. Röntgenaufnahmen usw. dem UV-Träger nur dann in Rechnung gestellt werden, wenn diese Maßnahmen im Einzelfall zur Klärung des medizinischen Ursachenzusammenhangs notwendig gewesen sind.

BEISPIEL 2:

Der versicherte LKW-Fahrer gibt an, beim Beladen gestolpert und mit dem Rücken gegen die Hebebühne gestoßen zu sein. Trotz Fehlens äußerer Verletzungszeichen beschreibt er stärkste in die Beine ausstrahlende Schmerzen im Bereich der LWS. Die durchgeführte Röntgenkontrolle ergibt massive degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule ohne Anhalt für frische Verletzungen.

LÖSUNG:

Erst anhand der Röntgenaufnahmen konnte festgestellt werden, dass der ursächliche Zusammenhang zwischen dem „Unfallereignis“ und den geklagten Beschwerden nicht gegeben ist. Somit ist ein D-Bericht zu erstellen; neben der Gebühr für den Bericht nach Nr. 132 UV-GOÄ zuzüglich Porto sind dem D-Arzt/D-Ärztin auch die Röntgenkosten zu erstatten. **Evtl. weitere Behandlungsmaßnahmen (z. B. schmerzstillende Spritze) müssen zu Lasten der KV abgerechnet werden.**

Die vorgenannten Hinweise entsprechen im Wesentlichen dem Rundschreiben des LV Nordwestdeutschland A 08/1998 vom 21.12.1998.

BEISPIEL 3:

Beim Einrichten einer Hebebühne musste sich der Versicherte niederhocken; beim Aufrichten aus der Hocke spürte er plötzlich heftige Schmerzen mit anschließender Streckhemmung im linken Knie.

LÖSUNG:

Es ist zu beachten, dass hier aufgrund des fehlenden äußeren Ereignisses kein Arbeitsunfall vorliegt. Zu übernehmen ist also nur die Gebühr für den D-Bericht nach Nr. 132 UV-GOÄ zuzüglich Übermittlungsgebühr. Anders als im Beispiel 2 sind die Kosten für eine evtl. vom D-Arzt/D-Ärztin vorgenommene Röntgendiagnostik des Knies nicht (mehr) zu übernehmen, weil bereits aufgrund der Befragung klar wird, dass es sich nicht um einen Arbeitsunfall handelt.

Die erste Untersuchung durch den Durchgangsarzt ist vollständig zu erstatten, unabhängig davon, ob eines der vorgenannten Beispiele greift.
Dies gilt auch für alle anderen am UV-Heilverfahren beteiligten Ärzte, soweit nicht Regelungen der Vorstellungspflicht eine Vergütung ausschließen.

In Fällen, in denen eine abschließende Entscheidung über das Vorliegen eines Versicherungsfalles ärztlicherseits nicht getroffen wird, im D-Bericht (F 1000 Punkt 10) aber aufgrund Hergang und Befund Zweifel dokumentiert werden, ist diese Entscheidung nach abgeschlossener Prüfung und Bewertung (z. B. Einholen weiterer Unterlagen/Auskünfte zu Art und Schwere des Unfallereignisses bzw. zum versicherten Weg, Befunde zu bestehenden Vorerkrankungen usw.) durch den UV-Träger selbst zu treffen und das Heilverfahren ggf. abzubrechen. Bei Fragen zur Kausalität sind hierbei die erforderlichen Beweisanforderungen zu beachten und ggf. ein Gutachten zur Zusammenhangsfrage einzuholen, wenn der Sachverhalt aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht abschließend beurteilt werden kann.

D-Ärzte sind nicht verpflichtet, Unternehmer nach ihrem Versicherungsstatus zu befragen. Wird die Behandlung zu Lasten des UV-Trägers eingeleitet, sind alle anfallenden Kosten – also sowohl Berichtsgebühren als auch Behandlungskosten – bis zum Abbruch des Heilverfahrens durch den UV-Träger zu vergüten. Dies gilt unabhängig davon, ob der Unternehmer zuvor nach seinem Versicherungsstatus befragt wurde oder nicht.

Auch wenn der Versicherungsstatus nicht abgefragt wurde oder sich im Nachhinein als falsch herausstellt, sind Berichtsgebühren und Behandlungskosten bis zum Abbruch durch den UV-Träger zu erstatten. Der Abbruch des Heilverfahrens durch den UV-Träger ist der maßgebliche Zeitpunkt: Ab dem Tag, an dem der Arzt zuverlässig Kenntnis vom Abbruch erhalten hat (in der Regel vier Tage nach Versand des Bescheids), sind keine weiteren Kosten mehr zu übernehmen. Bis zu diesem Zeitpunkt sind alle Leistungen – auch bei fehlenden oder falschen Angaben – zu vergüten.

Grundsätzlich sind alle Ärzte nicht dafür zuständig, stellvertretend für den UV-Träger zu prüfen, ob das Heilverfahren zu Lasten oder nicht zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung durchgeführt wird. Die Vergütung der Berichte und Behandlungskosten darf nicht verweigert werden, selbst wenn der Versicherungsstatus im Erstbericht nicht dokumentiert oder falsch angegeben wurde. Dies gilt für alle am Behandlungsfall beteiligten Ärzte.

Wichtig: Der Abbruch der Behandlung ist allen beteiligten Ärzten und ggf. weiteren Leistungserbringern (z. B. bei Heil- oder Hilfsmitteln) mitzuteilen.

§ 28 Inanspruchnahme eines nicht zur besonderen Heilbehandlung zugelassenen Arztes oder Ärztin (Stand 04/2008)

Wird während der Durchführung einer besonderen Heilbehandlung ein anderer, hierzu nicht zugelassener Arzt oder Ärztin in Anspruch genommen, so kann er in Fällen, in denen eine sofortige ärztliche Maßnahme dringend erforderlich ist, Leistungen erbringen, die den Rahmen des sofort Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Diese Leistungen werden nach den Sätzen der allgemeinen Heilbehandlung vergütet. Im Übrigen hat die Ärztin oder der Arzt den Unfallverletzten an den die besondere Heilbehandlung durchführenden Arzt oder Ärztin zu überweisen.

1. Während der Dauer der besond. HB (z. B. im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung) darf der Allgemeinarzt/-ärztin oder ein anderer Arzt/Ärztin, der nicht D-Arzt/D-Ärztin ist, keine allgem. HB durchführen.

   Wird während der Durchführung einer besond. HB, gleichwohl ein anderer hierzu nicht zugelassener Arzt in Anspruch genommen, so sind die erbrachten Leistungen grundsätzlich nicht berechenbar.

2. Ausnahmsweise besteht dann ein Vergütungsanspruch, wenn eine ärztl. Maßnahme dringend erforderlich ist und die insoweit erbrachten Leistungen den **Rahmen des sofort Notwendigen** nicht überschreiten (vgl. zum Umfang § 9). Im Übrigen hat der Arzt/die Ärztin den Verletzten an den die besond. HB durchführenden Arzt/Ärztin zu verweisen.

   Derartige Leistungen werden immer nur nach den Sätzen der allgem. HB vergütet (§ 28 Satz 2).

3. Hat ein anderer Arzt oder Ärztin, der nicht D-Arzt/D-Ärztin ist, in Unkenntnis, dass ein Arbeitsunfall vorliegt oder besond. HB eingeleitet worden ist, behandelt, können diese Leistungen ausnahmsweise dann honoriert werden, wenn der UV-Träger eine rückwirkende Vergütungszusage erteilt hat (s. zum Vergütungsanspruch der Ärzte, die nicht D-Ärzte sind, Arb.Hinweise zu §§ 14, 26 und 51).

§ 37 Verletzungsartenverfahren und Schwerstverletzungsartenverfahren (Stand 12/2018)

Das Verletzungsartenverzeichnis bezieht sich mit den Ziffern 1 bis 10 prinzipiell auf die Akutphase nach dem Unfall, die mit einem Zeitraum von 4 Monaten ab Unfalltag festgelegt ist. Nach Ablauf dieser Frist gelten die Regelungen des § 37 mit Ausnahme der Nr. 11 nicht mehr. In Ziffer 11 werden Komplikationen beschrieben, die sowohl innerhalb der ersten vier Monate nach dem Unfall als auch später im Behandlungsverlauf auftreten können. Treten Komplikationen nach Ziffer 11 auf, sind diese zu jedem Zeitpunkt als SAV-Verletzungen zu behandeln.
Als Kinder im Sinn dieser Anforderungen gelten Personen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres.

§ 37 regelt die Vorstellungspflichten von Ärzten, die nicht an einem zu den beiden Verfahren (Verletzungsartenverfahren (VAV) / Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)) beteiligten Krankenhaus tätig sind. Danach sind Unfallverletzte bei den in Anlage 1 zum Ärztevertrag genannten Fällen unverzüglich an einem der für diese Verfahren zugelassenen Krankenhäusern vorzustellen.
(Siehe dazu auch die besonderen Vereinbarungen nach der Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung)

Aktuelle Version des Verzeichnisses nach Anlage 1
„Verletzungsartenverzeichnis mit Erläuterungen unter Einschluss des Schwerstverletzungsartenverfahrens (überarbeitete Version 2.1a, Stand 1. Juli 2022“

Der an dem zu dem jeweiligen Verfahren zugelassenen Krankenhaus tätige D-Arzt/D-Ärztin entscheidet nach Art und Schwere der Verletzung, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich ist. Er kann die Behandlung ambulant durchführen oder den zuweisenden oder einen anderen qualifizierten Arzt oder Ärztin mit der ambulanten Behandlung beauftragen. Dieser Arzt/Ärztin muss nicht zwangsläufig ein D-Arzt/D-Ärztin (Formulierung „qualifizierter Art“) sein.
Der UV-Träger ist von dem an diesem Krankenhaus tätigen D-Arzt/D-Ärztin mit D-Bericht zu informieren. Dies erfolgt unabhängig davon, ob der zuweisende Arzt oder Ärztin bereits einen D-Bericht erstellt hat.

Nach § 51, Abs. 3 ÄV besteht bei einem Verstoß gegen die Vorstellungspflichten nach § 37 ÄV kein Vergütungsanspruch. Die Behandlung einer vital bedrohlichen Verletzung (z. B. Milzzerreißung) oder einer hoch dringlich zu versorgenden Verletzung (z. B. Muskelkompressionssyndrom) hat selbstverständlich Vorrang vor den Regelungen der Vorstellungspflicht im Verletzungsartenverfahren (VAV) und im Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV). In diesen Fällen erfolgt die Verlegung in ein zugelassenes Krankenhaus zum frühestmöglichen Zeitpunkt.

Zu vergüten sind auch die sofort notwendigen Maßnahmen der Erstversorgung (§ 9 Ärztevertrag). Dazu gehören z.B. die Notfallversorgung, Transportfähigkeit herstellen, Verband**,** ärztlichen Maßnahmen, die keinen Aufschub dulden, etc.
Auch für niedergelassene D-Ärzte mit Belegarzttätigkeit, oder Ärzte anderer Fachabteilungen an den zugelassenen Krankenhäusern (z. B. Orthopädische Abteilung) besteht Vorstellungspflicht. Sie sind nicht berechtigt, die Operation (auch nicht auf der Belegabteilung) durchzuführen. Eine Ausnahme besteht dann, wenn der zugelassene D-Arzt/D-Ärztin den Auftrag dazu erteilt hat.

Besondere Stellung des Handchirurgen

Eine Ausnahme von der Vorstellungspflicht im Verletzungsartenverfahren (VAV) gilt nach Abs. 3, wenn es sich bei dem behandelnden Arzt (niedergelassen oder an einem Krankenhaus tätig) um einen Handchirurgen handelt, der an der Behandlung Unfallverletzter von einem Landesverband der DGUV beteiligt ist.
Diese Ärzte sind im UV-NET/Leistungen/Ärzte und Psychotherapeuten/Handchirurgen (§ 37) genannt.
Diese Handchirurgen sind berechtigt, Verletzungen, die nach Nr. 8 des Verzeichnisses mit „V“ gekennzeichnet sind, zu behandeln.
Dies betrifft die Nummern:

8.2(V)
Stark verschobene oder gelenkbeteiligende oder mehrfache Brüche der Mittelhandknochen oder der Langfinger, am ersten Mittelhandknochen in jeder Form.
8.3(V)
Isolierte Brüche der Handwurzelknochen oder isolierte Bandverletzungen bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit
8.6(V)
Beugesehnenverletzungen und Verletzungen mehrerer Strecksehnen - auch am Unterarm

Für alle anderen in Nr. 8 aufgeführten Fälle, die mit einem „S“ gekennzeichnet sind, gilt diese Ausnahme nicht. Fälle des Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) sind beteiligten Kliniken am SAV sowie handchirurgischen Spezialeinrichtungen (SAV-Hand) vorbehalten. Für diese Fälle besteht für die Handchirurgen, die zum VAV-Verfahren zugelassen sind, auch die Vorstellungspflicht.

D-Ärzte, die gleichzeitig Handchirurg sind und nicht über eine der genannten Zulassungen der Landesverbände verfügen, sind Vorstellungspflichtig.

§§ 39, 40 Regelungen für Augen- und HNO-Ärzte (Stand 12/2018)

§ 39 Überweisungspflicht an den Augen-/HNO-Arzt/-Ärztin

(1) Bei Vorliegen einer Verletzung im Bereich von Augen oder Hals, Nasen, Ohren ist der Arzt oder die Ärztin verpflichtet, den Unfallverletzten unverzüglich einem entsprechenden Facharzt zur Untersuchung vorzustellen.

(2) Diese Vorstellung ist nicht erforderlich, wenn sich durch die vom zuerst in Anspruch genommenen Arzt oder Ärztin geleistete Erstbehandlung eine weitere fachärztliche Behandlung erübrigt.

§ 40 Berichterstattung des Augen-/HNO-Arztes

(1) Der Augen- oder HNO-Arzt/-ärztin untersucht und behandelt den Unfallverletzten auf seinem Fachgebiet und erstattet dem Unfallversicherungsträger unverzüglich ohne besondere Anforderung den Augenarztbericht nach Formtext F 1030 bzw. Hals-Nasen-Ohren-Arzt-Bericht nach Formtext F 1040 und übersendet der Krankenkasse die den datenschutzrechtlichen Belangen angepasste Durchschrift des Berichtes, sofern der Unfallverletzte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.

(2) Abs. 1 gilt auch bei Wiedererkrankungen.

1. Handelt es sich um isolierte Augen- oder HNO-Verletzungen bzw. begibt sich der Versicherte ausschließlich in die Behandlung eines solchen Arztes/Ärztin, so kann dieser seine Leistungen nur nach den Sätzen der allgem. HB abrechnen (Umkehrschluss aus § 11 Abs.1).

   Etwas anderes gilt, wenn nach § 12 der Augen- oder HNO-Arzt vom D-Arzt/D-Ärztin oder vom Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 **zur Klärung der Diagnose** und/oder **zur Mitbehandlung hinzugezogen** wird. In derartigen Fällen findet § 62 Anwendung, d. h., die Augen- oder HNO-Ärzte können jeweils nach Maßgabe der Einstufung des Behandlungsfalles durch den D-Arzt oder Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 die Gebührensätze der allgem. oder besond. HB abrechnen. Entsprechendes gilt bei Hinzuziehung im Rahmen belegärztlicher Behandlung (§§ 56 Abs. 3, 62).

   Außerdem kann der UV-Träger auch bei isolierten Augen- oder HNO-Verletzungen von sich aus besond. HB einleiten, wenn dies wegen der Art oder Schwere der Verletzung erforderlich ist (§ 11 Abs. 1). Dies wird aber nur bei schweren Verletzungen in Betracht kommen.

   Im Rahmen einer **Begutachtung** erbrachte augen- oder HNO-ärztliche Leistungen sind wie üblich nach den Sätzen der besond. HB zu vergüten (§ 60).

2. Für Augen- oder HNO-Ärzte besteht nach § 40 gegenüber dem UV-Träger die Verpflichtung, unverzüglich den **Augen- bzw. HNO-Arzt-Bericht** nach Formtext F 1030 oder F 1040 zu erstatten. Die Vergütung der Berichte erfolgt nach Nr. 126 bzw. Nr. 127 UV-GOÄ.
   In der Praxis zeigt sich gelegentlich, dass Augenärzte ihre Berichte erheblich verspätet übersenden (bis zu einem oder zwei Jahren). Dies verstößt eindeutig gegen den ÄV; die Ärzte sollten entspr. abgemahnt werden. Im Wiederholungsfall sollte der zuständige LV benachrichtigt sowie die Vergütung der Behandlungsleistungen verweigert werden, soweit der Versicherungsfall nicht mehr nachgewiesen werden kann. Die Berichtsgebühr kann in diesen Fällen nicht mehr beansprucht werden (vgl. § 57 Abs. 3).
3. Die Augen- und HNO-Ärzte sind von der **Pflicht zur Vorstellung der Versicherten beim D-Arzt befreit** (§ 26 Abs. 2), wenn es sich um isolierte Augen- oder HNO-Verletzungen handelt.

   Wenn sich die Verletzung allerdings auch auf das unfallchirurgische Fachgebiet erstreckt (z. B. neben der Augenverletzung auch eine Gesichts- oder Schädelverletzung vorliegt), ist

insoweit eine Vorstellungspflicht unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 1 gegeben (die weitere Verletzung bedingt AU über den Unfalltag hinaus oder voraussichtlich Behandlungsbedürftigkeit von mehr als einer Woche usw.).

Im Übrigen wird hinsichtlich der Augenärzte auf die Hinweise zur Abrechnung von UV-GOÄ-Nrn. in der Augenheilkunde (Nrn. 1200 ff UV-GOÄ) bei Arbeitsunfällen verwiesen.

§ 41 Vorstellungspflicht beim Hautarzt (Stand 07/2023)

1. Jeder Arzt ist verpflichtet, einen Versicherten mit krankhaften Hautveränderungen, bei dem die Möglichkeit besteht, dass daraus eine Hauterkrankung durch eine berufliche Tätigkeit im Sinne der BK 5101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen) entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, unverzüglich einem Hautarzt vorzustellen.

2. Der Hautarzt untersucht den Versicherten. Er erstattet unverzüglich den Hautarztbericht – Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention nach Formtext F 6050 - dem Unfallversicherungsträger und übersendet Durchschriften dem behandelnden Arzt. Der Hautarztbericht F 6050 ist auch zu erstatten, wenn zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits der begründete Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit im Sinne der BK-Nr. 5101 besteht.

3. Der Unfallversicherungsträger teilt dem Hautarzt unverzüglich mit, ob und ab welchem Zeitpunkt Heilbehandlung zulasten des Unfallversicherungsträgers durchzuführen ist.

Anmerkungen zu 1 – 3

Alle Ärzte (Betriebsärzte, D-Ärzte, etc.) sind verpflichtet, Verdachtsfälle auf eine Hauterkrankung bei einem Hautarzt vorzustellen. Der Hautarzt erstattet unverzüglich an den UV-Träger und den behandelnden Arzt einen Hautarztbericht (F 6050), keine BK-Anzeige. Gemäß DGUV-Rdschr. 0231/2011 vom 20.05.2011 gilt die Frist des § 57, Abs. 3 nicht für den Hautarztbericht – F 6050. Grund ist, dass mit der Erstattung des Hautarztberichtes keine Behandlung zu Lasten des UV-Trägers eingeleitet wird. Hierfür ist ein Behandlungsauftrag des UV-Trägers erforderlich. Hautarztberichte sind danach auch dann nach Nr. 130 UV-GOÄ zu vergüten, wenn sie nicht innerhalb der in § 57, abs. 3 genannten Frist vorgelegt werden.

Für die Anzeige einer Hautkrebserkrankung ist der Hautarztbericht nicht zu verwenden und zu erstatten.

§ 45 Behandlungsrechnungen bei Berufskrankheiten (Stand 04/2008)

§ 45 Mitteilung über die Einleitung einer Behandlung bei Berufskrankheiten

Der Unfallversicherungsträger teilt dem anzeigenden Arzt unverzüglich mit, ob und ab welchem Zeitpunkt Heilbehandlung zulasten des Unfallversicherungsträgers durchzuführen ist.

1. Nach § 45 hat der UV-Träger dem die BK anzeigenden Arzt unverzüglich mitzuteilen, ob und ab welchem Zeitpunkt Heilbehandlung zu Lasten des UV-Trägers durchzuführen ist. Es ist grundsätzlich allgem. HB durchzuführen (§ 10 Abs. 1). Besond. HB kann in BK-Fällen nur vom UV-Träger eingeleitet werden.

   Das gilt nicht für Leistungen anlässlich einer **BK-Begutachtung**; insoweit bestimmt § 60, dass ärztl. Leistungen zum Zwecke einer Begutachtung generell nach den Sätzen der besond. HB zu vergüten sind.

2. Unabhängig von der Regelung des § 45 kann der UV-Träger besond. HB einleiten, wenn dies wegen der Art oder Schwere der Erkrankung erforderlich ist (vgl. § 11 Abs. 1), was aber nur in besonderen Ausnahmefällen mit entspr. schweren Krankheitsbildern in Betracht kommen wird.

3. In BK-Fällen werden die ärztl. Leistungen oft nach den Sätzen der besond. HB abgerechnet (z. B. besonders häufig bei Hauterkrankungen, auch in Fällen des Hautarztverfahrens nach §§ 41 ff). Hierfür gibt es regelmäßig keine vertragliche Grundlage; die Gebühren sind daher auf die Sätze der allgem. HB zu reduzieren.

Vor einer Rechnungskorrektur ist aber zu prüfen, ob besond. HB eingeleitet bzw. dem Arzt mit dem Behandlungsauftrag die Vergütung seiner Leistungen nach den Sätzen der besond. HB zugesagt wurde.

§ 47 Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung (Stand 01/2026)

(1) Der zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers behandelnde Arzt ist verpflichtet, die Bescheinigungen, die der Unfallverletzte zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit benötigt, auszustellen.

(2) Er ist weiterhin verpflichtet, dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung unverzüglich die Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben zur Diagnose und voraussichtlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu übersenden.

1. Bei der AU-Bescheinigung nach § 47 handelt es sich um eine solche des behandelnden Arztes, die der Verletzte zum Nachweis der AU benötigt. Die Verwendung eines besonderen Formtextes wird in § 47 nicht vorgeschrieben. Es ist auch unerheblich, wem gegenüber (Arbeitgeber oder GKV) die AU nachgewiesen werden muss. Die Höhe des ärztl. Honorars für die Bescheinigung ist in Nr. 143 UV-GOÄ geregelt.

   Die Abrechnung der Gebühr für die Ausstellung der Bescheinigung zum Bezug des Kinderpflege-Verletztengeldes bzw. zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes wurde in den Leistungsinhalt der Nr. 143 UV-GOÄ aufgenommen.

   Die Gebühr nach Nr. 143 UV-GOÄ darf auch nach Ablauf des Entgeltfortzahlungszeitraums von sechs Wochen berechnet werden, wenn eine AU zu bescheinigen ist. Hierfür wird regelmäßig der **Vordruck "Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung"** der GKV verwendet. Den früheren „Auszahlungsschein" gibt es nicht mehr.

   Sofern ein **Unternehmer** eine AU-Bescheinigung benötigt, darf diese ebenfalls nach Nr. 143 UV-GOÄ berechnet werden.

   Grundsätzlich ist der **zu Lasten eines UV-Trägers behandelnde Arzt** zur Ausstellung der Bescheinigung berechtigt und verpflichtet (§ 47 Abs. 1).

2. Führt der **D-Arzt** oder **der nach § 37 Abs. 3 beteiligte Handchirurg** die Behandlung selbst durch, so stellt er auch die AU-Bescheinigung aus. Wird der Verletzte z. B. vom D-Arzt bei einem **Facharzt** vorgestellt oder – nach erfolgter Vorstellung beim D-Arzt – wieder an den **Hausarzt** zurück überwiesen, stellen diese die AU-Bescheinigung aus.

   Entscheidend ist, dass die Behandlung den Bestimmungen des ÄV entspricht und insbes. die **Pflicht zur Vorstellung beim D-Arzt** beachtet wird. Ärzte, die nicht D-Arzt oder nach § 37 Abs. 3 beteiligte Handchirurgen sind, dürfen ohne Vorstellung beim D-Arzt nur Verletzungen behandeln, die nicht zur AU (über den Unfalltag hinaus) führen (vgl. § 26 Abs. 1). Wird der Verletzte somit ohne Vorstellung beim D-Arzt oder ohne entspr. (Rück-)Überweisung durch diesen behandelt und eine AU-Bescheinigung ausgestellt, ist die Gebühr nach Nr. 143 UV-GOÄ in der Behandlungsrechnung – mit Begründung – zu streichen.

   Bezüglich der weiteren Behandlungsmaßnahmen – ausgenommen die sofort notwendige Erstversorgung – besteht kein Vergütungsanspruch (§ 51 Abs. 3).

3. Bei Unfallverletzungen sollte der Abstand zwischen den AU-Bescheinigungen abhängig von der Art und Schwere der Verletzungen bestimmt werden. **AU-Bescheinigungen in kurzen zeitlichen Abständen** oder gar täglich bei Verletzungen, die erkennbar über Wochen oder Monate andauern, sind nicht zu akzeptieren und ggf. auf angemessene Abstände zu korrigieren.

4. Schulunfähigkeitsbescheinigungen können grundsätzlich nicht mit der Nr. 143 UV-GOÄ abgerechnet werden (s. S. Leistungsbeschreibung der Nr. 143 UV-GOÄ).
   Die Regelung der Vorstellungspflicht nach § 26 „AU über den Unfalltag hinaus" gilt für Schüler nicht, da die Arbeitsunfähigkeit nicht mit einer Schulunfähigkeit zu vergleichen ist.

§§ 51, 52 Abs. 1 Ständige Gebührenkommission – Analogberechnung (Stand 12/2018)

§ 51 Leistungsverzeichnis und Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung für ärztliche Leistungen richtet sich nach dem vereinbarten Leistungs- und Gebührenverzeichnis (Anlage 1 zum Vertrag – UV-GOÄ). Landesrechtliche Vorschriften über die Vergütung von Notarzteinsätzen bleiben unberührt.

(2) Ärztliche Leistungen des Durchgangsarztes nach den §§ 27 und 29 werden nach den Gebührensätzen der besonderen Heilbehandlung vergütet.

(3) Die Vergütung der Leistungen der am Psychotherapeutenverfahren Beteiligten richtet sich nach dem vereinbarten Gebührenverzeichnis (Anlage 2 zum Vertrag).

(4) Für Behandlungsleistungen, die ein Arzt unter Missachtung der in den §§ 26, 37, 39 und 41 geregelten Vorstellungs- und Überweisungspflichten selbst durchführt, besteht kein Vergütungsanspruch.

§ 52 Ständige Gebührenkommission

(1) Für die Festlegung, Einordnung und Bewertung von Leistungen, die im Leistungs- und Gebührenverzeichnis nicht enthalten sind, sowie für die Auslegung und die Weiterentwicklung des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses ist eine ständige Kommission zuständig.

[Abs. 2 und 3 sind nicht abgedruckt]

1. Ärztliche Behandlungsleistungen sind (nur) nach dem Leistungs- und Gebührenverzeichnis (**UV-GOÄ**) zu honorieren. Das Leistungsverzeichnis der UV-GOÄ entspricht in weiten Teilen der amtlichen GOÄ (für die Behandlung von Privatpatienten). Beteiligte (nichtärztliche) Psychotherapeuten können keine Leistungen nach der UV-GOÄ abrechnen. Auch ärztliche Psychotherapeuten können **im Psychotherapeutenverfahren** keine Leistungen nach der UV-GOÄ abrechnen. Das „P-Gebührenverzeichnis“ (Anlage 2 zum ÄV) deckt die Leistungen im Psychotherpeutenverfahren vollständig ab. Nur wenn ausnahmsweise zusätzlich Leistungen außerhalb des Verfahrens erbracht werden, können diese **von Ärzten** nach der UV-GOÄ abgerechnet werden (vgl. Rdschr. 0216/2015 vom 05.06.2015).

2. Behandlungsleistungen nach § 27 - **Erstbehandlung durch den D-Arzt** - und nach § 29 – Nachschau – dürfen (auch wenn allgem. HB eingeleitet wurde) vom D-Arzt nach den Sätzen der besond. HB abgerechnet werden. Das gilt auch für die erstmalige Behandlung bei einer **Wiedererkrankung** (§ 27 Abs. 3). Die Regelung betrifft nur D-Ärzte (nicht nach § 37 Abs.3 beteiligte Handchirurgen).

   Mit **Erstbehandlung** ist die erstmalige Behandlung durch den betreffenden D-Arzt gemeint; unerheblich ist, ob die Verletzung vorher anderweitig ärztlich oder d-ärztlich behandelt worden ist. Im Übrigen müssen für die Abrechnung der höheren Gebührensätze auch alle weiteren Voraussetzungen der §§ 27, 29 vorliegen (z. B. bei der Nachschau die zwischenzeitliche Behandlung durch einen anderen Arzt, s. Arb.Hinweise zu §§ 27, 29).

3. Mit der Neuregelung in § 51 Abs. 3 besteht die Möglichkeit, Verstöße der Ärzte gegen die vertraglichen Vorstellungspflichten zu sanktionieren. Der Vergütungsanspruch entfällt für Behandlungsleistungen, die ein Arzt unter Missachtung der in den §§ 26, 37, 39 und 41 geregelten Vorstellungs- und Überweisungspflichten selbst durchführt.

   Beispiel 1: Der Hausarzt behandelt den Versicherten ohne Vorstellung beim D-Arzt, obwohl Arbeitsunfähigkeit über den Unfalltag hinaus besteht. Er hat damit, abgesehen von der notfallmäßigen Erstbehandlung, keinen Vergütungsanspruch für die gesamte Behandlung.

   Beispiel 2: Der Arzt verzichtet auf eine Vorstellung beim D-Arzt, weil keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt und die Behandlung voraussichtlich innerhalb einer Woche abgeschlossen ist. Die Behandlung zieht sich dann aber unvorhergesehen über einen längeren Zeitraum hin. Hier verliert der Arzt den Vergütungsanspruch für die Behandlung nach Ablauf der ersten Woche, weil spätestens dann eine Vorstellung beim D-Arzt hätte erfolgen müssen.

   Beispiel 3: Ein Arzt führt ohne Vorstellung in einem zugelassenen Krankenhaus eine ambulante Knie-OP durch, obwohl eine Verletzung nach dem VA-Verzeichnis vorliegt. Er hat hierfür keinen Vergütungsanspruch.

4. § 6 Abs. 2 der amtlichen (Privat-)GOÄ eröffnet dem Arzt die Möglichkeit, bei der Behandlung von Privatpatienten für Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis dieser GOÄ enthalten sind, eine in etwa entsprechende Gebühren-Nr. anzusetzen (Analogberechnung).

   Im ÄV oder in der UV-GOÄ ist eine derartige **Analogberechnung** durch den Arzt nicht vorgesehen. Nur durch ausdrücklichen Beschluss der Ständigen Gebührenkommission zu einer bestimmten Leistung wird eine Abrechnung im Bereich der UV-GOÄ zulässig.

   Leistungen, die im Gebührenverzeichnis der jeweils geltenden UV-GOÄ nicht enthalten sind, können nicht berechnet werden. Wenn der Arzt Leistungen abrechnen will, die in der UV-GOÄ nicht aufgeführt sind, muss er im Einzelfall zuvor die Einwilligung des UV-Trägers einholen.

   Eine Ausnahme besteht für Laboruntersuchungen (Nr. 8 der Allgem. Best. zu M. Laboratoriumsuntersuchungen).

§ 54 Regelungen bei stationärer Behandlung (Stand 05/2017)

Das Rechtsverhältnis zu den Krankenhäusern wurde mit der „Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“, Rdschr. - 0031/2013 vom 16.01.2013 geregelt.

Die Vergütung von vor- und nachstationärer Behandlung wurde mit Rdschr. 0206/2013 vom 13.06.2013 konkretisiert.

Was ist eine vorstationäre Behandlung?
Die vorstationäre Behandlung ist in § 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V definiert und damit auf das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung zugeschnitten. Sie setzt **„eine Verordnung von Krankenhausbehandlung“** voraus, die im GKV-Recht von einem niedergelassenen Vertragsarzt ausgestellt wird. Liegt eine solche Verordnung vor, kann das Krankenhaus die im Wege der vorstationären Behandlung, also ohne Unterbringung und Verpflegung, die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorbereiten. Das ist dann die sog. „vorstationäre Behandlung“, die der stationären Krankenhausbehandlung zugeordnet wird.

Wird ein Unfallverletzter vom niedergelassenen Arzt zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus überwiesen, so ist das die „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ im o. g. Sinne.

Eine Verordnung von Krankenhausbehandlung gibt es im Verfahren der UV aber in der Regel nicht, wenn der Verletzte direkt zum D-Arzt am Krankenhaus kommt. Der D-Arzt entscheidet, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist. Wird der Verletzte sofort stationär aufgenommen, gibt es keine vorstationäre Behandlung. Die vom D-Arzt am Krankenhaus am Aufnahmetag erbrachten ärztlichen Leistungen gelten als stationäre Leistungen (§ 55 Abs. 1 ÄV) und können daher nicht gesondert abgerechnet werden (ausgenommen Berichtsgebühren und Bescheinigungen). Stellt der D-Arzt dagegen fest, dass zwar nach dem erhobenen Befund eine stationäre Behandlung dem Grunde nach erforderlich ist, der Verletzte aber nicht sofort stationär aufgenommen werden kann, weil an den Folgetagen die Erforderlichkeit noch genauer abgeklärt werden muss (z. B. durch ein MRT) oder die stationäre Behandlung vorbereitet werden muss, so ist das der „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ i. S. von § 115a Abs. 1 Satz 1 SGB V gleichzusetzen mit der Folge, dass **danach** die vorstationäre Behandlung beginnt. Leistungen bis zu diesem Zeitpunkt, also die Erstbehandlung durch den D-Arzt, können abgerechnet werden. Die dann folgende vorstationäre Behandlung, die längstens an drei Behandlungstagen innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung stattfinden kann, kann **neben der Fallpauschale für die stationäre Behandlung** nicht abgerechnet werden (§ 8 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG).

DGUV-Rundschreiben 0031/2013 vom 16.01.2013:

Zusammenfassung:
Wir informieren über die zum 1.1.2013 in Kraft getretene Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Zum 1.1.2013 ist die Rahmenvereinbarung mit der DKG über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in Kraft getreten. Sie ist künftig die Rechtsgrundlage für die stationäre Behandlung von Versicherten der UV-Träger.

Die Vereinbarung ist für alle UV-Träger verbindlich. Sie findet aber nur gegenüber denjenigen Krankenhäusern Anwendung, die der Vereinbarung durch eine entsprechende Erklärung gegenüber der DKG beigetreten sind. Es muss daher zunächst abgewartet werden, bis die DKG eine erste Liste der beigetretenen Krankenhäuser zur Verfügung stellt. Wir gehen davon aus, dass

zumindest alle VAV-Häuser und alle Krankenhäuser mit einem D-Arzt beitreten werden. Für künftige Beteiligungen an den Verfahren der UV-Träger ist der Beitritt unabdingbare Voraussetzung.

Auf folgende Regelungen der Rahmenvereinbarung wird besonders hingewiesen:

- § 4 regelt die Verlegungspflichten bei Arbeitsunfällen. Danach sind Unfallverletzte grundsätzlich an ein Krankenhaus mit D-Arzt bzw. bei Vorliegen einer Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis an ein VAV-Haus zu verlegen. Die Pflicht zur Verlegung in ein am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) beteiligtes Krankenhaus gilt erst ab 1.1.2014. Kommt ein Krankenhaus seiner Verlegungspflicht nach § 4 nicht nach, hat es einen Vergütungsanspruch nur bis zu dem Zeitpunkt, zudem der Versicherte hätte verlegt werden müssen. Für die weitere Behandlung ist die Vergütung ausgeschlossen (§ 8 Abs. 4).
- Die Vergütung für stationäre Leistungen erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere dem Krankenhausentgeltgesetz. Die Leistungen werden demnach in der Regel nach DRG abgerechnet (§ 8 Abs. 1). Für die Berechnung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Arzneimitteln, die während der stationären Behandlung abgegeben werden, gilt § 7.
- Rechnungen über stationäre Behandlungen sind innerhalb von 21 Tagen nach Eingang der Rechnungsunterlagen zu bezahlen. Zu den Rechnungsunterlagen gehören auch der Entlassungsbrief und ggf. der Operationsbericht, die kostenfrei zu übermitteln sind (§§ 9 Abs. 1 und 11 Abs. 2). Die Frist beginnt erst nach Eingang aller Unterlagen zu laufen. Ab dem 8. Tag des Krankenhausaufenthalts können Abschlagszahlungen verlangt werden (§ 9 Abs. 3).
- Der Unfallversicherungsträger prüft die Rechnung vor der Bezahlung auf sachliche und rechnerische Richtigkeit (§ 10 Abs. 1). Weicht der von ihm ermittelte Betrag vom Rechnungsbetrag ab, überweist er innerhalb der Zahlungsfrist nur den unstrittigen Rechnungsbetrag und begründet die Kürzung gegenüber dem Krankenhaus. Soweit der unstrittige Betrag durch Abschlagszahlungen bereits überschritten ist, muss das Krankenhaus die Überzahlung zurückzahlen (§ 10 Abs. 3).
- Auch nach Ablauf der Zahlungsfrist und ggf. Begleichung der Rechnung kann der Unfallversicherungsträger noch innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der Rechnungsunterlagen Beanstandungen geltend machen. Innerhalb dieser Frist kann auch das Krankenhaus die Rechnung korrigieren und ggf. Nachforderungen erheben. Nach Ablauf dieser Frist sind Beanstandungen bzw. Nachforderungen ausgeschlossen, es sei denn, es wurde ein schriftlich begründeter Vorbehalt ausgesprochen (§ 10 Abs. 1 und 2).

Die Rahmenvereinbarung und die Liste der beigetretenen Krankenhäuser sind im UV-NET unter: http://uv-net.dguv.de/leistungen/verguetung_leistungserbringer/krankenhaeuser-und-bg-kliniken/index.jsp hinterlegt.

DGUV-Rundschreiben 0206/2013 vom 13.06.2013

Zusammenfassung:
Es wird darüber informiert, ob und gegebenenfalls, wie Krankenhäuser vor- und nachstationäre Behandlungen mit Unfallversicherungsträgern abrechnen können.

Es wird immer wieder nachgefragt, ob und gegebenenfalls, wie Krankenhäuser vor- und nachstationäre Behandlungen mit Unfallversicherungsträgern abrechnen können. Hierzuteilen wir folgendes mit:

Vor- und nachstationäre Behandlungen sind im § 115 a Abs. 1 SGB V definiert als Behandlungen ohne Unterkunft und Verpflegung, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Vor- und nachstationäre Behandlungen kommen auch bei der Behandlung Unfallverletzter vor. Grundsätzlich können diese Behandlungen neben der DRG-Fallpauschale vom Krankenhaus nicht gesondert in Rechnung gestellt werden. Sie sind vielmehr mit der DRG abgegolten.

Die vorstationäre Behandlung kann jedoch abgerechnet werden, wenn es anschließend zur vollstationären Behandlung nicht kommt, die DRG also nicht abgerechnet werden kann.

Die nachstationäre Behandlung kann ausnahmsweise abgerechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt (§ 8 Abs. 2 Nr. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Ist die Grenzverweildauer bei Entlassung noch nicht erreicht, stehen die verbleibenden Tage grundsätzlich für nachstationäre Behandlungen ohne Berechnung zur Verfügung. Der (damalige) Verwaltungsausschuss Heilverfahren des HVBG hat jedoch die Auffassung vertreten, dass nur eine ambulante Kontrolluntersuchung im Krankenhaus nach der stationären Entlassung mit der DRG als abgegolten angesehen werden sollte. Sich daran anschließende Behandlungen sollen als neue Behandlung mit Vergütungsanspruch nach der UV-GOÄ gewertet werden (siehe hierzu Schreiben des HVBG vom 9.1.2006 an die Hauptverwaltungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften).

Soweit eine vorstationäre Behandlung vom Krankenhaus abgerechnet wird, weil es zur vollstationären Behandlung nicht gekommen ist, stellt sich die Frage nach der Höhe der Vergütung. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist für diesen Fall eine Behandlungspauschale vereinbart. Nach § 115 a Abs. 3 SGB V gilt diese Vergütungsvereinbarung mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Zu diesen Vertragsparteien gehören die Unfallversicherungsträger nicht. Allerdings heißt es im § 1 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG, dass die vor- und nachstationäre Behandlung für alle Nutzer einheitlich nach § 115 a SGB V vergütet wird. Das wiederum spricht dafür, dass die Pauschale auch mit den Unfallversicherungsträgern abzurechnen ist.

Wir empfehlen daher, die Abrechnung der Pauschale durch die Krankenhäuser für vorstationäre Behandlungen, soweit diese abrechnungsfähig sind, anstelle einer Vergütung nach der UV-GOÄ zu akzeptieren. Dies erleichtert auch eventuelle Erstattungsverfahren mit den Krankenkassen.

§ 56 Belegärztliche Behandlung (Stand 07/2023)

(1) Soweit bei belegärztlicher Behandlung nach dem aktuellen DRG-Entgelttarif die ärztliche Behandlung nicht abgegolten ist, kann der Belegarzt seine ärztlichen Leistungen nach diesem Vertrag unter entsprechender Anwendung der Minderungspflicht des § 6 a der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen.

(2) Die belegärztliche Behandlung beginnt mit der Aufnahme in die Belegabteilung. Die am Aufnahmetag erbrachten ärztlichen Leistungen gelten als belegärztliche Leistungen, es sei denn, dass diese außerhalb des Krankenhauses erbracht werden.

(3) Ein Belegarzt darf für eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung oder eine Mitbehandlung einen Arzt hinzuziehen, wenn das betreffende Fach am Krankenhaus nicht vertreten ist.

(4) Zugezogene Ärzte rechnen ihre ärztlichen Leistungen gegenüber dem Unfallversicherungsträger nach diesem Vertrag direkt ab. Bei Leistungserbringung im Krankenhaus gilt die Minderungspflicht entsprechend § 6 a GOÄ.

Vorbemerkung:

Die **akutstationäre** Behandlung im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit an einem **nicht** zum DAV/VAV/SAV zugelassenen Krankenhaus ist nur mit vorheriger Zustimmung des Unfallversicherungsträgers möglich (ausgenommen Augen- und HNO-Verletzungen). VAV- und SAV-Verletzungen (Ausnahme für den zugelassenen Handchirurgen nach § 37 Abs. 3) sind grundsätzlich nicht durch Belegärzte zu behandeln, da sie dem am VAV-/SAV-Krankenhaus tätigen D-Arzt vorzustellen sind. Dieser ist berechtigt, die Versicherten einem am selben Krankenhaus tätigen Belegarzt zuzuweisen (vgl. Rdschr. 0284/2015 vom 23.07.2015).
Eine akutstationäre Behandlung wird mit einem Zeitraum von 4 Monaten ab Unfalltag festgelegt (z. B. DGUV LV Nordwest, Rdschr. 09/2016 vom 15.08.2016).
Siehe auch die Fallgestaltungen in diesem Rundschreiben.

Mit Einführung des § 27 Abs. 1a ÄV zum 01.01.2017 ist eine belegärztliche Behandlung nur nach vorheriger Kostenzusage des UV-Trägers möglich.

1. **Belegärzte** im Sinne des SGB und der Bundespflegesatz-VO (BPflV)/des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bzw. der amtlichen GOÄ und auch des ÄV sind nicht am KH angestellte Vertragsärzte (meist niedergelassene Ärzte), die ihre Patienten in der Klinik unter Inanspruchnahme von deren Diensten, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär behandeln können, ohne dafür eine Vergütung vom KH zu erhalten. Alternativ dazu kann ein KH zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen (§ 18 Abs. 3 KHEntgG). Diese **Honorarbelegärzte** erhalten ihr Honorar ausschließlich vom Krankenhaus und können ihre Leistungen daher **nicht** nach der UV-GOÄ mit dem UV-Träger abrechnen. Das Krankenhaus rechnet in diesen Fällen mit dem UV-Träger 80 % der Hauptabteilungs-DRG ab. Honorarbelegärzte sind relativ selten, weil sie für das KH wirtschaftlich wenig attraktiv sind. Eine Prüfung ist aber geboten, wenn aus der Rechnung des Krankenhauses erkennbar ist, dass 80 % der Hauptabteilungs-DRG abgerechnet werden. Rechnet der Belegarzt seine Leistungen zusätzlich nach der UV-GOÄ ab, sollte beim KH nachgefragt werden, ob er sein Honorar für die ärztlichen Leistungen vom KH erhalten hat. Wenn ja, ist die Rechnung des Belegarztes nicht zu bezahlen.
   Die belegärztliche Behandlung beginnt mit der Aufnahme des Patienten in die Belegabteilung (§ 56 Abs. 2).

2. **Minderungspflicht** bei belegärztlicher (bzw. privatärztlicher) stationärer Behandlung:

   Nachfolgende Ausführungen gelten nicht für den **Honorarbelegarzt (s. o. Nr. 1)**, der seine Leistungen gar nicht (also auch nicht gemindert) nach der UV-GOÄ abrechnen darf.

   Bei belegärztlicher Behandlung sind mit der entsprechenden Belegarzt-DRG der Klinik nicht die jeweiligen ärztl. Leistungen abgegolten; diese Vergütungen sind daher niedriger als die üblichen KH-Entgelte, der Belegarzt darf somit seine ärztl. Leistungen nach dem ÄV unmittelbar mit dem UV-Träger abrechnen. Für **belegärztliche Leistungen** gilt dabei in entspr. Anwendung des § 6a (Privat-)GOÄ eine **Minderungspflicht von 15 %** (s. § 56 Abs.1 in Verb. mit § 6a Abs. 1 Satz 2 (Privat-GOÄ).

   Die Minderungspflicht ist zwingend und nicht vertraglich abdingbar. Diese erstreckt sich – falls vom UV-Träger ausnahmsweise die Kosten übernommen werden – auch auf **stationäre privatärztliche Leistungen** in Einrichtungen, die nicht der BPflV/ KHEntgG unterliegen (z. B. Reha-Einrichtungen, Privatkliniken); sie gilt nach § 6a Abs. 1 Satz 2 (Privat-) GOÄ auch dann, wenn niedergelassene Ärzte vollstationäre, teilstationäre bzw. vor- oder nachstationäre privatärztliche Leistungen erbringen (s. Brück, Komm. z. GOÄ, § 6a, RdNr. 3). Bei privatärztlicher stationärer Behandlung sind die ärztl. Honorare um **25 %** zu mindern (§ 6a Abs. 1 Satz 1 (Privat-)GOÄ; eine privatärztliche Behandlung wird bei Unfallverletzten nur sehr selten vorkommen, z. B. wenn der UV-Träger ausnahmsweise einer stationären Behandlung etwa in einer Privatklinik und einer entsprechenden privatärztlichen Liquidation zustimmt).
   Die Minderungspflicht beschränkt sich naturgemäß auf die belegärztlichen voll-, teil-, vor- oder nachstationären Leistungen, die unter Inanspruchnahme von Krankenhauseinrichtungen erbracht wurden. Sie besteht also nicht, wenn es sich um Leistungen handelt, die außerhalb der Klinik vom Arzt erbracht werden. Denkbar sind hier vor allem die ärztl. **Berichterstattung** oder die Erstellung eines **Gutachtens** (z. B. nach Nrn. 119 oder 161 UV-GOÄ sowie die **Schreibgebühren** nach Nr. 190). Eine Minderungspflicht besteht ebenfalls nicht, wenn die Behandlung in der Praxis des Belegarztes (z. B. vor oder nach der stationären Behandlung) erfolgte oder diese im Belegkrankenhaus ambulant durchgeführt wurde (z. B. ambulante OP nach Nr. 2189 UV-GOÄ).

3. Keine **Berechnung** von Sachkosten (für den Honorarbelegarzt nicht relevant):

   Bei belegärztlicher stationärer Behandlung dürfen vom Belegarzt neben den Gebühren für die ärztl. Leistung keine **Sachkosten** abgerechnet werden (§ 56 Abs. 1 in Verb. mit § 6a Abs. 2 Privat-GOÄ).

   Somit dürfen die “Besonderen Kosten” zu den Gebühren-Nrn. gem. Spalte 4 der UV-GOÄ oder die nach § 2 Abs. 3 der Allgem. Best. des BG-NT gesondert berechnungsfähigen Materialien in der Rechnung des Belegarztes nicht angesetzt werden. Die Sachkosten sind Bestandteil des belegärztlichen Pflegesatzes oder der entsprechenden Fallpauschale und werden daher mit der Zahlung der KH-Rechnung abgegolten.

   Vom Ausschluss der Sachkosten-Berechnung ausgenommen sind das **Wegegeld**, die **Reiseentschädigung** sowie der Ersatz von **Auslagen** (§ 6a Abs. 2, 2. Halbsatz Privat-GOÄ).

   Zu beachten ist allerdings, dass der Arzt für das **Aufsuchen des Belegkrankenhauses** oder das **Aufsuchen seiner eigenen Praxis** weder Wegegeld noch Reiseentschädigung beanspruchen kann (Brück, Komm. z. GOÄ, § 8, Rdnr. 1.2). Ein berechnungsfähiger Besuch liegt üblicherweise vor, wenn der Arzt den Verletzten in seinem häuslichen Lebensbereich oder am Unfallort zu einer medizinisch notwendigen Behandlung aufsucht (vgl. Arb.Hinweise zu Nr. 50 UV-GOÄ). Diese Voraussetzungen können im Rahmen der hier erörterten stationären belegärztlichen (oder privatärztlichen) Behandlung in aller Regel nicht erfüllt sein.

   Auch eine **Erstattung von Auslagen** an den Belegarzt wird in aller Regel nicht in Betracht kommen, weil die benötigten Materialien für die voll- oder teilstationäre Behandlung dem Belegarzt vom Krankenhausträger zur Verfügung zu stellen sind und mit dem Pflegesatz abgegolten werden. Allenfalls für Auslagen, die dem Belegarzt während der stationären

Behandlung in der eigenen Praxis entstehen, ist eine Erstattung denkbar (z. B. **Schreibgebühren** für die ärztl. Berichterstattung oder ein ärztl. Gutachten).

4. Hinzuziehung anderer Ärzte durch den Belegarzt

Nach § 56 Abs. 3 darf der Belegarzt (im Rahmen der belegärztlichen Behandlung nach Abs. 2) weitere externe Ärzte hinzuziehen, wenn das betreffende Fach am KH nicht vertreten ist. Bei Leistungserbringung in der Klinik muss nach § 56 Abs. 4 Satz 2 für die **zugezogenen Ärzte** § 6a (Privat-)GOÄ entspr. angewendet werden; es gilt somit die Minderungspflicht hinsichtlich der ärztl. Leistungen und das Verbot der Sachkosten-Berechnung nach § 6a Abs. 2 (Privat-)GOÄ, weil diese regelmäßig Bestandteil der entspr. Belegarzt-DRG sind.

Der hinzugezogene Arzt (z. B. **Anästhesist**) kann für das Aufsuchen des Beleg-KH **Besuchsgebühren**, **Wegegeld** oder **Reiseentschädigung** nur dann abrechnen, wenn er am Beleg-KH nicht regelmäßig tätig ist (vgl. Arb.Hinweise, Abschn. B. zu Nr. 50 UV-GOÄ oder zu Nrn. 71 ff. UV-GOÄ).

M e r k e zu § 56:

- **Belegärztliche voll-, teil-, vor- oder nachstationäre Behandlungsleistungen sind analog § 6a (Privat-)GOÄ um 15 % zu mindern (privatärztliche Leistungen um 25 %).Die Minderungspflicht gilt nicht für außerhalb des Beleg-KH erbrachte ärztl. Leistungen des Belegarztes (z. B. Berichte, Gutachten) oder für ambulante Behandlungen in der Belegklinik (z. B. bei ambulanter OP).**
- **Der Honorarbelegarzt kann keine Leistungen nach der UV-GOÄ abrechnen. Er erhält seine Vergütung ausschließlich vom KH.**
- **Neben den Gebühren für die ärztl. Leistungen dürfen keine Sachkosten (z. B. die Besonderen Kosten lt. Spalte 4 der UV-GOÄ) für die voll-, teil-, vor- oder nachstationär er-brachte belegärztliche Behandlung abgerechnet werden; diese sind mit dem belegärztlichen KH-Entgelt abgegolten.**
  Davon ausgenommen werden Wegegeld, Reiseentschädigung und der Ersatz von Auslagen.
  Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses oder das Aufsuchen seiner eigenen Praxis kann der Belegarzt allerdings weder eine Besuchsgebühr noch Wegegeld oder Reiseentschädigung abrechnen.
  Auch die Erstattung von Auslagen kommt kaum in Betracht, weil alle benötigten Materialien vom Krankenhausträger zur Verfügung gestellt werden müssen (= Bestandteil des Pflegesatzes); denkbar sind allenfalls Schreibgebühren für die ärztl. Berichte oder Gutachten.
- **Der Belegarzt darf unter den Voraussetzungen des § 56 Abs. 3 weitere externe Ärzte hinzuziehen. Für die zugezogenen Ärzte gilt ebenfalls die Minderungspflicht und das Verbot der Sachkosten-Berechnung analog § 6a (Privat-)GOÄ.**
  Muss der hinzugezogene Arzt das Belegkrankenhaus aufsuchen, kann er Besuchsgebühren, Wegegeld oder Reiseentschädigung nur dann abrechnen, wenn er nicht regelmäßig am Beleg-KH tätig ist (vgl. Arb.Hinweise zu Nrn. 50, 71 UV-GOÄ).

§ 57 Abs. 2 und 3 unvollständige und verspätete Berichterstattung (Stand 01/2026)

§ 57 Berichts- und Gutachtenpauschalen

(1) Die Gebühren für Auskünfte, Bescheinigungen, Formtexte, Berichte und Gutachten sind nach den Nrn. 110 ff. des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses zu zahlen.

(2) Unvollständige Auskünfte, Bescheinigungen, Berichte und Gutachten werden nicht vergütet.

(3) Für Ärztliche Erstberichte (Formtexte F 1000, F 1010, F 1030, F 1040, F 1050, F 6050), die nicht unverzüglich erstattet werden, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf die Berichtsgebühr. Eine unverzügliche Berichterstattung liegt jedenfalls dann nicht mehr vor, wenn der Bericht später als acht Werktage beim Unfallversicherungsträger eingeht. Die Frist beginnt mit der Erstbehandlung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers.

(4) Bei elektronischer Übermittlung gilt die Sendebestätigung als Versandnachweis.

1. Für unvollständige Berichte besteht nach Abs. 2 kein Vergütungsanspruch, da sie zur Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens nicht geeignet sind.

   Ist der Versicherungsstatus eines Unternehmers/Versicherten auf dem Erstbericht nicht dokumentiert oder sind die Angaben falsch, ist der Bericht im Sinne des § 57 (2) ÄV nicht unvollständig. Die Vergütung kann dann nicht verweigert werden.

2. Berichte zur Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens sind grundsätzlich unverzüglich zu erstatten (vgl. §§ 27 Abs. 2, 36 Abs. 1, 37 Abs. 4, 40 Abs. 1). Unverzüglich bedeutet ohne schuldhafte Verzögerung.

   Werden ärztliche Erstberichte nicht unverzüglich erstattet, entfällt nach dem zum 1.4.2008 neu eingefügten § 57 Abs. 3 der Anspruch auf die Berichtsgebühr. Ein solcher Bericht gilt dann nicht mehr als unverzüglich erstattet, wenn er später als 8 Werktage (der Samstag zählt als Werktag bei der Zählung mit) beim UV-Träger eingeht. Die Frist beginnt mit der Erstbehandlung zu Lasten des UV-Trägers. In der Regel wird das der Unfalltag sein. Sucht der Unfallverletzte aber erst später den Arzt auf oder wird er zunächst – weil dem Arzt nicht bekannt war, dass es sich um einen Arbeitsunfall handelt – zu Lasten der Krankenkasse behandelt, beginnt die Frist entsprechend später. Fällt das Fristende der 8-tägigen Frist auf einen Samstag, verlängert sich der Ablauf der Frist auf den nächsten Werktag. Insoweit gelten die gesetzlichen Regelungen zum Fristenende nach §§ 188 ff BGB:

   Beispiele:
   Erstbehandlung am Montag – Fristende am Dienstag der folgenden Woche (8 Werktage, Samstag zählt mit, Sonntag nicht).

   Erstbehandlung am Freitag – Fristende wäre am Samstag der folgenden Woche (8 Werktage, Samstag zählt mit) – aber – da das Fristende auf einen Samstag fällt, verschiebt sich das Ende der Frist auf den nächsten Werktag, sodass der Bericht am darauffolgenden Montag fällig ist.

   Der Fristbeginn nach Satz 3 kann auf den F 6050 nicht angewendet werden, weil eine Erstbehandlung zu Lasten der UV noch nicht stattfindet (siehe auch Rdschr. 0231/2011 vom 20.05.2011). Eine Empfehlung erfolgt nach interner Abstimmung mit den nächsten Arbeitshinweisen.

3. Für die elektronische Übermittlung per DALE-UV enthält das DGUV-Rundschreiben Reha 016/2008 unter Nr. 6 folgende Hinweise:

   „Eine Besonderheit gilt bei elektronischer Übermittlung per DALE-UV. Hier ist aus der Vergangenheit bekannt, dass es vielfältige Gründe geben kann, warum ein Bericht verspätet beim Unfallversicherungsträger ankommt. Das liegt nicht immer an einer verspäteten Übermittlung durch den Arzt. Die Vergütung der Berichtsgebühr kann deshalb dann nicht versagt werden, wenn der Arzt durch eine (positive) Sendebestätigung den rechtzeitigen Versand nachweisen kann. Vor einer Streichung der Berichtsgebühr empfiehlt es sich, zur Vermeidung unnötiger Auseinandersetzungen mit dem Arzt zu prüfen, ob möglicherweise Fehler bei der elektronischen Übermittlung Ursache für den verspäteten Eingang des Berichts gewesen sein können. Gibt es dafür Hinweise, wird empfohlen, von einer Streichung der Berichtsgebühr abzusehen. Gibt es solche Hinweise nicht, muss der Arzt ggf. die Sendebestätigung vorlegen, um eine Nachvergütung zu erhalten.“

§ 58 Vereinbarte Formtexte (Stand 04/2008)

(1)Andere als zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Formtexte dürfen nicht verwendet werden. Die Formtexte stehen auf der Webseite der DGUV unter dem Link www.dguv.de/formtexte/aerzte/ zum Download bereit.

(2) Beim Einsatz DV-gestützter Textverarbeitung muss sichergestellt sein, dass die Ausdrucke mit den vereinbarten Formtexten identisch sind.

(3) Soweit auf Kopien von vereinbarten Formtexten, die für Dritte bestimmt sind, aus Gründen des Datenschutzes Datenfelder durch Schwärzungen unkenntlich gemacht sind, ist beim Einsatz DV-gestützter Textverarbeitung sicherzustellen, dass auf den für die dritten Stellen bestimmten Ausdrucken die entsprechenden Daten unterdrückt werden.

Grundsätzlich sind nur die im DGUV-Formtextebestand (http://www.dguv.de/formtexte/index.jsp) aufgeführten Formtexte zu verwenden.

Sofern im Einzelfall weitere Formtexte von Unfallversicherungsträgern versandt werden, kann der Arzt die Verwendung dieser Formtexte ablehnen.

Die besonders beteiligten Ärzte (D-Ärzte und Handchirurgen nach § 37 Abs. 3) sollten auch diese Formtexte im Rahmen ihrer allgemeinen Pflichten aus den Beteiligungsverträgen beantworten. Hierbei ist es unerlässlich, dass der Unfallversicherungsträger im Vorfeld eine eindeutige Gebührenregelung angibt, da sich entsprechende Vergütungssätze in der UV-GOÄ nicht finden.

Bei der Höhe der Vergütung sollte berücksichtigt werden, dass bei der Beantwortung von nicht vereinbarten Formtexten in der Praxis ein deutlicher Mehraufwand entsteht, da diese sich nicht oder nur sehr schwer mit der vorhandenen Praxis-EDV bearbeiten lassen.

§ 60 Gebühren für die zum Zwecke der Begutachtung vorgenommenen ärztlichen Leistungen (Stand 01/2026)

Zusatzbestimmung
Ärztliche Leistungen, die im Zusammenhang mit Begutachtungen erbracht werden, werden nach den Gebührensätzen für die besondere Heilbehandlung vergütet.

Die Gebühren für Gutachten stellen eine Grundgebühr dar. Enthalten sind:

- das Akten- (und evtl.) Literaturstudium,
- das Verfassen, Diktat und die Korrektur.
- die Befragung des Versicherten,

Für die Beurteilung anderweitig angefertigter Röntgenaufnahmen im Zusammenhang mit dem Gutachten kann die Pauschale nach den UV-GOÄ Nrn. 5255 – 5257 abgerechnet werden.

Die UV-GOÄ Nummern 1 oder 6 (je nach Einzelfall) sind bei Untersuchungen im Zusammenhang mit der Gutachtenerstellung berechenbar.
Allerdings sollte aus der Befunddokumentation des Gutachtens ersichtlich sein, welche Untersuchung durchgeführt wurde.

Liegen dem Gutachter für die gutachterliche Stellungnahme alle Informationen (MRT- und/oder Röntgenaufnahmen, andere Ergebnisse apparativ-technischer Untersuchungen, etc.) vor und sind diese verwertbar, gibt es keinen Grund für weitere Maßnahmen und deren Bezahlung.
Dies wird sicher nicht regelhaft der Fall sein.
Kann der Gutachtenauftrag nicht ohne weitere Maßnahmen erbracht werden, und besteht die konkrete Indikation zum Zwecke der Gutachtenerstellung weitere Maßnahmen durchzuführen, besteht auch ein Anspruch auf die Vergütung dieser Leistungen. Dies ist im Gutachten entsprechend zu dokumentieren.
Diese Leistungen sind nach den Sätzen der besonderen Heilbehandlung der UV-GOÄ gesondert in Rechnung zu stellen.

Nach § 64 – Rechnungslegung – Abs. 1, Nr. 4 ist für die Abrechnung der Leistungen das Datum der Erbringung der Leistung maßgeblich.

Für die Abrechnung der mit dem Gutachten im Zusammenhang stehenden Leistungen gilt die zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung gültige UV-GOÄ.

Für die Abrechnung der Leistungen eines Gutachtens gilt folgende Regelung:

Gebühr für das Gutachten	Datum an dem der Gutachter das Gutachten unterschreibt (gilt auch für ggf. erstellte Zusatzgutachten)

Für alle anderen im Zusammenhang mit dem Gutachten erforderlichen Maßnahmen (Untersuchung, Bildgebende Verfahren, apparativ-technische Untersuchungen, Tests, Labor, etc.) gilt der Tag der Erbringung der Leistung.

§ 61, 62 Berichterstattung durch hinzugezogene Ärzte/Vergütung (Stand 04/2022)

(1) Ein Arzt, der nach § 12 hinzugezogen wird, erstattet unverzüglich einen Befundbericht. Dieser ist dem hinzuziehenden Arzt zu übersenden. Der Unfallversicherungsträger erhält eine Kopie. Entsprechendes gilt auch für den vom Belegarzt nach § 56 Abs. 3 hinzugezogenen Arzt.

(2) Der Befundbericht ist Bestandteil der Leistung. Für eine im begründeten Einzelfall erforderliche weitergehende Berichterstattung gelten die Nrn. 110 ff UV-GOÄ.

1. Ein Arzt, der nach § 12 hinzugezogen wird, erstattet gem. § 61 Abs. 1 unverzüglich einen Befundbericht. Der Bericht ist dem hinzuziehenden Arzt zuzusenden. Der **UV-Träger erhält unverzüglich eine Durchschrift**. Entsprechendes gilt für den vom Belegarzt nach § 56 Abs. 3 hinzugezogenen Arzt.

   Der Befundbericht ist Bestandteil der Leistung (§ 61 Abs. 2) und daher nicht gesondert zu vergüten. Das ergibt sich auch aus Abschn. B. VI., Allgem. Bestimmungen Nr. 1 der UV-GOÄ.
   Das Sozialgericht Berlin hat dies in seiner Entscheidung vom 08.05.2018, Az.: S 163 U 20/16 bekräftigt.

   Zur Überprüfung des erforderlich gewesenen Untersuchungsumfangs sollte der Bericht des hinzugezogenen Arztes immer vor der Begleichung der Rechnung vorliegen (Rdschr. des LVBG NWD A 05/2002 vom 30.07.02, zu 6.).

Nach Abschnitt O. (Strahlendiagnostik usw.), Allgem. Best. Nr. 3 der UV-GOÄ ist die **Befundmitteilung** oder der einfache Befundbericht der Radiologen nicht gesondert berechnungsfähig (ebenso Brück, Komm. z. GOÄ, Erl. zu Nr. 3 der Allgem. Best. vor Nrn. 5000 ff., S. 1128 sowie Rdnr. 2 zu Nr. 75). Zur Klarstellung wurden in Abstimmung mit der KBV die Allgem. Best. im Abschnitt O. (anders als in der (Privat-)GOÄ) vor das Kapitel „I. Strahlendiagnostik“ gestellt. Sie gelten damit für den gesamten Abschnitt O. Auch Nr. 1 der Allgem. Best. zu Abschnitt B. VI. UV-GOÄ bzw. vor Nrn. 110 ff. UV-GOÄ stellt klar, dass die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit der Gebühr für die zugrunde liegende Leistung abgegolten ist (s. Arb.Hinweise zu Abschnitt B. VI. bzw. vor Nrn. 110 ff. UV-GOÄ).

2. Die Vergütung der Leistungen des hinzugezogenen Arztes (allgem. HB oder besond. HB) richtet sich nach der Einstufung des Behandlungsfalles durch den D-Arzt. Bei Verwendung des für die Hinzuziehung bereitstehenden Formtextes F 2902 kreuzt der D-Arzt das entsprechende Feld an. Wird besond. HB angekreuzt, obwohl allgem. HB eingeleitet war, so löst das keinen Vergütungsanspruch des hinzugezogenen Arztes für die besond. HB aus. Ggf. kann die Rechnung auf die allgem. HB gekürzt werden.

Privatbehandlung
(Stand 04/2006)

Der Verwaltungsausschuss „Rechtsfragen der Unfallversicherung“ hat zur Klärung der Frage, ob und in welchen Fällen dem Arzt oder dem Unfallverletzten Kosten für eine Privatbehandlung erstattet werden können, einen Beschluss gefasst (s. die als Anlagen beigefügten Rundschreiben VB 096/2002 vom 26.08.2002 und VB 065/2003 vom 28.08.2003).

VB 096/2002/Reha 078/2002 vom 26.08.2002

Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger;
hier: Kostenerstattung bei Privatbehandlung

Das Abkommen Ärzte/Unfallversicherungsträger in der bis zum 30.04.2001 gültigen Fassung enthielt in Ltnr. 17 eine Regelung dazu, welchen Honoraranspruch der Arzt/die Ärztin hat, wenn er den Unfallverletzten auf dessen Wunsch hin privat behandelt.

Eine entsprechende Regelung enthält der neue Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, gültig ab 01.05.2001, nicht mehr. Die Vertragspartner waren nach intensiver Diskussion zu dem Ergebnis gekommen, dass mangels einer Rechtsgrundlage eine Kostenübernahme für Privatbehandlung im Vertrag nicht festgeschrieben werden kann.

Zur Klärung der Frage, ob und in welchen Fällen dem Arzt/der Ärztin oder dem Unfallverletzten Kosten für eine Privatbehandlung erstattet werden können, wurde der Verwaltungsausschuss „Rechtsfragen der Unfallversicherung “eingeschaltet, der hierzu folgenden Beschluss gefasst hat:

„Der Verwaltungsausschuss vertritt die Auffassung, dass beim Aufsuchen des Arztes/der Ärztin durch einen Verletzten nach einem Arbeitsunfall ein Privatbehandlungsvertrag in der Regel nicht zustande kommt. Die Ärztin/der Arzt muss davon ausgehen, dass der/die Verletzte nicht den Willen hat, einen Privatbehandlungsvertrag abzuschließen. Der in Anspruch genommene Arzt/Ärztin ist gem. § 3 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger verpflichtet, diesen Vertrag gewissenhaft zu erfüllen. Hierzu gehört auch die Verpflichtung, die Heilbehandlung nach den Regelungen des Vertrages vorzunehmen, also allgemeine oder besond. HB durchzuführen.

Wenn der Abschluss eines Privatbehandlungsvertrages zustande kommen soll, muss er in schriftlicher Form nach vorheriger Aufklärung über die Folgen der Abrechnung der Leistungen vorgenommen werden, da der Abschluss eines solchen gesonderten Vertrages den Verzicht auf eine Sozialleistung (Heilbehandlung) gem. § 46 SGB I bedeutet.

Wurde wirksam ein Privatbehandlungsvertrag abgeschlossen, ist keine Kostenerstattung - auch nicht in anteiliger Höhe - möglich.

Für die denkbaren Fallgruppen ergeben sich hiernach folgende Konsequenzen:

Fallgruppe 1:
Verletzte Person sucht nach Arbeitsunfall einen Arzt oder eine Ärztin auf, der oder die zwar im Bericht die Einleitung allgem. oder besond. HB vermerkt, mit dem Versicherten aber nach Privatsätzen abrechnet.

Nach Vorlage der Rechnung beim Unfallversicherungsträger informiert dieser den Arzt/die Ärztin und den Versicherten, dass ein Privatbehandlungsvertrag nicht zustande kommen (Verzicht nicht wirksam) konnte und fordert den Arzt/die Ärztin zur Abrechnung entsprechend dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger auf.

Wurde die Rechnung vom Versicherten bereits beglichen, hat er gegenüber dem Arzt oder der Ärztin aus zivilrechtlichen Gründen einen Rückforderungsanspruch.

Fallgruppe 2:
Bei stationärer Behandlung hat der Arzt/die Ärztin ebenfalls wie bei der Fallgruppe 1 nur einen Anspruch auf Vergütung entsprechend der Bundespflegesatzverordnung (§ 54 Vertrag Ärzte/UV-Träger).

Da sich die Verpflichtung des Arztes/der Ärztin lediglich auf die Durchführung der Behandlung nach dem Vertrag Ärzte/UV-Träger bezieht, können die Mehrkosten wegen Ein- oder Zweibettzimmerzuschlags nach entsprechender Vereinbarung mit dem Versicherten abgerechnet werden. Ein Erstattungsanspruch entsteht hierfür nicht.

Bei beiden Fallgruppen sollten zur Vermeidung späterer Schwierigkeiten sofort nach Bekanntwerden, dass ein privat Versicherter behandelt wird, sowohl der Arzt/die Ärztin als auch der Versicherte über die Rechtslage informiert werden.

Fallgruppe 3:
Der Unfallversicherungsträger hatte seine Leistungspflicht zunächst abgelehnt. Erstattungspflicht des Unfallversicherungsträgers besteht in Höhe der für die Unfallversicherung geltenden BG-Sätzen analog § 13 SGB V.

Fallgruppe 4:
Der Unfallversicherungsträger hatte zwar noch nicht endgültig abgelehnt, aber noch keine Leistung erbracht, weil die Frage des Versicherungsschutzes noch zu klären war.

Erstattungspflicht des Unfallversicherungsträgers besteht in Höhe der für die Unfallversicherung geltenden BG-Sätze analog § 13 SGB V.

Fallgruppe 5:
Der Versicherte hat in Unkenntnis seines Versicherungsschutzes gehandelt, d. h., ihm war nicht bewusst, dass ein Versicherungsfall (Arbeitsunfall/Berufskrankheit) vorliegen könnte. Erstattungspflicht des Unfallversicherungsträgers besteht in Höhe der BG-Sätze.

Fallgruppe 6:
Der Unfallversicherungsträger kann die Leistung tatsächlich nicht und will sie nicht bereitstellen, da es sich z. B. um eine besondere Behandlungsmethode handelt, die nur von Nicht-Vertragsärzten angeboten wird.

Hierbei handelt es sich um einen Sonderfall, der als Unterfall von der Fallgruppe 3 erfasst und deshalb nicht gesondert aufgeführt werden muss.“

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird über die Rechtsauffassung unterrichtet.

VB 065/2003 vom 28.08.2003:

Im Zusammenhang mit dem im Bezugsrundschreiben bekannt gegebenen Beschluss des Verwaltungsausschusses „Rechtsfragen der Unfallversicherung“ zur Kostenerstattung bei Privatbehandlung wurde im Hinblick auf die Fallgruppe 2 (stationäre Behandlung) die Frage gestellt, ob bei Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen (Chefarztbehandlung) der Anspruch auf Übernahme der stationären Behandlungskosten insgesamt, also auch des Pflegesatzes, entfällt. Der Verwaltungsausschuss „Rechtsfragen der Unfallversicherung“ hat die Thematik in seiner Sitzung am 03./04.07.2003 mit folgendem (vorläufigen) Ergebnis erörtert:

1. Eine Vereinbarung des Versicherten mit dem Arzt über Inanspruchnahme ärztl. Wahlleistungen (Chefarztbehandlung) bedeutet keinen Verzicht des Versicherten auf Sozialleistungen.
2. Für einen Anspruch des Versicherten auf Kostenerstattung selbst beschaffter privater Leistungen gegenüber dem Unfallversicherungsträger besteht im Falle stationärer Behandlung – auch in anteiliger Höhe – keine Grundlage.
3. Dem KH steht für die Durchführung der Behandlung nach dem Vertrag Ärzte/UV-Träger (§ 54) ein Anspruch auf Vergütung nach der Bundespflegesatzverordnung zu. Die Mehrkosten wegen Inanspruchnahme von Wahlleistungen können nach entsprechender Vereinbarung vom Arzt bzw. KH mit dem Versicherten abgerechnet werden. Ein Erstattungsanspruch gegenüber dem UV-Träger besteht hierfür nicht.
4. Eine Gesamtabrechnung zwischen Arzt und Versicherten und eine (Teil-) Erstattung des UV-Trägers an den Versicherten soll nicht erfolgen. Die in Anspruch genommenen zusätzlichen Leistungen (z. B. wahlärztliche Leistungen, Unterbringung im Einbettzimmer) sind dem Versicherten gesondert in Rechnung zu stellen.

Es ist davon auszugehen, dass der Verwaltungsausschuss “Rechtsfragen der Unfallversicherung“ in seiner nächsten Sitzung einen endgültigen Beschluss in diesem Sinne fassen wird.

Anmerkung: Der VA Rechtsfragen hat den Beschluss wie erwartet gefasst.

§ 64 Rechnungslegung (Stand 12/2018)

(1) Die Rechnung des Arztes an den Unfallversicherungsträger muss enthalten:

1. die Personaldaten des Unfallverletzten,
2. den Unfalltag,
3. den Unfallbetrieb (Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule; handelt es sich um einen Arbeitsunfall einer Pflegeperson, so ist als Unfallbetrieb der/die Pflegebedürftige anzugeben),
4. das Datum der Erbringung der Leistung,
5. die entsprechende Nummer im Leistungs- und Gebührenverzeichnis,
6. den jeweiligen Betrag, der im Leistungs- und Gebührenverzeichnis aufgeführt ist.

Die Rechnungslegung soll grundsätzlich nach Abschluss der Behandlung erfolgen. Bei längerer Behandlungsdauer sollte der Abrechnungszeitraum vier Wochen nicht unterschreiten.

(2) Die Forderung der Vorauszahlung der Gebühr und die Erhebung durch Nachnahme sind unzulässig.

(3) Änderungen von Rechnungen sind vom Unfallversicherungsträger dem Arzt gegenüber zu begründen.

1. § 64 bezieht sich auf den einzelnen "**Behandlungsfall**", d. h., alle Leistungen, die der Arzt wegen der Behandlung eines Verletzten zu Lasten desselben UV-Trägers erbracht hat, sind unter Angabe der in Abs.1 genannten Daten in Rechnung zu stellen. Wird ein Patient gleichzeitig zu Lasten verschiedener Versicherungsträger behandelt (z. B. GUV und GKV), so sind dies zwei unterschiedliche Behandlungsfälle, die getrennt abzurechnen sind.
   Gegenüber dem UV-Träger sollen die Behandlungskosten grundsätzlich **nach Abschluss der Behandlung** durch den jeweiligen Arzt abgerechnet werden. Eine entsprechende Regelung wurde mit der Neufassung des Vertrages zum 1.4.2008 in Abs. 1 eingefügt. Bei längeren Behandlungszeiten soll frühestens nach vier Wochen eine Zwischenabrechnung zulässig sein. Nach Sinn und Zweck dieser zum 1.4.2008 eingefügten Ergänzung sollen zur Vermeidung eines unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwands - im beiderseitigen Interesse - Abrechnungen über kurze Behandlungszeiten, insbes. für einzelne Behandlungstage, vermieden werden.

   Dementsprechend ist eine Abrechnung der ärztl. Leistungen auf der **Rückseite der D-Berichte** bzw. der **Augenarzt**- oder **HNO-Arzt-Berichte** nur zulässig, wenn die Behandlung damit abgeschlossen sein soll und es sich um die gesamten Behandlungskosten handelt (ein entspr. Hinweis findet sich jeweils auf der Rückseite der genannten Berichte).

2. Zu den Leistungen des Behandlungsfalles gehören auch die Gebühren für die erforderliche Berichterstattung; auch diese sollten grundsätzlich in die Rechnung einbezogen und nicht etwa gesondert liquidiert werden (dies geschieht in der Praxis häufig). Eine separate Liquidation ist naturgemäß unvermeidlich, wenn z. B. ein Bericht erst nach Abschluss der Behandlung und bereits erfolgter Abrechnung angefordert und erstellt wurde.

3. Nach § 64 Abs. 1 Nr. 5 muss in der Rechnung zur ärztl. Leistung die jeweilige **Nr. der UV-GOÄ** angegeben sein. Fehlt diese Nr., ist genau zu prüfen, ob es sich um eine nach der UV-GOÄ abrechnungsfähige ärztl. Leistung handelt (für eine "Narkosebescheinigung" z. B. findet sich in der UV-GOÄ keine entspr. Nr.). Im Zweifel ist der Arzt zur Stellungnahme aufzufordern bzw. die Leistung – mit Begründung – zu streichen.

4. Wird die Behandlungsrechnung vom UV-Träger korrigiert, muss die **Änderung** nach § 64 Abs. 3 gegenüber dem Arzt **begründet** werden. Eine besondere Form der Begründung ist nicht vorgesehen; sie muss so gehalten sein, dass die Korrektur für den Arzt nachvollziehbar ist. Ggf. reicht ein kurzer stichwortartiger Hinweis aus.

Eine Begründung der Änderung ist nicht mehr erforderlich, wenn der Arzt wiederholt (3x ist angemessen) auf bestimmte Abrechnungsfehler hingewiesen wurde, spätere Rechnungen aber unverändert dieselben Fehler aufweisen.

Bei der schriftlichen Form der Korrektur einer Rechnung an den Arzt handelt es sich nicht um einen Verwaltungsakt. Kosten eines Vorverfahrens (Rechtsanwaltsgebühren, Porto- und Schreibgebühren) sind daher nicht zu erstatten, da es sich nicht um ein formelles Widerspruchsverfahren handelt.

§ 65 Zahlungsfrist (Stand 04/2008)

Arztrechnungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb einer Frist von vier Wochen zu begleichen. Ist dies nicht möglich, ist der Arzt vom Unfallversicherungsträger unter Angabe der Gründe zu benachrichtigen.

1. Nach § 65 sind Arztrechnungen grundsätzlich unverzüglich, spätestens aber **innerhalb einer Frist von vier Wochen** zu begleichen. Maßgebend für den Beginn der Frist ist der Zeitpunkt des Rechnungseingangs.

   Ist eine fristgerechte Begleichung aus besonderen Gründen nicht möglich, ist der Arzt nach § 65 Satz 2 vom UV-Träger unter Angabe der Gründe zu benachrichtigen.

   Geben die Rechnungen eines Arztes Anlass zur weitergehenden Prüfung und ggf. zur Beanstandung, ist dies als ausreichender besonderer Grund im Sinne des § 65 anzusehen. Ist absehbar, dass die Prüfung einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen wird (z. B. wegen Einschaltung eines Beratungsarztes), empfiehlt sich vorab eine Akontozahlung in Höhe des unstreitigen Teils.
2. Die Vorschrift des § 284 Abs. 3 BGB (infolge Änderung des BGB jetzt § 286 Abs. 3; Eintritt des Verzugs beim Schuldner durch bloßen Fristablauf) findet nach übereinstimmender Auffassung der Spitzenverbände der UV-Träger und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung keine Anwendung auf den ÄV (Rdschr. VB 33/2001mit Schreiben der KBV an den HVBG vom 13.3.2001).
3. Nach § 45 SGB I verjähren ärztliche Honoraransprüche in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind.
4. Ärztliche Honoraransprüche können nicht im Mahnverfahren (durch Mahnbescheid und Vollstreckungsbescheid) nach der Zivilprozessordnung durchgesetzt werden; dies ist nur bei zivilrechtlichen Forderungen möglich. Die aus dem ÄV resultierenden Ansprüche der Ärzte sind jedoch unstreitig öffentlich-rechtlicher (sozialrechtlicher) Natur (Noeske, Erl. zu § 65, Rdschr. 2; s. Arb.Hinweise zu §§ 1 bis 3). Sie müssen ggf. vor den Sozialgerichten durch Klage geltend gemacht werden.

UV-GOÄ - Abschnitt A.
Abrechnung der ärztlichen Leistungen
(Stand 2026)

Bei dem Berufsgenossenschaftlichen Nebenkostentarif (BG-NT) handelt es sich um eine Vereinbarung zwischen der DGUV und der DKG (Vertragsparteien). Die Tarifbestimmungen gelten daher grundsätzlich nur für Ärzte an Krankenhäusern.
Für alle anderen Ärzte gilt Teil A der UV-GOÄ, der im Wesentlichen gleiche Inhalte hat.
Für Ärzte am Krankenhaus gilt dieser Teil nicht. Sie sind verpflichtet, neben den ärztlichen Gebühren der allgemeinen oder besonderen Heilbehandlung mit den besonderen Kosten abzurechnen. Für Leistungen, die nicht Bestandteil der ärztlichen Leistung oder der besonderen Kosten sind, gilt für diese Ärzte der Berufsgenossenschaftliche Nebenkostentarif.

Niedergelassenen Ärzten wird die Möglichkeit gegeben ebenfalls mit den besonderen Kosten abzurechnen. In diesen Fällen gilt für sie ebenfalls der berufsgenossenschaftliche Nebenkostentarif. Anstelle der arbeitsintensiven Einzelberechnung der Auslagen, die dem Arzt eine auf den Einzelfall bezogene, nach dem tatsächlichen Materialverbrauch berechnete und ggf. zu belegende Kostenberechnung erspart, entscheiden sich viele niedergelassene Ärzte für den Berufsgenossenschaftlichen Nebenkostentarif – BG-NT – mit der Berechnung der darin vereinbarten „Besonderen Kosten“.
Entscheiden sich niedergelassene Ärzte zu Beginn des Behandlungsfalles für die Abrechnung mit den Besonderen Kosten, gilt für sie der BG-NT. Der Behandlungsfall ist definiert mit einem Zeitraum von drei Monaten. An die gewählte Abrechnungsart sind die Ärzte für drei Monate gebunden.

Anforderung von Einzelnachweisen

Der UV-Träger ist grundsätzlich berechtigt einen Einzelnachweis zu abgerechneten Materialien anzufordern. Eine „Geringfügigkeitsregelung“ wie es § 12 GOÄ kennt, gibt es in der UV-GOÄ nicht (25,56 Euro/Dtsch Arztebl 2011; 108(8): A-422 / B-338 / C-338).

Diese Regelung ist für die Abrechnung nach BG-NT oder Teil A der UV-GOÄ nicht gültig. Es wird dennoch empfohlen mit der Anforderung von Einzelnachweisen sorgfältig umzugehen und zu überlegen, ob das einzelne Material wirklich nachgewiesen werden muss. Im Einzelfall kann ein Preisvergleich im Internet die Angemessenheit der abgerechneten Preise nachweisen.
Bei OP-Materialien ist dies schwieriger, da hier nicht immer Preise angegeben werden.

Grundsätzlich stehen dem Arzt nach Teil A, Nr. 1 Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.

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

Erklärung der Spalten der UV-GOÄ

Spalte 1	Nummer im Gebührenverzeichnis
Spalte 2	Leistungsbeschreibung
Spalte 3	Ärztliche Gebühr der Allgemeinen Heilbehandlung (AHB) oder Besonderen Heilbehandlung (BHB) Mit den Gebühren (Spalte 2 und 3) sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht in dieser Verordnung etwas anderes bestimmt ist.

Spalte 4 Besondere Kosten – Pauschale für den **Ersatz von Auslagen**. Sie beinhalten Nebenkosten (wie z.B. für Arzneimittel, Verbandmittel, etc. die der Patient behält).

Darüber hinaus können nur Kosten abgerechnet werden, die in § 2 Abs. 3 Berufsgenossenschaftlicher Nebenkostentarif genannt sind.

Spalte 5 Allgemeine Kosten – hier sind die Kosten erfasst, die als Praxiskosten in der jeweiligen ärztlichen Gebühr enthalten sind. Diese Spalten (Kosten9 sind für niedergelassene Ärzte nicht relevant.

Bei Krankenhausärzten mit besonderem vertraglichem Arzt/Krankenhausvereinbarungen sind diese Beträge von der Arztgebühr (Gebühr der Allgemeinen- oder Besonderen Heilbehandlung) abzusetzen, wenn das Krankenhaus die Sachkosten in Rechnung stellt. Der UV-Träger erhält in diesen Fällen zwei Rechnungen, eine um die Sachkostenreduzierte ärztliche Gebühr und eine über die Sachkosten.

Spalte 6 Sachkosten – dies ist die Addition der Spalte 4 (Besonderen Kosten) und Spalte 5 (Allgemeine Kosten).

UV-GOÄ - Abschnitt B.
Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt B. bzw. vor Nr. 1 ff. UV-GOÄ, Grundleistungen und allgemeine Leistungen (Stand 07/2026)

(die Allg. Bestimmungen zu Abschnitt B. sind kursiv gedruckt):

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

   Ein neuer Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn ein Versicherter während einer stationären Behandlung einen Unfall erleidet. Die Erstinanspruchnahme eines Arztes/einer Ärztin an dem Krankenhaus stellt eine erste ambulante Vorstellung in einem neuen Behandlungsfall dar. Der Arzt/die Ärztin (einschl. D-Arzt/D-Ärztin) kann die Leistungen abrechnen, es sei denn der neue Unfall würde auch zu einer stationären Aufnahme führen.

   Anmerkung zu Leistungen die auf den Behandlungsfall abstellen:
   Der **Behandlungsfall** umfasst den Zeitraum von drei Monaten nach der ersten Inanspruchnahme der Ärztin/des Arztes, und zwar unabhängig von einer Quartalsbetrachtung und gilt uneingeschränkt auch für Dauerbehandlungsfälle. Nach Ablauf dieser drei Monate beginnt wieder ein neuer Behandlungsfall.

   Beispiel: Erstmalige Inanspruchnahme am 03.03.2007
   Weitere Behandlungen am 07.03.07, 02.04.07, 02.05.07 und 05.06.07.

   Lösung: Die 3-Monats-Frist endet am 03.06.2007.
   Bei der Vorstellung am 05.06.07 liegt ein neuer Behandlungsfall vor.

   Wird während der laufenden Behandlung ein weiterer oder auch ein anderer Arzt in Anspruch genommen, beginnt für diesen Arzt ein neuer Behandlungsfall. Dies gilt nicht, wenn es sich bei dem anderen Arzt um den ständigen Vertreter, Ärzte der D-Arzt-Ambulanz im Krankenhaus, Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft oder Ärzten eines Medizinischen Versorgungszentrums handelt.

   Wenn in diesen Fällen unterschiedliche Ärzte an der Versorgung beteiligt sind, liegt ein einheitlicher Behandlungsfall vor. Die Leistungsbeschränkung der Nr. 1 UV-GOÄ gilt auch dann, wenn diese Ärzte sich bei der Versorgung abwechseln.

2. Die Leistungen nach den Nummern 1 bis 2, 5, 11 und 12 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1 bis 3, 11 und 12 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen zu begründen.

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

4. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.

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

   Möchte der Arzt Leistungen erbringen, für die es in der UV-GOÄ keine Gebühren gibt, kann er diese nur abrechnen, wenn der UV-Träger vorher eine Kostenzusage erteilt hat. Andernfalls ist der UV-Träger berechtigt die Übernahme der Leistungen zu verweigern.

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

Nr. 1 UV-GOÄ
Symptomzentrierte Untersuchung bei Unfallverletzungen und bei Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit einschl. Beratung (Stand 07/2026)

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

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

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

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Achtung: Auch wenn der D-Arzt keine Behandlung zu Lasten des UV-Trägers einleitet, weil es bei dem Patienten um keine Versicherte Person handelt, keine Versicherte Tätigkeit oder kein Unfall vorliegt, wird unterstellt, dass der D-Arzt eine Beratung und Untersuchung durchgeführt hat.

Andernfalls wäre es in diesen Fällen nicht möglich den Zuschlag nach Nr. 4 abzurechnen.

A. Inhalt und Umfang der Leistung

Die Nr. 1 beinhaltet die **symptomzentrierte Untersuchung bei Unfallverletzungen oder bei Verdacht auf das Vorliegen einer BK einschl. Beratung.**

Angesichts der Stellung in der UV-GOÄ und der Höhe der Gebühr liegt es nahe, dass im Rahmen der Nr. 1 nur die ärztl. Grundleistungen zur körperlichen Untersuchung mit einfachen Mitteln (Inspektion, Betasten, Abklopfen, Abhören, Prüfen der Reflexe oder der Beweglichkeit der Gelenke usw.) erfasst werden und zugleich der Instrumenteneinsatz auf die üblicherweise eingesetzten einfachen Hilfsmittel zur körperlichen Untersuchung (Stethoskop, Reflexhammer usw.) begrenzt sein soll (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, RdNr. 2 zu Nr. 5). Sonstige klinische Untersuchungen, die in der UV-GOÄ als Einzelleistungen aufgeführt sind, können also - soweit medizinisch erforderlich - neben der Nr. 1 abgerechnet werden.

Um den Leistungsinhalt der Nr. 1 genauer einzugrenzen, ist ein Vergleich mit der Nr. 6 unumgänglich. Wird dort für die umfassende Untersuchung ein nach Umfang und Zeit besonderer differenzialdiagnostischer Aufwand und/oder Beteiligung mehrerer Organe gefordert, so muss die **Leistung nach Nr. 1** auf diejenigen Untersuchungen beschränkt bleiben, die

- **mit relativ einfachen Mitteln,**
- **mit nach Umfang und Zeit normalem Aufwand und**
- **im Wesentlichen auf ein einzelnes Symptom (Krankheitszeichen,**
- **Beschwerden) bzw. Organ gerichtet,**

durchzuführen sind.

Bei der weitaus überwiegenden Zahl der Unfallverletzungen ist zusätzlich eine Röntgenuntersuchung unumgänglich. Zu beachten ist, dass der Aufwand für die **Auswertung von Röntgenaufnahmen** nicht dem Untersuchungsaufwand der Nr. 1 hinzugerechnet werden darf, weil die Röntgenleistung zusätzlich neben der Nr. 1 berechnet werden kann. Das gilt auch für vergleichbare andere Untersuchungen, z. B. Ultraschalluntersuchungen, EKG usw.

B. Typische Verletzungen, bei denen in aller Regel eine Untersuchung nach Nr. 1 ausreicht, sind folgende:

Schnitt in der Handfläche
Untersuchung: Erfragen des Unfallhergangs, Inspektion der Wunde mit Überprüfung von Durchblutung, Bewegungsfähigkeit und Sensibilität, kurzer Abgleich von Unfallhergang und Verletzungsmuster
Diagnose ggf.: Schnittverletzung ohne Verletzung der Binnenstrukturen

Schnitt am Zeigefinger mit Beteiligung einer Gelenkkapsel
Untersuchung: Erfragen des Unfallhergangs, Inspektion der Wunde, Prüfen der Gelenkführung und Beweglichkeit, Ausschluss weitergehender Verletzungen, kurzer Abgleich von Unfallhergang und Verletzungsmuster
Diagnose ggf.: Schnittverletzung mit Eröffnung der Gelenkkapsel

Abknicken eines Fingerendglieds (45°-Stellung)
Untersuchung: Erfragen des Unfallhergangs, Prüfung der aktiven und passiven Beweglichkeit des Endglieds und der Gelenkführung, kurzer Abgleich von Unfallhergang und Verletzungsmuster
Diagnose ggf.: Ruptur der Strecksehne am Fingerendgelenk

Schmerzen im Handgelenk nach Sturz auf Hand und Handgelenk
Untersuchung: Erfragen des Unfallhergangs und -zeitpunkts, Abtasten und Bewegen des Gelenks hinsichtlich aktiver/passiver Beweglichkeit, Bewegungs-, Druckschmerz, Schwellung, Blutergussverfärbung
Diagnose ggf.: Stauchung des Handgelenks

Schwellung der Fußwurzel oder des Sprunggelenks (nach Umknicken des Fußes)
Untersuchung: Erfragen des Unfallhergangs und -zeitpunkts, Inspektion, Betastung, Prüfung der Bandführung bzw. Aufklappbarkeit, Schwellung, Bluterguss, kurzer Abgleich von Unfallhergang und Verletzungsfolgen
Diagnose ggf.: Distorsion der Fußwurzel oder des Sprunggelenks

Bei dem weitaus überwiegenden Teil der leichteren Verletzungen, insbes. den nur oberflächlichen Prellungen, Schnittwunden, Hautabschürfungen usw., wird in aller Regel eine symptomzentrierte Untersuchung nach Nr. 1 ausreichend sein.

Die Nr. 1 ist **nicht berechenbar**

- im Rahmen der Erstattung einer ärztlichen Anzeige einer Berufskrankheit (vgl. Noeske/Franz, Erl. zum ÄV, zu § 44 ÄV).
- neben den bei der Nr. 1 ausgeschlossenen Gebühren, „Daneben nicht abrechenbar:“

Ein nach § 12 ÄV zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung **hinzugezogener Arzt** darf die Nr. 1 oder 2 berechnen, sofern eine symptomzentrierte Untersuchung stattgefunden hat, dokumentiert ist und keine Ausschlussgründe vorliegen (s. z. B. die anschließenden Arb.Hinweise zu den MRTs, CTs usw.).

Überweist der D-Arzt einen Verletzten zum **MRT, CT, Szintigraphie** usw. an einen Radiologen oder Nuklearmediziner, so ist die Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs mit den Gebühren der jeweiligen radiologischen Leistung abgegolten. Eine in diesem

Zusammenhang evtl. erforderliche **Untersuchung und/oder Beratung** des Patienten darf also **nicht gesondert mit der Nr. 1 oder 2 berechnet werden**. Das gilt grundsätzlich auch für **Kontrastmitteluntersuchungen** (Brück, Komm. z. GOÄ, Erl. zu Nr. 5 der Allgem. Best. zu Abschnitt O.I.; so auch Gemeins. Rdschr. d. LVBG 8/2001 vom 12.11.01, Anlage zu 4.2, am Ende, mit einem Vorschlag für eine standardisierte Begründung zur Streichung der Nr. 1).

Das gilt in gleicher Weise für die übrigen radiologischen Leistungen des Abschnitts O., z. B. **Computer-Tomographie (CT), szintigraphische Untersuchungen, Magnetresonanztomographie (MRT)** usw. Neben diesen Leistungen ist regelmäßig die Nr. 1 oder 2 nicht berechenbar, auch nicht vor **Kontrastmitteluntersuchungen** (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, Anm. zu Abschn. O. I.).

Allenfalls beim Eintritt von Komplikationen, z. B. nach Kontrastmittelgabe, ist eine gesonderte Berechnung der Nr. 1 denkbar. Dies sollte in der Rechnung entspr. dokumentiert sein (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ; s. auch Arb.Hinweise zu den Allgem. Best. zu Abschnitt O. bzw. vor Nrn. 5000 ff.).

Die Nr. 1 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Nr. 2 UV-GOÄ
Umfassende Untersuchung
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

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

Zusatzbestimmung zu Nr. 2:

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

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

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Die umfassende Untersuchung erfordert in der ersten Alternative einen unter Berücksichtigung des Unfallhergangs **nach Umfang und Zeit besonderen differenzialdiagnostischen Aufwand**. Die Verletzung muss also derart gelagert sein, dass zur Abgrenzung bzw. zum Ausschluss z. B. unfallunabhängiger Vorschäden oder weiterer (Neben-)Verletzungen ein besonderer klinischer Untersuchungsaufwand (z. B. Durchführung mehrerer Tests) zu leisten ist.

Bei der Vielzahl der **leichten, oberflächlichen Verletzungen** (Schnittverletzungen, Schürfungen, Prellungen usw.) darf die Nr. 2 regelmäßig nicht abgerechnet werden, weil insoweit aufgrund einer symptomzentrierten Untersuchung der Umfang der Verletzung vollständig festgestellt werden kann (vgl. Arb.Hinweise zu Nr. 1). Der besondere Untersuchungsaufwand muss deutlich über die Feststellungen bei einer Untersuchung nach Nr. 1 hinausgehen.

Wie sich aus der Formulierung „und/oder“ ergibt, werden in der zweiten Alternative die Fälle erfasst, in denen zusätzlich oder ausschließlich **mehrere Organe beteiligt** sind. Nach Sinn und Zweck der Nr. 6 ist auch insoweit zu fordern, dass aufgrund der Verletzung mehrerer Organe zugleich ein entsprechender - nach Umfang und Zeit besonderer - Untersuchungsaufwand zu leisten ist. Die Nr. 2 ist also - noch - nicht berechenbar, wenn es sich zwar um multiple, aber leicht zu diagnostizierende Verletzungen handelt (z. B. multiple oberflächliche Verbrennungen durch mehrere Metallspritzer).

Die **Notwendigkeit und der Umfang der Untersuchung** nach Nr. 2 müssen für den UV-Träger aus der Dokumentation hervorgehen bzw. es müssen die durchgeführten Untersuchungen durch ausführliche Schilderung der Befunde dokumentiert sein.

Die Zusatzbestimmung zu Nr. 2, wonach die umfassende Untersuchung in einem Behandlungsfall **nicht mehr als dreimal** berechnet werden darf, ist kein Hinweis dafür, dass regelmäßig in einem Behandlungsfall drei umfassende Untersuchungen notwendig werden. Vielmehr ist eine mehrfache Untersuchung nach Nr. 2 insbes. durch Chirurgen und Orthopäden normalerweise nicht erforderlich. Gerechtfertigte Ausnahmen müssen dementsprechend besonders begründet sein.

Die im Rahmen einer Untersuchung regelmäßig erforderliche Befragung des Verletzten zur Klärung des Unfallhergangs und des Zusammenhangs mit der Arbeitstätigkeit sowie auch die **Beratung** sind Bestandteil der Leistung nach Nr. 2.

Untersuchungen in kurzen Abständen weniger Tage, insbes. ohne, dass zwischenzeitlich eine Behandlung durchgeführt wurde, die eine wesentliche Befundänderung erwarten ließ, erfüllen grundsätzlich nicht die Voraussetzungen der Nr. 2.

Steht die Diagnose fest, kann es sich nur noch um **Kontrolluntersuchungen**, also um gewöhnliche Untersuchungen handeln.

Einzelfälle

Prototyp für eine umfassende Untersuchung im Sinne der Nr. 2 ist die **Generaluntersuchung**, wie sie z. B. für ein **Gutachten** gefordert wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass auch im Rahmen einer Begutachtung eine Beratung stattfindet.

Vor einer **Narkose** („Vollnarkose"/Leitungsanästhesie) ist regelmäßig eine umfassende Untersuchung nach Nr. 2 erforderlich (vgl. Arb.Hinweise zu Nr. 462). Dies gilt für den Anästhesisten (Anamneseerhebung) und den Operateur. Für eine Abschlussuntersuchung nach einer Narkose sind die Nrn. 1 und 2 nicht neben den Nrn. 448 oder 449 berechenbar (s. Zusatzbestimmungen bzw. Arb.Hinweise zu Nrn. 448, 449).

Bei **Lokalbetäubungen** (z. B. Nrn. 490, 491 - Infiltrationsanästhesie kleiner oder großer Bezirke) ist regelmäßig eine umfassende Untersuchung nicht erforderlich. Liegen außergewöhnliche Umstände vor (z. B. Herzerkrankung), die ausnahmsweise vor einer örtlichen Betäubung eine solche Untersuchung erforderlich machen, sind die Ergebnisse dieser Untersuchung als Befund im D-Bericht (z. B. Blutdruck, Pulsfrequenz, Herztöne usw.) zu dokumentieren (vgl. auch Arb.Hinweise zu Nrn. 490, 491, 493).

Eine **Knieverletzung/Schulterverletzung** mit Verdacht auf eine Binnenschädigung erfordert regelmäßig die Durchführung mehrerer Tests, was einen besonderen zeitlichen Untersuchungsaufwand bedeutet. Die Abrechnung der Nr. 2 ist regelmäßig berechtigt, wenn Untersuchungen durchgeführt werden, wie sie der Vordruck nach Nr. 137oder 138 (F 1004 – Ergänzungsbericht Knie bzw. F 1006- Ergänzungsbericht Schulter) vorsieht. Die Gebühr für diesen Vordruck ist gesondert abrechenbar.

Bei einer **Schädelprellung** oder **leichten Gehirnerschütterung** mit äußerer Verletzung (z. B. Platzwunde) wird zum Ausschluss einer Hirnbeteiligung regelmäßig eine umfassende Untersuchung erforderlich sein, weil sich diese nicht nur auf die Inspektion der Wunde, sondern auch auf die relativ umfangreiche neurologische Abklärung erstrecken muss, z. B. auf Blutdruck/Puls, Erfragen von Ausfallerscheinungen, Zentralnerven (Hirnnerven), periphere Nerven (Beine, Arme), Reflexe usw.

Bei **Schnittverletzungen mit Beteiligung einer Gelenkkapsel oder Sehnenscheide** ist regelmäßig noch keine umfassende Untersuchung im Sinne der Nr. 2 erforderlich, weil sich der Untersuchungsaufwand i. d. R. auf eine Inspektion der Wunde beschränkt.

Für die Behandlung durch **Augenärzte** wird bezüglich der Berechenbarkeit der Nr. 2 auf Pkt. 4.1 des Gemeins. Rdschr. der LVBG Nr. 8/2001 vom 12.11.01 verwiesen. Die ursprünglichen Ausführungen zu Nr. 2 in der „Leitlinie zur Abrechnung in der Augenheilkunde" sind insoweit überholt. Im Regelfall ist in der augenärztlichen Diagnostik nur die Nr. 1 berechnungsfähig, insbes. bei leichten Verletzungen.

Für **Neurologen** sind die eingehenden (neurologischen oder psychiatrischen) Untersuchungen in den Nrn. 800 und 801 besonders geregelt. Neben diesen Nrn. kann die Nr. 2 nicht abgerechnet werden (vgl. Zusatzbestimmungen zu Nrn. 800, 801 bzw. Arb.Hinweise dazu).

Die bisher für die neurologische Untersuchung bei der Nr. 800 genannte Leistungsbeschränkung der Nr. 826 gilt nun ausdrücklich auch für die Ärzte, die eine neurologische Untersuchung wegen der fehlenden Berechtigung zur Abrechnung der Nr. 800, nach Nr. 2 abrechnen.

Im Zusammenhang mit der Auswertung von **Röntgenaufnahmen** ist die Nr. 2 nicht berechenbar. Nach Nr. 4 der Allgem. Best. zu Abschnitt O.I. bzw. vor Nrn. 5000 ff. ist die Beurteilung von Röntgenaufnahmen als selbständige Leistung grundsätzlich nicht berechnungsfähig (Ausnahme: die Beurteilung von Fremdaufnahmen im Rahmen einer Begutachtung nach Nrn. 5255 bis 5257).

Zur Berechnungsfähigkeit der Nr. 2 bei allgem. HB

Im Regelfall ist im Rahmen der allgem. HB eine umfassende Untersuchung nach Nr. 2 nicht erforderlich.

Meist handelt es sich in den Fällen der allgem. HB um kleinere Verletzungen, wobei für Diagnose und Behandlungsmaßnahmen regelmäßig eine **symptomzentrierte Untersuchung** nach Nr. 1 ausreicht. Wenn im Übrigen nach der Erstversorgung durch einen D-Arzt eine Überweisung zur Weiterbehandlung an den Allgemeinarzt erfolgt, ist die Diagnose bereits gestellt, so dass allenfalls **Kontrolluntersuchungen** erforderlich sind, die regelmäßig nicht die Voraussetzungen der Nr. 2 erfüllen.

Im Rahmen der allgem. HB ist der Ansatz der Nr. 2 **nur in Ausnahmefällen** bei Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen und bei besonderer Begründung berechtigt.

Die Nr. 2 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Nr. 3 UV-GOÄ
(Stand 07/2026)

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

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

Mit der Formulierung „Zuschlag zu den Nrn. 1 oder 2“ wird klargestellt, dass die Nr. 3 nicht alleine abgerechnet werden kann.

Der Zuschlag bezieht sich auf eine der Untersuchungen nach Nr. 1 oder 2. Es muss sich daher um eine der beiden Untersuchungen handeln, die zu einer der genannten Zeiten zwischen 19 – 7 Uhr oder am Samstag, am Sonntag oder einem Feiertag erbracht wird. Der Zuschlag kann nur einmal abgerechnet werden. Auch für eine Untersuchung, die zwischen 19 – 7 Uhr z.B. an einem Feiertag erfolgt, kann der Zuschlag nur einmal abgerechnet werden.

Die Leistung nach Nr. 3 ist nicht berechnungsfähig, wenn ein Patient zwar nach Ablauf der angezeigten offiziellen Sprechstundenzeit, jedoch während der noch andauernden Sprechstunde vom Arzt behandelt wird. Dies gilt auch für eine Behandlung im Rahmen einer Bestellpraxis.

Erscheint der Patient noch vor 19:00 Uhr und erfolgt die Behandlung z. B. aufgrund erheblichen Andrangs erst nach 19:00 Uhr, so ist der Zuschlag für die symptomzentrierte Untersuchung nicht berechenbar.

Wurde der Verletzte zur Behandlung zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen bestellt, rechtfertigt dies nicht die Berechnung des Zuschlags.

Die Überprüfung der Zeit zwischen 19 – 7 Uhr wird in der Praxis schwierig sein. Bei **auffälliger Häufung der Nr. 3** sollte eine Rücksprache mit dem abrechnenden Arzt erfolgen. Bestehen danach weiterhin Zweifel ist eine **Rückfrage beim Verletzten** in Betracht zu ziehen. Das gilt auch für die Frage, ob er zu einem bestimmten Zeitpunkt bestellt worden ist"

Wenn der Arzt einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem der Arzt üblicherweise seine berufliche Tätigkeit nicht ausübt (z.B. Notarzteinsatz), rechnet er die Nr. 50 UV-GOÄ ab. Da die Nrn. 1 und 2 neben der Nr. 50 ausgeschlossen sind, kann der Zuschlag nach Nr. 3 in diesen Fällen nicht abgerechnet werden (ggf. Zuschlag nach Nr. 51).

Ein „Besuch“ i.S.d. GOÄ liege vor, wenn der Arzt einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem der Arzt üblicherweise seine berufliche Tätigkeit nicht ausübt. Ein Besuch liege nach der GOÄ nur vor, **wenn sich der Arzt zum Patienten (oder an den Ort eines Notfalles) begebe.**

Nr. 4 UV-GOÄ
(Stand 07/2026)

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

Die Leistung kann nur von D-Ärzten abgerechnet werden.

Mit der Formulierung „Zuschlag zu den Nrn. 1 oder 2“ wird klargestellt, dass die Nr. 4 nicht alleine abgerechnet werden kann.

Diese Leistung ist ausschließlich D-Ärzten vorbehalten. Andere Ärzte, die Versicherte im Rahmen der Befundbesprechung etc. darauf hinweisen können diese Leistung nicht abrechnen. Dies gilt auch für die Ablehnung einer Berufskrankheit.

Voraussetzungen für die Abrechnung des Zuschlags sind:

- eine Untersuchung nach Nr. 1 (siehe Hinweis zur hoheitlichen Aufgabe im nachfolgenden Absatz) oder 2
- eine Entscheidung des Durchgangsarztes
- tatsächlicher Abbruch bzw. das Nicht einleiten einer Behandlung zu Lasten des UV-Trägers
- die Dokumentation der Gründe
- Aufklärung des Versicherten mit Dokumentation

Eine ausreichende Dokumentation liegt vor, wenn der D-Arzt auf dem D-Bericht das Feld 10, „Ja, weil“ ankreuzt und dort z.B. dokumentiert „kein Unfall im Sinne des Gesetzes“) und bei Nr. 11 „es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt“ ankreuzt.

In den Fällen, bei denen der D-Arzt aus versicherungsrechtlichen Gründen (keine „Versicherte Person“, keine „Versicherte Tätigkeit“ oder kein „Unfall“) bereits keine Behandlung zu Lasten des UV-Trägers einleitet, wird unterstellt, dass der D-Arzt für diese hoheitliche Tätigkeit (Entscheidung über das „Ob“ und „Wie“ der Behandlung für den UV-Träger) die Nr.1 abrechnen kann.

Erfüllt der D-Arzt die weiteren Voraussetzungen, kann er den Zuschlag in diesen Fällen abrechnen.

Die Abrechnung beschränkt sich daher auf den D-Bericht, Porto, Nr. 1 und die Nr. 4. Die Nr. 2 kann in diesen Fällen nicht abgerechnet werden.

Der Zuschlag kann nicht abgerechnet werden, wenn der UV-Träger die Behandlung abgebrochen hat. Stellt sich der Versicherte dennoch beim D-Arzt vor sind die Voraussetzungen für eine unfallbedingte Behandlung und Abrechnung nicht mehr gegeben, da zu diesem Zeitpunkt bereits eine kassenärztliche Behandlung begonnen hat.

Abrechnung der Nr. 4 UV-GOÄ wegen nicht eingeleiteter oder abgebrochener Behandlung zu Lasten des UV-Trägers			
Keine Versicherte Person	Keine versicherte Tätigkeit	Kein Unfall	Kein Medizinischer Zusammenhang
z.B. Schüler außerhalb der Schulzeit auf dem Schulhof	z.B. eigenwirtschaftliche Tätigkeit, private Unterbrechung des Weges, Unfall im Wohngebäude	Bandscheibenvorfall, Innere Ursache	Für die Klärung sind klinische und/oder apparativ-technische Untersuchungen erforderlich
Nr. 132	Nr. 132	Nr. 132	Nr. 132
Nr. 192	Nr. 192	Nr. 192	Nr. 192
Nr. 1	Nr. 1	Nr. 1	Nr. 1 oder 2
Nr.4	Nr.4	Nr.4	Nr.4
In diesen Fällen wird ohne Untersuchung keine Behandlung zu Lasten des UV-Trägers eingeleitet. Es wird unterstellt, dass der D-Arzt für diese hoheitliche (Entscheidung über das "Ob" und "Wie" der Behandlung für den UV-Träger) Tätigkeit die Nr. 1 abrechnen kann. Erfüllt der D-Arzt die weiteren Voraussetzungen, kann er den Zuschlag in diesen Fällen abrechnen.			Zusätzliche, erforderliche Maßnahmen (Sono, Röntgen, etc.). Erfolgt der Abbruch der Behandlung im Verlauf und wird dies mit Verlaufsbericht angezeigt, ist die Nr. 115 abzurechnen.

Nr. 5 UV-GOÄ (Stand 07/2026)

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

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

Mit der Formulierung „Zuschlag zu den Nrn. 1 oder 2“ wird klargestellt, dass die Nr. 5 nicht allein abgerechnet werden kann.

Der erhöhte Aufwand bei Kindern bis zum 6. Geburtstag kann nicht mit dem Zuschlag abgerechnet werden. Hierfür wurde bereits vor der Überarbeitung der UV-GOÄ bei der Nr. 1 eine entsprechende Ergänzung vorgenommen. Aus diesem Grund erfolgt hier ein entsprechender Ausschluss.

Eine erschwerte Kommunikation liegt nicht vor, wenn die Erwartungen des Versicherten (z.B. Anerkennung eines Arbeitsunfalles, Forderung nach bestimmter Behandlung/Therapie, etc.), Missverständnisse oder besondere Emotionen die Ursache sind. Dies gilt auch für begleitende Eltern, Betreuer, etc.

Eine erschwerte Kommunikation im Sinne der Nr. 5 liegt nicht automatisch für die Erläuterung medizinischer Sachverhalte bzw. bei schweren Verletzungen vor. Bestehen jedoch aufgrund der Schwere der Verletzung beim Versicherten kognitive Einschränkungen oder Sprachbarrieren (Schweres Schädelhirntrauma) kann der Zuschlag abgerechnet werden.

Die Leistungsbeschreibung nennt zwei Voraussetzungen für den Zuschlag. Es muss sich zunächst um eine Untersuchung nach Nr. 1 oder 2 handeln. Dies bedeutet, dass der Zuschlag im Zusammenhang mit anderen Untersuchungen, isolierten ärztlichen Maßnahmen, Anwendungen oder apparativ-technischen Untersuchungen nicht abgerechnet werden kann.

Daneben nicht abrechenbar ist z. B. die Nr. 800 und andere Untersuchungen.

Des Weiteren muss „ein erhöhter ärztlicher Aufwand wegen erschwerter Kommunikation“ vorliegen. Dies können geistige Handicaps, Spektrum-Störungen (Autismus) oder Sprachbarrieren des Versicherten sein.

Professionelle Dolmetscher oder andere Personen, die die deutsche Sprache sprechen und den Versicherten aufgrund seiner Sprachbarrieren begleiten erfüllen auch die Voraussetzungen für die Abrechnung der Nr. 5.

Nr. 10 UV-GOÄ
Telemedizinische Beratungsleistungen als selbstständige Leistungen durch den D-Arzt und Handchirurgen nach § 37 (3) Vertrag Ärzte/UV-Träger und im Einzelfall nach vorheriger Kostenzusage durch den UV-Träger. Telemedizinische Beratung/Betreuung und/oder Videosprechstunde durch den Arzt mittels visueller Kommunikationsmedien bis zu 10 Minuten. (Stand 07/2026)

Die Abrechnung telemedizinischer Leistungen ist für den Arzt grundsätzlich nur dann möglich, wenn der Versicherte sich bereits in der Behandlung des Arztes befindet und sichergestellt ist, dass ein vorheriger Arzt-Patienten-Kontakt (Untersuchung nach den Nrn. 1 - 9 UV-GOÄ) erfolgt ist. In diesen Fällen ist die Erbringung und Abrechnung telemedizinischer Leistungen bis zu zwei Mal im Behandlungsfall möglich. Voraussetzung ist, dass die Beratungsleistung des Arztes in seinem Fachgebiet liegt. Vorrang vor der Erbringung telemedizinischer Leistungen genießt weiterhin der Grundsatz des persönlichen Arzt-/Patienten-Kontaktes. Die telemedizinische Beratung schließt eine rein telefonische Beratung oder eine Beratung via E-Mail, SMS, Chat oder vergleichbare Kommunikationsmittel aus. Sie kann ausschließlich im Rahmen der besonderen Heilbehandlung (Ausnahme Kostenzusage durch UV-Träger) erbracht werden. Am Behandlungstag kann die Leistung nicht mehrfach und nicht neben Untersuchungsleistungen, Besuchen und Visiten abgerechnet werden. Eine Ausnahme besteht dann, wenn sich aus der telemedizinischen Beratung eine Besonderheit nach § 16 Vertrag Ärzte/UV-Träger ergibt, die dies erforderlich macht. Neben der Nr. 10/10a kann die Nr. 60a nicht abgerechnet werden.
Das Ergebnis der telemedizinischen Beratung (Beurteilung der patientenbezogenen, medizinischen Fragestellungen und relevanten Informationen) ist zu dokumentieren und dem UV-Träger auf Verlangen in Kopie vorzulegen. Eine Berichtspflicht besteht nicht. Ergeben sich aus der Beratung Hinweise auf Besonderheiten des Behandlungsverlaufs, ist der UV-Träger unverzüglich mit einem Verlaufsbericht zu informieren.
Für die Erbringung telemedizinischer Leistungen mittels visueller Kommunikationsmedien sind die Regelungen der Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte durch den behandelnden Arzt entsprechend einzuhalten.

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

Nr. 10a UV-GOÄ
Leistung nach Nr. 10, jedoch für die Dauer von mehr als 10 Minuten. (Stand 07/2026)

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

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

Anmerkungen zu den Nrn. 10/10a

Telemedizin verlangt den Einsatz audiovisueller Kommunikationstechnologien (synchrone Kommunikation mittels Bild und Ton (Sehen und Hören) und setzt eine räumliche Trennung voraus. Die reine telefonische Beratung ist weiterhin nach den Nr. 11 abzurechnen. Bei der Kommunikation per E-Mail, SMS, Chats usw. handelt es sich nicht um eine audiovisuelle Kommunikation.

Zu der Abrechnung der Nrn. 10/10a sind nur D-Ärzte, zugelassene Handchirurgen und Ärzte, die eine Kostenzusage für diese Leistungen vom UV-Träger erhalten haben (z. B. Hautärzte im Hautarztverfahren) berechtigt.

Mit der Formulierung „selbstständige Leistungen durch“ wird definiert, dass der Arzt diese Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Eine Delegation an eine Med. Fachangestellte ist nicht möglich. Es darf sich nur um Fälle handeln, in denen der Arzt vorher bereits persönlich eine Untersuchung nach den Nummern 1 oder 2 durchgeführt hat. Nach dem ersten Arzt/Patienten-Kontakt (Beginn des Behandlungsfalles) kann der Arzt die Nrn. 10 oder 10a in den nächsten 3 Monaten maximal zweimal abrechnen. Mit dieser Begrenzung und der Beschränkung auf Fälle der besonderen Heilbehandlung kommt zum Ausdruck, dass diese Art der Kommunikation die Ausnahme sein soll und der persönliche Kontakt weiterhin Vorrang hat. Die Art und Schwere der Verletzung und eine besondere Situation im Heilverfahren sind für die Wahl der audiovisuellen Kommunikation maßgeblich, nicht persönliche Wünsche der Versicherten (Zeitmangel, etc.) oder fehlende Sprechstundentermine.

Die Leistung kann nur auf dem jeweiligen Fachgebiet des Arztes erbracht werden.
Mit dem Hinweis auf den vorherigen Arzt/Patienten-Kontakt und dem Ausschluss der Nr. 60 (Konsiliarische Erörterung) wird klargestellt, dass die Leistungen nicht für eine audiovisueller Kommunikation von Ärzten untereinander abgerechnet werden kann. Der telefonische/telemedizinische Austausch von am Heilverfahren beteiligten Ärzten untereinander ist weder nach den Nrn. 10/10a oder 11-14 abrechenbar.
Neben den Nrn. 45-47 (Visiten), 50-51 (Besuche) und allen Untersuchungsleistungen der UV-GOÄ (gilt auch für Fachärzte, die eine Kostenzusage haben) können die Nrn. 10 oder 10a am Behandlungstag nicht abgerechnet werden. Eine mehrfache Berechnung am Behandlungstag ist ebenfalls ausgeschlossen.
Dies gilt dann nicht, wenn sich im Rahmen einer audiovisuellen Kommunikation, nachdem eine Untersuchung, Visite oder ein Besuch erfolgt ist eine Besonderheit nach § 16 ergibt, die eine Berichterstattung des Arztes an den UV-Träger erforderlich macht.

Der Arzt oder Ärztin hat dem UV-Träger mit Ausnahme eines Grundes nach § 16 grundsätzlich nicht über den Verlauf der telemedizinischen Beratung zu berichten. Diese Berichte sind nicht zu erstatten, Ausnahme der UV-Träger fordert einen Bericht an. Das Ergebnis der telemedizinischen Beratung ist zu dokumentieren und dem UV-Träger auf Verlangen in Kopie vorzulegen. Eine Berichtsgebühr kann dafür nicht gefordert werden, da dies Bestandteil der Leistung ist.
Die Nrn. 10 und 10a unterscheiden sich in der zeitlichen Inanspruchnahme. Mit dem bei der Nr. 10a definierten Ausschluss wird klargestellt, dass beide nicht nebeneinander abgerechnet werden können. Dies ist durch die Begrenzung der einmaligen Abrechnung am Behandlungstag auch bei einer zeitlichen Trennung nicht möglich.
Mit der Gebühr sind alle, mit der audiovisuellen Kommunikation im Zusammenhang stehenden Leistungen abgegolten.

Der UV-Träger hat jedoch die Möglichkeit im konkreten Einzelfall eine darüberhinausgehende Kostenzusage zu erteilen.

Eine Abrechnung der Nrn. 10 oder 10a ist neben den Nrn. 11-14 nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Bei einer entsprechenden Begründung und zeitlichen Trennung ist dies möglich.

Mit dem Hinweis auf die Regelungen der Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte wird klargestellt, dass die Anforderungen an den Arzt, die Verfahren zur Datenübertragung, den Datenschutz und die Datensicherheit, die zwischen der KV und den Spitzenverbänden der GKV vereinbart wurden auch in der gesetzlichen Unfallversicherung gelten.

Nr. 11 UV-GOÄ
Beratung als alleinige Leistung
(Stand 07/2026)

Der **Begriff der Beratung** ist in der UV-GOÄ nicht definiert. Die ausschließliche Mitteilung von Befunden (z. B. Laborwerte) stellt noch keine Beratung dar (ggf. ist die Nr. 16 einschlägig). Erst wenn der Arzt den Verletzten über die bloße Auskunft hinaus belehrt und ihm Ratschläge erteilt, ist eine Beratung gegeben.

Die Nr. 11 kann für denselben Behandlungstag (Behandlungszeitpunkt) **nicht zusammen mit anderen Leistungs-Nummern** abgerechnet werden (“Beratung - als alleinige Leistung”), auch nicht neben einer Visite im Krankenhaus. “Alleinige Leistung” bedeutet, dass im Rahmen desselben Arzt-Patienten-Kontakts keine weiteren ärztl. Leistungen abgerechnet werden können, wohl aber Berichtsgebühren.

Die Mehrfachberechnung der Nr. 11 an demselben Tag, jedoch für verschiedene Tageszeiten, ist nur zulässig, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war.

Eine Abrechnung der Nrn. 10 oder 10a ist neben der Nr. 11 nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Bei einer entsprechenden Begründung und zeitlichen Trennung ist dies möglich.

Nr. 12 UV-GOÄ
(Stand 07/2026)

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

Nr. 15 UV-GOÄ
Telefonisches oder videobasiertes Gespräch des Arztes mit einem Mitarbeitenden des Unfallversicherungsträgers im Zusammenhang mit der Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens
(Stand 07/2026)

Die Leistung kann nur bei besonderer Heilbehandlung und maximal 3 x im Behandlungsfall abgerechnet werden. Die Gespräche sind zu dokumentieren. Eine zusätzliche Berichterstattung erfolgt ausschließlich auf Anforderung des UV-Trägers.

Inhalt der Gespräche müssen Sachverhalte zur Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens sein. Dabei ist es unerheblich, wer von Seiten des Unfallversicherungsträgers das Gespräch führt (Unfallsachbearbeiter, Reha Manager, Abteilungsleiter). Das Gespräch muss mit dem behandelnden Arzt geführt werden. Für Nachfragen, Beschwerden, etc. im Rahmen der Rechnungskorrektur kann die Leistung nicht abgerechnet werden.

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

Nr. 16 UV-GOÄ
(Stand 07/2026)

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

Ein **Radiologe, Nuklearmediziner** usw. kann die Nr. 16 nicht abrechnen, wenn er den Befundbericht (z. B. zu einem CT oder MRT, einer Szintigraphie usw.) an den auftraggebenden D-Arzt oder D-Ärztin versendet.

Abgesehen davon, dass die Nr. 16 die **Übermittlung** des Befundes **durch die** medizinische Fachkraft als alleinige Leistung betrifft, ist nach Nr. 3, Allgem. Best. des Abschnitts O. (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin usw.) die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose Bestandteil der Leistung. Der Radiologe kann somit nur seine Portoauslagen für das Übersenden des Berichts in Rechnung stellen.

Vgl. die ausführlichen Arb.Hinweise zu den Allgem. Best. zu Abschnitt O. bzw. vor Nrn. 5000 ff.

Nr. 17 UV-GOÄ
Mitwirkung des Arztes bei der Erstellung des Reha-Planes
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

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

Daneben sind die Nummern 34, 35, 6000 und 6002 nicht abrechenbar.

Nr. 3.2 des Handlungsleitfadens lautet:

Der Reha-Plan ist eine gemeinsame, dynamische, jederzeit den geänderten Verhältnissen anzupassende Vereinbarung über den Ablauf der Rehabilitation einschließlich aller durchzuführenden Maßnahmen bis zum Erreichen des angestrebten Ziels. Er wird in einem Teamgespräch zwischen der/dem Versicherten, Arzt/Ärztin und Reha-Manager/-in, sowie bei Bedarf weiteren Beteiligten aufgestellt. Soweit besondere Umstände des Einzelfalles dem nicht entgegenstehen, ist der Reha-Plan innerhalb eines Monats nach dem Unfall zu erstellen. Ergibt sich das Erfordernis eines Reha-Managements erst zu einem späteren Zeitpunkt ist der Reha-Plan unverzüglich zu erstellen.
Die Reha-Planung erfolgt auf Grundlage der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF. Neben der Betrachtung der Gesundheitsstörung und der daraus folgenden medizinischen Behandlungsnotwendigkeit wird erhoben, wie sich die Gesundheitsstörung auf die Aktivitäten und die Teilhabe der unfallverletzten Person unter Berücksichtigung aller Kontextfaktoren auswirkt. Bei länger dauernden Heilverläufen sind frühzeitig Maßnahmen zur Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit einzuplanen. Die systematische Fortschreibung des Reha-Plans ermöglicht es, frühzeitig Teilhabestörungen zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu veranlassen.

Eine die Gebühr auslösende Mitwirkung des Arztes setzt immer einen entsprechenden Auftrag des UV-Trägers voraus. Es empfiehlt sich, diesen Auftrag schriftlich zu erteilen oder schriftlich zu bestätigen.

Die Gebühr ist pro Fall nur einmal zu zahlen. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte auch anderer Fachrichtungen ohne Auftrag des UV-Trägers beteiligt sind (siehe auch DGUV-Rundschreiben 030/2008 vom 22.4.2008). Ausnahmsweise kann die Gebühr in demselben Fall auch an einen weiteren Arzt gezahlt werden, wenn dieser auf ausdrücklichen Auftrag des UV-Trägers an der Erstellung des Reha-Planes mitwirkt. Auch wenn die UV-GOÄ nur für Ärzte gilt, bestehen keine Bedenken, die Gebühr auch z. B. einem vom UV-Träger zur Reha-Planung hinzugezogenen Psychologen oder nichtärztlichen Psychotherapeuten anzubieten.

Die Fortschreibung des Reha-Plans ist in Nr. 18 UV-GOÄ geregelt. Die Mitwirkung bedarf eines Auftrags des UV-Trägers.

Nr. 18 UV-GOÄ
Fortschreibung des Reha- und Teilhabeplanes nach Nr. 17 UV-GOÄ
(Stand 07/2026)

Die Mitwirkung bedarf eines Auftrages durch den UV-Träger.

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

Es bleibt dem UV-Träger im Einzelfall vorbehalten auch nachträglich einen Auftrag zu erteilen.

Nr. 19 UV-GOÄ
Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken
(Stand 07/2026)

Zusatzbestimmung zu Nr. 19:

Die Leistung kann nur abgerechnet werden, wenn alle der vorgenannten Kriterien erfüllt sind.

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

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 6000, 6002

Die Nr. 19 soll eine adäquate Honorierung der haus- oder fachärztlichen Koordinierungsfunktion im Rahmen der ambulanten Behandlung chronisch Kranker sicherstellen (Gespräche mit anderen behandelnden Ärzten, Vor- und Nachbereitung von Krankenhausaufenthalten, regelmäßige Überprüfung der Medikation, Kontakte zu sozialen Einrichtungen, Versicherungsträgern usw.).

Es muss sich um die **Einleitung und Koordination** flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen handeln. Ein einmaliges „Anstoßen“ entsprechender Maßnahmen genügt nicht; diese sind vielmehr fortlaufend im Sinne einer positiven Beeinflussung des Behandlungsprozesses zu koordinieren.

Weist z. B. der behandelnde Hautarzt den Berufshelfer - einmalig - darauf hin, dass wegen aufgetretener Hauterscheinungen - zusätzliche - Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz erforderlich seien, so ist dies begrifflich noch nicht als Koordination im Sinne der Nr. 19 anzusehen.

Es müssen kumulativ, also **therapeutische und auch soziale Maßnahmen** zu koordinieren sein.

Wird z. B. vom behandelnden Chirurgen flankierend eine psychotherapeutische Behandlung eingeleitet und fortlaufend koordiniert, so reicht dies nicht aus. Es müssen darüber hinaus auch soziale Maßnahmen aktiviert werden. Insoweit kommen z. B. Maßnahmen in Betracht, die auf eine Verbesserung der häuslichen Situation des Verletzten oder Berufserkrankten (z. B. bauliche Veränderungen an der Wohnung) oder der Verhältnisse am Arbeitsplatz (z. B. technische Hilfsmittel) abzielen.

Es muss sich um eine **kontinuierliche** ambulante Betreuung handeln. Dies erfordert insbes. die fortlaufende Information des Arztes durch den UV-Träger über den Stand der therapeutischen und sozialen Maßnahmen, wobei sich die Behandlung regelmäßig über einen längeren Zeitraum erstrecken muss.

Die Nr. 19 ist beschränkt auf die **ambulante Behandlung**, also nicht berechnungsfähig für die Einleitung und Koordination entsprechender Maßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthalts.

Bei dem Patienten muss es sich um einen **chronisch Kranken** handeln (z. B. bei Diabetes mellitus, Krankheiten des rheumatischen Formenkreises); dass noch Aussicht auf eine Heilung gegeben ist, steht dem nicht entgegen. Es sind alle Krankheiten oder Verletzungen gemeint, bei denen die Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen im Rahmen einer kontinuierlichen ambulanten Behandlung erforderlich sind.

Vgl. zu den vorstehenden Voraussetzungen: Brück, Komm. z. GOÄ, Nr. 15, RdNr. 1 u.2.

Die - aus der Privat-GOÄ übernommene - Leistung nach Nr. 19 wird bei Unfallverletzungen und BKen nur in seltenen Fällen berechenbar sein. Für die große Zahl der Akut-Verletzungen, die erfahrungsgemäß folgenlos ausheilen, kommt sie keinesfalls in Betracht; derartig Verletzte sind nicht als „chronisch Kranke“ anzusehen.

Bei Schwerverletzten (z. B. nach Polytrauma, Amputationen usw.) oder Schwer-Berufserkrankten (z. B. Krebskranken) ist eine Berechenbarkeit der Nr. 19 schon eher vorstellbar.

Zu bedenken ist ferner, dass die UV-Träger ohnehin verpflichtet sind, im Rahmen der gesetzlichen und sonstigen Bestimmungen alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen. Regelmäßig wird bei entsprechenden Verletzungen oder BKen daher der Berufshelfer/Reha-Manager das Erforderliche veranlassen, insbes. die Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation. Für entsprechende ärztl. Maßnahmen dürfte daneben (anders als bei Privatversicherten) nur noch wenig Raum bleiben.

II. Leistungen unter besonderen Bedingungen

Nr. 35 UV-GOÄ
Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern und/oder Röntgenbildern durch den D-Arzt bei einem Arztwechsel (Stand 07/2026)

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

Eine Abrechnung neben Gutachterleistungen ist ausgeschlossen.

Die Leistung kann von den an dem Heilverfahren beteiligten D-Ärzten und Handchirurgen gem. § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 17, 18, 34, 5255, 5256, 5257

Abrechnen können diese Leistung, soweit in der vollständigen Leistungsbeschreibung keine Einschränkung genannt ist,
- D-Ärzte und
- Handchirurgen, die nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger berechtigt sind.

Diese Leistung kann durch die Formulierung „und/oder“ sowohl für Schnittbilder als auch für Röntgenbilder oder beides einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Bestandteil der Leistung und nicht zusätzlich abrechenbar ist die Bewertung von Sonographie-Bildern.

Mit der Formulierung der Mehrzahl „Schnittbildern und/oder Röntgenbildern“ wird klargestellt, dass diese Leistung unabhängig von der Anzahl der zu bewertenden Bilder einmal abrechenbar ist.

Ausgeschlossen ist die Leistung bei einer Hinzuziehung eines anderen in der Leistungsbeschreibung genannten Arztes.
Dies gilt auch für die Vorstellungspflicht nach § 26, da hier kein D-Arzt-Wechsel stattfindet. Die Erstvorstellung beim D-Arzt/D-Ärztin nach vorheriger Behandlung bei einem Nicht-D-Arzt erfüllt die Voraussetzungen nicht.

Der D-Arzt/zugelassener Handchirurg kann die Nr. 35 auch dann abrechnen, wenn er Röntgenbilder und/oder Schnittbilder beurteilt und bewertet, die vorher von einem Nicht-D-Arzt angefertigt wurden, solange kein Ausschluss nach den Zusatzbestimmungen zu der Nr. 35 besteht. Dies betrifft insbesondere Fälle, in denen der Nicht-D-Arzt im Rahmen des sofort Notwendigen nach § 9 Ärztevertrag Röntgenbilder anfertigt und Vorstellungspflicht beim D-Arzt besteht oder der Versicherte sich später beim D-Arzt mit den Bildern vorstellt.

Neben einer Pauschale für D-ärztliche Behandlung in Berufsgenossenschaftlichen Kliniken und deren Kooperationskliniken sowie der Unfallbehandlungsstellen nach den jeweils aktuellen ambulanten Behandlungskostentarifen kann diese Leistung nicht abgerechnet werden.

Da die Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern und/oder Röntgenaufnahmen Bestandteil der Leitung nach der Nr. 34 UV-GOÄ sind, kann die Nr. 35 daneben nicht abgerechnet werden.

Die Nr. 35 setzt nicht voraus (anders als Nr. 34), dass der UV-Träger hierfür einen Auftrag erteilt hat oder die Vorstellung beim weiteren D-Arzt veranlasst hat.

Die Nebeneinanderabrechnung der Leistungen nach den Nrn. 35 und 36 ist mit entsprechend dokumentierter Begründung nicht ausgeschlossen, am gleichen Behandlungstag aber nicht möglich.

Voraussetzung für die Abrechnung der Nr. 35 ist, dass der D-Arzt/zugelassener Handchirurg dies im Bericht dokumentiert.

Fallbeispiele zur Nr. 35

1. Die Erstvorstellung erfolgt im Krankenhaus und die Weiterbehandlung erfolgt beim niedergelassenen D-Arzt.
   Ergebnis: Dokumentiert der niedergelassene D-Arzt die Sichtung der im Krankenhaus angefertigten Schnittbilder und/oder Röntgenbilder in seinem D-Bericht/Verlaufsbericht, kann er die Nr. 35 abrechnen.
2. Fortführung Fall 2 – Der Versicherte kommt nach einer Woche mit den in dem zum Verletztenartenverfahren zugelassenen Krankenhaus gefertigten Schnittbildern zurück zum niedergelassenen D-Arzt. Dieser sichtet die Bilder und rechnet die Nr. 35 ab.
   Ergebnis: Die Nr. 35 kann nicht abgerechnet werden, weil der Versicherte bereits vorher in demselben Behandlungsfall bei dem D-Arzt in Behandlung war.
3. Geänderte Situation Fall 3 – Der Versicherte kommt nach über 3 Monaten, nachdem er in dem VAV-Krankenhaus operiert und behandelt wurde, zurück zum D-Arzt.
   Ergebnis: Es liegt ein neuer Behandlungsfall vor und die Nr. 35 kann abgerechnet werden.
4. Der mit einem Gutachten beauftragte D-Arzt sichtet die vom UV-Träger mitgesandten Röntgen- und Schnittbilder und rechnet in einer separaten Rechnung die Nr. 35 ab.
   Ergebnis: Die Abrechnung der Nr. 35 ist neben Gutachterleistungen ausgeschlossen. Dies gilt auch, wenn dies mit zwei Rechnungen erfolgt und/oder nicht zeitgleich (neben Gutachterleistungen).
5. Der ständige Vertreter in der D-Arzt-Praxis übernimmt den Versicherten wegen der Krankheit des Kollegen. Als Vorbereitung für den anstehenden Behandlungstermin sichtet er die Röntgen- und Schnittbilder und rechnet dafür die Nr. 35 ab.
   Ergebnis: Die Abrechnung der Nr. 35 ist für Ärzte eines Krankenhauses (auch Kooperationshäuser), Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft, bei der Vertretung in einer Praxis, Ärzten eines Medizinischen Versorgungszentrums ausgeschlossen.

6. Der D-Arzt möchte die Meinung eines Kollegen des gleichen Fachgebiets hinsichtlich der Frage einer Operation hören und zieht diesen hinzu. Dieser untersucht den Versicherten und bewertet u.a. die mitgebrachten Röntgenbilder und teilt dem Kollegen seinen Befund mit. Dafür rechnet er die Nr. 35 ab.
   Ergebnis: Die Abrechnung der Nr. 35 ist im Rahmen einer Hinzuziehung ausgeschlossen.
7. Die Versicherte stellt sich bei dem zweiten D-Arzt für eine zweite Meinung vor und bringt die vom ersten D-Arzt angefertigten sonographischen Aufnahmen mit. Der zweite D-Arzt rechnet die Nr. 35 ab.
   Ergebnis: Die Nr. 35 kann ausschließlich für Röntgen- und/oder Schnittbilder abgerechnet werden.
8. Der Versicherte befindet sich in Behandlung bei einem D-Arzt und wünscht eine zweite Meinung bei einem anderen D-Arzt. Es erfolgt eine Überweisung zum Kollegen mit den vorhandenen Schnitt- und Röntgenbildern.
   Ergebnis: Der zweite D-Arzt darf die Nr. 35 abrechnen. Es handelt sich um keine „Überweisung“ oder Hinzuziehung.
9. Der Versicherte stellt sich nach einem Unfall bei seinem Hausarzt vor. Dieser fertigt im Rahmen des sofort Notwendigen nach § 9 ÄV Röntgenbilder und veranlasst anschließende eine Vorstellung beim D-Arzt nach § 26 ÄV. Der D-Arzt beurteilt die mitgebrachten Röntgenbilder und rechnet die Nr. 35 ab.
   Ergebnis: Dokumentiert der D-Arzt die Sichtung der beim Hausarzt angefertigten Röntgenbilder in seinem D-Bericht, kann er die Nr. 35 abrechnen.

Nrn. 36 UV-GOÄ
Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern des hinzugezogenen Radiologen durch die D-Ärztin/den D-Arzt (Stand 07/2026)

Diese Leistung kann nicht zwischen Ärzten eines Krankenhauses (auch Kooperationshäuser), Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums sowie bei der Vertretung in der Praxis abgerechnet werden.

Diese Leistung kann nur dann abgerechnet werden, wenn der Befund des D-Arztes vom Befund des Radiologen abweicht und es sich um eine Besonderheit nach § 16 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger handelt, über die der Arzt den Unfallversicherungsträger mit einem Verlaufsbericht informieren muss.
Die Leistung kann von den an dem Heilverfahren beteiligten D-Ärzten und Handchirurgen gem. § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 34, 60, 61, 5255, 5256, 5257

Die Leistungsbeschreibung geht von dem Fall einer Hinzuziehung aus. Daraus ergibt sich, dass diese Leistung von Ärzten, die zur Hinzuziehung nicht berechtigt sind, nicht abgerechnet werden kann.

Abrechnen können diese Leistung, soweit in der vollständigen Leistungsbeschreibung keine Einschränkung genannt ist,

- D-Ärzte und
- Handchirurgen, die nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger berechtigt sind.

Ziel der fachärztlichen Hinzuziehung des Radiologen nach § 12 Ärztevertrag ist die Klärung der Diagnose.

Der D-Arzt/Handchirurg dokumentiert auf dem Formular für die Hinzuziehung (F2902) das Ziel der radiologischen Abklärung (z. B. MRT Knie wegen Verdacht eines Kniebinnenschadens). Der Arzt erhält vom Radiologen einen schriftlichen Befund, der UV-Träger wird mit einer Kopie über das Ergebnis der Hinzuziehung informiert. Dieser Befund ist Bestandteil der Leistungen des Radiologen. Der Versicherte wird vom D-Arzt/Handchirurgen über den Befund und die sich daraus ergebenden Therapiemaßnahmen informiert und beraten. Diese Leistung ist grundsätzlich Bestandteil der Untersuchung und Beratung nach den Nrn. 1 und 2 UV-GOÄ.

Eine regelhafte Beurteilung und Bewertung der Schnittbilder des Radiologen durch den D-Arzt/Handchirurg ist nicht erforderlich und zweckmäßig. Aufgrund der Situation im konkreten Einzelfall kann dies erforderlich sein., z. B. wenn der Arzt auf der Basis seines ursprünglichen klinischen Befundes oder einer erneuten Untersuchung Zweifel an dem radiologischen Befund hat. Bei sich hieraus ergebenen abweichenden Befunden kann der D-Arzt/Handchirurg die Nr. 36 abrechnen, wenn sich daraus eine Besonderheit nach § 16 Ärztevertrag ergibt, die eine Verlaufsberichterstattung an den UV-Träger begründet.

Werden diese Zweifel zwischen dem hinzugezogenen (Radiologen) und dem hinzuziehenden Arzt erörtert, kann dafür nicht die Nr. 60 der UV-GOÄ abgerechnet werden. Die Beurteilung ist in diesem Fall Bestandteil der von beiden Ärzten erbrachten Leistung (Nr. 36 und radiologische Leistung).

Mit der Formulierung der Mehrzahl „Schnittbildern“, wird klargestellt, dass diese Leistung unabhängig von der Anzahl der bewerteten Bilder und anatomischen Bereiche zu sehen ist.

Da die Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern Bestandteil der Leistung nach der Nr. 34 UV-GOÄ sind, kann die Nr. 36 daneben nicht abgerechnet werden.

Fallbeispiele zur Nr. 36

1. Wegen der Abklärung einer Handgelenksdistorsion oder Kahnbeinfraktur zieht der D-Arzt einen Radiologen hinzu. Nachdem Befund und Bilder des hinzugezogenen Radiologen vorliegen, bewertet der D-Arzt die Bilder und kommt zu dem Ergebnis, dass entgegen der Einschätzung des Radiologen eine Kahnbeinfraktur vorliegt, die operativ versorgt werden sollte. Dies bespricht er telefonisch mit dem Radiologen. Er informiert den UV-Träger mit einem Verlaufsbericht über diese Besonderheit, die im Befund nicht dokumentiert ist. Er rechnet die Nrn. 115, 36 und 60a ab.
   Ergebnis: Dokumentiert der niedergelassene D-Arzt die korrigierte Bewertung der angefertigten Schnittbilder und des Befundes als Besonderheit im Behandlungsverlauf nach § 16 in seinem Verlaufsbericht kann er die Nr. 36 und die Nr. 115 abrechnen. Daneben kann die Nr. 60a nicht abgerechnet werden.
2. Der D-Arzt an einem Krankenhaus verfügt nicht über eine eigene Radiologie und zieht jeweils für die Röntgenleistungen einen am Krankenhaus tätigen Radiologen hinzu. Anschließend beurteilt er die Röntgenbilder und rechnet die Nr. 36 ab.
   Ergebnis: Die Nr. 36 kann nur für die Bewertung von Schnittbildern und nicht Röntgenbildern abgerechnet werden.
3. Der D-Arzt an einem Krankenhaus zieht den Radiologen des Krankenhauses für ein MRT des OSG hinzu. Da er nicht auf den Befund warten will beurteilt er die MRT-Bilder und rechnet die Nr. 36 ab.
   Ergebnis: Die Nr. 36 kann nicht für die Bewertung von Schnittbildern zwischen Ärzten eines Krankenhauses abgerechnet werden.
4. Der D-Arzt zieht einen Radiologen für ein MRT hinzu. Nachdem er den Befund gelesen hat, prüft und bewertet er selbst die Bilder und kommt zu dem Ergebnis, dass der radiologische Befund nicht korrekt ist. Da dies aber keine therapeutische Konsequenz hat, informiert er diesen nicht. Mit dem UV-Träger rechnet er seinen Aufwand, den er dadurch hatte mit der Nr. 36 ab.
   Ergebnis: Obwohl der Befund des D-Arztes vom Befund des Radiologen abweicht, kann er die Nr. 36 nicht abrechnen, weil durch die Formulierung „**und“** auch gefordert ist, dass es sich um eine Besonderheit nach § 16 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger handelt, über die der Arzt den Unfallversicherungsträger mit einem Verlaufsbericht informieren muss.

III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

Nrn. 45, 46 UV-GOÄ
Visite(n) im Krankenhaus
(Stand 07/2026)

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

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

Zusatzbestimmungen zu Nr. 45:

(1) Die Leistung nach Nr. 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.

(2) Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.

Die Leistung nach Nr. 45 ist auch berechnungsfähig, wenn sie vom Belegarzt erbracht wird. Die Nrn. 1, 2 können nicht anstelle der Nr. 45 abgerechnet werden.

Ein am KH angestellter Arzt – (Unfall-) Chirurg, Anästhesist – kann die Gebühren nach Nr. 45 nicht abrechnen, weil die Leistungen bereits mit den Kosten für die stationäre Behandlung abgegolten sind.

Die Visite wird definiert als die regelmäßige tägliche Beratung und erforderlichenfalls Untersuchung am Bett des in **stationärer Behandlung** befindlichen Verletzten durch einen am KH tätigen Arzt (Klinik- oder Belegarzt). Die Leistung kann bei **ambulanten OPs** nicht abgerechnet werden.

Absatz 1 der Zusatzbestimmungen zu Nr. 45 schließt die Nebeneinander-Berechnung von **Leistungen des Abschnitts B.** der UV-GOÄ (Nrn. 1 bis 193) und der Nr. 45 weitestgehend aus. (siehe auch den Ausschluss zu den Nrn. 10/10a)

Die Nebeneinander-Berechnung der Nr. 45 mit Leistungen des Abschnitts B. an demselben Tag ist nur möglich, wenn die Leistungen zu verschiedenen Tageszeiten erbracht wurden und dies in der Rechnung mit entsprechender Angabe der Uhrzeit vermerkt ist. Darüber hinaus wird es immer auch notwendig sein, dass die mehrfache Leistungserbringung am selben Tag medizinisch erforderlich war.

Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung durch einen **Belegarzt** besteht eine **Minderungspflicht** entspr. § 6a Privat-GOÄ i. V. m. § 56 ÄV; das ärztl. Honorar für die belegärztlichen Leistungen ist danach um **15 %** zu mindern.

Außerdem sind die jeweiligen **Sachkosten** zu den belegärztlichen Leistungen nicht berechnungsfähig, d. h., der Belegarzt kann weder die Pauschalgebühren „Besondere Kosten“ nach Spalte 4 des UV-GOÄ-Tarifs noch die im Einzelfall angefallenen Sachkosten zusätzlich zu seinen belegärztlichen Leistungen in Rechnung stellen. Diese sind mit der entsprechenden DRG der Belegabteilung abgegolten.

Das gilt auch für den Fall der Hinzuziehung eines niedergelassenen anderen Arztes durch den Belegarzt zur Behandlung (s. § 56 Abs. 4 ÄV: 15 % Minderung der ärztl. Gebühren des hinzugezogenen Arztes u. kein Ansatz der Sachkosten).

Nr. 48 UV-GOÄ
Besuch auf einer Pflegestation
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

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

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

Die Gebühr nach Nr. 48 wird im Vergleich zu den Besuchsgebühren nach Nrn. 50 ff. deutlich geringer bewertet. Sie kommt nur zur Anwendung, wenn der Patient auf einer **regelrechten Pflegestation** besucht wird. Dies ist regelmäßig bei schwer- bzw. schwerstpflegebedürftigen Patienten der Fall.

Außerdem müssen die Besuche des Arztes im Rahmen einer regelmäßigen Tätigkeit auf der Pflegestation zu vorher **vereinbarten Zeiten** stattfinden (Routinebesuch). Verspätungen im Einzelfall – z. B. aufgrund eines Notfalls – sind dabei unerheblich.

Neben der Nr. 48 UV-GOÄ dürfen Besuchsgebühren nicht berechnet werden.

Im Gegensatz zur Nr. 50 ist in der Leistungslegende der Nr. 48 die **Untersuchung** und **Beratung** des Patienten nicht eingeschlossen; damit ist ggf. neben Nr. 48 z. B. eine symptomzentrierte Untersuchung nach Nr. 1 abrechenbar.

Nr. 50 UV-GOÄ Besuch, einschließlich Beratung und Untersuchung (Stand 07/2026)

Nr. 51 U-GOÄ Zuschlag zur Nr. 50, zwischen 19 – 7 Uhr, sowie an Sonn- und Feiertagen (Stand 07/2026)

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

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

1. Mit der zum 01.07.2007 durch Beschluss der ständigen Gebührenkommission neu gefassten Zusatzbestimmung (s. Rdschr. Reha 048/2007 vom 18.06.2007) wird klargestellt, dass durchgängig die **Nrn. 1, 2 sowie 11** (Beratungen) nicht neben den Nr. 50 berechenbar sind.

   Neben der Nr. 50 ist für Behandlungen **ab 01.07.2007** lediglich **Nr. 52** (umfassende Untersuchung) **einmal** berechenbar. Nach der Zusatzbestimmung zur Nr. 52 ist die **Notwendigkeit der Leistung** nach Nr. 12 auf der Rechnung **zu begründen**.

   Mit der Gebühr nach Nr. 52 soll vor allem der erhöhte Aufwand für die ärztliche Erstversorgung von Schwerstverletzten und –erkrankten (z. B. Untersuchung von Polytraumatisierten an der Unfallstelle) angemessener vergütet werden. Nr. 52 ist somit neben der Nr. 50 berechenbar, wenn über die symptomzentrierte Untersuchung hinaus eine umfassende Untersuchung medizinisch erforderlich war und durchgeführt wurde. Beratung und symptomzentrierte Untersuchung sind nach der Leistungslegende der Nr. 50 schon mit der Besuchsgebühr abgegolten.

   Das gilt naturgemäß auch für den Zuschlag bei der Nr. 51.
   Die **medizinische Notwendigkeit** eines Besuchs ist nicht gegeben, wenn der Verletzte vor und nach dem Hausbesuch den Arzt zur Behandlung aufgesucht hat und durch die Verletzung im Regelfall nicht gehindert ist, beim Arzt zu erscheinen. Dient der Hausbesuch lediglich der Bequemlichkeit des Verletzten, so ist er nicht zu akzeptieren.
   In **Notfällen** oder bei **Schwerstverletzten und -erkrankten** wird die Notwendigkeit eher gegeben sein.

2. Anästhesisten können für das Aufsuchen eines Patienten an Orten, an denen sie **regelmäßig tätig** sind, die Nr. 50 nicht berechnen; das gilt für das Aufsuchen der

   - eigenen Praxis,
   - der Praxis eines anderen Arztes (z. B. des operierenden Chirurgen)
   - ambulanter Anästhesie- u. Operationszentren und auch
   - eines Belegkrankenhauses.

   (Vgl. OVG Münster v. 18.12.1990 - 12A 78/89 -; ebenso Brück, Komm. z. GOÄ, § 8, RdNr. 1.2). Ferner kann für das Aufsuchen der o. g. Orte weder Wegegeld noch Reiseentschädigung beansprucht werden (vgl. Arb.-Hinweise in Teil B zu Nrn. 71 ff.).

   Die vorstehenden Hinweise gelten nicht nur für Anästhesisten, sondern entspr. für **alle übrigen Ärzte** beim Aufsuchen von Orten, an denen sie regelmäßig tätig sind. Nicht nur Anästhesisten, sondern z. B. auch **Chirurgen** können regelmäßig die Praxis eines anderen Arztes aufsuchen; ambul. OP-Zentren werden z. T. von Anästhesisten betrieben.

   In jedem Fall ist das Aufsuchen der eigenen Praxis durch einen Arzt, das Aufsuchen des Krankenhauses durch einen **Belegarzt** oder leitenden Krankenhausarzt nicht als abrechenbarer Besuch anzusehen und begründet daher keinen Anspruch auf Wegegeld oder Reisekosten.

(Berufsgerichtshof für die Heilberufe Schleswig, Urteil vom 16.03.2016 - 30 LB 2/15 BG II).

Ein „Besuch“ i.S.d. GOÄ liege vor, wenn der Arzt einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem der Arzt üblicherweise seine berufliche Tätigkeit nicht ausübt. Ein Besuch liege nach der GOÄ nur vor, **wenn sich der Arzt zum Patienten (oder an den Ort eines Notfalles) begebe.**
Ein „Besuch“ des Patienten liege also nicht vor, wenn die Behandlung an einem Ort befindet, an den sich auch der Patient begeben müsste, sei dies nun die regelmäßige Arbeitsstätte des Arztes, eine Zweitpraxis oder der Ort einer belegärztlichen Tätigkeit etc.
Kein Besuch liege auch dann vor, wenn der Arzt ohne Veranlassung des Patienten zu der Behandlung eines anderen Arztes (hier Chirurg) **zur arbeitsteiligen Behandlung hinzugezogen werde.**
Letzteres treffe **auch für die Tätigkeit eines Anästhesisten im Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff** zu.
Die Anästhesieleistung wäre ohne die gleichzeitig stattfindende chirurgische Leistung sinnlos. Der Anästhesist erweitere durch seine Fahrt den Kreis seiner Behandlungsfälle auf Patienten, die er von seiner eigenen Praxis von vornherein nicht erreichen könne; so gesehen diene der Weg von seiner Praxis zu derjenigen eines anderen Arztes (Chirurgen) gleichsam der Akquise zusätzlicher Patienten. Dafür könne nach den gebührenrechtlichen Vorschriften keine (zusätzliche Wege-) Entschädigung beansprucht werden.

Nr. 52 UV-GOÄ (Stand 07/2026)

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

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

Diese Leistung ist nur im Zusammenhang mit einem Besuch nach der Nr. 50 berechenbar. Wie der Zusatzbestimmung zu entnehmen ist, muss die Notwendigkeit der Leistung auf der Rechnung begründet werden.

Grundsätzlich wird mit der Leistung nach Nr. 50 nicht nur der Besuch, sondern darüber hinaus evtl. notwendige Beratungs- und Untersuchungsleistungen vergütet. Der zusätzlich berechenbare Zuschlag soll vor allem den erhöhten Aufwand für die ärztliche Erstversorgung von Schwerstverletzten und –erkrankten angemessener vergüten, wenn über die symptomzentrierte Untersuchung hinaus eine umfassende Untersuchung im Sinne der Nr. 2 erforderlich war und durchgeführt wurde.

Die Berechenbarkeit des Zuschlags setzt dementsprechende schwere Verletzungen (z. B. Polytrauma) voraus; leichte Verletzungen – auch wenn es sich um mehrere, leichte Verletzungen (z. B. oberflächliche Schürfungen) und insoweit um multiple Verletzungen handelt – begründen regelmäßig keinen derartigen erhöhten Aufwand und führen nicht zur Berechenbarkeit des Zuschlags.

Nr. 53 UV-GOÄ
Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 50, einschließlich Beratung und Untersuchung.
(Stand 07/2026)

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

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

Nr. 54 UV-GOÄ
Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nicht ärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z. B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel).
(Stand 07/2026)

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

Nr. 55 UV-GOÄ
Begleitung eines Patienten
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

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

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 56, 60, 833

1. Die Verletzung muss so schwerwiegend sein, dass eine permanente **Begleitung und Überwachung** durch den Arzt während des Transports zum KH erforderlich ist und im Anschluss an die Erstversorgung (nur) eine **sofortige stationäre Behandlung** in Betracht kommt. Dies erfordert eine akut bedrohliche Situation oder eine erhebliche Gefahr für Leib und Leben des Verletzten. Derartige Verletzungen werden eher selten sein; für die Masse, der regelmäßig ambulant zu versorgenden Verletzungen kommt Nr. 55 somit nicht in Betracht.

   Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung ist aus der Sicht des erstversorgenden Arztes vorausschauend und unter Berücksichtigung der objektiv festgestellten Verletzungen zu beurteilen. Die Notwendigkeit ist also gegeben, wenn sich die Verletzung objektiv als so schwer darstellt, dass regelmäßig eine sofortige stationäre Heilbehandlung erforderlich ist. Unter diesen Voraussetzungen ist die Begleitung nach Nr. 55 auch zu honorieren, wenn im Ausnahmefall (wider Erwarten) keine stationäre Aufnahme erfolgt. Allerdings ist die tatsächliche Weiterbehandlung (stationär oder ambulant) regelmäßig ein starkes Indiz für die notwendige bzw. nicht notwendige Begleitung.

   Die **Begleitung** erfordert den unmittelbaren Kontakt zwischen Arzt und Patient. Es reicht daher nicht aus, wenn sich der Arzt während der Fahrt in der Fahrerkabine des Krankenwagens oder in einem anderen Fahrzeug befindet (z. B. Notarztwagen).

2. Die für Nr. 55 maßgebende **Einsatzzeit** beginnt mit dem “Begleiten des Patienten”, also nach Abschluss der Erstversorgung an der Unfallstelle und dem Beginn des Transports zum Krankenhaus. Sie endet mit der Übernahme des Patienten durch das Krankenhauspersonal. Die Einsatzzeit beschränkt sich also im Wesentlichen auf die **Fahrtzeit des Rettungstransportwagens zum Krankenhaus** und die dortige Übergabe des Patienten. Die gesamte Einsatzzeit des Arztes ist insoweit unerheblich. Insbesondere die Fahrt zur Unfallstelle und medizinische Versorgung des Patienten an der Unfallstelle gehören nicht zur Einsatzzeit nach Nr. 55, da in dieser Zeit keine Begleitung des Patienten durch den Arzt gegeben ist.

Nr. 56 UV-GOÄ
Verweilgebühr

Nr. 57 Zuschlag für die Leistung nach Nr. 56 bei Nacht (zwischen 19 und 7 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen (Stand 07/2026)

Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 448 – 449

Zusatzbestimmung zu Nrn. 56/57:

Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt.
(Satz 2 der vollständigen Leistungsbeschreibung nicht abgedruckt, weil für die GUV nicht relevant).

1. Verweilen ist die tätige Bereitschaft des Arztes und seine Beobachtung des Patienten, ohne dass währenddessen honorarfähige Leistungen anfallen.

   Die Leistungsbeschreibung fordert, dass der Arzt sich ununterbrochen beim Patienten aufhält, ohne andere abrechenbare ärztl. Leistungen zu erbringen. Eine Verweilgebühr kann damit nicht berechnet werden, wenn der Arzt den Patienten verlässt, andere Patienten in dieser Zeit versorgt und dann wieder zum Patienten zurückkehrt oder wenn – wie in der Praxis häufig - die Überwachung des Patienten dem Praxispersonal überlassen wird.

2. **Bei ambulant durchgeführten OPs** ist nicht anzunehmen, dass der **Operateur** (Chirurg, Orthopäde) die Voraussetzungen der Nr. 56 erfüllt. Üblicherweise wird der Arzt seine Praxis weiterführen und den Patienten allenfalls gelegentlich bzw. nur auf Anforderung durch das Praxispersonal aufsuchen. Auch vom **Anästhesisten** sind die Nr. 56 praktisch nicht berechenbar, da er während der **gesamten postnarkotischen Überwachungsphase** in aller Regel den Patienten nicht ununterbrochen persönlich überwacht.

3. Für die Überwachung im Aufwachraum rechnet der Anästhesist die **Nrn. 448** - **449** für die **postoperative Beobachtung und Betreuung** ab. Die Leistung nach Nr. 57 kann daneben nicht abgerechnet werden. Auch dann nicht, wenn der Anästhesist die Überwachung persönlich übernimmt oder der Chirurg die Nrn. 448 – 449 abrechnet.

4. Sofern im Übrigen alle Voraussetzungen der Leistungslegende erfüllt sind, kann der **Notarzt** die Verweilgebühr nach Nr. 56 berechnen, wenn er beim Eintreffen am Unfallort den Verletzten zunächst nicht behandeln kann, weil dieser z. B. im PKW eingeklemmt ist und daraus erst befreit werden muss. Zwar wirkt sich insoweit nicht unmittelbar die Beschaffenheit des Krankheitsfalles (s. Zusatzbestimmung) bzw. der Verletzung aus, aber es sind die speziellen Begleitumstände der eingetretenen Verletzung, die den Notarzt zum untätigen Verweilen zwingen.

   Bei einem **Verkehrsstau** auf der Fahrt zur Unfallstelle sind die Voraussetzungen der Nr. 56 nicht erfüllt. Insoweit wird die Untätigkeit nicht durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles bzw. der Verletzung erzwungen, sondern durch davon unabhängige Umstände.

Nr. 60 UV-GOÄ
Konsiliarische Erörterung
(Stand 07/2026)

Nr. 61 UV-GOÄ
Zuschlag zur Leistung nach Nr. 60 (zwischen19 und 7 Uhr), sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

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

Zusatzbestimmungen zu Nrn. 60, 61:

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

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

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

Die Leistung nach Nr. 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe, OP-Besprechung zwischen Operateur und Anästhesist).

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 36, 6002

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

1. Nach Abs. 1 der Zusatzbestimmungen ist die Leistung nur berechenbar, wenn der liquidierende Arzt **zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang** mit der konsiliarischen Erörterung sich **persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst** hat.

   Ärzte, die sich nicht persönlich mit dem Patienten (meist durch Untersuchung) befasst haben, können die Nr. 60 nicht abrechnen (z. B. **Laborärzte**, **Pathologen**). Das gilt auch dann, wenn bei dem anderen an der konsiliarischen Erörterung beteiligten Arzt die Voraussetzungen der Nr. 60 erfüllt sind.

   Der persönliche Kontakt muss nicht zwingend **im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang** mit der konsiliarischen Erörterung gestanden haben. Nach Abs. 1 der Zusatzbestimmung ist auch ein früherer Zeitpunkt (… zuvor oder in unmittelbarem …) für den persönlichen Kontakt ausreichend. Im Hinblick auf die nach § 8 ÄV gebotene medizinische Erforderlichkeit ist ein Abstand von ein oder zwei Tagen noch zu akzeptieren (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, Anm. zu Nr. 60, RdNr. 1).

2. Nach ärztl. Sprachgebrauch muss Zweck bzw. Inhalt der konsiliarischen Erörterung die **Klärung diagnostischer oder therapeutischer Zweifelsfragen** sein. Danach sind routinemäßige Besprechungen (s. Abs. 3 der Zusatzbestimmungen) oder die bloße Übermittlung von medizinischen Informationen über einen Patienten bzw. entsprechende Erkundigungen nicht als konsiliarische Erörterung anzusehen.

   Dementsprechend kann Nr. 60 nur in besonders gelagerten, diagnostisch und/oder therapeutisch schwierigen Verletzungs- oder Krankheitsfällen berechenbar sein. Dies folgt aus § 8 ÄV, wonach die ärztliche Leistung im konkreten Einzelfall medizinisch erforderlich sein muss, was bei leichten Verletzungen, die nur eine routinemäßige Behandlung erfordern, regelmäßig nicht gegeben ist.

3. Die Voraussetzungen einer konsiliarischen Erörterung sind üblicherweise nicht erfüllt bei der **Befundmitteilung** (z. B. des Radiologen an den die Untersuchung veranlassenden D-Arzt). Das gilt auch für die **Anfrage** eines Arztes bei einem anderen Arzt nach den Ergebnissen aus dessen Behandlung oder Untersuchung (s. Brück, Komm. z. GOÄ, Anm. zu Nr. 60, RdNr. 3). Dies gilt auch für die Fälle, in denen der D-Arzt nach Sichtung der Schichtbilder nach Nr. 36 mit dem Radiologen Zweifelsfragen über das Ergebnis des Befundes bespricht. Diese Rücksprache/Klärung des Zweifels ist Bestandteil der abgerechneten radiologischen Leistung sowie der Nr. 36.

   Chirurgen und Anästhesisten können die Nr. 60 im Zusammenhang der **Abstimmung zwischen Operateur und Anästhesist** vor einer OP nicht abrechnen.

   Der übliche Informationsaustausch anlässlich einer **Patientenübergabe**, z. B. **vom Notarzt zum Krankenhausarzt**, ist ebenfalls keine konsiliarische Erörterung.

Die Nr. 60 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Nr. 62 UV-GOÄ
Assistenz
(Stand 07/2026)

Nr. 63 UV-GOÄ
Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 62 zwischen 19 - 7 Uhr, sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

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

Nr.62 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.

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

Der **Anästhesist**, der nur zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen wird, kann die Gebühr nach Nr. 62 nicht berechnen.

Assistenzärzte oder andere **Ärzte ohne eigenes Liquidationsrecht** können die Nr. 62 nicht abrechnen. Ihr Beistand ist der Hauptleistung des behandelnden Arztes zuzurechnen. Die Kosten

eines Assistenzarztes gehören zu den Praxiskosten. Dies gilt sowohl für die freie Arztpraxis als auch für das KH.

Der **behandelnde Arzt,** der einen anderen liquidationsberechtigten Arzt als Assistenten hinzugezogen hat, berechnet die Leistung für diesen Beistand nach einer Absprache mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und führt die Gebühr an den hinzugezogenen Arzt ab.

Die gleichzeitige Abrechnung der ärztl. Hauptleistung und einer Gebühr nach Nr. 62 in **einer** Rechnung ist in der Regel bei Ärzten einer **Gemeinschaftspraxis** möglich. Ist aus der Rechnung jedoch nicht zu erkennen, dass es sich bei dem Assistenten um einen liquidationsberechtigten Arzt handelt, so wird die Begleichung der Gebühr nach der Nr. 62 bis zum Nachweis der Liquidationsberechtigung zurückzustellen sein.

Für den assistierenden Arzt sind die Nr. 62 immer nur als **alleinige Leistung** und nicht neben anderen Leistungen abrechenbar.

Im Übrigen muss die **ärztl. Assistenz medizinisch notwendig sein**, d. h., die Hauptleistung kann typischerweise nicht ohne ärztl. Assistenz erbracht werden.

Bei ambulant durchgeführten Operationen kann im Einzelfall eine Assistenz erforderlich sein. Sie kann abgerechnet werden, wenn ein liquidationsberechtigter Arzt assistiert hat und dies im Operationsbericht dokumentiert ist. Die Assistenz ist nicht abrechenbar, wenn sie von einer OP-Schwester oder Praxishilfe geleistet wird.

IV. Wegegeld und Reiseentschädigungen
Allgemeine Bestimmungen
(Stand 07/2026)

Allgem. Best. zu Abschnitt B.IV.:
(die Allgem. Best. zu diesem Abschnitt sind kursiv gedruckt):

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

   Ein „Besuch“ liegt nicht vor, wenn die Behandlung an einem Ort stattfindet, zu dem der Patient sich ebenfalls begeben muss. Dazu zählen beispielsweise die regelmäßige Arbeitsstätte des Arztes, eine Zweitpraxis oder der Ort einer belegärztlichen Tätigkeit usw.

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

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

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

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

   Wegegeld wird nur für Besuche mit einer Entfernung bis zu 25 km gezahlt. Bei Entfernungen über 25 km kommt das Bundesreisekostengesetz zur Anwendung.

   Die Gebühr für einen **Besuch** ist neben dem Wegegeld berechnungsfähig.

   Anmerkung zu Nr. 3:

   Besucht der Arzt **Patienten in einem Heim,** kommt abweichend von Nr. 2 der Allgem. Best. nur eine einmalige Berechnung des Wegegeldes (bei Entfernungen bis zu 25 km) bzw. bei größeren Entfernungen das Bundesreisekostengesetzt in Betracht. Dabei ist der Gesamtbetrag des Wegegeldes anteilig entspr. der Zahl der besuchten Patienten abzurechnen.

   Üblicherweise werden bei den regelmäßigen **ärztl. Besuchen in Heimen mehrere Patienten** behandelt; dies gilt naturgemäß nicht für akute Erkrankungen oder Notfälle.

Anästhesisten können für das Aufsuchen eines Patienten an Orten, an denen sie regelmäßig tätig sind, weder die Besuchsgebühr noch **Wegegeld** berechnen; das gilt vor allem für das Aufsuchen

- der eigenen Praxis,
- der Praxis eines anderen Arztes (z. B. des operierenden Chirurgen),
- ambulanter Anästhesie- u. Operationszentren und auch
- eines Belegkrankenhauses.

(vgl. OVG Münster v. 18.12.1990 - 12A 78/89 -; ebenso Brück, Komm. z. GOÄ, § 8, RdNr. 1.2; vgl. auch Arb.Hinweise zu Nrn. 50 ff.).

Die vorstehenden Hinweise gelten auch für **alle übrigen Ärzte** beim Aufsuchen von Orten, an denen sie regelmäßig tätig sind. Nicht nur Anästhesisten, sondern auch **Chirurgen** suchen regelmäßig die Praxis eines anderen Arztes auf (ambul. OP-Zentren werden teilweise von Anästhesisten betrieben). In jedem Fall ist das Aufsuchen der eigenen Praxis durch einen Arzt, das Aufsuchen des Krankenhauses durch einen **Belegarzt** oder leitenden Krankenhausarzt nicht als Besuch anzusehen und begründet somit keinen Anspruch auf Wegegeld oder Reisekosten (s. Brück, Komm. z. GOÄ, Erl. zu § 8, RdNr. 1.2).

Der Notarzt hat im Einsatz, unabhängig von der Art des Einsatzfahrzeuges, einen Anspruch auf Wegegeld bzw. eine Vergütung nach dem Bundesreisekostengesetz.
Siehe auch Arbeitshinweise zu Nr. 50 (Berufsgerichtshof für die Heilberufe Schleswig, Urteil vom 16.03.2016 - 30 LB 2/15 BG II).

Nr. 71 UV-GOÄ
Wegegeld
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung

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

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

Allgem. Best. zu Abschnitt B. VI. bzw. vor Nrn. 110 ff. UV-GOÄ (Berichte, Formulargutachten, freie Gutachten) (Stand 07/2026)

(die Allgem. Best. zu diesem Abschnitt sind kursiv gedruckt):

Allgemeine Bestimmungen

1. *Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.*
2. *Für Berichte, die auf Verlangen des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung oder aufgrund von Regelungen des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger frei ohne Verwendung eines Vordrucks erstattet werden, bemisst sich die Gebühr entsprechend dem Aufwand, Zweck und Inhalt nach dem Gebührenrahmen der Nummern 110 bis 119.*
3. *Portoauslagen für angeforderte oder gemäß Ärztevertrag zu erstattende Berichte/Gutachten sind dem Arzt zu erstatten.*
4. *Schreibgebühren sind in den Leistungen der Nrn. 117 – 119 enthalten. Darüber hinaus können Schreibgebühren ausschließlich nach Nr. 166 für Gutachten abgerechnet werden.*

Anmerkung zu Nr. 1:

In der Praxis betrifft dies häufig radiologische Leistungen (Röntgen, CT, MRT usw.), die vom behandelnden Arzt meist zur Klärung der Diagnose angefordert werden. Durch die **Befundmitteilung** oder den **einfachen Befundbericht** erhält der auftraggebende Arzt die notwendige Information über die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung(en).

Dies gilt auch für umfangreichere Befundberichte, wenn entspr. aufwendige Untersuchungen durchgeführt wurden (z. B. MRT, endoskopische Untersuchungen usw.).

Mit dem neuen Verlaufsbericht steht dem D-Arzt/Handchirurgen für die in diesem Bericht definierten Anlässe (siehe Arbeitshinweise zur Nr. 115) eine Berichtsmöglichkeit zur Verfügung. Eine Berichterstattung darüber hinaus ist ausschließlich auf Anforderung des UV-Trägers mit dem „Ausführlichen Befundbericht auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers" nach Nr. 118 UV-GOÄ gegeben. Dabei handelt es sich um einen Bericht in freier Form, der von allen an der Heilbehandlung beteiligten Ärzten erbracht werden kann.

Beachte: **OP-Berichte** sind mit der jeweiligen OP-Gebühr abgegolten. Der Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung, F 2102 (DAV/VAV/SAV) ist über ein Zusatzentgelt zu den stationären Kosten abzurechnen. Eine gesonderte Liquidation z. B. nach Nrn. 115 oder 118 ist nicht zulässig.

Vom Arzt nach dem ÄV zu erstattende **Berichte:**

§ 14 ÄV	Ärztliche Unfallmeldung (Formtext F 1050)
§ 16 ÄV	Mitteilungen über Besonderheiten des Behandlungsverlaufs
§ 17 ÄV	Hinweis zur beruflichen Wiedereingliederung
§ 26 (2) ÄV	Handchirurgischer Erstbericht (Formtext F 1010)
§ 27 (2,3) ÄV	Durchgangsarztbericht (Formtext F 1000)
§ 27 (4-7) ÄV	Ergänzungsberichte (Formtexte F 1002, F 1004, F 1006, F 1008)
§ 27 (8) ÄV	Mitteilung D-Arzt: Veränderungen besondere Heilbehandlung (Formtext F 2222)
§ 29 (1,2), 16 ÄV	Verlaufsbericht (Formtext F 2100)
§ 37 (4) ÄV	Bericht über Verletzungsartenverfahren
§ 40 ÄV	Bericht des Augen-/HNO-Arztes (Formtext F 1030)
§ 41 (2) ÄV	Hautarztbericht (Formtext F 6050)
§ 42 ÄV	Hautarztbericht – Behandlungsverlauf (Formtext F 6052)
§ 44 (1) ÄV	Anzeige BK (Formtext F 6000)

Anmerkung zu Nr. 3:

Bei der Anforderung von Berichten, Gutachten, Auskünften, sonstigen Unterlagen sind dem Arzt die **Portoauslagen** zu erstatten. Dies gilt grundsätzlich für alle Vordrucke, soweit in der Praxis tatsächlich Portokosten entstehen (Auslagenersatz-Prinzip).

Hinsichtlich **D-Bericht, Augenarztbericht,** Verlaufsbericht usw. - ggf. einschl. der an den behandelnden Arzt und an die GKV zu übersendenden Durchschriften (vgl. z. B. §§ 27 Abs. 2, 29 Abs. 2. ÄV) - ist dies deshalb der Fall, weil sie als angefordert gelten (die UV-Träger haben sie - generell - in Auftrag gegeben).
Die Portoerstattung gilt auch für die **Einbestellung eines Verletzten**, für die Übersendung des **Vordrucks F 2222** (gem. §§ 27 Abs. 8, 36 Abs. 7 ÄV) sowie auch einer **AU-Bescheinigung** (Nr. 143), sofern diese dem Verletzten (ausnahmsweise) nicht mitgegeben wurde.

Kein Porto ist zu erstatten für die Übersendung der **ärztl. Liquidation**, eines **OP-Berichts** oder sonstiger **Berichte an andere Ärzte**, z. B. an den jeweiligen erstbehandelnden Arzt oder Hausarzt, zumal der BG-NT nicht für den niedergelassenen Arzt gilt.

Anmerkung zu Nr. 4:

Die Nr. 193 ist nur dann zu vergüten, wenn der UV-Träger die Auszüge aus der Behandlungsdokumentation angefordert hat. Fordert der UV-Träger ärztliche Unterlagen an, um die **Behandlungsrechnung** bzw. die **Indikation der einzelnen ärztlichen Leistungen zu überprüfen**, kommt eine Vergütung nach Nr. 193 nicht in Betracht.

Grundsätzlich setzt der Vergütungsanspruch auf ärztliche Leistungen voraus, dass diese zum Zweck der HB sowie im Einklang mit den Bestimmungen des ÄV erbracht wurden. Diese Zweckbestimmung ist nicht gegeben, wenn die Rechnung ganz oder teilweise nicht nachvollziehbar ist und der UV-Träger insoweit einen Nachweis zu den abgerechneten Leistungen benötigt (vgl. Arb.Hinweise zu § 5 ÄV, Anm. 2.).

Nr. 115 UV-GOÄ
Vordruck F 2100 – Verlaufsbericht
(Stand 07/2026)

1. **Verwendung des F 2100 als Bericht über die Nachschau (§ 29 ÄV):**

   a. Eine Nachschau können **ausschließlich D-Ärzte** durchführen, sofern allgem. HB eingeleitet wurde. Mit der Nachschau überwacht der D-Arzt die allgem. HB durch den weiterbehandelnden Arzt und berichtet hierüber dem UV-Träger. Wird anlässlich der Nachschau besondere Heilbehandlung eingeleitet, ist auch der 2. Teil (ab Nr. 1 Befund) vollständig auszufüllen.

   b. Eine Nachschau i. S. des § 29 ÄV liegt nicht vor, wenn zwischenzeitlich keine Behandlung durch einen anderen Arzt stattgefunden hat (s. § 29 Abs. 2 ÄV) und die allgem. HB somit nur
   - durch den D-Arzt selbst oder
   - durch einen anderen D-Arzt oder
   - bei Handverletzungen durch einen nach § 37 Abs. 3 ÄV beteiligten Handchirurgen

   durchgeführt wird. In diesen Fällen besteht kein Anspruch auf die Berichtsgebühr.

   c. Der Bericht verlangt nach konkreten Angaben zum aktuellen Befund und zum bisherigen Behandlungsverlauf. Auch Änderungen bzw. Konkretisierungen der bisherigen Diagnose sind hier anzugeben. Zudem wird nach einem Behandlungsvorschlag gefragt**.** Hierunter ist z. B. auch die Verordnung von Heilmitteln zu verstehen.

   d. Verbleibt der Verletzte in allgem. HB, ist der D-Arzt aufgefordert, im Rahmen der Nachschau eine **Prognose über die voraussichtliche Dauer der AU** abzugeben. Dies dient als Anhaltspunkt für den UV-Träger im Zusammenhang mit der Heilverfahrenssteuerung und soll dem weiter behandelnden Arzt (Hausarzt) einen Hinweis geben, ohne in dessen Behandlungskompetenz einzugreifen.

   e. Eine **weitere Nachschau** wird immer dann erforderlich, wenn an dem vom D-Arzt festgesetzten Termin noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.

2. **Verwendung des F 2100 als Verlaufsbericht über die eigene Heilbehandlung durch den D-Arzt:**

   a. Der Verlaufsbericht F 2100 ist ausschließlich für die **Verwendung durch D-Ärzte** vorgesehen. Er ist vom D-Arzt **nach Aufforderung durch den UV-Träger** zu erstatten; er kann aber **auch unaufgefordert,** nach folgenden Kriterien erstattet werden:
   - Wiedervorstellung durch andere Ärztin/anderen Arzt
     Es muss sich nicht grundsätzlich um eine erneute („Wieder“) Vorstellung bei dem D-Arzt handeln. Auch die Vorstellung durch einen anderen D-Arzt, z.B. nach der Behandlung im Krankenhaus erfüllt diese Voraussetzungen.
   - wenn Besonderheiten im Behandlungsverlauf nach § 16 ÄV mitzuteilen sind
     Liegt eine Komplikation nach § 16 vor, dann ist das Feld „Es sind Komplikationen eingetreten“ anzukreuzen.
     Diese Verlaufs-Berichterstattung ist ausdrücklich auch in Nr. 36 genannt.

- Wiedervorstellung auf eigene Veranlassung
  Damit ist nicht die Veranlassung des Arztes zur Nach- oder Kontrolluntersuchung gemeint. Diese Variante ist dann gegeben, wenn sich Versicherte auf eigene Veranlassung selbst vorstellen (ohne Aufforderung durch einen anderen oder den behandelnden Arzt).

b. Mit dem Verlaufsbericht hat der D-Arzt die Möglichkeit, bei in eigener Heilbehandlung stehenden Verletzten von der allgemeinen Heilbehandlung in die besondere Heilbehandlung überzuleiten, weil sich z. B. die Unfallfolgen schlimmer darstellen als zunächst angenommen, oder weil unvorhergesehene Komplikationen eingetreten sind.

   Die Fragen im 2. Berichtsteil orientieren sich an den in aller Regel schwereren Verletzungsfolgen und verlangen deshalb z. B. Angaben über aufgetretene **Komplikationen**, weitere **Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung** sowie zur **Übungsbehandlung.**

c. Nachdem die Problematik der **psychischen Folgen nach Unfällen** im Rahmen der Rehabilitation zunehmend an Bedeutung gewinnt, wird auch die Frage gestellt, ob es Hinweise für die Entwicklung psychischer Gesundheitsbeeinträchtigungen gibt. Ferner ist die weitere **AU bzw. Behandlungsbedürftigkeit** zu beurteilen und abzuschätzen, ob und in welchem Umfang der Verletzte seine bisherige berufliche Tätigkeit wiederaufnehmen kann. Der Arzt hat gleichzeitig Gelegenheit, nähere Informationen über die konkreten Arbeitsplatzverhältnisse beim UV-Träger abzufordern.

   Der Bericht zielt darauf ab, die **medizinische und berufliche Wiedereingliederung zu beschleunigen** und dem UV-Träger die hierfür erforderlichen Informationen zu liefern. Aus diesem Grund enthält der Bericht auch die Frage, ob und durch welche besonderen Maßnahmen eine schnellere Wiedereingliederung erreicht werden kann und ob eine Arbeits- und Belastungserprobung erforderlich ist. Die bereits im Erstbericht gestellte Frage, ob der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten werden soll, wird im Verlaufsbericht wieder aufgegriffen.

   Die Übersendung einer Kopie des an den nachbehandelnden Arzt erstatteten Krankenhaus-Entlassungsbriefes an den UV-Träger ist nicht zu vergüten (s. auch Arb.Hinweise zu Nr. 118, letzter Absatz).

d. In der Praxis zeigt sich immer öfter, dass ein Teil der Ärzte auch bei leichteren Verletzungen routinemäßig - oft auch mehrfach und in kurzen Abständen – **Verlaufsberichte** oder **Abschlussberichte** für den UV-Träger erstellt.

   Diese Berichte erfüllen oft nicht die Voraussetzungen des § 16 ÄV bzw. enthalten kaum Substanz oder nur Informationen, die schon bekannt sind (vgl. auch Hinweise zu § 16 ÄV). Zudem ist bei leichteren Verletzungen, die in aller Regel folgenlos ausheilen (Prellungen, Schürfungen, Schnittverletzungen usw.) ein Bericht regelmäßig nicht erforderlich.

   Obwohl eine zügige und vollständige Berichterstattung grundsätzlich im Interesse der UV-Träger liegt, ist darauf zu achten, dass diese nicht zum Zwecke bloßer Gebührenliquidation missbraucht wird. Die Gebühren für nicht aussagefähige Berichte ohne ausreichende inhaltliche Substanz (z. B. nur dem Inhalt des Vordrucks F 2222 entspr.) sollten nicht gezahlt werden.

e. Im **Zusammenhang mit radiologischen Leistungen** ist der zu erstattende **Befundbericht** regelmäßig mit der Gebühr für die radiologische Leistung abgegolten (vgl. Arb.Hinweise zu den Allgem. Best. zu Abschnitt B.VI. bzw. vor Nrn. 110 ff. sowie zu Abschnitt O. bzw. vor Nrn. 5000 ff.).

f. Für das Ausstellen von **Verordnungen** kann nicht die Gebühr für einen Verlaufsberichtnach Nr. 115 berechnet werden. Verordnungen werden grundsätzlich nicht vergütet.

Nr. 116 UV-GOÄ Vordruck F 3310 – Belastungserprobung einschließlich Anlage F3112 Arbeitsplatzbeschreibung (Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar ist die Nr. 166.

Schreibgebühren können ausschließlich im Zusammenhang mit Gutachten nach der Nr. 166 UV-GOÄ abgerechnet werden.

Nr. 117 UV-GOÄ Vordruck F 1110 - Auskunft Zweifel Arbeitsunfall/Ursachenzusammenhang einschließlich Schreibgebühren (Stand 07/2026)

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166

Nr. 119 UV-GOÄ Vordruck F 2160 BGSW – Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht, einschließlich Schreibgebühren (Stand 07/2026)

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

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166

Nr. 125 UV-GOÄ Vordruck F 1050 – Ärztliche Unfallmeldung (Stand 07/2023)

Der behandelnde Arzt erstattet am Tage der ersten Inanspruchnahme durch den Unfallverletzten, spätestens am nächsten Werktag, dem Unfallversicherungsträger die Ärztliche Unfallmeldung nach Formtext F 1050. Der Grund der D-Arzt-Vorstellung sowie die Art der Erstversorgung sind zu dokumentieren. Nur dann wird die Gebühr nach Nr. 125 UV-GOÄ fällig. Behandelnder Arzt nach § 14 ÄV ist jeder erstbehandelnde Arzt, der nicht D-, Augen- oder HNO-Arzt oder zugelassener Handchirurg ist.

Die Ärztliche Unfallmeldung kann auch dann erstattet werden, wenn Versicherte sich außerhalb der unfallärztlichen Bereitschaft in einem Krankenhaus vorgestellt haben und sich hiernach bei einem anderen Arzt vorstellen und diesem kein Bericht vorliegt. Dies ist auf dem Vordruck F1050 entsprechend zu dokumentieren.

Wurde dagegen der Verletzte bereits beim D-Arzt vorgestellt, füllt der im Rahmen der allgemeinen Heilbehandlung weiterbehandelnde Arzt (z.B. Hausarzt, Kinderarzt) nur den Formularkopf aus und rechnet seine ärztl. Leistungen (ohne Berichtsgebühr!) auf der 2. Seite ab. Es gibt keine vertragliche Verpflichtung, hierfür das Formular F 1050 zu verwenden. Der Arzt kann also auch eine einfache Rechnung schreiben.

Eine **weitere Berichterstattung** im Rahmen der allgem. Heilbehandlung ist in der Regel nicht erforderlich.

Ausnahmen:

- Der UV-Träger fordert einen Bericht an (die Anforderung sollte einen Vergütungshinweis enthalten).
- Es liegen Besonderheiten im Heilverlauf (§ 16 ÄV) vor.

Es sollte darauf geachtet werden, dass der Arzt die „Ankreuzvarianten“ zur Feststellung der Vorstellungspflicht beim D-Arzt korrekt ausfüllt. Das gilt insbes., wenn er den Verletzten nicht vorstellt. Sofern keine Behandlung erforderlich ist, ist dies unter Punkt 5 der Ärztlichen Unfallmeldung (F 1050) zu vermerken.

Nr. 130 UV-GOÄ Vordruck F 6050 Hautarztbericht – Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention (Stand 05/2017)

Zusatzbestimmungen zu Nr. 130:

Portoauslagen und Tests (§ 43 Vertrag Ärzte/UV-Träger) werden gesondert vergütet.

Mit der Gebühr ist (sind) die Untersuchungsleistung(en) abgegolten.

DGUV – Rundschreiben 0243/2013 vom 15.07.2013:
Der Hautarztbericht F 6050 und damit das Hautarztverfahren i.S.d. § 41 Vertrag Ärzte/UV-Träger gelten nur für Erkrankungen i. S. d. BK-Nr. 5101.
Meldungen von anderen Berufskrankheiten der Haut (BK-Nr. 5102, 5103) oder einer „Wie-BK“ nach § 9 Abs. 2 SGB VII sind mit dem Vordruck F 6000 (ärztliche BK-Anzeige) vorzunehmen.
Für eventuell erstattete Hautarztberichte besteht kein Anspruch auf Vergütung nach Nr. 130 UV-GOÄ.

Weitere Informationen s. DGUV Leitfaden „Honorare in der Berufsdermatologie“
https://publikationen.dguv.de/dguv/udt_dguv_main.aspx?FDOCUID=26661

Nr. 131 UV-GOÄ Vordruck F 6052 Hautarztbericht – Behandlungsverlauf (Stand 07/2026)

Zusatzbestimmung zu Nr. 131:

Mit der Gebühr ist (sind) die Untersuchungsleistung(en) abgegolten.

Aufgrund der Überarbeitung der UV-GOÄ sind in der nachfolgenden Veröffentlichung redaktionelle Änderungen erforderlich. Inhaltliche Veränderungen sind nicht erfolgt.

1. Durch Beschluss der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 ÄV wurden die Vordrucke **Erstbericht (F 6050)** und **Verlaufsbericht (F 6052)** in 12/2015 neu gefasst (Rundschreiben 0422/2015 vom 03.12.2015).

   Nach § 57 Abs. 3 ÄV sind ärztliche Erstberichte unverzüglich zu erstatten und sollen innerhalb von acht Werktagen beim UV-Träger eingehen. Die als Fristbeginn genannte Erstbehandlung kann auf den F 6050 jedoch nicht angewendet werden, weil zum Zeitpunkt der Berichterstattung des F6050 (Erstbericht im Hautarztverfahren) noch kein Behandlungsauftrag des UV-Trägers vorliegt. Daher sollte auf den Zeitpunkt abgestellt werden, zu dem der Bericht frühestens erstattet werden kann. Das ist in der Regel entweder der Tag der Untersuchung oder, soweit am Untersuchungstag Hauttestungen durchgeführt werden, der Tag, an dem das Ergebnis der Hauttestungen dem Arzt oder der Ärztin vorliegt. Falls keine Testfähigkeit vorliegt (z.B. aufgrund florider Hautveränderungen), soll der Hautarztbericht F6050 erstellt und die Testergebnisse können mit dem Verlaufsbericht F6052 nachgereicht werden.

2. Nach den Zusatzbestimmungen sind nunmehr mit den Berichtsgebühren die jeweiligen **Untersuchungsleistungen nach den Nrn. 1 und 2** UV-GOÄ abgegolten. Das gilt jedoch nur für die Untersuchungsleistungen, die der jeweiligen Berichterstattung zugrunde liegen. Hat der UV-Träger das Heilverfahren im Rahmen des § 3 BKV übernommen, kann der Arzt weitere Untersuchungs- und Beratungsleistungen nach den Regeln der UV-GOÄ abrechnen (vgl. DGUV-Rundschreiben 0319/2009 vom 15.06.2009). Darüber hinaus sind nur Hauttestungen zu vergüten, die zur Klärung des Ursachenzusammenhangs zwischen der Hauterkrankung und der beruflichen Tätigkeit erforderlich sind.

   Durch die Neufassung ist der Vordruck F 6050 deutlich erweitert worden. Die damit angestrebte Intensivierung des Hautarztverfahrens kann jedoch nur erreicht werden, wenn dieser Vordruck bzw. auch der Vordruck F 6052 vom Arzt vollständig ausgefüllt werden. Die dort gestellten Fragen müssen deshalb ohne Einschränkungen beantwortet werden. **Unvollständige Berichte** sind nach § 57 Abs. 2 ÄV nicht zu vergüten (so VB 98/2005 bzw. Protokollnotiz zum Beschluss der Gebührenkommission).

3. **Werks- und Betriebsärzte** und **niedergelassene Ärzte**, die die **Gebietsbezeichnung "Arbeitsmedizin"** oder die **Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin"** führen, können den Verdacht auf das Vorliegen einer arbeitsbedingten Hauterkrankung mit dem Vordruck F 6060-5101 „Betriebsärztlicher Gefährdungsbericht Haut" an den UV-Träger melden. Dieser Bericht ist auf die Kernkompetenzen von Betriebs- und Werksärzten zugeschnitten und ermöglicht insbesondere die Mitteilung der arbeitsplatzbezogenen Expositionen.
   Darüber hinaus können o. g. Ärzte weiterhin auch den F 6050 (Hautarztbericht) nutzen. Die Formtexte F 6050 und F 6060-5101 stellen insoweit alternative Anzeigewege dar. Möglich ist auch die Überweisung mittels Formtext F 2900 – ÜV – an einen Hautarzt (vgl. Noeske/Franz, § 41 Rdnr. 3).

   Für die Erstattung des F 6060-5101 erhalten Betriebsärzte ein Honorar von 30,00 EUR ggf. zzgl. USt. und zzgl. Porto (Anlage 1 zum Rundschreiben 0002/2013 vom 04.01.2013).

4. Mit Wirkung vom 01.05.2013 wurde die Vergütung der Fotodokumentation mit Nr. 738 neu in die UV-GOÄ aufgenommen. Danach können bei Bedarf im Hautarztverfahren und in der dermatologischen Begutachtung gefertigte Fotos, die den im jeweiligen Bericht oder im Gutachten beschriebenen Hautbefund nachvollziehbar dokumentieren und auf CD/DVD (einschließlich der Herstellung, Verpackung, zuzüglich Porto) zur Verfügung gestellt werden, unabhängig von der Anzahl der Fotos, einmalig abgerechnet werden. Eine darüberhinausgehende notwendige Fotodokumentation kann durch den UV-Träger nach Rücksprache genehmigt werden.

   Weitere Informationen zu möglichen Anwendungsfällen der Nr. 738 sind im „DGUV Indikationskatalog zur Fotodokumentation“ (s.a. Rundschreiben 0191/2015 vom 19.05.2015) enthalten.

5. Durch Beschluss vom 26. November 2012 mit Wirkung zum 01. Januar 2013 fügte die ständige Gebührenkommission nach § 52 ÄV die Nr. 17a ein. Die Leistung beinhaltet die Erstellung eines individuellen Hautschutzplanes nach vorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger. Die Leistung beinhaltet auch die Besprechung des Hautschutzplanes mit dem Erkrankten. Darüber hinaus wurde die Nr. 128 neu eingefügt. Diese beinhaltet nach vorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger die vollständige Dokumentation des Erlanger-Atopie Score.

Nr. 134 UV-GOÄ Erstellung eines Messblatts auf Anforderung des UV-Trägers außerhalb einer Begutachtung mit Vordruck F 4220, F4222, F 4224 und F 6222 (Stand 07/2026)

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166

Im Rahmen der Gutachtenaufträge ist die Erstellung des Messblatts Bestandteil der Gutachengebühr. Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nrn. 146 – 165 UV-GOÄ kann die Nr. 134 UV-GOÄ nicht abgerechnet werden
Die Leistung ist ausschließlich für die in der Leistungsbeschreibung genannten Messblätter abrechenbar.

VI. a Bescheinigungen, Verordnungen (Stand 07/2026)

Allgemeine Bestimmungen

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

2. *Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.*

- Nr. 143 Bescheinigung zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (§ 47 Vertrag Ärzte/UV-Träger) 3,69
- Nr. 143 a Bescheinigung zum Bezug des Kinderverletztengeldes bzw. zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes
- Nr. 143 b Bescheinigungen für Kleider- und Wäschemehrverschleiß
- Nr. 143 c Bestätigungen für Fahrkostenabrechnungen
- Nr. 143 d Verordnung für Krankentransport
- Nr. 143 e Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 19 Vertrag Ärzte/UV-Träger)
- Nr. 143 f Verordnung von Krankengymnastik/Physiotherapie (F 2400) und Ergotherapie (F 2402)
- Nr. 143 g Verordnung von Rehasport und Funktionstraining (F 2406)
- Nr. 143 h Verordnung von KSR (F 2170), BGSW (F 2150), EAP (F 2410), ABMR (F 2162)
- Nr. 143 i Verordnung von Hilfsmitteln (einschließlich orthopädischer Schuhe und Einlagen mit Vordruck F 2404)
- Nr. 143 j F 2902: Hinzuziehung/Überweisung (§ 12 ÄV)
- Nr. 143 k Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)
- Nr. 143 l Verordnung der ITT (Individuelle Tele-Therapie)

Bezüglich der Voraussetzungen und weiteren Einzelheiten, nach denen eine Bescheinigung zum Nachweis der AU (**AU-Bescheinigung**) auszustellen ist, wird auf § 47 ÄV und die Arb.Hinweise dazu verwiesen. In Nr. 143 ist nur die Höhe des ärztl. Honorars geregelt.

Ärzte, die nach dem Ärztevertrag grundsätzlich nicht berechtigt sind eine der in der Leistungsbeschreibung genannten Bescheinigungen/Verordnungen auszustellen, können die Leistung dafür nicht abrechnen. Ausnahmen sind nur nach vorheriger Genehmigung des zuständigen UV-Trägers möglich.
Die Abrechnung ist je Behandlungstag unabhängig der tatsächlich erstellten Bescheinigungen/Verordnungen/Bestätigungen nur dreimal möglich.

Nr. 145 UV-GOÄ Überweisung (ohne Formtext) (Stand 04/2022)

1. Der Überweisungsvordruck nach den **§§ 26, 39 oder 41** ÄV ist zum 01.01.2018 ersatzlos weggefallen. Die Gebühr für eine Überweisung ist weiterhin nach Nr. 145 zu bezahlen.

2. Liquidationsberechtigt ist der Arzt (meist Hausarzt, aber auch jeder andere Arzt, z. B. Orthopäde, Internist, Neurologe usw.), welcher in Erfüllung seiner **Vorstellungspflicht nach § 26 ÄV** den Verletzten **zum D-Arzt** überweist. Zu dieser Vorstellung ist jeder behandelnde Arzt verpflichtet, wenn die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus zur AU führt oder die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt oder die Verordnung von Heil-/Hilfsmitteln erforderlich ist sowie bei Wiedererkrankung. Die Gebühr entfällt, wenn die Ärztliche Unfallmeldung (F 1050) auch bei einer Vorstellung beim D-Arzt vollständig ausgefüllt und vergütet wird (sieh dazu § 14 und Nr. 125 UV-GOÄ).

   Für die umgekehrte Richtung, z. B. bei "**Rücküberweisung**" des Verletzten vom D-Arzt an den Hausarzt zur Weiterbehandlung, ist keine Überweisung vorgesehen; Nr. 145 ist insoweit nicht berechenbar.

   Gleiches gilt bei **Hinzuziehung** nach § 12 ÄV (z. B. Überweisung des Verletzten vom D-Arzt an einen anderen Facharzt, etwa zum MRT beim Radiologen). Hierfür steht der Formtext F 2902 zur Verfügung; Nr. 145 ist dafür nicht berechenbar.

3. Liegt eine **isolierte Verletzung im Bereich der Augen- oder HNO-Heilkunde** oder eine **Augen-/HNO-Verletzung zusammen mit anderen Verletzungen** (z. B. auf chirurgischem Gebiet) vor**,** ist nach § 39 ÄV in gleicher Weise zu verfahren. Wenn der Arzt wegen dieser Verletzung die Überweisung zum Augen- und/oder HNO-Arzt veranlasst, kann er die Gebühr nach Nr. 145 liquidieren.

   Davon ausgenommen können **D-Ärzte und** nach § 37 Abs. 3 ÄV **beteiligte Handchirurgen** eine Überweisung nach Nr. 145 liquidieren, wenn ausschließlich eine isolierte Verletzung der Augen oder des HNO-Bereichs vorliegt, der Verletzte von diesen Ärzten nicht behandelt und kein D-Bericht oder handchirurgischer Erstbericht erstellt wurde.

   Letzteres wird in der Praxis nur selten vorkommen, so dass z. B. nach Behandlung und Erstellung eines D-Berichts regelmäßig eine Hinzuziehung anzunehmen ist, wofür der **Vordruck F 2902** vorgesehen ist. Derartige Hinzuziehungen sind nicht nach Nr. 145 oder nach anderen Gebühren-Nrn. berechenbar (s. LVBG 091/2003 vom 07.11.2003, S. 12).

   Eine Vorstellung beim Augen-/HNO-Arzt ist nicht erforderlich, wenn sich durch die vom zuerst in Anspruch genommenen Arzt (z. B. D-Arzt) geleistete Behandlung eine weitere augen- oder HNO-ärztliche Behandlung erübrigt (§ 39 Abs. 2 ÄV).

4. Überweisungen oder Rücküberweisungen - etwa eines Augenarztes – an einen Hausarzt oder anderen Arzt sind nicht nach Nr. 145 berechenbar.

Nrn. 160/161/165 UV-GOÄ
Freie Gutachten (Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Freie Gutachten

Nr. 160 Begutachtungsmaterie mit normalem Schwierigkeitsgrad. Abhandlungen in Fachliteratur und Begutachtungs-Standardwerken bzw. von den Fachgesellschaften herausgegebene Begutachtungsempfehlungen sind regelmäßig vorhanden. Es sind keine sich widersprechenden Vorgutachten zum Kausalzusammenhang zu berücksichtigen.

Nr. 161 Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad. Es existieren keine konsentierten Begutachtungsempfehlungen bzw. trotz Vorliegens einer solchen setzt die Begutachtung eine anspruchsvolle medizinische Bewertung voraus. Regelmäßig sind deshalb verschiedene medizinische Quellen und diverse Fachliteratur zu sichten bzw. bedarf es einer Literaturrecherche oder entsprechender fundierter Fachkenntnisse oder es ist eine umfassende Auseinandersetzung mit Vorgutachten notwendig.

Nr. 165 Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad und sehr hohem zeitlichen Aufwand zu speziellen Kausalzusammenhängen und/oder differentialdiagnostischen Problemstellungen. Es gibt nur wenig gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse bzw. die Erkenntnislage ist unübersichtlich oder es liegen divergierende Auffassungen in der Fachliteratur vor. Die Begutachtung bedarf umfangreicher Recherchen und tiefgehender eigener wissenschaftlich fundierter Überlegungen und Begründungen. Zusätzlich ist das Gutachten mit einem deutlich überdurchschnittlichen Zeitaufwand verbunden, zum Beispiel durch aufwändige Anamnese, Auswertung umfangreicher Voruntersuchungen, weit überdurchschnittlichen Aktenumfang etc.

Zum 01.04.2015 wurden die Leistungslegenden für freie Gutachten neu gefasst und die Gebühren erheblich angehoben. Hierzu hat die DGUV Folgendes rundgeschrieben:

Aufgrund der Überarbeitung der UV-GOÄ sind in der nachfolgenden Veröffentlichung redaktionelle Änderungen erforderlich. Inhaltliche Veränderungen sind nicht erfolgt.

DGUV-Rundschreiben 0115/2015 vom 09.03.2015:

Zusammenfassung: Wir informieren über die ab 01.04.2015 gültige Neufassung der Leistungslegenden und Anpassung der Honorare für frei erstattete ärztliche Gutachten sowie die Anpassung der Schreibgebühren durch Beschluss der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger.
418.813

Nach Beratung und Zustimmung durch die Geschäftsführerkonferenz der DGUV hat die Ständige Gebührenkommission nach § 52 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger eine Neufassung der Leistungslegenden für freie ärztliche Gutachten nach den Nrn. 160 – 165 UVGOÄ und damit verbunden eine Erhöhung der Gutachtenhonorare beschlossen (siehe hierzu die neue Nr. 166 UV-GOÄ). Weiterhin wurden die Schreibgebühren nach Nr. 190 UV-GOÄ von 3,50 € auf 4,50 € angehoben. Die Beschlüsse sind diesem Rundschreiben als Anlage beigefügt. Im Einzelnen geben wir dazu nachfolgende Erläuterungen:

In der Nr. 160 (bisher: Gutachten ohne Fragestellung zum ursächlichen Zusammenhang) sind jetzt die freien Gutachten mit einer Begutachtungsmaterie von normalem Schwierigkeitsgrad abgebildet. Wann das der Fall ist, wird in der Leistungslegende näher erläutert. Der Gutachter muss auch zu Fragen des ursächlichen Zusammenhangs mit normalem

Schwierigkeitsgrad Stellung nehmen, wie dies in Gutachten für die gesetzliche Unfallversicherung grundsätzlich erforderlich ist.

Die Nr. 161 gilt für Gutachten mit einer Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad. Ein hoher Schwierigkeitsgrad kann dann in Frage gestellt werden, wenn z. B. zwischen den Fachgesellschaften und den UV-Trägern konsentierte Begutachtungsempfehlungen vorliegen, die dem Gutachter die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs erheblich erleichtern. Das gilt aber dann nicht, wenn trotz Vorliegens von Begutachtungsempfehlungen die Begutachtung eine anspruchsvolle medizinische Bewertung voraussetzt, wenn also z. B. vom Gutachter konkurrierende Schadensursachen diskutiert werden müssen, um letztlich das Vorliegen bzw. Nichtvorliegen eines Versicherungsfalls beurteilen zu können.

Gutachten nach Nr. 165 unterscheiden sich von denen nach Nr. 161 durch den zusätzlich erforderlichen sehr hohen zeitlichen Aufwand für die Beurteilung spezieller Kausalzusammenhänge und/oder differenzialdiagnostischer Problemstellungen. Die Leistungslegende gibt hierzu weitere Hinweise.

Für die Ermittlung einer angemessenen Vergütung in den drei Kategorien wurden umfangreiche Expertenabfragen durchgeführt und ausgewertet. Die Gebühren berücksichtigen den durchschnittlichen Zeitaufwand für die Gutachtenerstellung mit einem angemessenen Stundensatz. Bei Vorliegen besonderer Gründe besteht nach wie vor die Möglichkeit, mit dem Gutachter gemäß § 59 Ärztevertrag ein abweichendes Honorar zu vereinbaren.

Die neuen Gebühren können für Gutachtenaufträge ab 1. April 2015 abgerechnet werden. Bei Gutachtenaufträgen mit Datum bis zum 31. März 2015 wird davon ausgegangen, dass sich der Auftrag auf die bisherige Leistungslegende bezieht und das Gutachten auch danach vergütet wird, es sei denn, im Auftrag wird vom Unfallversicherungsträger ausdrücklich etwas anderes bestimmt. Gutachtenaufträge mit Datum ab 1. April .2015 beziehen sich immer auf die ab diesem Zeitpunkt geltenden neuen Leistungslegenden mit den neuen Gutachtengebühren. Die neuen Schreibgebühren können für Schreibleistungen ab 1. April 2015 abgerechnet werden. Das dürfte in der Regel am Berichts- bzw. Gutachtendatum feststellbar sein.

Mit der Erteilung des Gutachtenauftrages ist vom Unfallversicherungsträger zu bestimmen, nach welcher Gebührennummer das Gutachten zu erstellen ist. Wenn der Gutachter den Schwierigkeitsgrad oder den Umfang anders einschätzt, muss er dies vor der Gutachtenerstellung mit dem Unfallversicherungsträger abstimmen.

Zurzeit werden für die drei Gutachtenkategorien Beispiele aus dem Unfall- und dem Berufskrankheitenbereich erarbeitet, um der Sachbearbeitung eine Orientierungshilfe für die Einordnung zu den Gutachtenkategorien an die Hand zu geben. Hierzu erfolgt in Kürze ein gesondertes Rundschreiben.

Aufgrund der Überarbeitung der UV-GOÄ sind in der nachfolgenden Veröffentlichung redaktionelle Änderungen erforderlich. Inhaltliche Veränderungen sind nicht erfolgt.

DGUV-Rundschreiben 0304/2015 vom 03.08.2015:

Zusammenfassung: Die Leistungslegenden und Honorare für frei erstattete ärztliche Gutachten wurden mit Wirkung zum 01.04.2015 angepasst (Rundschreiben Reha 0115/2015 vom 09.03.2015). Für die Zuordnung zu den einzelnen Kategorien werden allgemeine Hinweise gegeben und typische Fallgestaltungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten beschrieben.
418.813

Nach Beratung und Zustimmung durch die Geschäftsführerkonferenz der DGUV hat die Ständige Gebührenkommission nach § 52 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger eine Neufassung der Leistungslegenden für freie ärztliche Gutachten nach den Nrn. 160 – 165 UVGOÄ und damit verbunden eine Erhöhung der Gutachtenhonorare beschlossen (siehe hierzu die neue Nr. 166 UV-GOÄ). Weiterhin wurden die Schreibgebühren nach Nr. 190 UV-GOÄ von 3,50 € auf 4,50 € angehoben (s. a. Rundschreiben Reha 0115/2015 vom 09.03.2015). Mit dem jetzigen Rundschreiben werden allgemeine Hinweise für die Zuordnung zu den neuen Leistungslegenden gegeben. Bei Berufskrankheiten ist davon auszugehen, dass eine umfassende Erstbegutachtung unabhängig von der BK-Nummer eine Honorierung nach Nr. 161 rechtfertigten dürfte. Eine Begutachtungsmaterie mit normalem Schwierigkeitsgrad nach Nr. 160 ist dann gegeben, wenn der Sachverhalt zur Exposition und zur Erkrankung und auch der Ursachenzusammenhang geklärt wurden. Letzteres ist u.a. abhängig vom Ermittlungsaufwand, den ein UV-Träger betreibt. Bei Arbeitsunfällen sind Erstbegutachtungen eher unter der Nr. 160 einzuordnen, weil häufig die Feststellung der Verletzungsfolgen und die Beurteilung des Kausalzusammenhangs unproblematisch sind. Der UV-Träger bringt den gewünschten gutachterlichen Aufwand im Gutachtenauftrag entsprechend zum Ausdruck und legt die Gutachtenkategorie fest. Bei Gutachten nach Nr. 160 sind die Tatsachen und bei Berufskrankheiten insbesondere auch die Bewertungen mitzuteilen, auf die sich die Annahme des Bestehens des Kausalzusammenhangs stützt. Ist dieser Kausalzusammenhang für den Gutachter nicht plausibel und wird eine differenzierte Diskussion und Bewertung der (ggf. weiteren) Krankheitsursachen für erforderlich gehalten, hat der Gutachter dies dem UV-Träger vor Erstellung des Gutachtens unverzüglich mitzuteilen. Ist keine Einigung über eine ggf. andere Zuordnung zu erzielen, ist der Gutachtenauftrag zurückzugeben. Gutachten ab Nr. 161 sind angezeigt, wenn eine differenzierte Bewertung des Zusammenhanges oder bei Berufskrankheiten z. B. des Zwangs zur Aufgabe der schädigenden Tätigkeit erforderlich ist. Dies ist z. B. der Fall, wenn eine differenzierte medizinische und versicherungsrechtliche Abwägung z. B. konkurrierender endogener und exogener Einwirkungen bzw. Diskussion einer widersprüchlichen Vorgeschichte/Aktenlage erforderlich ist. Eine derartige eingehende, differenzierte Bearbeitung des Sachverhaltes muss sich im Gutachtentext widerspiegeln. Die nachstehenden Fallgestaltungen sollen eine möglichst einheitliche Zuordnung gewährleisten. Sie werden nach Vorliegen erster Erfahrungen weiter präzisiert werden.

Typische Fallgestaltungen für Gutachten der Kategorie 1 (Nr. 160 UV-GOÄ),

Begutachtungsmaterie mit **normalem** Schwierigkeitsgrad. Abhandlungen in Fachliteratur und Begutachtungs-Standardwerken bzw. von den Fachgesellschaften herausgegebene Begutachtungsempfehlungen sind regelmäßig vorhanden. Es sind keine sich widersprechenden Vorgutachten zum Kausalzusammenhang zu berücksichtigen.

Arbeitsunfälle

Beispiele unfallchirurgisch-orthopädische Begutachtung
- Gutachten (Mehrfachverletzungen/Polytraumatisierung) ohne Zusammenhangsproblematik, die den Umfang von Formular-Rentengutachten deutlich überschreiten, einschließlich Bildung der Gesamt-MdE
- Zusammenhangsgutachten bei typischen Monoverletzungen in einfach gelagerten Fällen (z. B. Verletzungen der Achillessehne oder des Meniskus)

Beispiele Begutachtung auf psychischem Fachgebiet:
- Begutachtung psychischer Störungen ohne Zusammenhangsfrage

Beispiele Begutachtung auf sonstigen Fachgebieten:
- Verletzungen auf sonstigen Fachgebieten im Falle typischer Begleitverletzungen (z. B. periphere Nervenschäden nach Frakturen auf neurologischem Fachgebiet)

Berufskrankheiten

- Erstmalige MdE-Feststellung bei bereits anerkanntem Kausalzusammenhang Beispiele: Im Ergebnis des Verwaltungsverfahrens wurden alle Tatbestände der BKNr. 5101 nachgewiesen bis auf die Tätigkeitsaufgabe. Nach § 9 Abs. 4 ist ein entsprechender Bescheid mit Anerkennung des Kausalzusammenhangs erlassen worden. Nach später erfolgter Tätigkeitsaufgabe bei bestehendem Aufgabezwang ist nun in einem weiteren Schritt die MdE nach den Vorgaben der Bamberger Empfehlung einzuschätzen *oder* eine BK-Nr. 2112 (Gonarthrose) wurde mit einer MdE von unter 20% anerkannt. Im weiteren Verlauf erfolgte bk-bedingt eine TEP-Versorgung, so dass eine MdE-Überprüfung erforderlich ist.
- Begutachtung zur Anerkennung einer Berufskrankheit in einfachen Fällen, d.h. der Sachverhalt zur Exposition, zur Erkrankung, zu den BK-Tatbeständen sowie zum Ursachenzusammenhang sind nach Aktenlage bewiesen Beispiele: Fälle der BK-Nr. 5101, in denen im Rahmen des Hautarztverfahrens mit durchgeführter stationärer Maßnahme (TIP-Maßnahme) der medizinische Sachverhalt, der Unterlassungszwang sowie die Kausalitätsfragen umfassend und aktuell geklärt wurden *oder* Fälle der BK-Nr. 2113 (Carpaltunnel-Syndrom) ohne besondere konkurrierende Faktoren.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

- Nachuntersuchungsgutachten, soweit der Erkrankungsverlauf keine Besonderheiten aufzeigt, die eine ungewöhnlich ausführliche und intensive Diskussion von z. B. konkurrierenden Ursachen erfordern und so weit für das Nachgutachten kein Formulargutachten vereinbart ist.

Typische Fallgestaltungen für Gutachten der Kategorie 2 (Nr. 161 UV-GOÄ)

Begutachtungsmaterie mit **hohem** Schwierigkeitsgrad. Es existieren keine konsentierten Begutachtungsempfehlungen bzw. trotz Vorliegens einer solchen setzt die Begutachtung eine anspruchsvolle medizinische Bewertung voraus. Regelmäßig sind deshalb verschiedene medizinische Quellen und diverse Fachliteratur zu sichten bzw. bedarf es einer Literaturrecherche oder entsprechender fundierter Fachkenntnisse oder es ist eine umfassende Auseinandersetzung mit Vorgutachten notwendig.

Arbeitsunfälle

Beispiele unfallchirurgisch-orthopädische Begutachtung:
- Begutachtungssachverhalte der Kategorie 1, bei denen sich widersprechende Vorgutachten zu würdigen sind
- Zusammenhangsbegutachtung mit besonderer Schwierigkeit: z. B.
  - aufgrund von Vorschädigungen (Vorerkrankung, Schadensanlage) oder mehreren Unfallereignissen,
  - bei untypischen Verletzungen oder bei Verletzungen, für die nur vereinzelt Begutachtungsliteratur zu finden ist bzw. keine Begutachtungsempfehlungen vorliegen (Beispiel: Verletzung des Dreieckknorpels des Handgelenkes – Discus articularis ulnocarpalis = TFCC-Läsion),
  - Mehrfachverletzungen/Polytraumatisierung mit Zusammenhangsproblematik, einschließlich Bildung der Gesamt-MdE.

Beispiele Begutachtung auf neurologischem Fachgebiet:
- Neurologisches Gutachten mit ausgewählten Fragestellungen wie Schmerz (CRPS), Blasen-/Mastdarm-Störung
- Schädel-Hirn-Verletzungen mit komplexer Beurteilung von Art und Ausmaß der Funktionseinschränkungen

Beispiele Begutachtung auf psychischem Fachgebiet:
- Zusammenhangsbegutachtung psychischer Störungen auch bei Vorerkrankungen und differentialdiagnostischen Abgrenzungen Berufskrankheiten
- Gutachten zur Feststellung (erste Anerkennung/Ablehnung) bei Berufskrankheiten mit Diagnosesicherung, Kausalitätsbewertung unter Betrachtung der versicherten und unversicherten Ursachen, ggf. Klärung besonderer BK-Tatbestände einschließlich Krankheitsfolgenbewertung, Vorschlägen zur weiteren Heilbehandlung der chronischen Krankheitsfolgen sowie Vorschlägen zu Maßnahmen der Individualprävention.
- Nachuntersuchungsgutachten bei anerkannten Berufskrankheiten in schwierigen Fällen mit ungewöhnlich ausführlicher Kausalitätsprüfung Beispiel: Nach Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 5103 ist BK-unabhängig eine Immunsuppression erfolgt und im Verlauf sind zahlreiche Feldkanzerisierungen an arbeitsbedingt und an nicht arbeitsbedingt sonnenexponierten Hautarealen aufgetreten. Die Kausalität sowie die möglichen Auswirkungen auf die MdE sind zu bewerten.

Typische Fallgestaltungen für Gutachten der Kategorie 3 (Nr. 165 UV-GOÄ)

Begutachtungsmaterie mit **hohem Schwierigkeitsgrad und sehr hohem zeitlichen Aufwand** zu speziellen Kausalzusammenhängen und/oder differentialdiagnostischen Problemstellungen. Es gibt nur wenig gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse bzw. die Erkenntnislage ist unübersichtlich oder es liegen divergierende Auffassungen in der Fachliteratur vor. Die Begutachtung bedarf umfangreicher Recherchen und tiefgehender eigener wissenschaftlich fundierter Überlegungen und Begründungen. Zusätzlich ist das Gutachten mit einem deutlich überdurchschnittlichen Zeitaufwand verbunden, zum Beispiel durch aufwändige Anamnese, Auswertung umfangreicher Voruntersuchungen, weit überdurchschnittlichen Aktenumfang etc.

Arbeitsunfälle

Beispiele unabhängig vom Fachgebiet:

- Interdisziplinäre Begutachtungsproblematik wie die Kausalität im Falle eines Mediainfarkts (Hirninfarkt)
- Zusammenhangsbegutachtung psychischer Störungen mit widersprechenden Vorgutachten oder aufwändiger Abgrenzung konkurrierender Ursachen Berufskrankheiten Gutachten zum Vorliegen einer Erkrankung nach § 9 Abs. 2 SGB VII (Wie- Berufskrankheit), wenn eine wissenschaftliche Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirates „Berufskrankheiten“ des BMAS nicht existiert und daher der wissenschaftliche Erkenntnisstand zu ermitteln und darzustellen sowie fallbezogen anzuwenden ist.
- Gutachten in Fällen, in denen die wissenschaftliche Erkenntnislage nicht einheitlich ist und bereits mehrere divergierende Gutachten vorliegen, so dass eine intensive Auseinandersetzung mit den sich gegenüberstehenden Auffassungen mit abschließender eigener Beurteilung und Bewertung der im Raum stehenden Argumente bzw. des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes erforderlich ist.

Individualvereinbarung

Rechtsgrundlage für die individuelle Vereinbarung ist § 59 ÄV. Danach dürfen die Gebührensätze für frei erstattete Gutachten in jeder Kategorie bei Vorliegen besonderer Gründe und mit vorheriger Zustimmung des Unfallversicherungsträgers überschritten werden. Kommt eine Einigung nicht zustande, kann der Arzt den Gutachtenauftrag zurückgeben.

1. Wird ein **Formulargutachten** – z. B. nach Nr. 146 mit Vordruck A 4200 **“Erstes Rentengutachten”** – angefordert, das Gutachten jedoch in freier Form erstattet, kann nur die Gebühr nach Nr. 146 berechnet werden.

   Entscheidend ist, dass das Gutachten inhaltlich der Fragestellung und den sonstigen Vorgaben des Vordrucks A 4200 entspricht. Im Übrigen dürfen nur die vereinbarten Vordrucke verwendet werden (§ 58 Abs. 1 ÄV); beim Einsatz DV-gestützter Textverarbeitung muss sichergestellt sein, dass die Ausdrucke mit den vereinbarten Vordrucken identisch sind (§ 58 Abs. 2 ÄV). Ähnlichkeit in Aufbau und Inhalt reicht nicht aus.

2. Für eine **Vergütung** (Pauschale) **bei Nichterscheinen des Versicherten** zur Untersuchung gibt es in der UV-GOÄ keine Grundlage. Das gilt auch für arbeitsmedizinische Untersuchungen auf Veranlassung bgl. Organisationsdienste
   (z. B. ODIN, ZAs) oder der UV-Träger.

Nr. 166 UV-GOÄ
Schreibgebühren für Gutachten nach den Nummern 146 bis 154, 155 (ausgenommen audiologischer Befundbogen), 160, 161, 165, je Seite (Stand 07/2026)

Daneben nicht abrechenbar: Nrn.110 - 119, 134

Es muss eine Schreibgebühr nach Nr. 166 für jede Seite vergütet werden. Bedient sich ein Arzt oder Gutachter eines externen **Schreibdienstes**, so können hieraus resultierende höhere Kosten nicht übernommen werden (ausgenommen Mehrwertsteuer auf die Schreibgebühr).

Zu beachten ist allerdings, dass seit dem 8.3.2001 auf ärztl. Gutachten und ärztl. Berichte (hier kommt nur der Vordruck F 1110 nach Nr. 117 in Betracht) grundsätzlich **Mehrwertsteuer** zu entrichten ist, wenn die ärztl. Sachverständigentätigkeit nicht vorrangig der medizinischen Betreuung des Verletzten dient (vgl. auch anliegendes Schreiben des HVBG vom 18.12.2001 = Reha 65/2001 mit Anlage 1).

Für derartige mehrwertsteuerpflichtige Berichte und Gutachten **von frei praktizierenden Ärzten** gilt, dass für das gesamte Gutachtenhonorar einschl. der Gebühren für die ärztl. Leistungen und Schreibgebühren die Mehrwertsteuer zu übernehmen ist.

Das gilt auch für die **an einem KH tätigen Gutachter** mit eigenem Liquidationsrecht; die etwaige Steuerpflicht bezieht sich nicht nur auf das ärztl. Honorar, sondern auch auf die übrigen vom KH in Rechnung gestellten Sachkosten, also auch die Schreibgebühr (s. Reha 056/2002).

Schreibgebühren für Formulargutachten

Die Schreibgebühr ist für **jede angefangene Seite voll** zu zahlen, auch wenn darauf nur einzelne Wörter stehen. Enthält die **erste Seite** des Formulargutachtens lediglich das Anschreiben des UV-Trägers (z. B. Arztvordruck Nr. 119), ist diese Seite jedoch nicht mitzurechnen, auch wenn sie bei der Rücksendung des Gutachtens als Schreiben des Arztes verwandt wird.

Schreibgebühren für freie Gutachten

In Anlehnung an eine Normseite der DIN 1422 sind mindestens 30 Zeilen zu je 60 Anschlägen, also 1800 Zeichen üblich. Dies dient als Orientierung für die UV-GOÄ.

Kopien von Gutachten

Fordert der UV-Träger Kopien von Gutachten an, so sind diese nach Nr. 193 UV-GOÄ zu erstatten. Dies gilt auch für Kopien von Zusatzgutachten.

Kopien, die der Gutachter für seine Akten behält, sind nicht zu vergüten!

Schreiben des HVBG vom 18.12.2001 **Reha 065/2001**

Umsatzsteuerbefreiung § 4 Nr. 14 UStG;
hier: Sachverständigentätigkeit eines Arztes für die gesetzl. Unfallversicherung
DOK 412.8-Umsatzsteuer

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beziehen uns auf unser Schreiben vom 04.07.2001, mit dem wir Sie über die Entscheidung des Bundesfinanzministeriums in vorbezeichneter Angelegenheit informiert hatten.

Inzwischen hat sich ein Arbeitskreis, bestehend aus Vertretern der Spitzenverbände der Unfallversicherung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), auch unter Berücksichtigung

von Anregungen aus den bgl. Verwaltungen, mit den Auswirkungen der Entscheidung des BMF auf die Sachverständigentätigkeit für die GUV befasst. Dabei wurde herausgestellt, dass nach dem geltenden Umsatzsteuerrecht eine Steuerbefreiung der Sachverständigentätigkeit nur dann zum Tragen kommt, wenn der Arzt als Kleinunternehmer nach § 19 UStG von der Umsatzsteuer befreit ist – dies ist nicht der Fall, wenn der Arzt nach § 19 Abs. 1 UStG für die Umsatzsteuerpflicht optiert hat oder bei Überschreitung der in § 19 Abs. 1 UStG genannten Grenzen.

Nach der Klarstellung des BMF im Schreiben vom 31.05.2001 ist für die umsatzsteuerrechtliche Einordnung der Sachverständigenäußerung des Arztes entscheidend der Stand des Verfahrens und der Anlass (Rehabilitation oder Rentenfeststellung):

- Gutachten nach § 4 Nr. 14 UStG sind umsatzsteuerfrei, wenn die medizinische Betreuung im Vordergrund steht und Anlass des ärztl. Tätigwerdens ist, auch wenn der beauftragte Arzt zu dem Ergebnis kommt, dass Reha-Leistungen nicht mehr möglich sind, und
- Gutachten nach § 4 Nr. 14 UStG sind nicht umsatzsteuerfrei, wenn die Rentenfeststellung Anlass für das ärztl. Tätigwerden ist und nicht die medizinische Betreuung, auch wenn die Gutachten Feststellungen zu weiteren ärztl. Maßnahmen, zur Wiederherstellung oder Besserung der Erwerbsfähigkeit oder zur Ausstattung mit Hilfsmitteln enthalten.

Auf der Grundlage dieser Kriterien sind die einzelnen mit der KBV vereinbarten Vordrucke wie folgt zuzuordnen (s. beigefügte Liste nach der Systematik der UV-GOÄ, Anlage 1). Soweit „freie Gutachten“ in Auftrag gegeben werden, sollte die Verwaltung im Auftragsschreiben dem Arzt eine Hilfestellung zur Zuordnung des Gutachtens nach den BMF-Kriterien geben (z. B. „Soweit Sie nicht grundsätzlich wegen Ihrer Tätigkeit als Gutachter umsatzsteuerpflichtig sind, gehen wir davon aus, dass es sich bei Ihrem Gutachten um eine steuerfreie Leistung nach § 4 Nr. 14 UStG handelt“).

Hinsichtlich der Nebenleistungen gilt Folgendes:

- Bei der Liquidation durch frei praktizierende Ärzte bezieht sich die etwaige Steuerpflicht auf die gesamten Kosten – ärztl. Untersuchungen einschl. Sachkosten (z. B. Schreibgebühren, Wegegeld und Kosten für das nichtärztliche Personal). Das Steuerrecht stellt insofern ab auf die Einheitlichkeit der Leistung - die Nebenleistungen teilen umsatzsteuerrechtlich das Schicksal der Hauptleistung (so Richtlinien zu § 3 UStG, A 29).
- Bei einem am KH tätigen Gutachter mit eigenem Liquidationsrecht bezieht sich hingegen die etwaige Steuerpflicht lediglich auf das ärztl. Honorar – die übrigen vom KH separat in Rechnung gestellten Kosten sind nach § 4 Nr. 16 UStG umsatzsteuerfrei. [überholt! s. unten Reha 056/2002]

Weitere Einzelheiten sind dem als Anlage 2 beigefügten Schreiben des BMF an die obersten Finanzbehörden der Länder vom 8. November 2001 zu entnehmen.

Eine abschließende Bewertung der Tätigkeit des beratenden Arztes zur Frage der Umsatzsteuerpflicht ist wegen der Vielfältigkeit der Fallgestaltungen nicht möglich. Die Stellungnahmen von beratenden Ärzten ergehen teilweise fallbezogen (und werden auch so entgolten) auf Einzelanfrage oder unabhängig von der Art der Bezahlung im Innenverhältnis auf Grund langfristiger Dienstverträge. Hier sollte die einzelne Verwaltung unter Berücksichtigung der eigenen Interessenlage mit einem Steuerberater abwägen, welche Konstruktion zukünftig gewählt werden sollte.

Wir bitten um Beachtung.

	Berichtsvordrucke	Umsatzsteuerpflicht
110	Vordruck F 1100 Auskunft Behandlung	nein
115	Vordruck F 2100 Verlaufsbericht	nein
116	Vordruck F 3110 Belastungserprobung einschließlich Anlage F 3112 Arbeitsplatzbeschreibung	nein
117	Vordruck F 1110 Auskunft Zweifel Arbeitsunfall/Ursachenzusammenhang	ja
119	Vordruck F 1114 Ausführliche Auskunft	nein
120	Vordruck F 1116 Ausführliche Auskunft, Augen	nein
121	Vordruck F 2134 Ausführlicher Bericht, Knie	nein
122	Vordruck F 2132 Ausführlicher Bericht, Kopfverletzung	nein
123	Vordruck F 1120 Bericht neurologischer Befund	nein
125	Vordruck F 1050 Ärztliche Unfallmeldung	nein
126	Vordruck F 1030 Augenarztbericht	nein
127	Vordruck F 1040 Hals-Nasen-Ohrenarztbericht	nein
129	Vordruck F 6150 Bericht Haut BK 5101	nein
130	Vordruck F 6050 Hautarztbericht	nein
131	Vordruck F 6052 Hautarztbericht – Behandlungsverlauf -	nein
132	Arztvordruck F 1000 Durchgangsarztbericht	nein
135	Vordruck F 6120 -5103 Bericht Hautkrebs BK 5103	nein
135a	Vordruck F 6122 - 5103 Nachsorgebericht Hautkrebs BK 5103	nein
136	Vordruck F 1002 Ergänzungsbericht Kopfverletzung	nein

	Berichtsvordrucke	Umsatzsteuerpflicht
137	Vordruck F 1004 Ergänzungsbericht Knie	nein
138	Vordruck F 1006 Ergänzungsbericht Schulter	nein
139	Vordruck F 1008 Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen	nein
140	Vordruck F 1010 Handchirurgischer Erstbericht	nein
141	Vordruck F 6000 Ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit (§ 44 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	ja (siehe RS Reha 0473/2009 vom 10.08.2009)
142	Vordruck F 6120 Bericht Wirbelsäule BK 2108, 2109, 2110	nein
143	Vordruck Bescheinigung zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (§ 47 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	nein
144	Vordruck Bescheinigung über Transportunfähigkeit (§ 38 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	nein
---	Vordruck F 2150 Mitteilung D-Arzt: Überweisung BGSW	nein
---	Vordruck F 2154 Mitteilung Ergebnis BGSW	nein
---	Vordruck F 3110 Belastungserprobung	nein
---	Vordruck F 3112 Belastungserprobung – Arbeitsplatzbeschreibung	nein

	Formulargutachten	Umsatzsteuerpflicht
146	Vordruck A 4200 Erstes Rentengutachten	Ja
147	Vordruck A 4202 Erstes Rentengutachten Augen	Ja
148	Vordruck A 4500 Zweites Rentengutachten (Rente auf unbestimmte Zeit)	Ja
149	Vordruck A 4502 Zweites Rentengutachten Augen (Rente auf unbestimmte Zeit)	Ja
150	Vordruck A 4510 Rentengutachten (Nachprüfung MdE)	Ja

151	Vordruck A 4512 Zweites Rentengutachten Augen (Nachprüfung MdE)	Ja
152	Vordruck A 4520 Rentengutachten (Rente nach Gesamtvergütung)	Ja
153	Vordruck A 4550 Gutachten bei Abfindung	Ja
154	Vordruck A 5512 Gutachten erhöhte Witwen-/Witwerrente	Ja
155	Vordruck A 8200-2301 Gutachten BK 2301	ja

Schreiben des HVBG vom 12.06.2002 **Reha 056/2002**

Umsatzsteuerbefreiung § 4 Nr. 16 UStG
hier: Nebenkosten bei Begutachtung im KH
Bezug: Schreiben an die Hauptverwaltungen und Landesverbände vom 18.12.2001 (Reha 065/2001)
412.8-Umsatzsteuer

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu den im Bezugsschreiben auf Seite 2 unter Punkt 2 gemachten Ausführungen zu den Nebenleistungen ist uns nunmehr eine klarstellende Auslegung des Bundesfinanzministeriums bekannt geworden. Danach sind separat in Rechnung gestellte Nebenkosten bei einer Begutachtung im Krankenhaus durch einen Gutachter mit eigenem Liquidationsrecht nicht nach § 4 Nr. 16 UStG von der Umsatzsteuer befreit, wenn solche Umsätze von Krankenhäusern „im Wesentlichen dazu bestimmt sind“, „den Einrichtungen zusätzliche Einnahmen durch Tätigkeiten zu verschaffen, die in unmittelbarem Wettbewerb zu steuerpflichtigen Umsätzen anderer Unternehmer stehen“.

Wir bitten um Beachtung.

Nr. 180 UV-GOÄ
Befüllung der elektronischen Patienten- oder Gesundheitsakte mit medizinischen Informationen, inklusive Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten (Stand 01/2026)

Die Leistung kann im Behandlungsfall nur einmal abgerechnet werden. Hinzugezogene Ärzte können diese Leistung nicht abrechnen. Die Erstbefüllung der ePA ist nicht Bestandteil der UV-GOÄ. Sollte es in wenigen Ausnahmefällen zu einer Erstbefüllung der ePA kommen, ist diese Leistung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen.

Die Abrechnung der Nr. 180 UV-GOÄ kann innerhalb von drei Monaten nach der ersten Inanspruchnahme von jedem behandelnden Arzt (z. B. D-Arzt, Allgemeinarzt, HNO,- Augenarzt) einmal abgerechnet werden.

Ärzte, die zu der Klärung der Diagnose oder Mitbehandlung hinzugezogen werden (§ 12 ÄV) können diese Leistung nicht abrechnen, da die Befunde an den hinzuziehenden Arzt gehen und dieser die Ergänzung der Akte vornimmt.
Die Nr. 180 UV-GOÄ kann nicht für die Erstbefüllung einer elektronischen Patienten- oder Gesundheitsakte abgerechnet werden.

Nr. 193 UV-GOÄ
Zusammenstellen und Übersenden von Auszügen aus der Behandlungsdokumentation und/oder bildgebendem Material in analoger oder digitaler Form auf Anforderung des UV-Trägers. Die Richtigkeit ist vom absendenden Arzt zu bescheinigen. (Stand 07/2026)

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 191

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Sie müssen vom absendenden Arzt durchgesehen und ihre Richtigkeit muss von diesem bescheinigt werden.

1. Aus Gründen des Datenschutzes dürfen die ärztlichen Aufzeichnungen nur in dem Umfang angefordert werden, wie sie der UV-Träger zum Zwecke der Heilbehandlung und zur Erbringung sonstiger Leistungen benötigt. Dazu gehört auch die Kontrolle und Steuerung des Heilverfahrens durch den UV-Träger oder die Klärung von Zusammenhangsfragen (§§ 201, 203 SGB VII, s. auch Arb.Hinweise zu § 5 ÄV).

   Ungeachtet des Umfangs der Auszüge aus der Behandlungsdokumentation bzw. der Form der Übersendung ist die Übersendung an den UV-Träger nur mit der Gebühr nach Nr. 193 (zuzüglich Porto) zu vergüten.

   Mit der Formulierung „auf Anforderung des UV-Trägers“ wird klargestellt, dass für vom Arzt veranlasste Übersendungen kein Vergütungsanspruch besteht.

2. **Übersendung von Befunden anderer (hinzugezogener) Ärzte**

   Befundmitteilungen oder **einfachen Befundberichte** (z. B. MRT-Befundmitteilung, Ergebnis der histologischen Untersuchung usw.) sind abgegolten (§ 62 Abs. 2 ÄV, Nr. 1 der Allgem. Best. zu Abschn. B.VI. mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung, Nr. 3 der Allgem. Best. zu Satz 2 bei Abschn. O.).

Es kann mit dem ÄV und der UV-GOÄ nicht in Einklang stehen, dass in aktuellen, laufenden Behandlungsfällen durch die geschilderte Verfahrensweise eine zusätzliche Liquidationsmöglichkeit für Berichte eröffnet wird, die bereits mit der Untersuchungsleistung abgegolten bzw. vom UV-Träger unmittelbar bezahlt worden sind.

Fordert der UV-Träger diese Befunde beim D-Arzt an, kann er keine kostenfreie Übersendung erwarten, da dies nicht zu den Aufgaben des D-Arztes gehört. In diesen Fällen kann der D-Arzt die Nr. 193 ungeachtet des Umfangs der übersendeten Auszüge abrechnen.

3. Fordert der UV-Träger ärztliche Unterlagen an, um die **Behandlungsrechnung** bzw. die **Indikation der einzelnen ärztlichen Leistungen zu überprüfen**, kommt eine Vergütung nach Nr. 193 nicht in Betracht.

   Grundsätzlich setzt der Vergütungsanspruch auf ärztliche Leistungen voraus, dass diese zum Zweck der HB sowie im Einklang mit den Bestimmungen des ÄV erbracht wurden. Diese Zweckbestimmung ist nicht gegeben, wenn die Rechnung ganz oder teilweise nicht nachvollziehbar ist und der UV-Träger insoweit einen Nachweis zu den abgerechneten Leistungen benötigt (vgl. Arb.Hinweise zu § 5 ÄV, Anm. 2.).

Fordert der UV-Träger Berichte/Befunde/Krankenblatt an, wird erwartet, dass dem Arzt dabei mitgeteilt wird, ob und welche Vergütung er dafür zu erwarten hat. Es muss für den Arzt erkennbar sein, ob es sich um Befunde handelt, die Bestandteil der abgerechneten ärztlichen Leistung sind oder ob es sich um eine Dokumentation zur Nachvollziehbarkeit einer Abrechnung handelt, für die keine Vergütungen vorgesehen sind.

1. Die Gebühr nach Nr. 193 ist nur für die Übersendung bereits **archivierter Röntgenaufnahmen** berechenbar, nicht aber für die Übersendung unmittelbar zuvor gefertigter Aufnahmen, etwa an den Arzt, der die Untersuchung veranlasst hat (für diese erstmalige Übersendung sind nur die Versand- und Portokosten nach Nr. 4.2 des Abschnitts A. der UV-GOÄ zu erstatten).

   Werden in **Krankenhäusern** angefertigte Röntgenaufnahmen übersandt, ist die gleich hoch bewertete Pauschale nach Nr. 9794 einschlägig einschl. Verpackung zuzüglich Porto, je Sendung.

   Da sich die Leistungslegende auf die Mehrzahl bezieht, wird die Pauschale unabhängig von der Zahl der angeforderten Röntgenbilder **nur einmal pro Anforderung** bzw. Sendung fällig.

2. Nr. 193 ist auch für die **Übersendung** von - bereits archivierten - Röntgenaufnahmen **von Arzt zu Arzt** berechenbar.
   Nr. 193 ist ebenfalls ansetzbar, wenn **auf Anforderung** des UV-Trägers oder Arztes **auf CD oder DVD abgespeicherte Aufnahmen** übersandt werden (s. o. Satz 2 der Leistungsbeschreibung, Reha 48/2007). Die Übersendung eines Speichermediums ist Bestandteil der Leistung.

   Im Übrigen muss Nr. 193 auch beim Versand angeforderter **CT-**, **MRT**-Aufnahmen, **Szintigraphien** usw. zu vergüten sein (vgl. Arb.Hinweise zu den Allgem. Best. zu Abschnitt O., Anmerkungen zu Nr. 8, S. XII/4).

3. **Digital angefertigte Röntgenaufnahmen** können in herkömmlicher Technik auf einem Film (Hardcopies), auf Spezialpapier (z. T. als „Laserfilm“ bezeichnet) ausgedruckt oder digital auf CD/DVD abgespeichert werden. Grundsätzlich kann der UV-Träger bestimmen, in welcher Form ihm die digital angefertigten Aufnahmen übersandt werden sollen (s. HVBG VB 119/2005 bzw. Reha 67/2005 vom 29.11.2005). Die Kosten für Röntgenfilme, Spezialpapier, CD-/DVD-Rohlinge usw. sind mit der Gebühr für die radiologische Untersuchung abgegolten und dürfen nicht zusätzlich berechnet werden.

   Unklarheiten in der Anforderung gehen zu Lasten des UV-Trägers. Werden z. B. nur Röntgenaufnahmen der Lunge ohne weitere Angaben zur Bildtechnik angefordert und sind die daraufhin übersandten, auf CD gespeicherten Daten für den Beratungsarzt mangels eines speziellen Monitors nicht hinreichend auswertbar, ist die Übersendung gleichwohl nach Nr.

193 zu vergüten bzw. eine nochmalige Anforderung der Bilder, in Form des klassischen Röntgenfilms, ist wiederum nach Nr. 195 zu honorieren.

Der **Vergütungsanspruch** setzt voraus, dass das übersandte Bildmaterial der jeweils angeforderten Technik entspricht und ggf. digitale Daten im üblichen DICOM-Standard gespeichert und mit entsprechendem „Viewer“ (Betrachtungsprogramm) auf dem Datenträger geliefert werden (s. VB 119/2005).

4. Erfolgt die **Anforderung** der Aufnahmen nur **zum Zwecke der Rechnungsprüfung**, weil begründete Zweifel an der Richtigkeit der Abrechnung bestehen, ergibt sich kein Anspruch auf die Gebühr nach Nr. 193 (s. auch Arb.Hinweise zu Nr. 193, Anm. 4.).

   Mit den Gebühren sind alle Kosten, auch für die Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger, abgegolten (siehe auch Allg. Bestimmungen, Abschnitt O., Nr. 1).

UV-GOÄ/Abschnitt C.
Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

Verbände, Gipse, Schienen, Orthesen werden zu unterschiedlichen oder sich ähnelnden therapeutischen Zielen eingesetzt.

Die im Abschnitt Nrn. 200 – 247A UV-GOÄ für die ärztliche Abrechnung zur Verfügung stehenden Gebührennummern entsprechen vielfach nicht mehr den heute verwendeten Materialien. Medizinische Entwicklung und Fortschritt sind nicht immer abgebildet.
Dies betrifft insbesondere vorgefertigte Schienen, Orthesen, die vom Arzt/der Ärztin verordnet und vom Orthopädiefachgeschäft ausgeliefert werden. Hier erbringt der Arzt/die Ärztin, wenn überhaupt, ärztliche Leistungen, aber in keinem Fall entstehen besondere Kosten.
Die Arbeitshinweise wurden in diesem Bereich in der Fassung 05/2017 überarbeitet.

Grundlage für die Abrechnung bildet auch hier die ärztliche Dokumentation und die Entscheidung im konkreten Einzelfall. D. h. die konkrete Versorgung muss aus der ärztlichen Dokumentation nachvollziehbar sein.

I. Allgemeine Bestimmungen Abschnitt C und Nr. 200 UV-GOÄ Verband – ausgenommen Schnellverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher -/ Verbandwechsel (Stand 07/2026)

Allgem. Best. zu Abschnitt C.I.:

Wundverbände nach Nr. 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, sind Bestandteil dieser Leistung. Als operative Leistung in diesem Sinne gelten auch die Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005.

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

1. In den Allgem. Best. zu Abschnitt C.I. ist ausdrücklich klargestellt, dass auch die Wundversorgung nach den **Nrn. 2000 bis 2005** als operative Leistung gilt und Nr. 200 nicht neben diesen Leistungen berechnet werden kann.

   Das gilt nicht für die in Spalte 4 genannten **Besonderen Kosten der Nr. 200**, die immer neben operativen Leistungen oder den Nrn. 2000 bis 2005 berechenbar sind.

2. **Verbände nach Nr. 200** können unterschiedliche therapeutische Ziele verfolgen. Obwohl die allgemeinen Bestimmungen von „Wundverbänden“ sprechen, werden auch andere Verbände mit dieser Leistung abgerechnet (z.B. Salbenverband zur Schmerzbehandlung).

   Schnellverbandsmaterialien (Verbandsspray, Pflaster, Mullkompressen, etc.) stellen keine Verbände nach Nr. 200 dar. Sie können aber je nach Anlage eines Verbandes Bestandteil der besonderen Kosten sein (Salbenstrang, Mullkompresse, elastische Binde, Fixation mit Pflasterstreifen).

   Dazu gehört und ist Bestandteil der Leistung auch das Anlegen einer **Idealbinde.** Die Nr. 200 kann allerdings nicht zweimal berechnet werden, wenn ein Verband mit einer elastischen Binde gefestigt wird. Liegen die Versorgungsgebiete (Zielleistungen) nahe beieinander, muss aus der Dokumentation nachvollziehbar erkennbar sein, dass mehrere Verbände verwendet wurden.

3. Grundsätzlich sind mit den **Besonderen Kosten der Nr. 200** die Kosten für die notwendigen Verbandmaterialien abgegolten; diese können nach § 2 Abs. 1 des BG-NT nicht zusätzlich berechnet werden.

   Bei bestimmten Verletzungen verwenden Ärzte so genannte **„feuchte Wundauflagen“**.

   Diese Wundauflagen werden unter verschiedenen Bezeichnungen abgerechnet (z. B. Adaptik, Urgotuel, Oleo Tüll, Curity Fettgaze usw.; die Kosten liegen deutlich über 1,02 €, z. B. Urgotuel 5x7 cm, 10 Stk. ab ca. 22 €). Ärzte und Abrechnungsstellen argumentieren damit, dass es sich dabei um ein Arzneimittel gemäß § 2 Abs. 3 Nr. 1 BG-NT handelt, dessen Aufwand 1,02 € übersteigt und damit gesondert abgerechnet werden kann.

   Es handelt sich jedoch nicht um Arzneimittel, sondern um **Medizinprodukte**, die auf physikalischem und nicht auf pharmakologischem Wege wirken. Sie beinhalten keinen Arzneistoff (meist Algenextrakt oder Granulat, wodurch Wundsekret und Keime isoliert werden und ein „Ankleben“ des Verbandmaterials verhindert wird).

   Die **feuchten Wundauflagen** (Wundgaze) sind **mit den Besonderen Kosten abgegolten** und nicht gesondert berechnungsfähig.

4. Ein Verband nach **Nr. 200** kann **neben einem Schienenverband** der Nrn. 210, 211, 212, 213, 228, 229, 237 und 238 dann berechnet werden, wenn neben der Ruhigstellung einer

Extremität die Versorgung einer Wunde oder ein Salbenverband erforderlich ist. Das gilt sinngemäß auch für den **Kompressionsverband** (Nr. 203A).

5. Ein **täglicher Verbandwechsel** ist allenfalls **bis zum vierten Tag** nach dem Unfall bzw. nach dem Beginn der Behandlung nachvollziehbar, es sei denn, es handelt sich um nässende oder infizierte Wunden oder um Verbrennungswunden, die täglicher Kontrolle und Behandlung bedürfen.

   Werden darüber hinaus Verbände bei der ambulanten Behandlung in täglichen Abständen gewechselt, ist die medizinische Notwendigkeit besonders zu begründen und ggf. durch Beratungsarzt-Vorlage zu prüfen.

   Erfolgt **am Wochenende keine Behandlung**, kann dies Indiz dafür sein, dass die Verletzung keine täglichen Verbandwechsel erfordert.

Die Nr. 200 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Dies gilt auch für die besonderen Kosten der Nr. 200.

Nrn. 200/203A/209 UV-GOÄ
Kombination von Verbänden
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Bei gleichzeitiger Berechnung eines **Tape- und Kompressionsverbandes** ist eine der beiden Gebühren - mit Begründung - zu streichen. Entweder ist ein Kompressionsverband oder ein Tape-Verband erforderlich. Beide Verbände **übereinander** ergeben keinen Sinn.

Handelt es sich um eine Distorsion des Sprunggelenks und ist im klinischen Befund keine Instabilität dokumentiert, ist ein Kompressionsverband nach Nr. 203A bei dokumentierter vorhandener oder drohender Schwellung erforderlich und zweckmäßig.

Die Nr. 203A kann neben der Nr. 200 abgerechnet werden, wenn zusätzlich ein Wund- oder Salbenverband erforderlich ist (vgl. Arb.Hinweise zu Nr. 200). Eine Kompresse mit darunter aufgetragener Salbe stellt keinen eigenständigen Verband nach Nr. 200 dar.

Die Anlage eines Gaze- oder Salbenverbandes nach Nr. 200 unter einem Tapeverband (Nr. 209) ist nicht abrechenbar. Die Salbe wird unter die ohnehin anzulegende Unterzugbinde aufgetragen. Zum Abdecken der Salbe wird eine Kompresse verwendet. Diese stellt jedoch keinen eigenständigen Verband i. S. der Nr. 200 dar. Sie ist Bestandteil der Nr. 209.

Die Nrn. 200 - 209 können neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie sind im Zusammenhang mit einer arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Dies gilt auch für die besonderen Kosten der Nrn. 200 - 209.

Nrn. 200, 203A, 210 bzw. 211 UV-GOÄ
Kombination von Verbänden (bei Wiederanlage)
(Stand 05/2017)

Grundsätzlich können die Verbände nach den vorbezeichneten Nrn. nebeneinander abgerechnet werden, wenn zur Versorgung der Verletzung die Anwendung unterschiedlicher therapeutischer Wirkprinzipien (Zielleistungen) medizinisch erforderlich ist (z. B. Wundversorgung und Ruhigstellung). Dies muss aus der ärztlichen Dokumentation hervorgehen.

Bei **Fingerverletzungen (Schnitt-, Riss-, Schürfverletzungen, Distorsionen)** ist die Anlage eines **Kompressionsverbandes (Nr. 203A)** nicht abrechenbar. Bei großflächigen, operativ versorgten Wunden kann ein Kompressionsverband erforderlich sein.

Dies gilt sinngemäß auch für den **Schienenverband (Nr. 210),** weil die vorgenannten Verletzungen in der Regel keine Ruhigstellung notwendig machen, kann im Einzelfall aber erforderlich sein und muss dokumentiert sein.

Somit ist bei diesen Verletzungen ein Verband nach Nr. 203A und Nr. 210 oder eine Kombination nicht erforderlich; nur die Nr. 200 ist berechenbar.

Nr. 202 UV-GOÄ
Schanz`scher Halskrawattenverband
(05/2017)

1. Nr. 202 darf - sofern die “Schanz`sche Halskrawatte” ausnahmsweise zu akzeptieren ist - auch berechnet werden, wenn kein individuell angefertigter Verband, sondern einer der heute üblichen Fertigverbände (Schaumstoffmaterial mit Klettverschluss, auch waschbar) angelegt wird. Zur Indikation siehe S1-Leitlinie „Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule“ (https://www.awmf.org/aktuelles-und-angebot/awmf-aktuell/beschleunigungstrauma-der-halswirbelsaeule)

2. Die **Fertigkrawatten** werden meist vom Fachhandel bezogen. Der D-Arzt stellt ein entsprechendes Rezept aus; die Kosten werden dem UV-Träger in Rechnung gestellt.

   Der Arzt kann in diesem Fall für die Erstanlage die ärztl. Leistung nach Nr. 202 berechnen, nicht aber die **Besonderen Kosten**, weil beim Arzt keine entsprechenden Kosten anfallen. Dies ist stets kritisch zu prüfen, da die Abrechnungsprogramme regelmäßig die Gebühr nach Nr. 202 zusammen mit den Besonderen Kosten auswerfen.

   Die jeweilige Wiederanlage im Rahmen weiterer Behandlungstage ist nicht abrechenbar.

   Wird die Halskrawatte in der Praxis des Arztes hergestellt, ist Nr. 202 zusammen mit den Besonderen Kosten berechenbar.

3. Im Rahmen der Erstversorgung durch einen **Notarzt** ist bei Verdacht auf eine HWS-Verletzung in aller Regel vorsorglich ein sogen. **Stiffneck** anzulegen. Dieser ist **nach Nr. 202 ohne die besonderen Kosten wegen seiner Wiederverwendbarkeit abrechenbar**.

Nrn. 203A UV-GOÄ
Kompressionsverband – auch Schaumstoff-Kompressionsverband
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Wirkungsweise

Der **Kompressionsverband** ist ein zirkulär angelegter Verband, der ausschließlich der Kompression des Körpergewebes dienen soll. Er hat nicht die Funktion eines Wundverbandes. Er dient der Prophylaxe eines Ergusses bzw. einer Flüssigkeitsansammlung im Gewebe (posttraumatisches Oedem). Ein Kompressionsverband verhindert z. B., dass sich nach der Punktion eines Gelenkergusses rasch wieder neue Flüssigkeit im Gelenk ansammelt.

Druckverbände (ebenfalls Nr. 203A) werden vorübergehend z. B. zur **Blutstillung** eingesetzt und in der Regel nach 20 bis 30 Minuten, der elastische Druckverband nach Operationen in der Regel am OP-Tag oder Folgetag, wieder gelockert, um Stauungen und Durchblutungsstörungen zu verhindern. Dies setzt i. d. R. größere bzw. großflächige Verletzungen voraus, kann aber je nach Blutungsneigung bei kleineren Verletzungen erforderlich sein, was aus der Befunddokumentation ersichtlich sein muss. Bei Druckverbänden, die ausschließlich der Blutstillung dienen, ist die Wundabdeckung Bestandteil der Nr. 203A und kann nicht gesondert berechnet werden (Brück, Komm. z. GOÄ, RdNr. 4 zu Nr. 204).

Berechenbarkeit

Kompressionsverbände unterliegen nicht den Beschränkungen der Allgem. Best. zur Nr. 200; sie sind - soweit medizinisch erforderlich - im Zusammenhang mit operativen Leistungen berechenbar.

Kombination mit anderen Verbänden:

Ein Kompressionsverband ist neben dem Wund- oder Salbenverband berechnungsfähig, wenn die Versorgung der Verletzung die entsprechenden therapeutischen Wirkprinzipien erfordert (z. B. Wundversorgung und Kompression oder Ruhigstellung). Soll ein Kompressionsverband lediglich das Verrutschen des darunterliegenden Verbandes verhindern, ist dies als Bestandteil der Verband-Leistung nach Nr. 200 anzusehen und somit nicht zusätzlich nach Nr. 203A berechenbar.

Darüber hinaus ist eine Kombination mit anderen Verbänden nicht abrechenbar.

Entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 8 ÄV ist bei Sprunggelenksdistorsionen regelmäßig die Verordnung einer **Sprunggelenks-Orthese mit eingebauter Kompression** geboten, da nach dem Abklingen der anfänglich stärkeren Schwellung in der Regel die komprimierende Wirkung der Orthese ausreicht, womit die zusätzliche Anlage eines Kompressionsverbandes nicht abgerechnet werden kann.

Die Anlage eines **Kompressionsverbandes** ist anlässlich einer **OP des Kniegelenks** und für die postoperative Nachbehandlung regelmäßig erforderlich und zweckmäßig. Dies gilt jedoch nicht, wenn gleichzeitig zur Thromboseprophylaxe **Kompressionsstrümpfe der Klasse II** bereits zur Verfügung stehen (die Anlage des Kompressionsverbandes ist dabei auch technisch kaum möglich).

Einzelfälle:

Kompressionsverbände sind medizinisch regelmäßig erforderlich und berechenbar:

- **bei schweren Distorsionen** z. B. der Sprung-, Knie-, Hand- o. Ellenbogengelenke,
- **nach OPs und Punktionen der Knie- oder Sprunggelenke** (vgl. Arb.Hinweise zu Nrn. 2189 ff.),
- **bei starken Prellungen** (zum Eindämmen der Schwellungen, z. B. an den Unterschenkeln),
- **bei Thrombosegefahr** (zur Prophylaxe).

Kompressionsverbände sind regelmäßig **nicht** erforderlich und zweckmäßig bei:

- **geringen Verletzungen, insbes. an Händen/Füßen und Fingern/Zehen,** z. B. **Schnitt- und Rissverletzungen, Stichwunden** (ausgenommen Arterienverletzungen), **oberflächlichen Abschürfungen** oder **Prellungen** (Wund-/Salbenverband nach Nr. 200 ist insoweit regelmäßig ausreichend). Die vollständige Leistung kann an einem Finger nicht erbracht werden.
- **Strecksehnenabriss** an Fingerendgliedern (Stack`sche Schiene ist ausreichend),
- **intraartikulären Injektionen** (z. B. mit Hyalart, Viscoseal, Lipotalon, Traumel, Zeel usw., weil nur geringe Mengen des Präparats injiziert werden (Nr. 203A ist jedoch indiziert, wenn das Gelenk zuvor punktiert wurde.

Die Nr. 203A kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Dies gilt auch für die besonderen Kosten der Nr. 200.

Nrn. 203B UV-GOÄ
Zinkleimverband
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Der Zinkleimverband ist ein Verband, der zur Kompressionstherapie (Prophylaxe und/oder Abbau von Schwellungen) und/oder als stabilisierender (stützender) Verband bei Verletzungen der Extremitäten dient.

Zinkleim ist eine Paste aus Zinkoxid, Bindemittel und Wasser. Zinkpaste wirkt abdeckend, schützend, aufsaugend und zieht nicht in die Haut ein. Deswegen wird Zinkpaste auch in der Vorbeugung und Behandlung von Hautentzündungen (Dermatitiden) eingesetzt.

Der nur sehr wenig dehnbare Verband wird um eine verletzte oder geschwollene oder eine von Schwellung bedrohte Extremität angelegt. Es kommt zu einer Kompression und gleichzeitigen Kühlung des mit dem Verband behandelten Areals. Je nach Verbandtyp kann es zu einer (teilweisen) Aushärtung kommen.

Ein Verband nach Nr. 200 UV-GOÄ kann neben dem Zinkleimverband nur dann abgerechnet werden, wenn eine Wunde als weitere Zielleistung dokumentiert ist. Andere Kombinationen mit dem Zinkleimverband (Kompressionsverband, Tape, Gips- und Scotchverbände) sowie Orthesen sind daneben nicht abrechenbar.

Die Nr. 203B kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Dies gilt auch für die besonderen Kosten der Nr. 203B.

Nr. 204 UV-GOÄ
Zirkulärer Verband des Kopfes, des Schulter- oder Hüftgelenks oder des Rumpfes
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

1. Nach der Leistungslegende sind nur **zirkuläre Verbände** des **Kopfes**, des **Schulter- oder Hüftgelenks** sowie des **Rumpfes** berechnungsfähig.

   Zirkuläre Verbände (z. B. Kompressionsverbände) an den Extremitäten sind auf die Nr. 203A (Kompressionsverband) zu korrigieren.

2. Für den Bereich des Kopfes kommen nach Nr. 204 z. B. ein Mützen-, Stirnverband oder doppelseitiger Augenverband in Betracht, für die oberen Extremitäten mit Schultergelenk der **Rucksack-**, Désault- oder **Gilchrist-Verband**, für den Rumpf ein Rückenstern-, Bruststern- oder Brustkorbverband.

   Bei kleineren **Platz- oder Schnittwunden an Kopf oder Rumpf ist regelmäßig kein zirkulärer Verband** erforderlich.

3. Wird ein zirkulärer Verband als **Wundverband** angelegt, kann die Gebühr nach Nr. 204 im Zusammenhang mit operativen Leistungen (s. Arb.Hinweise zu Nrn. 2000 ff. und Nr. 200) oder einer Wundversorgung (Nrn. 2000 – 2005) uneingeschränkt berechnet werden.

4. Die Gebühr nach Nr. 204 ist ursprünglich für hergestellte Verbände vorgesehen. In der Versorgung wird überwiegend auf vorgefertigte Hilfsmittel (Verordnung von Hilfsmitteln) zurückgegriffen.

   Für die Erstanlage eines vorgefertigten Verbandes kann der Arzt, soweit er das Hilfsmittel persönlich anlegt, einmalig die Gebühr nach Nr. 204 jedoch ohne die besonderen Kosten abrechnen.
   Wird das Hilfsmittel im Sanitäts- oder Orthopädiehaus angelegt bzw. angepasst, kann der Arzt diese Leistung nicht abrechnen.

   Die Wiederanlage ist grundsätzlich nicht abrechenbar.

Die Nr. 204 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Dies gilt auch für die besonderen Kosten der Nr. 203B.

Nr. 208 UV-GOÄ
Tape-Verband an Fingern und Zehen
(Stand 07/2026)

Tape-Verbände nach Nr. 208 sind Klebeverbände aus un- bzw. teilelastischen Pflasterzügen, die zur Stabilisierung von Finger- und Zehengelenken nach Luxationen, Distorsionen (Zerrungen, Verstauchungen) oder nach Frakturen angelegt werden, auch im Rahmen der funktionellen Nachbehandlung.

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Nr. 209 UV-GOÄ
Tape-Verband an großen Gelenken oder an Weichteilen der Gliedmaßen
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

1. Tape-Verbände nach Nr. 209 sind Klebeverbände aus un- bzw. teilelastischen Pflasterzügen, die zur Stabilisierung von Gelenken insbesondere nach **Distorsionen** (Zerrungen, Verstauchungen) aber auch zur Entlastung von Sehnenansätzen bzw. Muskeln angewandt werden können

   Sie wirken direkt auf der Haut und müssen eine bestimmte Zugrichtung vorgeben.
   Die gleichzeitige Anlage eines Salbenverbandes unter diesem Tapeverband ist aus medizinischer Sicht nicht indiziert, da hierdurch die Zugrichtung des Tapeverbandes nicht mehr optimal ausgeführt wird. Eine zusätzliche Anlage eines Verbandes nach Ziff. 200 ist daher nicht indiziert (vgl. Sozialgericht Heilbronn, AZ **S4U7/I4 vom 31.05.2016)**.

   Entscheidend für die Bewertung der entsprechenden Leistung (208 oder 209) ist die jeweilige Zielleistung (Gelenk, das versorgt werden muss).
   Ist z. B. bei einer Fingerverletzung das Handgelenk zur Befestigung des Tapeverbandes mit einzubeziehen, löst dies nicht die Nr. 209 aus.

   Die Stabilisierung von Gelenken kann auch mit anderen Mitteln erreicht werden (z. B. Orthesen, Schienen). Eine gleichzeitige Anwendung mit anderen Verbänden, Orthesen, Schienen, Bandagen, etc. ist nicht angezeigt und somit auch nicht abrechenbar.

   Tape-Verbände nach Nr. 209 können nach der Leistungslegende auch an Weichteilen der Gliedmaßen angelegt werden. Dies kommt insbesondere in Betracht zur Entlastung von Sehnen- und Muskelansätzen z.B. nach Sehnenzerrungen oder Muskelfaserrissen. Tape-Verbände sind bei **Prellungen**, **Schürfungen** oder ähnlichen Verletzungen der Weichteile nicht erforderlich und zweckmäßig.

2. Ist eine längere Behandlungsdauer mit häufigem Wechsel des Tapeverbandes absehbar, ist regelmäßig aus wirtschaftlichen Gründen (s. § 8 ÄV) die Anlage einer Orthese zu prüfen. Derartige Rechnungen sollten dem Beratungsarzt vorgelegt werden.

   Das gilt auch, wenn der häufige Wechsel wegen der Durchführung physio-mechanischer Behandlungen (Heißluft, Infrarot usw., Nrn. 535, 536, 539, 548, 551) erfolgt. Die kurzfristige Abnahme des Tape-Verbandes zur Auflage einer Kaltpackung (Nr. 530) ist nicht erforderlich und zweckmäßig.

Es kann jedoch sinnvoll sein nach einer anfänglichen Versorgung mit einer Orthese zur weiteren funktionellen Behandlung auf die Versorgung mit einem Tape zu wechseln. Sofern die Behandlungsdauer mit dem funktionellen Tape 3 Wochen überschreitet, bedarf es einer Begründung.

In der ersten Woche nach Traumen kann der Tape-Verband jeweils nach zwei bis drei Tagen gewechselt werden (mit Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots, siehe oben). Mit größerem zeitlichen Abstand (ca. 2 Wochen) zum Trauma, sollte die Verweildauer des Tapeverbandes verlängert werden, sofern hygienische Gründe nicht dagegensprechen.

3. Das Kinesiotape ist **kein** Tapeverband im Sinne der Nrn. 208/209 und daher grundsätzlich nicht abrechenbar. Analogbewertungen sind in der UV-GOÄ nicht möglich. Indikationen und die Wirksamkeit sind noch nicht abschließend geklärt. Es existiert aktuell keine wissenschaftlich anerkannte Studie, die eine Wirksamkeit nach Verletzungen des Bewegungsapparates, bei Sportverletzungen oder anderen Verletzungen belegt. Eine Abrechnungsempfehlung für Einzelfallgenehmigungen kann z. Z. nicht gegeben werden.
   Es handelt sich danach um eine alternative Behandlungsmethode. Es steht dem UV-Träger frei, im Einzelfall eine Kostenzusage auf der Grundlage des § 26, Abs. 5 SGB VII zu erteilen. Diese ist zwingend vor dem Beginn der Behandlung einzuholen. Beginnt der Arzt mit der Behandlung ohne vorherige Kostenzusage trägt er das Risiko, dass die Kosten der Behandlung nicht übernommen werden.
   Eine Kostenzusage auf der Basis der Nr. 209 UV-GOÄ dürfte den tatsächlichen Kosten weder hinsichtlich der ärztlichen Gebühr noch der besonderen Kosten für die Materialien entsprechen.
   Eine gleichzeitige Verordnung des Kinesiotape und Abrechnung der besonderen Kosten kann eine unzulässige Doppelabrechnung darstellen. Hierauf sollte bei einer Kostenzusage hingewiesen werden.

Die Nrn. 208 und 209 können neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie sind im Zusammenhang mit einer arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Dies gilt auch für die besonderen Kosten der Nrn. 208 und 209.

Nr. 210 - 213 UV-GOÄ
Kleiner/Großer Schienenverband
(Stand 07/2026)

Die Gebühren nach den Nrn. 210 – 213 sind ursprünglich für vom Arzt oder Ärztin hergestellte Schienen vorgesehen. Dokumentiert der Arzt oder die Ärztin, dass sie die Schiene hergestellt haben, erhalten diese die Nr. 210 einschließlich der besonderen Kosten. Dies gilt für die Wiederanlage entsprechend.

In der aktuellen medizinischen Versorgung wird überwiegend auf vorgefertigte Schienen, Orthesen, etc. (Hilfsmittel) zurückgegriffen.
Da es für die Erstanlage derartiger verordneter Schienen in der UV-GOÄ keine Gebührenposition gibt, wurde hierfür die Nr. 210 als Leistung benannt. Dies gilt unabhängig von der Frage, ob es sich um die Erstanlage über ein oder über zwei große Gelenke handelt
Soweit das Hilfsmittel in der Praxis angelegt wird, erhält die Ärztin oder der Arzt einmalig die Gebühr nach Nr. 210 jedoch ohne die besonderen Kosten.
Wird das Hilfsmittel im Sanitäts- oder Orthopädiehaus angelegt bzw. angepasst, kann der Arzt oder die Ärztin diese Leistung nicht abrechnen.

Die Wiederanlage der Hilfsmittel im Rahmen von Nachuntersuchungen ist grundsätzlich nicht nach Nrn. 211, 213 abrechenbar.

Ausnahme:
Wiederanlage einer Schiene nach Strecksehnenabriss an den Fingern (z. B. Stak´sche Schiene). Hierfür kann die Nr. 211 abgerechnet werden, wenn es in der ärztlichen Berichterstattung dokumentiert ist.

Kombination mit anderen Verbänden:
Sind unterschiedliche Zielleistungen dokumentiert, kann im Einzelfall neben dem Schienenverband ein Verband (Wunde, Schmerz) und/oder ein Kompressionsverband (Schwellung/Schwellneigung) angelegt und abgerechnet werden (siehe aber Hinweis zum Kompressionsverband neben einer Orthese mit Kompressionswirkung).

Anpassen, Einstellen, Verändern von großen orthopädischen Hilfsmitteln siehe Kommentierung zu Nr. 3320

In der medizinischen Versorgung wird mittlerweile vermehrt auf Fertig-Finger-Bandagen/Schienen zurückgegriffen, die kein Hilfsmittel nach den Hilfsmittelrichtlinien darstellen. Hierfür kann der Arzt die Nr. 210 zuzüglich der besonderen Kosten abrechnen, wenn hierfür keine Verordnung/Rezept ausgestellt wurde.

Die Wiederanlage im Rahmen einer Kontrolluntersuchung ist nicht nach Nr. 211 abrechenbar.

Die Nr. 210 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 für die Erstanlage einer vorkonfektionierten Schiene/Orthese nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Dies gilt auch für die besonderen Kosten der Nr. 210.

Nrn. 228 ff. (229) u. 237 ff. (238) UV-GOÄ
Anlage (und Wiederanlage) einer Gipsschiene
(Stand 07/2026)

Gipsschienenverbände werden als ruhigstellende Verbände angelegt; sie beinhalten eine innere Polsterung, die nicht zusätzlich als weiterer Verband (z. B. nach Nr. 203A) abgerechnet werden darf.

Die Bezeichnungen „Scotchcast“ oder „Softcast“ zeigen an, dass es sich um einen starren Kunststoff-Verband **(„Kunststoff-Gips“) -** z. B. Nr. 228B oder Nr. 237B - handelt.

Die Wiederanlage einer vom D-Arzt angefertigten Gipsschiene nach Nrn. 228A bis 228D ist nur mit der Gebühr nach Nr. 229 zu vergüten.

Die Gebühr nach Nr. 238 kann nur berechnet werden, wenn ein Gips- oder Gipsschienenverband nach den Nrn. 237A bis 237G wieder angelegt wurde.

Vielfach werden Gipsschienen aus Kunststoff zunächst als zirkulärer Gips hergestellt, aufgeschnitten, um dann, mit einer elastischen Binde fixiert, als Schienen wieder angelegt zu werden. Dies entspricht der Versorgung einer Schiene und nicht der eines zirkulären Gipsverbandes. Das gilt dann nicht, wenn ein zirkulärer Gipsverband/Gipstutor indiziert ist (z. B. zur Stabilisierung des Kniegelenks nach OP) und dieser aufgeschnitten werden muss (z. B. Spaltgips, gespaltener Unterschenkelsoftcast), um schwellungsbedingten Schädigungen vorzubeugen. Hier ist die Abrechnung der Nrn. 230 G/H gerechtfertigt.

Verletzungen, die in der Regel keine Gipsschiene erfordern, sind folgende:

- Bei kleineren oder nur oberflächlichen **Fingerverletzungen** (Schnittverletzungen ohne Gelenk- oder Sehnenbeteiligung, Schürfungen, Prellungen, Verbrennungen, Verletzungen durch Holz- oder Metallsplitter) ist das Anlegen eines Unterarm-Gipsschienenverbandes regelmäßig nicht erforderlich. Das gilt nicht bei Entzündung der Wunde oder ausgedehnten Weichteilschädigungen.
- Auch bei **Endglied-** oder **Nagelkranzfrakturen** ohne Komplikationen ist eine Unterarm-Gipsschiene regelmäßig nicht erforderlich; insoweit reicht normalerweise ein kleiner Schienenverband (Nr. 210) aus.
- Bei einer **schweren Prellung des Handgelenks** mit Schwellung ist ein Unterarm-Gipsschienenverband nach Nr. 228A meist gerechtfertigt (insbes. bei Verdacht auf Kahnbeinbruch).
- Bei einer Knieverletzung mit **Verdacht auf Innenmeniskusläsion** bzw. nach **Punktion des Kniegelenks** (Punktat: rein blutig) kann bis zur OP eine Gipsschiene zur Schmerztherapie bzw. zum Schutz indiziert sein.
- Eine Tutor-Schiene über ein Gelenk reicht dabei aus bzw. ist im Hinblick auf die Thrombose-Gefahr günstiger. Allerdings existiert für die Tutor-Schiene keine spezielle Gebühren-Nr. Die Abrechnung sollte über Nr. 228C/D erfolgen. Soweit ein **zirkulärer** Gipstutor angelegt wird, erfolgt die Abrechnung nach Nr. 230G/H
- Nach den meisten **arthroskopischen Kniegelenksoperationen (z. B. Meniskusresektion, Knorpelglättung usw.; Nrn. 2189 - 2196)** ist eine Gipsschiene nicht erforderlich und sogar kontraindiziert.

Nr. 230 E UV-GOÄ
Zirkulärer Gipsverband
Unterschenkel einschließlich Fuß
(Stand 01/2016)

Distorsionen der Sprunggelenke, ggf. mit **knöchernen Absprengungen**, oder **Frakturen** im Unterschenkelbereich gehen regelmäßig mit einer Schwellung des verletzten Bereichs einher. Für die Erstversorgung eignet sich daher in der Regel der zirkuläre (rundherum geschlossene) Gips nicht. Vielmehr ergibt sich für die Abschwellphase von meist acht bis zehn Tagen als Indikation nur eine Gipsschiene (Nr. 228 C).

Ein aufgeschnittener zirkulärer Liegegips ist nur bei eingerenkten Knochenbrüchen erforderlich. Damit lässt sich die eingerichtete Fraktur besser in ihrer Stellung halten.

Nr. 237 A UV-GOÄ
Zirkulärer Gipsverband für den ganzen Arm
(Stand 04/2006)

Nach einer operativen Entfernung des Schleimbeutels im Ellenbogengelenk (wegen Bursitis olecrani = Entzündung des Schleimbeutels über dem Ellenhaken) ist eine Gipsanlage nach Nr. 237 A, ggf. mit Wiederanlage nach Nr. 238 angemessen. Eine Gipsschiene nach Nr. 228 A wäre nicht ausreichend.

Nr. 246 UV-GOÄ
Abnahme eines zirkulären Gipsverbandes
(Stand 01/2016)

Diese Gebühr kann nur berechnet werden für die Abnahme eines „zirkulären“ Gipsverbandes (Rundgips) mittels Gipsschere oder Gipssäge.

Zirkuläre Gipsverbände sind die Verbände nach den Nrn. 230 A bis 237 D sowie Nrn. 239 A und B.

Die Entfernung andersartiger Verbände, die keine zirkulären Verbände darstellen (z. B. Gipsschienenverbände nach den Nrn. 228 A bis 228 D), ist nicht gesondert berechenbar.

Der sog. Spaltgips, der zirkulär angelegt und anschließend gespalten wird, ist ein zirkulärer Gipsverband. Die Abnahme kann mit der Nr. 246 abgerechnet werden, obwohl ein Teil des Leistungsinhaltes der Nr. 246 bereits beim Herstellen (spalten, aufschneiden) des Gipses erfolgt ist.

Nr. 247A UV-GOÄ
Fensterung, Spaltung, Kürzung
oder wesentliche Änderung bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband
(Stand 01/2016)

Bei der Fensterung wird ein Gipsdeckel ausgeschnitten (zur Behandlung/zum Schutz einer Operationsnarbe, eines Drahtes, etc.) der anschließend wieder eingepasst und mit einer zirkulären Binde fest angewickelt wird.

Für eine ggf. erforderliche Behandlung an der Wunde wird der Gipsdeckel jeweils abgenommen und dann wieder eingelegt und neu mit einer Binde festgewickelt.

Der Arzt kann die Nr. 247A für die Abnahme und Wiederanlage des Deckels nicht erneut abrechnen, sondern nur die Leistungen für die Behandlung der Wunde (z. B Nr. 2006 und/oder Verbände nach Nr. 200).

Nr. 247B/C UV-GOÄ
Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband – bei Verwendung von Kunststoff
(Stand 12/2018)

Die Nr. 247C UV-GOÄ kann nur in den in der Leistungsbeschreibung genannten Fällen bei Herstellung in der Praxis abgerechnet werden. Das Anlegen eines vorkonfektionierten Cast-Schuhs kann damit nicht abgerechnet werden. Hierfür ist die Nr. 210 ohne besondere Kosten zu akzeptieren.

II. Allgem. Bestimmungen Nr. 252 UV-GOÄ Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär (Stand 04/2006)

Zur **Thrombose-Prophylaxe** (z. B. nach Unterschenkelfrakturen oder arthroskopischen Kniegelenksoperationen) werden häufig niedermolekulare Heparin-Präparate gespritzt **(Clexane, Clarin, Fraxiparin, Mono-Embolex o. dgl.).**

Als Präparate dieser Art werden Fertigspritzen, die sich die Verletzten selbst geben können, angeboten. Eine fortgesetzte Spritzengabe durch den behandelnden Arzt oder eine Krankenschwester (auch ein Hausbesuch durch Rote-Kreuz-Schwester) ist daher nicht erforderlich. Die Erfahrung zeigt, dass die Patienten nach sachgemäßer Anleitung im Regelfall in der Lage sind, die Fertigspritzen einzusetzen.

Dies ist ausnahmsweise nur bei fehlender Mitarbeit des Verletzten und entsprechender Begründung durch den Arzt nicht der Fall.

Für die notwendige Unterweisung im Gebrauch der Fertigspritzen wird ein- oder maximal zweimalig die Nr. 252 zu akzeptieren sein. Werden darüber hinaus mehrfach Injektionen mit diesen Präparaten abgerechnet, sind diese mit kurzer Begründung zu streichen.

Bei **Prellungen** (z. B. der Unterschenkel, Knie oder Unterarme) ist die Injektion von **Diclofenac**, **Diclophlogont** oder ähnlichen Präparaten sowie auch von **Novocain** bzw. **Lidocain** nicht erforderlich und zweckmäßig; die entsprechenden Gebührenpositionen sind - mit Begründung - zu streichen: Die Verordnung entspr. Tabletten reicht regelmäßig aus, um den Abschwellvorgang zu unterstützen.

Bei **HWS-Distorsionen** mit stärkeren Schmerzzuständen ist eine intramuskuläre Injektionsbehandlung nach Nr. 252 indiziert (Dauer: etwa ein bis max. zwei Wochen; in etwa zweitägigen Abständen).

Nr. 255 UV-GOÄ
Injektion, intraartikulär oder perineural
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

1. Für Injektionen von Medikamenten in ein Gelenk ist die Nr. 255 abrechnungsfähig. Für Injektionen in mehrere Gelenke kann die Nr. 255 für jedes Gelenk gesondert abgerechnet werden. Die paarigen Wirbelgelenke stellen dabei jeweils ein eigenständiges Gelenk dar, so dass bei der medizinischen Notwendigkeit der Injektion an mehreren Wirbelgelenken die Nr. 255 auch mehrfach abrechenbar ist.

2. Die Nr. 255 kann nicht abgerechnet werden, wenn die Injektion bereits Bestandteil einer anderen Leistung ist. Das ist z. B. bei der Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490, 491 der Fall. Eine Nebeneinanderberechnung ist aber dann möglich, wenn zunächst durch eine Infiltrationsanästhesie der Stichkanal betäubt wird, um anschließend eine schmerzfreie Medikamenten-Injektion in das Gelenk zu ermöglichen. Dann handelt es sich um zwei getrennte Zielleistungen (siehe auch Arb. Hinweise zu Nr. 490).

3. Die Nr. 255 kann auch nicht zusammen mit einer Punktion nach Nrn. 300 ff abgerechnet werden, wenn anschließend über die noch liegende Kanüle ein Medikament in das Gelenk injiziert wird. Nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C., III gehören zum Inhalt der Punktionen „die damit im Zusammenhang stehenden Injektionen…“.

Die Nr. 255 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Die Kosten für das Medikament sind nach § 2 (3) BG-Nebenkostentarif abrechenbar.

Nr. 261 UV-GOÄ
Einbringung von Arzneimitteln in einem parenteralen Katheder (Stand 01/2026)

Zusatzbestimmung:
Die Leistung nach der Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten. Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.

Soweit andere Bestimmungen nicht widersprechen kann die Leistung nach Nr. 261 so oft abgerechnet werden, wie sie dokumentiert und erforderlich ist.

Andere Bestimmungen:
Es darf sich um keine Arzneimittel handeln, die im konkreten Fall der durchgeführten Anästhesie (Allgemein,- und oder Regionalanästhesie) als Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten einzustufen sind.
Hierbei handelt es sich um Arzneimittel, die der „Betäubung, Empfindungslosigkeit, dem Schmerz ausschalten, dem Bewusstsein ausschalten“ zum Zweck einer operativen oder diagnostischen Maßnahme dienen, diese steuern bzw. zurücknehmen.

Zielleistung der Einbringung muss eine Maßnahme sein, die nichts mit der Einleitung, Aufrechterhaltung und Narkoseausleitung der Anästhesie zu tun hat (z. B. Schmerzmittel im Aufwachraum, Kreislaufmittel, Herzkomplikationen, Blutdrucksenker, etc.).

Das Arzneimittel ist in der Rechnung anzugeben. Dafür genügt es nicht, die Arzneimittel z.B. am Ende der Rechnung aufzulisten. Das Arzneimittel, dass im konkreten Einzelfall in den parenteralen Katheter eingebracht wird, muss direkt bei der Nr. 261 stehen.

Nr. 269 UV-GOÄ
Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung
(Stand 01/2012)

Nr. 269 a UV-GOÄ
Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung
(Stand 01/2012)

Zusatzbestimmung zu Nrn. 269/269a:

Neben der Leistung nach Nr. 269a ist die Nr. 269 nicht berechnungsfähig.

Die Akupunktur mittels **Nadelstich-Technik** zur Behandlung von Schmerzen ist in das Gebührenverzeichnis der UV-GOÄ 2001 aufgenommen worden. Damit kann sie als anerkanntes Behandlungsverfahren im Sinne der UV-GOÄ angesehen werden.

Nach der Leistungslegende der Nrn. 269/269a ist ausdrücklich nur die Akupunktur mittels Nadelstich-Technik abrechenbar (nicht die Laser-Technik). Auf die Zahl der Einstiche oder die Art der verwendeten Nadeln kommt es nicht an, weil die Berechenbarkeit der Leistung auf die Sitzung begrenzt ist.

Kosten für die i. d. R. mehrfach verwendbaren Nadeln können nicht berechnet werden. Das gilt auch bei Verwendung von Einmal-Nadeln. Der Arzt erspart sich dadurch die Anschaffung der Mehrfach-Nadeln und die Aufbereitung.

Der Arzt sollte eine Qualifikation für die Verabreichung von Akupunkturen nachweisen können, zumindest aber die Teilnahme an entsprechenden Weiterbildungsmaßnahmen.

Daneben ist für die Berechenbarkeit der Leistungen nach Nrn. 269/269a eine hinreichende **Indikation** zu verlangen. Schwerpunktmäßig wird die Nadelstich-Technik u. a. zur Behandlung funktioneller, chronischer Schmerzen (z. B. der Lendenwirbelsäule oder der Kniegelenke durch Gonarthrose) eingesetzt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (§ 91 SGB V) hat zur Indikation der Akupunktur für den Bereich der GKV im Jahr 2006 folgenden Beschluss gefasst (s. Bundesanzeiger Nr. 214, S. 6952, vom 14.11.2006):

„Zugelassene Indikationen:

1. Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens 6 Monaten bestehen und ggf. nicht-segmental bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen (pseudoradikulärer Schmerz),
   - *mit jeweils bis zu 10 Sitzungen innerhalb von max. 6 Wochen und in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von max. 12 Wochen, jeweils min. 30 Minuten Dauer, mit jeweils 14 – 20 Nadeln;*
2. chronische *Schmerzen in min. einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit min. 6 Monaten bestehen,*
   - mit jeweils bis zu 10 Sitzungen innerhalb von max. 6 Wochen und in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von max. 12 Wochen, jeweils min. 30 Minuten Dauer, mit jeweils 7 – 15 Nadeln je behandeltem Knie.

Eine erneute Behandlung kann frühestens 12 Monate nach Abschluss einer Akupunkturbehandlung erfolgen.“

Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sind für die Unfallversicherung nicht verbindlich, können aber durchaus als Orientierungshilfe herangezogen werden. Abweichungen sollten vom Arzt begründet werden. Ggf. ist der beratende Arzt einzuschalten.

Bei der **Behandlung von Akut-Schmerzen nach frischen Unfallverletzungen** (z. B. Schürfungen, Prellungen, Quetschungen, Frakturen o. dgl.) ist regelmäßig keine Indikation für eine Akupunktur gegeben, weil sich mit den üblichen medizinischen Maßnahmen zur Behandlung der Schmerzen (insbes. orale Schmerzmittel) eine ausreichende Linderung erzielen lässt. Das gilt grundsätzlich auch für eine postoperative Behandlung, etwa **nach arthroskopischen OPs** (z. B. Meniskusteilresektion).

Werden z. B. im Rahmen einer Akut-Behandlung (z. B. Quetschung und Fraktur eines Fingergliedes) vom D-Arzt neben der üblichen medizinischen Versorgung durchgängig oder überwiegend bei jeder Behandlung zugleich Leistungen nach Nr. 269a abgerechnet, ist die Zahlung dieser Gebühren zunächst zurückzustellen und die Indikation genau zu prüfen (Stellungnahme des Arztes bzw. Kopie der Behandlungsaufzeichnungen anfordern, anschließend ggf. Vorlage beim Beratungsarzt).

Neben den Nrn. 269/269a ist die Berechnung einer **Verweilgebühr** nach **Nrn. 56/57** ausgeschlossen.

Nr. 271 UV-GOÄ
Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer
(Stand 01/2026)

Nr. 272 UV-GOÄ
Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer
(Stand 01/2026)

Allgem. Best. zu Abschnitt C.II. bzw. vor Nrn. 250 ff.:

(Sätze 1 u. 2 der Allgem. Best. sind nicht abgedruckt.)
Die Leistungen nach Nummer 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nummern 271 oder 272 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus.

Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Nummern 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten.

Die Leistungen nach den Nummern 271 bis 276 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Zusatzbestimmungen zu Nrn. 271 ff.:

Die Leistungen nach den Nummern 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien (unterstützende Mittel) und Anästhesieantidoten (Gegenmittel).

Werden die Leistungen nach Nummern 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.

Dafür genügt es nicht, die Arzneimittel z. B. am Ende der Rechnung aufzulisten. Das Arzneimittel, dass im konkreten Einzelfall eingebracht wird, muss direkt bei der Nrn. 271 - 273 stehen.

Im Zuge einer OP bzw. einer Narkose (z. B. Allgemeinanästhesie nach Nr. 462) werden regelmäßig eine oder mehrere Infusionen verabreicht.

Bei regelmäßigem Verlauf wird mit einer Kanüle einmalig **ein Zugang** geschaffen und die benötigte Menge Flüssigkeit eingegeben, so dass nur eine einmalige Berechnung der Nr. 271 oder 272 in Betracht kommt. Eine zweimalige Berechnung bedarf wegen der Allgem. Best. einer Begründung; dies ist dann gegeben möglich, wenn zwei getrennte Zugänge dokumentiert sind.

Zusatzbestimmung „je Gefäßzugang einmal“
Diese Bestimmung bezieht sich auf die Nrn. 271 und 272. Beide Leistungen unterscheidet die Dauer der Infusion. Dauert die Infusion maximal 30 Minuten ist die Nr. 271 zu vergüten, geht sie darüber hinaus ist es die Nr. 272 zu vergüten. Diese Systematik schließt bereits eine Nebeneinander-Berechnung aus.

Die **intravenöse Infusion** stellt eine **eigenständige Leistung** z. B. für die Gabe von Medikamenten und/oder Flüssigkeit dar. Das ausschließliche Anlegen eines Zugangs ohne die Gabe einer Infusion kann nicht abgerechnet werden. Hierfür kennt die UV-GOÄ keine Leistung.

Bestandteil der Leistung bei einem Gefäßzugang sind danach

1. das Desinfizieren des Hautareals,
2. das Legen eines Stauschlauches,
3. das Einstechen in die Haut/Vene,
4. das Anlegen der Kanüle/Verweilkanüle,
5. die Fixierung der Kanüle
6. das Anhängen, Einstellen und Öffnen der Infusion.

Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 271 und 272 bei ein und demselben Zugang ist bereits ausgeschlossen, weil 5 der o.g. wesentlichen Leistungsinhalte der einzelnen Leistung doppelt berechnet werden. Lediglich der oben beschriebene 6. Teil der Leistung, das An-hängen, Einstellen und Öffnen der neuen Infusion, wird erneut erbracht.

Die Nebeneinanderberechnung der Nr. 271 und 272 kann auch nicht mit einer zeitlichen Trennung (Während der OP – im Aufwachraum) begründet werden.
Zu den Vorbereitungen des Anästhesisten vor einer ambulanten Operation gehört das Anlegen eines intravenösen Zugangs. Nach Abschluss der Anästhesie und als letzte Maßnahme vor der Entlassung aus dem Aufwachraum, wird der Zugang entfernt und der Patient entlassen.

Eine zeitliche Trennung erfolgt hinsichtlich des Zugangs nicht. Danach handelt es sich um einen einheitlichen Vorgang um die Anästhesie zu steuern.

Gelegentlich werden die **Nrn. 271/272 gleichzeitig in der Rechnung des Anästhesisten und des Chirurgen** berechnet. Üblicherweise ergibt sich für die während der Narkose erforderlichen Infusionen die Zuständigkeit des Anästhesisten. Auch hier ist die Begrenzung durch die Allgem. Best. (grundsätzlich nur einmal je Gefäßzugang) maßgebend.

Die Nr. 271 oder 272 darf nach der Erläuterung zu diesen Nrn. nicht für die **Einbringung von Narkosemitteln** bzw. **unterstützender Mittel** oder von **Gegenmitteln** abgerechnet werden; die Verabreichung derartiger Mittel ist mit der ärztl. Gebühr für die Allgemeinanästhesie nach Nr. 462 abgegolten.

In der UV-GOÄ sind bei den Nrn. 271 ff. **keine „Besonderen Kosten“** ausgewiesen; somit können neben der Gebühr für die ärztl. Leistung die notwendigen **Auslagen** (häufig als **Sachkosten** bezeichnet) einzeln abgerechnet werden. Das sind regelmäßig die Kosten für:

- Verweilkanüle, z. B. Braunüle
- Infusionsbesteck (Schlauch mit Rückschlagventil)
- Infusionslösung, z. B. NaCl und/oder Glucose; 500 ml, max. 1000 ml regelmäßig ausreichend (s. hierzu auch § 2 Abs. 1 und Abs. 3, Nrn. 4, 5 Allgem. Tarifbestimmungen des BG-NT).

Nr. 297 UV-GOÄ
Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung -
(Stand 07/2026)

Nr. 298 UV-GOÄ
Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung -
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Die Nrn. 297 und 298 können neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie sind im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Allgem. Best. zu Abschnitt C. III. bzw. vor Nrn. 300 ff. UV-GOÄ Punktionen
(Stand 07/2026)

Allgem. Best. zu Abschnitt C.III.:

Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören die damit in Zusammenhang stehenden Injektionen, Instillationen, Spülungen sowie Entnahmen z. B. von Blut, Liquor, Gewebe.

Anmerkungen:

Unter „**Punktion**“ ist das Einstechen in ein Körpergewebe oder –organ, ein Gefäß oder einen Hohlraum des Körpers zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken zu verstehen. Meist wird bei der diagnostischen Punktion Körperflüssigkeit oder –gewebe entnommen, in der Therapie häufig die übermäßige (krankhafte) Ansammlung von Körperflüssigkeit entfernt (z. B. beim Kniegelenkserguss, Abszess usw.).

Die Leistungen nach Nrn. 300 ff. sind **für jedes punktierte Gewebe bzw. jeden punktierten Hohlraum je Sitzung nur einmal berechnungsfähig;** werden z. B. beide Kniegelenke punktiert, ist Nr. 301 zweimal berechenbar. Wird im Rahmen eines Behandlungstermins **ein Kniegelenk zweimal punktiert, so ist die Nr. 301 nur einmal anzusetzen.** Das gilt auch, wenn die erneute Punktion medizinisch notwendig war.

Häufig werden – vor allem bei chronischen Knieschäden (z. B. posttraumatische Arthrose) – im unmittelbaren Anschluss an die Punktion entzündungshemmende oder schmerzlindernde Injektionen verabreicht (z. B. Hyalart, Viscoseal, Lipotalon, Zeel, Traumel oder dgl.). Nach den o. g. Allgem. Best. **sind neben der Punktionsleistung diejenigen Leistungen nicht berechnungsfähig, die nach erfolgtem Einstich über die liegende Kanüle** (Punktionsnadel) **verabreicht werden.** Unerheblich ist dabei, ob es sich um diagnostische oder therapeutische Maßnahmen handelt (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, Allgem. Best. zu C.III., RdNr. 3).

Erfolgt z. B. nach dem Abpunktieren eines Kniegelenkergusses eine Injektion – etwa mit Hyalart – durch die noch liegende Kanüle in den Gelenkraum, so ist insoweit nur Nr. 301 berechenbar und nicht zusätzlich Nr. 255 (für eine evtl. lokale Betäubung vor/beim Einstich ist Nr. 490 ansetzbar, s. Arb.Hinweise zu Nrn. 301 u. 490).

Die Nrn. 300 – 302 können neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie sind im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Nr. 300 UV-GOÄ
Punktion eines Gelenkes
(Stand 07/2026)

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

Nr. 301 UV-GOÄ
Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks
(Stand 07/2026)

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

Mit entspr. dünnen Nadeln kann auch ohne Betäubung eine Punktion schmerzfrei durchgeführt werden. Gleichwohl ist es üblich, vor der Punktion eines der o. g. Gelenke eine **Lokalanästhesie** nach **Nr. 490** (Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke) vorzunehmen, für die sich nicht zuletzt aus psychologischen Gründen eine Indikation ergibt; ggf. ist die Nr. 490 neben Nr. 301 berechenbar.

Wird nach einer Punktion ein **Verband nach Nr. 200** zum Verschluss der Punktionsstelle angelegt, so ist dieser nur in Höhe der Besonderen Kosten der Nr. 200 berechenbar (vgl. Allgem. Best. zu Abschnitt C.I. bzw. vor Nrn. 200 ff.).

Wird nach der **Punktion eines Kniegelenks ein Kompressionsverband** nach Nr. 203A angelegt, um der Bildung eines erneuten Kniegelenksergusses entgegenzuwirken, ist dies regelmäßig nicht zu beanstanden. Ggf. muss geprüft werden, ob nicht die Verordnung einer Kniegelenksbandage wirtschaftlicher ist oder der Verletzte bereits über eine derartige Bandage verfügt.

Nr. 302 UV-GOÄ
Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenkes
(Stand 07/2026)

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

Allgem. Best. zu Abschnitt C. IV. bzw. vor Nrn. 340 ff. UV-GOÄ Kontrastmitteleinbringungen (Stand 04/2006)

Allgem. Best. zu Abschnitt C. IV.:

Die zur Einbringung des Kontrastmittels erforderlichen Maßnahmen wie Sondierungen, Injektionen, Punktionen, Gefäßkatherismus oder Probeinjektionen und gegebenenfalls anschließende Wundnähte und Entfernung(en) des Kontrastmittels sind Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für gegebenenfalls notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel.

Nrn. 344/345/346 UV-GOÄ Einbringung von Kontrastmitteln (Stand 04/2006)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Nr. 344:	*Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Min. Dauer*
Nr. 345:	*Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Min. Dauer*
Nr. 346:	*Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion*

Im Zusammenhang mit **Computertomographien** (**CTs**, Nrn. 5369 ff.) und **Magnetresonanztomographien** (**MRTs** oder auch **NMRs**, Nrn. 5700 ff.) können zusätzlich zu den üblichen Bilderserien ergänzende Serien z. B. nach vorheriger Kontrastmittel-Einbringung **(KM)** gefertigt und abgerechnet werden (z. B. gem. Nr. 5731). Die Einbringung des KM erfolgt meist intravenös mittels Injektion nach Nr. 344.

Für **Nr. 346** (**Hochdruckinjektion** = maschinelle Injektion) ergibt sich bei notwendiger Kontrastmittelgabe immer eine Indikation bei **CT-Untersuchungen**. Der Einsatz moderner Spiral-CT´s gestattet eine optimale Erfassung der Kontrastmittelkinetik nur mithilfe des Einsatzes dieser Injektoren. Außerdem gebietet es der Strahlenschutz für das radiologische Personal, dass das Kontrastmittel nicht mehr per Hand eingebracht wird, während schon die Untersuchung beginnt.

In der MRT wird eine maschinelle Injektion nur erforderlich bei **MR-Angiographien** und **dynamischen Kontrastmittelserien**.

Es gilt zu unterscheiden zwischen

- jodhaltigen Kontrastmitteln für Röntgen, CT und Angiographie
- MRT-Kontrastmitteln.

Bei den **MRT-Kontrastmitteln** handelt es sich um so genannte seltene Erden, die als Chelate vorliegen und den Grundstoff Gadolinium beinhalten. Magnevist®, Omniscan®, Multihance® sind Produktnamen verschiedener Hersteller.

Kontrastmittel (z. B. Magnevist, Preis und Dosierung s. Rote Liste) sind durch Nr. 7 der Allgem. Best. zu Abschnitt O.I. nicht von der Berechnung ausgeschlossen (vgl. Arb.Hinweise zu Abschnitt O.I. bzw. vor Nrn. 5000 ff.).

Sofern ein Kontrastmittel-Einsatz bei der konkreten Untersuchung indiziert, d. h. medizinisch erforderlich und zweckmäßig ist (wenn die zusätzlichen Aufnahmen nach KM-Einbringung zu besseren Erkenntnissen führen und damit zugleich ein weitergehender therapeutischer Nutzen

erwartet werden kann), sind die Kosten des Kontrastmittels, der benötigten Kanüle, Schläuche usw. (s. auch § 2, Abs. 3 BG-NT) sowie die Gebühr für die Einbringung (im Regelfall Nr. 344) zu übernehmen.

Zusammen mit der KM-Einbringung ist die **Nr. 1** (**symptomzentrierte Untersuchung** usw.) regelmäßig nicht gesondert berechenbar; eine evtl. Untersuchung und/oder Beratung wird bereits mit der Gebühr für die radiologische Leistung abgegolten (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, Allgem. Best. zu Abschnitt O.I. bzw. vor Nrn. 5000 ff., Anmerkungen zu Nr. 5; vgl. auch Arb.Hinweise zu Nr. 1, am Ende unter C.; ebenso Gemeins. Rdschr. d. LVBG Nr. 8/2001 v. 12.11.01, Anlage zu 4.2, letzter Punkt).

Wenn infolge der KM-Einbringung **Komplikationen** eintreten, die ggf. weitere ärztl. Maßnahmen erfordern, kann insoweit Nr. 1 gesondert berechenbar sein.

Indikation für den KM-Einsatz

Angesichts der Variationsbreite von Unfallverletzungen, Befunden und Fragestellungen ist es im Rahmen der Arb.Hinweise kaum möglich, alle im Bereich der UV einschlägigen Indikationen für einen KM-Einsatz umfassend darzustellen. Die folgenden Beispiele für Untersuchungen mit oder ohne KM sind daher ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu verstehen.

In jedem Falle ist die Plausibilität zu prüfen, wenn anlässlich eines MRTs oder CTs zusätzlich die Einbringung eines KM abgerechnet wird. Dabei sollte die Entscheidung zur KM-Gabe aus dem Befundbericht erkennbar und nachvollziehbar sein.

Typische Untersuchungen mit KM-Einsatz

Alle sekundär entzündlichen Veränderungen, Raumforderungen oder Vitalitätsprüfungen können bei CTs und bei MRTs Kontrastmittel notwendig machen.

Für **MRTs** ist ein KM-Einsatz zweckmäßig bzw. erforderlich bei

- primär oder sekundär entzündlichen Prozessen,
  z. B. **Osteomyelitis (**Knochenmarkentzündung), **Ostitis** (Knochenentzündung), **Weichteilentzündungsprozesse** (z. B. Tendovaginitis/Sehnenscheidenentzündung, Bursitis/Schleimbeutelentzündung, infizierte Hämatome)
- **der Verletzung von Blutgefäßen,**
  z. B. **arterielle Verletzungen**, sowohl im Bereich der **Extremitäten** (Arme, Beine) als auch im zentralen Bereich (z. B. **Hals- oder Kopfgefäße)**
- **tumorösen Weichteilveränderungen,**
  Leber- oder Lungentumore im Zusammenhang mit entsprechenden BKen sind sowohl mittels CT als auch durch MRT untersuchbar
- **Schädel-, Hirnverletzungen,**
  z. B. bei Verdacht auf parenchymatöse und/oder vasale Folgeläsionen (Verletzungen der Hirnsubstanz und/oder der Gefäße)
- **der Abklärung länger zurückliegender Unfallfolgen,**
  z. B. Ruptur der Rotatorenmanschette, Vitalitätsprüfungen (z. B. von Knochenfragmenten)

Typische Untersuchungen ohne Kontrastmittel

Grundsätzlich ist der Einsatz von Kontrastmitteln für die **Diagnostik akuter (frischer) Verletzungen** nicht erforderlich.

Das gilt im Rahmen der Erstuntersuchungen insbes. für **CTs** oder **MRTs** bei Verdacht auf **frische knöcherne Verletzungen** (soweit CTs oder MRTs in dieser Phase überhaupt erforderlich sind, z. B. CT bei Verdacht auf Wirbelkörperfraktur).

Aber auch bei Verdacht auf **frische Verletzungen des Bandapparates** ist ein **KM-**Einsatz regelmäßig nicht erforderlich, z. B. beim

- **MRT** der **Sprunggelenke**
  (z. B. nach Distorsion der Sprunggelenke mit Verdacht auf Verletzung der Bänder),
- **MRT** der **Kniegelenke**
  (z. B. nach Distorsion mit Verdacht auf Verletzung der Menisken oder der Kreuz-/Seiten-Bänder),
- **MRT** der **HWS**
  (z. B. nach HWS-Distorsion).

Bei Verdacht auf akuten

- **Sehnenriss** (z. B. Bizepssehne, Achillessehne),
- **Muskelfaserriss** (z. B. Wadenmuskel, Bizepsmuskel)

reicht üblicherweise eine **Sonografie** (Nrn. 410 ff.) für die Diagnostik aus; ein **MRT** ist regelmäßig nicht erforderlich, auch Röntgenaufnahmen oder CTs sind regelmäßig nicht erforderlich. Wird trotzdem ein **MRT** gefertigt, ist keine KM-Gabe notwendig.

V. Nr. 375 UV-GOÄ
Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) ggf. einschl. Eintragung in den Impfpass
(Stand 04/2006)

Ist bei bestehendem Tetanus-Schutz lediglich eine Auffrischung erforderlich, kommt die Nr. 375 zur Abrechnung. Die Kosten für den Impfstoff sind zusätzlich berechenbar.

Wird die Impfung anlässlich der **Erstversorgung oder Nachschau durch den D-Arzt** vorgenommen, kann dieser immer die Gebühr für besond. HB berechnen, also auch dann, wenn nur allgem. HB eingeleitet wurde (vgl. § 51 Abs. 2 ÄV). Dies gilt aber nur für D-Ärzte.

Nr. 378 UV-GOÄ
Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf)
(Stand 12/2018)

Ist kein Tetanus-Schutz vorhanden, wird regelmäßig eine Simultanimpfung vorgenommen; die Kosten für den Impfstoff sind zusätzlich berechenbar (RS 0079/2018 vom 05.03.2018).

Wird eine Simultanimpfung durchgeführt, so ist die Nr. 375 daneben nicht mehr berechenbar.

Erfolgt die Simultanimpfung anlässlich der **Erstversorgung oder Nachschau durch den D-Arzt,** kann dieser die Gebühr für besond. HB berechnen, selbst wenn nur allgem. HB eingeleitet wurde (vgl. § 51 Abs. 2 ÄV). Dies gilt aber nur für D-Ärzte, nicht auch für nach § 37 Abs. 3 ÄV beteiligte Handchirurgen.

Nrn. 379a und b - 382 UV-GOÄ
Epikutantest
(Stand 04/2022)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Nr. 379: *Testung mit patienteneigenen Substanzen nach vorheriger Beauftragung durch den Unfallversicherungsträger*
Für die Vorbereitung der Testsubstanz werden zusätzlich 5,60 € (ohne spezifische Aufbereitung, nativ) bzw. 11,20 € (mit spezifischer Aufbereitung) vergütet.

Nr. 379a: *Für die Vorbereitung der Testsubstanz nach Nummer 379 werden zusätzlich 5,60 € (ohne spezifische Aufbereitung, nativ) vergütet.*

Nr. 379b: *Für die Vorbereitung der Testsubstanz nach Nummer 379 werden zusätzlich 11,20 € (mit spezifischer Aufbereitung) vergütet.*

Nr. 380: *Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)*

Nr. 381: *Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)*

Nr. 382: *Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall)*

Zusatzbestimmung zu Nr. 382 UV-GOÄ:

Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Eine Testung auf die wichtigsten Allergieauslöser umfasst in der Regel nicht mehr als 20 bis 70 Testsubstanzen. Der Test einer darüberhinausgehenden Anzahl von Substanzen ist in der Regel nur selten medizinisch begründbar.

Die **Kosten der Testsubstanzen und -pflaster** sind grundsätzlich nicht berechnungsfähig. Nach einem Beschluss der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 ÄV, gültig ab 1. Mai 2010, können bei allen an den DKG-Reihen orientierten Testreihen, die nicht zur Standard-Testreihe gehören, zusätzlich 2,06 € je Test berechnet werden. Für die Testung mit patienteneigenen Substanzen wurde mit gleichem Beschluss eigens die Nr. 379 eingefügt. Die Vorbereitung der patienteneigenen Testsubstanz wird mit 5,60 € (ohne spezifische Aufbereitung, nativ) bzw. 11,20 € (mit spezifischer Aufbereitung) gesondert vergütet. Die Leistung kann nur nach vorheriger Beauftragung durch den Unfallversicherungsträger erbracht werden. (vgl. hierzu auch DGUV-Rundschreiben 0257/2010 vom 05.05.2010).

Bei Begutachtungen richtet sich die Zahl der zu testenden Substanzen vordergründig nach den im Arbeitsumfeld des Versicherten auftretenden Expositionen sowie darüber hinaus bei notwendigen Abgrenzungen auch nach Expositionen im privaten, diagnostischen und therapeutischen Bereich. Eine pauschale Begrenzung der Anzahl der Testungen gibt es nicht, die Zahl von 100 Testungen dürfte jedoch nur in wenigen Einzelfällen überschritten werden. Bei Zweifeln an der Notwendigkeit durchgeführter Testungen sollte der Gutachter zur Begründung aufgefordert werden.

Allgem. Best. zu Abschnitt C. VI. bzw. vor Nrn. 401 ff. UV-GOÄ Sonographische Leistungen (Stand 01/2026)

Allgem. Best. zu Abschnitt C. VI.:

1. *Die Leistungen nach den Nummern 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.*
2. *Die Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*
3. *Die Leistungen nach den Nummern 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*
4. *Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 401 bis 424 ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten.*
5. *Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nummern 410 und 420 gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion.*
6. *Die sonographische Untersuchung eines Organs erfordert die Differenzierung der Organstrukturen in mindestens zwei Ebenen und schließt gegebenenfalls die Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände und die mit der gezielten Organuntersuchung verbundene Darstellung von Nachbarorganen ein.*
7. *Die sonographische Diagnostik von Frakturen oder zum Frakturausschluss hat bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) das Ziel, die Strahlenbelastung durch Röntgenuntersuchungen zu vermeiden. Für bis zu drei sonographische Untersuchungen kann der Arzt zu der Nr. 410 UV-GOÄ einen Zuschlag nach Nr. 411 oder 411a. abrechnen. Führt der Arzt sonographische Kontrollen durch, kann er im Behandlungs-fall nur maximal 2 Röntgenuntersuchungen abrechnen. Die Stellungskontrolle nach der Reposition zählt nicht dazu.*

Als Organ gilt die jeweils untersuchte Körperregion unabhängig davon, ob nur Gefäße oder nur Lymphknoten oder Gefäße und Lymphknoten bzw. Weichteile untersucht werden.

Die Darstellung des Darms gilt als eine Organuntersuchung unabhängig davon, ob der gesamte Darm, mehrere Darmabschnitte oder nur ein einziger Darmabschnitt untersucht werden.

Anmerkung zu Nr. 1 und 2

Im Sinne des „Zielleistungsprinzips“ handelt es sich bei den in der Ampelliste aufgeführten Organen um eigenständige anatomische Bereiche (Knie, OSG, Achillessehne, etc.). Durch die in den allgemeinen Bestimmungen genannte Regelung (je Sitzung) wird diese medizinische Bewertung versicherungsrechtlich ausgeschlossen. Die Vorgaben der UV-GOÄ (dies gilt übrigens auch für die GOÄ) haben durch die Regelung der Vertragspartner Vorrang.

Die mehrfache Berechnung der Nr. 410 ist in einer Sitzung nicht möglich. Bezüglich der Definition „Sitzung“, siehe Arbeitshinweise zu den Nrn. 410, 420.

Anmerkung zu Nr. 5:

Zu den anatomisch definierten **Organen** gehören unstreitig Lunge, Leber, jeweils beide Nieren, Milz usw. Für deren Untersuchung ist grundsätzlich je Organ eine Gebühr berechenbar (z. B. Nr. 410 oder Nr. 420). Auch die Nasennebenhöhlen einer Seite oder ein Auge sollen insoweit ein Organ sein.

Als Organe gelten nach Nr. 5 auch **Gelenke als Funktionseinheiten**. Danach ist bei den in der GUV häufigen Verletzungen der Gelenke (soweit dort eine sonographische Untersuchung überhaupt indiziert ist; vgl. Arb.Hinweise zu Nrn. 410, 420) grundsätzlich **nur eine Untersuchungsgebühr für ein Gelenk** berechenbar. Der Begriff „Gelenk“ ist entsprechend dem üblichen Sprachgebrauch zu verstehen; danach ist z. B. das gesamte Sprunggelenk nur ein Gelenk, auch wenn mit dem unteren und oberen Sprunggelenk anatomisch zwei verschiedene Gelenke zu unterscheiden sind. Ebenso gelten alle Gelenke der Hand- oder Fußwurzel nur als ein

Gelenk bzw. als ein Organ (s. Brück, Komm. z. GOÄ, C VI Allgemeine Bestimmungen Nr. 6, RdNr. 2).

Nach dem Wortlaut („als Funktionseinheiten“) umfasst die sonographische Untersuchung eines Gelenks erforderlichenfalls alle wesentlichen Strukturen und Gelenkräume (z. B. beim Kniegelenk die Bänder, Menisken, die verschiedenen Gelenkräume usw.). Es ist nicht zulässig – was in der Praxis jedoch häufig geschieht – dass z. B. beim Kniegelenk für Bänder, Sehnen, Menisken usw. jeweils eine Gebühr (z. B. Nrn. 410, 420) angesetzt wird.

Als Organ im Sinne der Nr. 5 gelten außerdem **Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Köperregion**.

Nach der Leistungsbeschreibung („und/oder“) ist Nr. 410 berechenbar, wenn jeweils nur die Muskelgruppen, nur die Lymphknoten oder nur die (Blut-)Gefäße einer Körperregion sonographiert werden. Nr. 410 ist aber auch nur einmal berechenbar, wenn Muskeln und Lymphknoten und zudem noch die Gefäße einer Körperregion untersucht werden.

Anmerkung zu Nr. 7:

Siehe Hinweise UV-GOÄ 411 bzw. 411a

Nr. 410 UV-GOÄ
Ultraschalluntersuchung eines Organs
(Stand 01/2026)

Zusatzbestimmung zu Nr. 410:

Für die sonographische Diagnostik von Frakturen der in der Nr. 411 UV-GOÄ genannten Knochen/Gelenke kann der dort genannte Zuschlag berechnet werde.

Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.

Nr. 411 UV-GOÄ
Sonographie bei der Diagnostik von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) (Zuschlag zur Nr. 410) - Knochen/Gelenke im Sinne der Nr. 411 sind: Oberarm, Unterarm, Oberschenkel, Unterschenkel und angrenzende Gelenke
(Stand 01/2026)

Der Zuschlag kann zu der Nr. 410 nur einmal je Sitzung und maximal dreimal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Neben der Nr. 411 und 411a. kann die Nr. 420 nicht abgerechnet werden. Eine im Einzelfall erforderliche Diagnostik der Gegenseite ist Bestandteil der Leistung.

Die aktuelle S2 Leitlinie – Fraktursonografie (AWMF Nr. 085-003), gültig vom 1.2.2023 bis 31.1.2028 empfiehlt die Sonographie bei bestimmten Verletzungen ausdrücklich als Standarddiagnostik in der Primäruntersuchung.

Danach kann die Beschränkung der Fraktursonographie auf die in der Primärdiagnostik und Kontrolle von Frakturen oder zum Frakturausschluss nicht aufrecht erhalten bleiben eingesetzt und abgerechnet werden.

Im Vorgriff auf eine Änderung der Leistungsbeschreibung der Nr. 411 und deren Abrechnung auch für die Primärdiagnostik, ist die Abrechnung der Nrn. 411/411a in den in der nachfolgenden Tabelle Leitlinie genannten Indikationen zu akzeptieren. Sollte eine Beurteilung der Abrechnung anhand der Tabelle/Leitlinie nicht möglich sein, bzw. bestehen Zweifel, sollte eine beratungsärztliche Stellungnahme eingeholt werden.
An der grundsätzlichen Beschränkung der Abrechnung ändert sich, zumindest vorerst, nichts.

Nr. 411 a UV-GOÄ
Sonographie bei der Diagnostik von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) (Zuschlag zur Nr. 410) - Andere Knochen/Gelenke die nicht in der Nr. 411 genannt sind.
(Stand 01/2026)

Sonographie bei der Diagnostik von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) (Zuschlag zur Nr. 410) – Andere Knochen/Gelenke, die nicht in der Nr. 411 genannt sind. Die gleichzeitige Durchführung und Abrechnung von Röntgendiagnostik und Fraktursonographie bei Kindern ist nur in den in der Leitlinie genannten Fällen abrechenbar.

Anmerkungen zu den Nrn. 411/411a

Bei der Leistung handelt es sich um einen Zuschlag, daher kann sie nicht als eigenständige Leistung abgerechnet werden. Voraussetzung für die Abrechnung des Zuschlags nach den Nrn. 411/411a ist, dass eine Fraktur vorliegt und diese nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis sonographisch untersucht werden kann oder zum Frakturausschluss. Ziel der Einführung der Nrn. 411/411a ist die Reduzierung der Röntgenuntersuchungen. Diese sollen durch die Sonographie ersetzt werden. Wenn die nach den allgemeinen Bestimmungen im Behandlungsfall erlaubten, maximal 2 Röntgenkontrolluntersuchungen erreicht sind, kann keine weitere Röntgenleistung abgerechnet werden. Dies gilt dann auch für den weiterbehandelnden D-Arzt.

Alle anderen sonographischen Kontrollen von Verletzungen berechtigen nicht dazu, diese Leistungen abzurechnen.

Mit der Formulierung „Knochen/Gelenke/und angrenzenden Gelenke“ und dem Ausschluss der Nr. 420 wird klargestellt, dass im Rahmen der Frakturkontrolle unabhängig des Umfangs der sonographischen Diagnostik, ausschließlich die Nr. 410 abgerechnet werden kann.

Dies gilt auch dann, wenn der Arzt im Einzelfall die Gegenseite zum Vergleich benötigt.

Mit der Nennung der Knochen/Gelenke bei der Nr. 411 erfolgt eine abschließende Aufzählung. Alle anderen Untersuchungen von Frakturen an Knochen/Gelenken sind nach Nr. 411a abzurechnen. Die sonographische Diagnostik/Kontrolle des Knochens und/oder angrenzenden Gelenke ist Bestandteil der Leistung und berechtigt nicht zu einer weiteren Nr. 410 mit Zuschlag (411/411a).

Die Leistungsbeschreibung beinhaltet die Mehrzahl „Frakturen“, und begrenzt die Abrechnung auf „einmal je Sitzung“. Dies bedeutet, dass die Nrn. 411/411a unabhängig der Anzahl der vorliegenden Frakturen an Knochen/gelenken nur einmal abgerechnet werden können (siehe auch BSG bei Nr. 420 zum Begriff „je Sitzung“).

Nr. 420 UV-GOÄ
Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nrn. 410 bis 418, je Organ
(Stand 07/2023)

Zusatzbestimmung zu Nr. 420:

Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.

Die Leistung nach Nr. 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.

Nach vielen Rückmeldungen von Ärzten sind zwischenzeitlich Änderungen bei der Indikation sonografischer Untersuchungen eingetreten. Der Bereich Sonografie wurde deshalb unter Einbeziehung der relevanten Expertengruppen - AK Bewegungsorgane der DEGUM, AG Ultraschall der DGU, AG Orthopädie und Unfallchirurgie der Sektion Chirurgie der DEGUM - überarbeitet.

Die Experten haben in der nachstehenden **Ampelliste** ihre Einschätzung konsentiert dokumentiert, bei welchen Verletzungen und zu welchem Zeitpunkt eine Indikation gegeben (grün) oder fraglich (gelb) sein kann oder auch eine Indikation nicht gegeben (rot) ist.

Diese Einschätzung bezieht sich generell auf Verletzte jeden Alters. Bei unklarem Befund bzw. zur Diagnosesicherung kann im jeweiligen Einzelfall ein **Seitenvergleich bei paarigen Organen** angezeigt sein. Untersuchungen einer Gegenseite können insbesondere indiziert sein, wenn zur Einschätzung eines vom Normalen abweichenden Befundes ein so genannter Normzustand benötigt wird, wie dies die (vermeintlich) gesunde Gegenseite darstellt. Es macht Sinn, z. B. auf der Gegenseite Läsionen festzustellen oder auszuschließen, die dann wieder einen Aufschluss über den Unfallzusammenhang geben können (z. B. bei Verdacht auf degenerative Veränderungen von Sehnen, Läsionen der Rotatorenmanschette und der Achillessehne).

Mit der Ampelliste werden keine Hinweise dazu gegeben, wann bei Anwendung von Sonografie z.B. Röntgen, MRT oder CT entbehrlich wäre. Es existieren insbesondere facharztübergreifend **keine abgestimmten Aussagen**, bei welchen Indikationen durch die Sonografie der Einsatz von Röntgen, CT und/oder MRT entbehrlich ist. Vielmehr wird dies immer im jeweiligen Einzelfall durch den Arzt – auch unter Strahlenschutzgesichtspunkten – zu prüfen und zu entscheiden sein. Bei Patienten mit einem **Herzschrittmacher, der nicht MRT-fähig ist**, wird je nach Verletzungsbild einer sonografischen Diagnostik der Vorzug eingeräumt werden.

Durch die Sonografie können **teilweise** Röntgen-, CT- und MRT-Untersuchungen entbehrlich werden und damit Strahlenbelastungen für die Versicherten vermieden und/oder Kosten eingespart werden. Um aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können, bedarf es einer fachlichen Qualifikation des Arztes sowie einer aktuellen Geräteausstattung, wie sie die „Ultraschall-Vereinbarung“ für die Abrechnung in der GKV vorschreibt. Eine Zulassung zur Abrechnung in der GKV kann aber nicht gefordert werden, da viele Ärzte der UV in der GKV nicht tätig sind und daher nicht über eine Zulassung verfügen, obwohl sie die Voraussetzungen erfüllen. Bei Ärzten, die dadurch auffallen, dass sie nach **jeder** Sonografie **immer** noch eine Röntgen-, CT- oder MRT-Kontrolle durchführen, sollte jedoch der erwartete Nutzen für die vorher durchgeführte Sonografieuntersuchung hinterfragt werden, ggf. auch, ob dieser mit dem zur Verfügung stehenden Gerät überhaupt zu erzielen war.

Insbesondere bei Kindern bis 12 Jahren wird vermehrt die Sonografie als diagnostisches Mittel verwendet und insoweit versucht, die mit dem Röntgen einhergehende Strahlenbelastung zu verringern oder gar zu vermeiden.

Dazu gehört auch die Eingrenzung von verletzten Arealen (Screening), insbesondere bei kleineren Kindern oder bei Kindern mit geistiger Behinderung, die die Schmerzlokalisation nicht eindeutig artikulieren können.

Ampelliste Sonografie:

Verletzung	Region	Fragestellung	Zeitpunkt	Indikation
AC-Gelenk	Schulter	Instabilität	Erstuntersuchung	ja
Achillessehnenläsion	OSG	Riss, Teilriss, Dehiszenz, Adaptierbarkeit	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Aneurysma	Knie	traumatische Schädigung	Erstuntersuchung	ja
Außenband	Knie	Hämatom, Dehiszenz, Instabilität	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Bakerzyste	Knie	DD Kniekehlenverletzung	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Bauchtrauma	Abdomen	Leberriss, Milzriss, freie Flüssigkeit	Erstuntersuchung	ja
Bizepssehne distal	Schulter	Defekt	Erstuntersuchung	ja
Distorsionen	Gelenke	Hämarthros als Hinweis auf Kapselbandläsion: Punktion?	Erstuntersuchung	ja
fibulare Bandläsion	OSG	Riss, Teilriss, Instabilität	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Fingersehnenverletzung	Hand	Dehiszenz, Ringbandverletzung	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Frakturen	Knochen	neg. Rö bei klin. Verdacht, periostales Hämatom, Kortikalisunterbrechung	Erstuntersuchung	ja
Frakturen (bes. prox Humerus, Ellenbogen, distaler Radius bei Kindern)	Knochen	Stellungkontrolle, Fragmentposition	Kontrolle	ja
Fremdkörper	Weichteile	Ortung , Ortung vor OP	Erstuntersuchung, OP	ja
Hüftgelenk	Hüfte	Erguss/Hämarthros, Hämatobursa/Serom	Erstuntersuchung	ja
Implantatlage	Knochen/Gelenke	Überstand, Ortung vor OP	Kontrolle, OP	ja
Innenband	Knie	Hämatom, Dehiszenz, Instabilität	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Muskel(faser)riss	Extremitäten	Dehiszenz, Ausmaß, Hämatom (Punktion?)	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Patellarsehnenriss	Knie	Dehiszenz, Teilruptur	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Quadrizepssehnenriss	Knie	Dehiszenz, Teilruptur	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Rotatorenmanschette traumatisch	Schulter	traumatische Schädigung	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Schulterluxation	Schulter	knöcherne Läsion, Instabilität	Erstuntersuchung	ja
schwere Kontusion	Extremitäten	Hämatom/Hämarthros (Punktion?), Kompartment	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Sehnenausrisse, ggf. knöchern	Hüfte, Knie, EB	Ausriss, Dehiszenz	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Skidaumen	Hand	Instabilität	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Syndesmosenläsion	OSG	Bandläsion, Instabilität	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja
Thoraxtrauma	Thorax	Rippenbruch, Hämatothorax, Pneumothorax	Erstuntersuchung	ja
Thrombose	Extremitäten	Gefäß kompressibel, Thrombus in situ, Fluss?	Erstuntersuchung	ja
HKB	Knie	Instabilität, hypoechogene Zone?	Erstuntersuchung, Kontrolle	fraglich
Labrumläsion Schulter	Schulter	Instabilität, Defekt	Erstuntersuchung	fraglich
Osteomyelitis	Knochen	Weichteilkomponente	Kontrolle	fraglich
TEP-Schmerz	Gelenke	Erguss (->Lockerung, Infekt)	Kontrolle	fraglich
VKB	Knie	Instabilität, hypoechogene Zone?	Erstuntersuchung, Kontrolle	fraglich
Meniskus	Knie	Schädigung/Riss Hinternörner	Erstuntersuchung	nein

Ergänzung/Konkretisierung der Ampelliste zu den Zeilen 11,12

- Frakturen und
- Frakturen (bes. prox. Humerus, Ellenbogen)

Dazu gehören: Rippenbrüche, Schlüsselbeinfrakturen, Brustbeinfrakturen, handgelenksnahe Brüche, ellenbogennahe Brüche und körpernahe Oberarmbrüche, sprunggelenknahe Unterschenkelbrüche, kniegelenknahe Brüche, und körpernahe Oberschenkelbrüche sowie Brüche der großen und kleinen Röhrenknochen an oberen und unteren Extremitäten.

Bei diesen Regionen gilt dies für die Erstuntersuchung.

Zum 01.01.2023 wurden die UV-GOÄ um die Zuschläge der Nrn. 411/411a hinsichtlich der sonographischen **Kontrollen** von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag ergänzt.

Bei der **Untersuchung mehrerer Organe** ist neben der Nr. 410 für jedes weitere Organ zusätzlich jeweils die Leistung nach Nr. 420 berechenbar (z. B. Milz, Leber, Unterschenkel-Muskulatur = Nrn. 410 + 420 + 420).

Die Sonografie der Nase wird sehr unterschiedlich abgerechnet (Nr. 410 und bis zu 3 x Nr. 420). Vergleichbar mit der Untersuchung paariger Organe (Augen, Nieren, Hoden) kann die Nase max. in zwei „Organe“ (linke/rechte Seite) aufgeteilt werden mit der Folge, dass neben der Nr. 410 einmal die Nr. 420 abrechenbar ist. Die dreimalige Berechnung der Nr. 420 ist gemessen am erforderlichen Aufwand unverhältnismäßig.

Zusatzbestimmung zur Nr. 420

Die Leistung nach Nr. 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.

Bedeutet vom Eintreten des Patienten in die Praxis bis zum Verlassen der Praxis. Der Begriff "je Sitzung" wird in der **GOÄ** überwiegend als leistungsbegrenzend verwendet und kann als gleichbedeutend mit dem Begriff "Arzt-Patienten-Kontakt" und "Inanspruchnahme" gesehen werden (vergleiche Kommentar zur GOÄ von Brück).

Die fachlichen Notwendigkeiten zur Durchführung von Ultraschalluntersuchungen sind für die Berechnungsfähigkeit nicht maßgeblich, sondern nur die Vorgaben der GOÄ.

Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 47 (25.11.2005), Seite A-3282

Bundessozialgericht Az.: 6 RKa 40/92

Bei der Inanspruchnahme/Sitzung muss immer das Behandlungs- oder Untersuchungsziel berücksichtigt werden. So gilt auch als eine Sitzung/Inanspruchnahme, wenn der Patient aus praxisorganisatorischen oder medizinischen Gründen zwischen den einzelnen Untersuchungen oder Behandlungen den Raum verlässt, im Wartezimmer wartet oder sogar die Praxis verlässt. Diese Regel soll eine Stückelung der "Sitzung" oder Inanspruchnahme verhindern.

VIII. Nrn. 440 bis 449
UV-GOÄ Zuschläge/Leistungen
(Stand 04/2022)

1. Seit dem 1.1.2005 können nach den Nrn. 440 bis 447 **Zuschläge für ambulant durchgeführte Operations- und Anästhesieleistungen** berechnet werden. Dabei ist es unerheblich, ob diese Leistungen in der Praxis eines niedergelassenen Arztes oder in einem Krankenhaus erbracht werden.

   Gleichzeitig sind die bis zum 31.12.2004 für ambulant durchgeführte OPs maßgebenden Allgem. Best. zum **Abschnitt I. Augenheilkunde** (vor Nrn. 1200 ff.) und zum **Abschnitt J. HNO-Heilkunde** (vor Nrn. 1400 ff.) entfallen. Die auf diesen Fachgebieten bis dahin mögliche Abrechnung von OP-Leistungen nach den Sätzen der bes. HB ist somit ab 1.1.2005 nicht mehr zulässig.

2. Die Berechtigung zur Durchführung von zuschlagsberechtigten ambulanten OP-Leistungen ist in den „Grundsätzen Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung“ geregelt. Diese sind **verbindlicher Bestandteil** der Allgemeinen Bestimmungen zu den Nrn. 440 ff UV-GOÄ. Die Grundsätze wurden im Zusammenhang mit der Änderung des ÄV zum 1. Januar 2011 hinsichtlich der Berechtigung zum ambulanten Operieren neu gefasst. Eine weitere Ergänzung (Einbeziehung der Hautärzte) gilt seit dem 01.01.2013 (DGUV- Rundschreiben 0565/2012 vom 21.12.2012) (Stand: 30.08.2017).

   Zunächst gilt für alle Ärzte, die ambulante Operationen durchführen und abrechnen wollen, dass sie hierzu von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen sein müssen oder das Krankenhaus, an dem sie ambulant operieren, die entsprechende Erklärung nach § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung abgegeben hat.

   Unter dieser Voraussetzung gilt für die Durchführung ambulanter Operationen Folgendes:

   a. D-Ärzte, die **uneingeschränkt** berechtigt sind:

   - niedergelassene oder an Krankenhäusern tätige D-Ärzte, die als solche bis zum 31. Dezember 2010 beteiligt wurden.
   - niedergelassene oder an Krankenhäusern tätige D-Ärzte, die ihre Beteiligung nach dem 31. Dezember 2010 erhalten haben, **wenn sie über die Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ bzw. über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“** verfügen. Diese D-Ärzte sind in der LVI-Datenbank entsprechend gekennzeichnet.

   b. D-Ärzte **mit Beschränkung auf bestimmte OPs**:

   - niedergelassene D-Ärzte, die nach dem 31. Dezember 2010 beteiligt wurden, und **nicht** über die Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ bzw. über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen.
     Die Beschränkung bezieht sich darauf, dass diese Ärzte nur bestimmte, in den Nrn. 442 bis 445 UV-GOÄ mit einem „*“ gekennzeichnete zuschlagspflichtige Leistungen erbringen und abrechnen dürfen. Das sind die folgenden Leistungen:

Nr. UV-GOÄ	Leistung
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht Operationsbericht und Fotodokumentation sind dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen
2008	Wund- oder Fistelspaltung
2009	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers
2010	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen
2031	Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheidenpanaritiums einschließlich örtlicher Drainage
2040	Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z.B. Hämangiom)
2051	Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk
2052	Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk
2060	Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenkes (Finger-, Zehengelenk)
2063	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2062
2073	Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht – ggf. einschließlich Versorgung einer frischen Wunde
2100	Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenkes
2256	Knochenaufmeißelung oder Nektrotomie bei kleinen Knochen
2353	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen – auch Stellschraubenentfernung aus großen Röhrenknochen
2354	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/ oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen.
2380	Überpflanzung von Epidermisstücken
2381	Einfache Hautlappenplastik
2397	Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung
2402	Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Fas-zie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)
2403	Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst, auch am Kopf und an den Händen

2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z.B. Ganglion, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom) Operationsbericht und histologischer Befund sind dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen
2405	Entfernung eines Schleimbeutels
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses
2800	Venaesectio

c. andere Fachärzte mit Beschränkung auf ihr jeweiliges Fachgebiet:

- Augen- und HNO-Ärzte,
- Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 ÄV,
- Hautärzte
- Ärzte für Anästhesie.

Nach wie vor sind D-Ärzte berechtigt, nach § 12 ÄV **andere Ärzte zur Durchführung ambulanter OP-Leistungen hinzuzuziehen**, wenn diese in der vertragsärztlichen Versorgung über eine Zulassung für das ambulante Operieren verfügen. Wenn es sich bei dem hinzugezogenen Arzt (zufällig) um einen nach dem 31. Dezember 2010 beteiligten D-Arzt ohne Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ bzw. ohne Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ handelt, gelten die oben unter **b.** beschriebenen Einschränkungen dennoch **nicht,** weil der Arzt in diesen Fällen nicht in seiner Eigenschaft als D-Arzt sondern eben als hinzugezogener Arzt (z. B. Spezialist für Knie- oder Schulter-OP) tätig wird (siehe DGUV-Rundschreiben 579/2010 vom 8.12.2010).

Davon unberührt bleibt in den **Fällen des VAV** nach § 37 ÄV die Überweisung an ein VAV-Krankenhaus obligatorisch.

Ist im Einzelfall fraglich, ob der ambulant operierende Arzt alle Anforderungen erfüllt, sollte der zuständige LV um Klärung gebeten werden.

3. Wird z. B. nur ein unter der Oberfläche der Haut befindlicher Fremdkörper entfernt, aber die Nr. 2010 für die Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers abgerechnet, ist nicht nur die Nr. 2010 in Nr. 2009 zu korrigieren, sondern auch der Zuschlag nach Nr. 442 auf den Zuschlag nach Nr. 442a zu kürzen. Ggf. ist anhand des OP-Berichts bzw. unter Einschaltung des Beratungsarztes zu prüfen, ob die angegebene OP-Leistung (UV-GOÄ-Nummer) tatsächlich erbracht bzw. die Leistungslegende ausgefüllt wurde.

   Nach der Leistungsbeschreibung ist für eine ambulant durchgeführte OP **einmalig je Behandlungstag eine Zuschlagsgebühr** berechnungsfähig. Der operierende Arzt (z. B. Chirurg) kann also pro Behandlungstag für eine OP nur einmal den Zuschlag nach den Nrn. 442, 442a, 443, 444 oder 445 ansetzen. Somit ist es unbeachtlich, ob im Zuge einer OP mehrere zuschlagsfähige operative Leistungen erbracht wurden und berechenbar sind.

   Sind **mehrere Ärzte** an der OP beteiligt, kann nur einer der beteiligten Ärzte den Zuschlag berechnen (siehe hierzu auch Arbeitshinweise S. III/50). Neben den Nrn. 442 bis 445 können aber die Zuschläge nach den Nrn. 440, 441 berechnet werden, wenn ein OP-Mikroskop bzw. ein Laser zur Anwendung gekommen und dies medizinisch erforderlich und zweckmäßig gewesen ist (s. nachfolgende Arb.Hinweise zu Nrn. 440, 441 UV-GOÄ).

   Die vorstehenden Ausführungen gelten sinngemäß für **ambulant durchgeführte Anästhesieleistungen** bzw. für Zuschläge nach Nr. 446 oder Nr. 447. Somit ist also abhängig

von der jeweils erbrachten Anästhesieleistung grundsätzlich einmal pro Behandlungstag der Zuschlag nach Nr. 446 oder nach Nr. 447 vom Anästhesisten berechenbar.

Werden Operations- und Anästhesieleistungen in nur einer Rechnung geltend gemacht (z. B. von Gemeinschaftspraxen), kann naturgemäß der Zuschlag zur maßgebenden Operationsleistung (Nrn. 442 bis 445) und zur Anästhesieleistung (Nrn. 446, 447) nebeneinander berechnet werden.

4. Ob der Zuschlag nach den Nrn. 442, 442a, 443, 444 oder 445 anzusetzen ist, wird bestimmt durch die **höchstbewertete OP-Leistung** bzw. bei den Zuschlägen nach Nr. 446 oder Nr. 447 durch die **höchstbewertete Anästhesie-Leistung**.

   Maßgeblich ist die **tatsächlich erbrachte medizinische Leistung**. Erfüllt die in der Rechnung angesetzte ärztl. Leistung nur eine geringer bewertete OP-Gebühr bzw. Anästhesie-Gebühr, sind sowohl die berechnete OP- bzw. Anästhesie-Gebühr als auch die Gebühr für den Zuschlag zu korrigieren (ggf. Einschaltung des Beratungsarztes).

Nr. 440 UV-GOÄ
Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen (Stand 04/2006)

Zusatzbestimmung zu Nr. 440:

Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

In Anwendung des § 8 ÄV ist davon auszugehen, dass der Einsatz des OP-Mikroskops grundsätzlich **medizinisch erforderlich und zweckmäßig** sein muss, damit der Zuschlag berechenbar ist. Wird bei der zugrundeliegenden operativen Leistung üblicherweise ein OP-Mikroskop eingesetzt, ist dies als ausreichendes Indiz für die Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit zu werten.

Bei den ambulanten Behandlungsrechnungen dürfte der Zuschlag nach Nr. 440 keine große Rolle spielen. Typische Einsatzgebiete sind die operative Behandlung von **Nervenschäden (**insbes. Nervennähte), die **plastische Chirurgie** und die **rekonstruktive Chirurgie** (z. B. Replantationen in der Handchirurgie) sowie allgemein **mikrochirurgische Eingriffe** (z. B. an der Bandscheibe). Derartige Eingriffe werden üblicherweise stationär durchgeführt.

Eine **Lupenbrille** ist nicht als Operationsmikroskop anzusehen; die Verwendung einer Lupenbrille löst somit nicht den Zuschlag nach Nr. 440 aus.

Zu beachten ist, dass der Zuschlag nach Nr. 440 nicht berechenbar ist, wenn der **Einsatz eines OP-Mikroskops als Bestandteil der OP-Leistung** anzusehen ist (s. Nr. 2 der Allgem. Best. vor Nrn. 440; z. B. Nr. 2594: Transposition eines Nervs mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht). Soweit in einigen Leistungslegenden von „mikrochirurgischen“ Eingriffen oder allgemein von „Mikrochirurgie“ die Rede ist, gehört der Einsatz des OP-Mikroskops zwingend zur OP-Leistung. Der damit verbundene Aufwand wird durch die jeweilige OP-Gebühr vollständig abgegolten.

Nr. 441 UV-GOÄ
Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung (Stand 07/2026)

Zusatzbestimmung zu Nr. 441:

Der Zuschlag nach Nummer 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Wie bei jeder ärztl. Leistung ist in Anwendung des § 8 ÄV davon auszugehen, dass der Zuschlag nur berechenbar ist, wenn der Einsatz des Lasers **medizinisch erforderlich** und **zweckmäßig** ist sowie dem Gebot der **Wirtschaftlichkeit** entspricht.

Der Laser ist bei der Durchtrennung oder Abtragung von Körpergewebe einsetzbar. Bei der Gelenkchirurgie (z. B. **Meniskusresektion**, **Knorpelshaving**) besteht in aller Regel keine medizinische Indikation und damit keine Berechenbarkeit.

Nr. 442 UV-GOÄ
Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen (Stand 04/2013)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nummern 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, 2005, 2010*, 2031*, 2060*, 2062, 2065, 2066, 2072, 2080, 2084, 2100*, 2122, 2158, 2170, 2250, 2256*, 2293, 2295, 2380*, 2381*, 2402*, 2405*, 2430*, 2431, 2441, 2660, 2671, 2694, 2800*, 2890, 3120, 3220, 3237.*

Zusatzbestimmung zu Nr. 442:

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

Problematisch ist die Berechnung des Zuschlags oft bei der Entfernung **tiefsitzender Fremdkörper** nach **Nr. 2010**. Hier ist zu prüfen, ob nicht nur ein oberflächlicher Fremdkörper nach Nr. 2009 (häufig z. B. bei Holz- oder Metallsplittern an Händen oder Fingern) entfernt worden ist. Beachte hierzu weiteren Erläuterungen zu Nrn. 2009 und 2010.

Nr. 442a UV-GOÄ Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen (Stand 04/2013)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nummern 2008, 2009*, 2063* und 2403**

Zusatzbestimmung zu Nr. 442:

Der Zuschlag nach Nr. 442a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442a ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 und 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.

Bei den Leistungen handelt es sich um kleinchirurgische Leistungen, für die seit dem 1.03.2013 ein Zuschlag von 15,- Euro vereinbart wurde.

Nr. 443 UV-GOÄ Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen (Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nummern 1043, 1052, 1099, 1104, 1111, 1120, 1122, 1129, 1135, 1141, 1283, 1299, 1305, 1330, 1331, 1333, 1359, 1446, 1455, 1519, 1528, 1535, 1588, 1622, 1628, 1635, 1738, 1761, 1765, 1802, 2040, 2041, 2045, 2051*, 2052*, 2073*, 2092, 2101, 2105, 2110, 2118, 2120, 2130, 2156, 2210, 2253, 2254, 2279, 2339, 2347, 2348, 2382, 2384, 2386, 2393, 2397*, 2404*, 2410, 2421, 2580, 2650, 2651, 2656, 2657, 2670, 2730, 2751, 2801, 3400*

Zusatzbestimmung zu Nr. 443:

Der Zuschlag nach Nr. 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.

Nr. 444 UV-GOÄ
Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen (Stand 04/2013)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nummern 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, 2353, 2355, 2383, 2392, 2392a, 2396, 2417, 2418, 2420, 2440, 2442, 2583, 2655, 2675, 2881, 3096, 3241, 3283*

Zusatzbestimmung zu Nr. 444:

Der Zuschlag nach Nr. 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.

Durch Beschluss der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 ÄV wurde mit Wirkung vom 01.07.2007 **Nr. 2353** (**Metallentfernung aus kleinen Röhrenknochen**, Stellschraubenentfernung aus großen Röhrenknochen, s. Arb.Hinweise zu Nrn. 2353, 2354) in die Leistungslegende der Nr. 444 aufgenommen (Rdschr. Reha 048/2007 vom 18.06.2007). Damit ist der Arzt bei ambulanter Erbringung dieser Leistung ab 01.07.2007 berechtigt, den Zuschlag nach Nr. 444 zu berechnen.

Nr. 445 UV-GOÄ
Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen (Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

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

Zusatzbestimmung zu Nr. 445:

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.

Nr. 446 UV-GOÄ
Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nrn. 469, 473, 476, 477, 478, 497, 498, im Zusammenhang mit ambulanten Operationen (Stand 12/2018)

Zusatzbestimmungen zu Nr. 446:

Der Zuschlag nach Nr. 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Der Zuschlag nach Nr. 446 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 447 nicht berechnungsfähig.

Nr. 447 UV-GOÄ
Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nrn. 462, 470, 481 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen (Stand 04/2022)

Zusatzbestimmungen zu Nr. 447:

Der Zuschlag nach Nr. 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Der Zuschlag nach Nr. 447 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 446 nicht berechnungsfähig.

Der Zuschlag nach Nr. 446 oder alternativ nach Nr. 447 kann nur einmal je Behandlungstag für eine ambulant durchgeführte Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden. Maßgebend ist jeweils die höchstbewertete erbrachte Anästhesieleistung.

Allerdings wird bei nicht zuschlagspflichtigen Operationen bzw. kleinen chirurgischen Eingriffen mit einem Zuschlag nach Nr. 442a (z. B. Entfernung eines unter der Haut liegenden Fremdkörpers nach Nr. 2009) eher die Frage zu stellen sein, ob eine entsprechende Anästhesie (z. B. Allgemeinanästhesie nach Nr. 462) überhaupt erforderlich war. War sie nicht erforderlich, weil es sich um einen Bagatelleingriff gehandelt hat und auch sonst keine in der Person des Versicherten liegenden Gründe eine solche Anästhesie verlangen, ist der Zuschlag zu streichen. Konsequenterweise ist dann aber auch die Anästhesieleistung selbst zu streichen bzw. in eine andere umzuwandeln. Als Begründung gegenüber dem Arzt muss immer die fehlende Indikation für die Anästhesie angegeben werden. Der Umstand, dass die ambulante Operation nicht zuschlagspflichtig ist, ist als Begründung rechtlich unzutreffend und daher zu vermeiden.

Die Zuschläge können nicht für eine Anästhesieleistung im Zusammenhang mit einer Schmerztherapie abgerechnet werden. Hier fehlt es an der Leistungsvoraussetzung „im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation“.

Nr. 448 UV-GOÄ
Beobachtung und Betreuung eines Kranken bis zu zwei Stunden (Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung Nr. 448:
Beobachtung und Betreuung eines Kranken bis zu zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung ambulanter Anästhesien

Zusatzbestimmungen zu Nr. 448:
Die Leistung nach Nummer 448 ist nur einmal berechnungsfähig.
Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 56, 57, 448a, 449

Nr. 448a UV-GOÄ
Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden (Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung Nr. 448a:
Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung ambulanter Anästhesien bzw. Narkosen

Zusatzbestimmungen zu Nr. 448:
Die Leistung nach Nummer 448 ist nur einmal berechnungsfähig.
Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 56, 57, 448, 449

Nr. 449 UV-GOÄ
Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden (Stand 07/2026)

vollständige Leistungsbeschreibung Nr. 449:
Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung ambulanter Anästhesien bzw. Narkosen

Zusatzbestimmungen zu Nr. 449 UV-GOÄ:
Die Leistung nach Nummer 449 ist nur einmal berechnungsfähig.
Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 56, 57, 448, 448a

Die Nr. 448, Nr. 448a oder Nr. 449 kann entweder vom **Anästhesisten** oder vom **Operateur** (**Chirurg, Orthopäde** usw.) für die nach der ambulant durchgeführten OP bzw. Anästhesie erfolgte **postoperative Betreuung** berechnet werden. Maßgebend ist, welcher der beiden Ärzte die Leistung erbracht hat; jedenfalls darf sie **nur einmal,** also nur von einem der beteiligten Ärzte, berechnet werden. In der Regel ist derjenige Arzt zur Abrechnung befugt, in dessen Praxis, OP-Zentrum usw. die OP/Narkose sowie die anschließende Beobachtung und Betreuung erfolgt.

Um **Doppelabrechnungen** durch den Operateur und den Anästhesisten zu vermeiden, sind möglichst beide Rechnungen zu prüfen.

Laut **„Berufsverband Deutscher Anästhesisten, BDAktuell, vom Juni 2012“**
ist zur Vermeidung einer Doppelabrechnung ausdrücklich festgelegt, dass die beteiligten Ärzte eine Vereinbarung darüber treffen müssen, wer die entsprechende Leistung letztlich abrechnet.

Daraus folgt, dass der UV-Träger aus der Pflicht ist, wenn er einem der Beteiligten die geforderte Leistung bereits erstattet hat. Die Ärzte müssen intern klären, wem die Kosten zustehen.

Bestehen Zweifel an einer postoperativen Betreuung (z. B. kleine chirurgische Eingriffe in Lokalanästhesie) ist auf Anforderung das entsprechende Protokoll vorzulegen.
Die abrechenbare postoperative Überwachung endet nicht immer mit der Entlassung aus dem Aufwachraum, sondern wenn eine medizinische Indikation gegeben ist, im Einzelfall nach der Verlegung auf eine Station.

Liegen ausschließlich organisatorische Gründe für die Verlegung vom Aufwachraum auf die Station vor, ist die Zeit auf der Station nicht berechenbar.
Im Einzelfall ist die medizinische Überwachungszeit auf der Station mit der entsprechenden Dokumentation zu belegen.

Nach den Zusatzbestimmungen sind **neben den Nrn. 448, 448a, 449 die Nrn. 1, 2 und 56 nicht berechenbar**.

In der Praxis wurde nach einer Narkose von den Anästhesisten häufig für das **Verweilen** bis zum Aufwachen des Patienten die Nr. 56 und für die vor der Entlassung erforderliche **Abschlussuntersuchung** die Nr. 1 oder die Nr. 2 abgerechnet Diese Leistungen sind nicht neben Nrn. 448, 448a 449 ansetzbar. Vielmehr sind sie nach den die gesamte postoperative Versorgung umfassenden Leistungsbeschreibungen der Nrn. 448, 448a 449 im jeweiligen Leistungsumfang enthalten. Auch eine zeitliche Trennung begründet nicht die Abrechnung einer weiteren Untersuchung. Der Ausschluss ist maßgeblich.

Das muss auch dann gelten, wenn die Nrn. 1, 2 und 56 sowie Nr. 448, Nr. 448a bzw. Nr. 449 nicht in ein und derselben Rechnung nebeneinander erscheinen, sondern getrennt in den Rechnungen des Anästhesisten und des Operateurs abgerechnet werden. Die Nrn. 1, 2 und 56 sind danach z. B. in der Rechnung des Anästhesisten – mit entspr. Begründung - zu streichen, wenn die postoperative Betreuung z.B. nach Nr. 449 in der Praxis des Operateurs vorgenommen und von diesem entspr. abgerechnet wurde. Gleiches gilt naturgemäß auch bei der umgekehrten Konstellation.

Um auch insoweit Doppelabrechnungen zu vermeiden, sind – wie schon eingangs erwähnt - möglichst die Rechnungen des Operateurs und des Anästhesisten zusammen zu prüfen.

UV-GOÄ/Abschnitt D
Anästhesieleistungen

Allgem. Best. zu Abschnitt D. bzw. vor Nrn. 451 ff. UV-GOÄ Anästhesieleistungen (Stand 07/2026)

Allgem. Best. zu Abschnitt D. bzw. vor Nrn. 451 ff.

Bei Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander ist nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnungsfähig; eine erforderliche medikamentöse Prämedikation ist Bestandteil dieser Leistung.

Als Dauer der Allgemeinanästhesie (Nr. 462) gilt bei ambulanten Operationen die Dauer von 25 Minuten vor Operationsbeginn bis 25 Minuten nach Operationsende. Als Operationsbeginn und –ende gilt die Schnitt-/Naht-Zeit.

Für die anästhesiologische Durchführung der Allgemein- und Regionalanästhesieverfahren sind die "Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. zu den Mindestanforderungen an den anästhesiologischen Arbeitsplatz" in der jeweils aktuellen Fassung verbindlich zu beachten.

Die Mindestanforderungen wurden unter dem Aspekt der Qualitätssicherung aufgenommen (Mindestausstattung räumlich, personell, Geräte). Dies hat keine direkten Auswirkungen auf die Abrechnung. Dies betrifft nicht andere Ärzte (z. B. D-Ärzte) bei Durchführung von Lokalanästhesien.

Wartezeiten:

Organisatorisch bedingte Wartezeiten, z. B. durch den Ausfall von Geräten oder Nichtverfügbarkeit des Operateurs etc., dürfen bei den Angaben zur Narkose- und Anästhesiedauer nicht berücksichtigt werden.

Hierfür kann auch nicht die Leistung nach Nr. 473 (Standby und/oder Analgosedierung) abgerechnet werden. Wartezeiten, die auf eine Allgemein- oder Regionalanästhesie abzielen sind nicht abrechenbar und erfüllen nicht den Leistungsinhalt der Nr. 473.

Anmerkung:

Die Beschränkung auf die höchstbewertete Anästhesieleistung gilt nicht, wenn wegen mehrerer Verletzungen eine **Betäubung verschiedener Körperregionen** erforderlich wird, z. B. bei einer Schnittwunde am Finger und einer großen Platzwunde am Arm. Hier sind zu den Leistungen für die Wundversorgung ggf. erforderliche Lokalbetäubungen nach Nr. 493 und nach Nr. 491 nebeneinander berechenbar.

Wenn **im Rahmen einer Allgemeinanästhesie** (s. Nr. 462) mehrere Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander angewandt werden, ist wie folgt zu differenzieren:

Narkosen, die nur als **Teilschritte eines einheitlichen Narkoseverfahrens** anzusehen sind bzw. einheitlich auf die Ausschaltung der Schmerzempfindung während der OP **(intraoperativ)** zielen, sind nach den Allgem. Best. nicht nebeneinander berechenbar. Z. B. ist eine Lokalanästhesie des Kehlkopfes zur Erleichterung der Intubation als (vorbereitender) Teilschritt der

Allgemeinanästhesie anzusehen, Nr. 484 ist somit nicht gesondert neben Nr. 462 berechenbar.

Wird dagegen mit der Lokalanästhesie eine andere Zielrichtung verfolgt (z. B. **Bekämpfung der postoperativen Schmerzen**), ist die Nr. 490 neben der Gebühr für die höherbewertete Allgemeinanästhesie nach Nr. 462 berechenbar.

Wird zur postoperativen Schmerzausschaltung eine Regionalanästhesie nach Nr. 470 durchgeführt (z. B. „Drei-in-Eins-Block“ nach Kreuzbandplastik), kann hierfür der Zuschlag nach Nr. 464 berechnet werden. Die Nr. 470 kann nicht zusätzlich abgerechnet werden. Dies gilt auch dann, wenn nicht der Anästhesist, sondern der Operateur diese Leistung erbringt, weil der Zuschlag ausdrücklich mit der Allgemeinanästhesie nach 462 verknüpft ist.

Unter den gleichen Voraussetzungen können auch **präoperative** gesondert berechenbar sein (z. B. Lokalanästhesie zur Anlage einer Venenverweilkanüle), wenn diese ausnahmsweise medizinisch erforderlich sind (z. B. bei Kindern oder besonders schmerzempfindlichen Patienten).

Um derartige prä- oder postoperative Lokalanästhesien zeitlich von der Allgemeinanästhesie abgrenzen zu können, sollte die **Uhrzeit** der jeweiligen Leistung in der Rechnung vermerkt sein.

Die beiden vorgenannten Absätze gelten nicht für Lokalanästhesien nach den Nrn. 490/491 bei arthroskopischen Operationen am Operationstag. Hier sind sie (einschließlich) Bestandteil der jeweiligen arthroskopischen Leistung.

Die Definition der „Dauer der Allgemeinanästhesie“ (25 Minuten vor bis 25 Minuten nach *Schnitt-/Naht-Zeit*) gilt nur für die Allgemeinanästhesie nach Nr. 462 und ist auf andere Anästhesieverfahren nicht übertragbar.

In der Leistungslegende der Regionalanästhesieverfahren (Nr. 470) wird von der sog. Anästhesiedauer gesprochen. Diese ist in den Protokollen als A-A Zeiten (Anästhesiepräsenz-Beginn und Anästhesiepräsenz-Ende) dokumentiert. Dieser Zeitraum ist Grundlage der Berechnung. Damit sind die Nrn. 470 und 471 regelhaft abrechenbar. Eine Prüfung der tatsächlichen Zeiten und Anforderung des Protokolls ist nur bei einer mehrfachen Berechnung der Nr. 471 erforderlich.

Der bisherige pauschale Ansatz von 1 Stunde vorher fällt weg, da diese in der zu berücksichtigenden Zeit enthalten ist.

Anästhesisten können für das Aufsuchen eines Patienten an Orten, an denen sie regelmäßig tätig sind, weder die Besuchsgebühr noch Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnen.

Die Zuschläge nach den Nrn. 446 und 447 können nicht für eine Anästhesieleistung im Zusammenhang mit einer Schmerztherapie abgerechnet werden. Hier fehlt es an der Leistungsvoraussetzung „im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation“.

Nr. 451 UV-GOÄ
Intravenöse Kurznarkose
(Stand 04/2022)

Bei der intravenösen Kurznarkose wird eine zentrale Bewusstseins- und Schmerzausschaltung mittels einmalig intravenös verabreichter kurz- bzw. ultrakurz wirkender Narkotika erreicht. Bei einmaliger Applikation dauert die Narkose meist nur wenige Minuten. Dies ist ein vorwiegend bei kurzdauernden, ambulanten Eingriffen (z. B. Abszessinzision, Reposition von Frakturen oder Schulterluxationen), häufig angewandtes Verfahren. Die intravenöse Applikation des Narkotikums ist mit der Gebührennummer abgegolten und nicht gesondert nach den Nrn. 253 oder 261 berechenbar.

Routinemäßige Notwendigkeit:

- Verweilkanüle
- Infusionslösung/besteck
- div. Medikamente

Routinemäßige Notwendigkeit bedeutet, dass diese Leistungen regelhaft erbracht werden und hierfür keine eigene ärztliche Leistung berechnet werden kann. Die Kosten für die Infusion, die Kanüle etc. sind abrechenbar. Die Nr. 261 kann nicht für die Applikation des Narkotikums, sehr wohl aber für andere Medikamente abgerechnet werden.

Auch wenn die Nr. 260 UV-GOÄ nicht ausdrücklich als Ausschluss in der Leistungsbeschreibung genannt wird, kann sie nicht neben der Nr. 451 für das Legen der Venenverweilkanüle abgerechnet werden, weil sie Bestandteil der Leistung ist (einschließlich erster Venenverweilkanüle).

Ist es erforderlich, eine weitere intravenöse Medikamentenapplikation zur Verlängerung zu geben, ist nicht mehr die Nr. 451, sondern die Nr. 452 (Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)) abzurechnen.

Nrn. 462, 463 UV-GOÄ
Allgemeinanästhesie
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Nr. 462:

Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder endotrachealer Intubation oder Maske oder Jet einschließlich

- medikamentöser Prämedikation,
- erster peripherer Venenverweilkanüle,
- kontinuierlicher nichtinvasiver Blutdruck- und Frequenzmessung,
- Elektrokardioskopie,
- kontinuierlicher Pulsoxymetrie
- kontinuierlicher CO2-Messung und/oder Multigasmessung,
- Überwachung der Atemfrequenz und des Atemvolumens,
- ggfs. Kehlkopfanästhesie,
- ggf. Magensonde
- bis zu einer Anästhesiedauer von 60 Minuten

Neben der Leistung nach Nr. 462 sind die Leistungen nach Nrn. 470, 602, 614, 617, 650 und 670 im Zusammenhang mit derselben Operation nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ.

Die Leistungen nach den Nrn. 602 oder 614, 617 und 650 sind obligate Leistungsbestandteile der Leistung nach Nr. 462. Diese sind nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren.

Nr. 463:

Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für jede weitere angefangene halbe Stunde Anästhesiedauer

Die Nr. 462 weist unterschiedliche besondere Kosten auf. Für die endotracheale Intubation wird ein geringerer Betrag ausgewiesen. Daraus folgt, dass die in der Leistungsbeschreibung genannten Materialien (Larynxsmaske, endotrachealer Intubation, Maske, Jet) Bestandteil der besonderen Kosten der Leistung sind und weder nicht nach dem BG-Nebenkostentarif noch nach den Allg. Bestimmungen Teil A, der UV-GOÄ zusätzlich abgerechnet werden können. Anders macht die Unterscheidung bei den besonderen Kosten keinen Sinn. Hierfür spricht auch die Verwendung des Wortes „mit“.
Bei der Abrechnung ohne besondere Kosten sind die tatsächlichen Kosten (ggf. nach Einzelnachweis) der Larynxsmaske, endotrachealer Intubation, Maske, Jet nach den Allg. Bestimmungen Teil A, der UV-GOÄ zusätzlich abrechenbar.

Auch wenn die Nr. 260 UV-GOÄ nicht ausdrücklich als Ausschluss in der Leistungsbeschreibung genannt wird, kann sie nicht neben der Nr. 462 für das Legen der Venenverweilkanüle abgerechnet werden, weil sie Bestandteil der Leistung ist (einschließlich erster Venenverweilkanüle).

Bei der Infusion (270/271) handelt es sich um eine eigenständige Zielleistung, die aber über die Verweilkanüle die Gabe einer Infusion voraussetzt.

Wird also lediglich eine Verweilkanüle angelegt, keine Infusion gegeben, aber z. B. Prä,- intra,- oder postoperativ ein Medikament gespritzt (z. B. die Gabe von Cefazolin zur Antibiose) wäre die Nr. 261 mit der Angabe des Medikaments, nicht aber die Nr. 270/271 berechenbar, weil die Verweilkanüle Bestandteil der Leistung ist.

Erfolgt die Gabe von Medikamenten in Infusionsform, kann die Zielleistung Infusion auch abgerechnet werden.

Die Leistung muss im Narkoseprotokoll dokumentiert sein und auf Anforderung vorgelegt werden (§5 ÄV- nicht dokumentierte Leistungen können nicht vergütet werden).

Es soll jedoch ausdrücklich keine regelhafte Anforderung der Protokolle durch die UV-Träger erfolgen.

Für andere weiterführende bzw. Operation vorbereitende Maßnahmen, die der Anästhesist abrechnet, ist im Einzelfall eine ärztliche Begründung bzw. der Nachweis in Form des Anamnesebogens erforderlich. Diese Dokumentation ist auf Anforderung vorzulegen.

Durch die Festlegung, dass präoperative Leistungen (602, 614, 650) Bestandteil der Anästhesieleistung sind, ist die Anforderung des Anamnesebogens unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes besonders kritisch zu prüfen. Er gehört nur dann zu den erforderlichen Dokumenten, wenn andere als die genannten Leistungen präoperativ abgerechnet werden.

Die Leistungsbeschreibung bezieht sich begrifflich bezüglich der prä- und postoperativen Leistungen auf die in der Leistungsbeschreibung genannten Leistungen **„im Zusammenhang mit derselben Operation“.** Danach ist entscheidend, ob die präoperative Diagnostik mit der konkreten OP in Zusammenhang steht. Ist dies gegeben sind die genannten Leistungen nach den Nrn. 470, 602, 614, 617, 650 und 670 nicht zusätzlich abrechenbar. Wann sie erbracht werden, spielt dann keine Rolle.

Mit der Formulierung „einschließlich“ wird klargestellt, dass die danach aufgeführten Leistungen Bestandteil der Zielleistung der Nr. 462 sind und als einzelne Leistungen im Rahmen einer Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder endotrachealer Intubation oder Maske oder Jet nicht zusätzlich berechnet werden dürfen.

Die Allgemeinanästhesie nach Nr. 462 stellt sich bei ambulanten OPs als die gängige Form dar. Mit der Gebühr ist der zeitliche Aufwand bis zu einer Stunde abgegolten. Die Dauer der Allgemeinanästhesie hängt von der Operationszeit ab, jeweils zuzüglich einer Spanne von 25 Minuten vor und 25 Minuten nach der OP. Als OP-Zeit gilt die Schnitt-/Naht-Zeit (s. o. Allgem. Best. zu Abschn. D. bzw. vor Nrn. 451 ff.). Die Schnitt-/Naht-Zeit kann ggf. anhand des Anästhesieprotokolls oder OP-Berichts überprüft werden. Weitere Maßnahmen der Vor- und Nachbereitung sind mit dem pauschalen Zeitzuschlag von 25 Minuten abgegolten.

Die Anwendung weiterer Anästhesieverfahren z. B. zur postoperativen Schmerzstillung hat keinen Einfluss auf die abrechenbare Anästhsiedauer, da diese außerhalb der Schnitt-/Naht-Zeit liegen.

Zur Nebeneinander-Berechnung von Anästhesieleistungen vgl. die ausführlichen Arb.Hinweise zu den Allgem. Best. vor Nrn. 451 ff.

Die Kosten für die Anästhetika sind in der Pauschale für die „Besondern Kosten“ enthalten (§ 2 Abs. 1 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des BG-NT). Gelegentlich rechnen Anästhesisten neben der Pauschale noch Kosten für **Sauerstoff** ab mit der Begründung, es handele sich dabei um Arzneimittel, die nach § 2 Abs. 3 Nr. 1 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des BG-NT in der Pauschale nicht enthalten und gesondert berechnungsfähig seien. Das trifft nicht zu. Der Sauerstoff gehört zu den Gasen, die zusammen mit den sonstigen Gasen über das Narkosegerät zum „Narkosegas“ gemischt und dem Patienten zugeführt werden. Der Sauerstoff ist somit Bestandteil der Narkosemittel und daher über die Besonderen Kosten abgegolten. Der Betrag für den Sauerstoff ist zu streichen. Etwas Anderes gilt, wenn – wie bei Anästhesisten häufig der Fall – auf die Abrechnung der Pauschale für die Besonderen Kosten verzichtet wird und stattdessen die Kosten per Einzelnachweis abgerechnet werden. Dann sind die Kosten für Anästhetika (Narkosegas einschließlich Sauerstoff) abrechnungsfähig.

Wird im Rahmen einer arthroskopischen **Kniegelenks-OP** lediglich der Meniskus (teilweise) entfernt (**Meniskus-Resektion** nach Nr. 3410), so beträgt die Operationszeit meist weniger als eine Stunde. Auch zusammen mit der zusätzlichen Narkosezeit von jeweils 25 Minuten vor Beginn und nach Ende der OP sollte somit kein längerer Zeitraum als 1½ Stunden für die Allgemeinanästhesie berechnet werden (Nr. 462 + Nr. 463). Bei längeren Zeiträumen bzw. mehrfachem Ansatz der Nr. 463 wird die Operationsdauer zu prüfen sein (ggf. Anforderung des OP-Berichts und/oder Narkose-Protokolls).

Werden bei der **Kniegelenks-OP** neben einer Meniskus-Resektion noch **zusätzliche Eingriffe** vorgenommen (z. B. Knorpelglättung), so ist regelmäßig mit einer Operationsdauer von über einer Stunde und damit mit mindestens dem zweifachen Ansatz der Nr. 463 zu rechnen.

Bei einer **Kreuzbandplastik** (Nr. 3430) muss mit einer OP-Zeit von etwa zwei Stunden oder mehr gerechnet werden, ähnlich bei einer **Arthroplastik des Schultergelenks** (Nr. 2137).

Für die Versorgung auch etwas schwererer **Fingerverletzungen** (z. B. Teilamputation der Fingerkuppe) ist eine Allgemeinanästhesie nur selten erforderlich (ggf. Prüfung durch Vorlage beim Beratungsarzt).

Wichtiger Hinweis:

Seit der Neufassung des Anästhesieteils zum 01.10.2017 können Begleitleistungen nach Nrn. 602, 614, 617, 650 und 670 im Zusammenhang mit derselben Operation nicht mehr abgerechnet. Das gilt auch prä- und postoperativ. Gleiches gilt für Regionalanästhesien nach Nrn. 470 und 476. Die bis dahin notwendige Prüfung, ob ggf. Vorerkrankungen die Abrechnung dieser Begleitleistungen rechtfertigen, entfällt damit.

Zur Prüfung der Narkosefähigkeit ist regelmäßig eine umfassende **Untersuchung nach Nr. 2** ausreichend, zumal wenn es sich um relativ junge und organgesunde Patienten handelt.

Werden Anästhesieleistungen von einem **Belegarzt** in einem Krankenhaus erbracht, besteht generell eine **Minderungspflicht** entspr. § 6a Abs. 1, Satz 2 Privat-GOÄ i. V. m. § 56 Abs. 1 ÄV, d. h., dass ärztl. Honorar für stationär oder teilstationär erbrachte belegärztliche Leistungen ist allgemein um **15 %** zu mindern.

Außerdem sind die jeweiligen **Sachkosten** zu den belegärztlichen Leistungen nicht berechnungsfähig, d. h., der Belegarzt kann weder die Pauschalgebühren „Besondere Kosten“ nach Spalte 4 des UV-GOÄ-Tarifs noch die im Einzelfall angefallenen Sachkosten zu seinen belegärztlichen Leistungen in Rechnung stellen (s. § 6a Abs. 4 Privat-GOÄ). Die Sachkosten sind mit der entspr. geminderten DRG der Belegabteilung abgegolten.

Die o. g. Regelungen gelten auch im Falle der **Hinzuziehung** eines niedergelassenen Anästhesisten durch einen Belegarzt zu einer Narkose im Krankenhaus (§ 56 Abs. 4 ÄV, also 15 % Minderung der ärztl. Gebühren, kein Ansatz der Sachkosten).

Nr. 464 UV-GOÄ
Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für die Kombination mit einer Regionalanästhesie nach Nr. 470 zur postoperativen Schmerzausschaltung (Stand 04/2022)

Ein, der in der Nr. 470 genanntes Regionalanästhesie-Verfahren, mit dem Ziel eine postoperative Schmerzausschaltung,

- Leitungsanästhesie oder Blockade eines Nervengeflechtes auch mittels Katheter (z. B. Plexus brachialis),
- und/oder des N. Ischiadikus
- und/oder N. Femoralis
- und/oder Drei-in-eins-,
- und/oder Knie- und/oder Fußblock auch mittels Katheter, Handblock

kann neben der Allgemeinanästhesie nach Nr. 462 in der gleichen Sitzung/OP nicht abgerechnet werden.

Hierfür ist der Zuschlag nach Nr. 464 abzurechnen.

Die Nr. 464 kann nicht allein abgerechnet werden, sondern ausschließlich in Verbindung mit der Nr. 462.

Der Operateur kann im Rahmen der Operation nicht die Nr.464 abrechnen, da er nicht die Allgemeinanästhesie durchgeführt hat.

Er kann daher die Nr. 477 für eine Plexusanästhesie oder die Nr. 496 für die und/oder des N. Ischiadicus

- und/oder N. Femoralis
- und/oder Drei-in-eins-, und/oder Knie- und/oder Fußblock) auch mittels Katheter abrechnen. Handblock

Nr. 470 UV-GOÄ
Regionalanästhesie
(Stand 04/2022)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Regionalanästhesie nach anästhesiologischem Standard (rückenmarknahe Leitungsanästhesie oder Blockade eines Nervengeflechtes auch mittels Katheter (z.B. Plexus brachialis), und/oder des N. Ischiadicus und/oder N. Femoralis) und/oder Drei-in-eins-, und/oder Knie- und/oder Fußblock) auch mittels Katheter, einschließlich

- **medikamentöser Prämedikation,**
- **erster peripherer Venenverweilkanüle**
- **ggf. Lokalanästhesie,**
- **kontinuierlicher nichtinvasiver Blutdruck- und Frequenzmessung,**
- **kontinuierlicher Pulsoxymetrie**
- **Elektokardioskopie,**

bis zu einer Anästhesiedauer von 60 Minuten.

Die Leistung ist nur einmal berechenbar. Neben der Leistung nach Nr. 470 sind die Leistungen nach Nrn. 602 oder 614 sowie 650 im Zusammenhang mit derselben Operation nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ, sondern obligater Leistungsbestandteil und nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren. Verfahren zur Identifikation von Nerven mittels Nervenstimulator sind nicht gesondert berechenbar. Verfahren zur Identifikation von Nerven mittels Ultraschalls können nach Nr. 410 berechnet werden. Abrechnungsvoraussetzung ist die nachvollziehbare Dokumentation und Befundung. Diese ist dem UV-Träger auf Anforderung nachzuweisen. Neben dieser Leistung ist Nr. 496 nicht berechenbar.

Die Leistung nach Nr. 470 berechtigt zu der Abrechnung des Zuschlags nach Nr. 447.

Auch wenn die Nr. 260 UV-GOÄ nicht ausdrücklich als Ausschluss in der Leistungsbeschreibung genannt wird, kann sie nicht neben der Nr. 470 für das Legen der Venenverweilkanüle abgerechnet werden, weil sie Bestandteil der Leistung ist (einschließlich erster Venenverweilkanüle).

Die Leistung ist, auch wenn mehrere der genannten Verfahren durchgeführt werden, nur einmal abrechenbar. Werden mehrere Verfahren durchgeführt, ist bei Eingriffen an der unteren Extremität, einmal der Zuschlag nach Nr. 472 abrechenbar.

Die Leitungsanästhesien nach den Nrn. 469, 493, 494, 495 und 498 sind in der Leistungsbeschreibung der Nr. 470 nicht genannt und können mit dieser Leistung nicht abgerechnet werden.

Bestandteil der Leistung (einschließlich ggf. Lokalanästhesie) sind die Leistungen nach den Nrn. 483-489, 490 und 491.

Andere sonographische Leistungen (z.B. 420, 401, 404, 424) können durch die eindeutige Festlegung auf die Nr. 410 als Verfahren zur Identifikation von Nerven mittels Ultraschalls nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Die in den Allgemeinen Bestimmungen genannten Zeiten der Allgemeinanästhesie (25 Minuten vor und nach der Schnitt-/Nahtzeit) gelten hier nicht. Die Leistungsbeschreibung stellt ausdrücklich auf die „Anästhesiedauer“ von 60 Minuten ab. Die s.g. Anästhesiezeit, dokumentiert als A-A Zeit (Anästhesiepräsenz-Beginn und Anästhesiepräsenz-Ende). Dieser Zeitraum ist Grundlage der Berechnung. Der bisherige pauschale Ansatz von 1 Stunde vorher fällt weg, da diese in der zu berücksichtigenden Zeit enthalten ist.

Damit sind die Nrn. 470 und 471 regelhaft abrechenbar. Eine Prüfung der tatsächlichen Zeiten und Anforderung des Protokolls ist nur bei einer mehrfachen Berechnung der Nr. 471 erforderlich. Für die Vorbereitung einer Regionalanästhesie ist bis zu eine Stunde bis zum Eintritt der Wirksamkeit erforderlich. Mit Ende der Operation endet die abrechenbare Zeit.

Zeiten für das Einschleusen der Patienten sind grundsätzlich nicht berechnungsfähig

Bezüglich der in der Leistung enthaltenen Maßnahmen (Formulierung „einschließlich“) wird auf die Ausführungen zur Nr. 462 verwiesen.

Der Operateur kann im Rahmen der Operation nicht die Nr.464 abrechnen, da er nicht die Allgemeinanästhesie durchgeführt hat.

Er kann daher die Nr. 477 für eine Plexusanästhesie oder die Nr. 496 für die und/oder des N. Ischiadikus

- und/oder N. Femoralis
- und/oder Drei-in-eins-, und/oder Knie- und/oder Fußblock) auch mittels Katheter abrechnen.

Die Leistung nach Nr. 470 ist auch im Rahmen der isolierten Schmerztherapie berechenbar aber ohne Zuschlag nach Nr. 447, da es keine ambulante OP ist. Die dort genannten Ausschlüsse gelten auch in diesem Fall.

Nr. 471 UV-GOÄ
Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für jede weitere angefangene halbe Stunde ggf. einschließlich Nachinjektionen des Lokalanästhetikums bis Ende der Anästhesie (Stand 04/2022)

Der Zuschlag zielt auf eine Leistung nach Nr. 470 und ist danach nicht auf eine Regionalanästhesie im Zusammenhang mit einer Operation beschränkt. Er ist danach auch im Zusammenhang mit einer Schmerzbehandlung abrechenbar.

Mit der Formulierung „einschließlich“ wird klargestellt, dass Nachinjektionen (z.B. nach Nr. 261) Bestandteil der Leistung sind und nicht zusätzlich abgerechnet werden können.

Die in den Allgemeinen Bestimmungen genannten Zeiten der Allgemeinanästhesie (25 Minuten vor und nach der Schnitt-/Nahtzeit) gelten hier nicht. Die Leistungsbeschreibung stellt ausdrücklich auf die „Anästhesiedauer“ von 60 Minuten ab. Die s.g. Anästhesiezeit, dokumentiert als A-A Zeit (Anästhesie-Beginn und Anästhesie-Ende). Dieser Zeitraum ist Grundlage der Berechnung. Der bisherige pauschale Ansatz von 1 Stunde vorher fällt weg, da diese in der zu berücksichtigenden Zeit enthalten ist.

Damit sind die Nrn. 470 und 471 regelhaft abrechenbar. Eine Prüfung der tatsächlichen Zeiten und Anforderung des Protokolls ist nur bei einer mehrfachen Berechnung der Nr. 471 erforderlich.

Nr. 472 UV-GOÄ
Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für die Kombination von zwei oder mehr der benannten Verfahren. Die Berechnung dieses Zuschlages ist begrenzt auf anästhesiologische Leistungen bei Eingriffen an der unteren Extremität.
(Stand 04/2022)

Mit der Formulierung „Kombination von zwei oder mehr“ der Verfahren nach Nr. 470 wird zum Ausdruck gebracht, dass der Zuschlag nur einmal abrechenbar ist.

Er ist begrenzt auf Eingriffe an den Beinen (Gesäß, die Hüfte, der Oberschenkel, das Knie, der Unterschenkel, und der Fuß einschließlich der Gelenke, da in der Nr. 472 an der oberen Extremität neben der Plexusanästhesie kein weiteres genannt ist und medizinisch auch nicht sinnvoll wäre.

Nr. 473 UV-GOÄ
Standby und/oder Analgosedierung
(Stand 07/2023)

Vollständige Leistungsbeschreibung

Standby und / oder Analgosedierung als alleinige anästhesiologische Maßnahme einschließlich

- **Überwachung der Vitalfunktionen,**
- **Elektrokardioskopie,**
- **kontinuierlicher Pulsoxymetrie,**
- **nicht invasiver Blutdruckmessung**

je angefangene 30 Minuten.
Neben der Leistung nach Nr. 473 sind die Leistungen nach Nrn. 602 oder 614 sowie 650 nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ.

Die Leistung nach Nr. 473 berechtigt zu der Abrechnung des Zuschlags nach Nr. 446. Neben einer Analgosedierung und/oder Standby darf keine andere Maßnahme aus dem Abschnitt D. durchgeführt werden. Mit der Formulierung und/oder wird zum Ausdruck gebracht, dass eine der Maßnahmen ausreicht, um den Leistungsinhalt zu erfüllen. Die Überwachung als alleinige Leistung (Standby) genügt für die Abrechnung.
Standby bedeutet, die klinische Überwachung eines Patienten während diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen einschließlich Bereitstellung der Ausrüstung zur Überwachung. Darunter sind keine organisatorischen Wartezeiten zu verstehen. Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn die Ausrüstung nur für die Möglichkeit eines Einsatzes bereitgehalten wird.
Als Analgosedierung bezeichnet man die medikamentöse Schmerzausschaltung (Analgesie) bei gleichzeitiger Beruhigung (Sedierung).
Das Verfahren wird allgemein auch als sogenannter "schmerzfreier Dämmerschlaf" bezeichnet. Im Gegensatz zur klassischen Narkose atmet der Patient selbst (Spontanatmung) und reagiert auf äußere Reize.

Bezüglich der in der Leistung enthaltenen Maßnahmen (Formulierung „einschließlich“) wird auf die Ausführungen zur Nr. 462 verwiesen.

Für jede weitere angefangene Viertelstunde der Leistung nach Nr. 473 kann jeweils der Zuschlag nach Nr. 474 abgerechnet werden.

Nr. 476 UV-GOÄ
Intravenöse Regionalanästhesie
(Stand 04/2022)

Vollständige Leistungsbeschreibung

Intravenöse Regionalanästhesie und intravenöse Sympathikusblockade einschließlich

- **medikamentöser Prämedikation,**
- **erster peripherer Venenverweilkanüle**
- **Anlage einer Doppelstaumanschette,**
- **nicht invasiver kontinuierlicher Blutdruck- und Frequenzmessung,**
- **Elektrokardioskopie,**
- **kontinuierlicher Pulsoxymetrie.**

Die Leistung ist einmal berechenbar, unabhängig von der Dauer der Leistungserbringung. Neben der Leistung nach Nr. 476 sind die Leistungen nach Nrn. 602 oder 614 sowie 650 nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ, sondern obligater Leistungsbestandteil.

Diese Leistungen sind nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren und dem UV-Träger im begründeten Einzelfall auf Anforderung nachzuweisen. Diese Leistung ist nicht berechenbar für den Arzt, der gleichzeitig Leistungen aus dem Abschnitt L der UV-GOÄ berechnet.

Auch wenn die Nr. 260 UV-GOÄ nicht ausdrücklich als Ausschluss in der Leistungsbeschreibung genannt wird, kann sie nicht neben der Nr. 476 für das Legen der Venenverweilkanüle abgerechnet werden, weil sie Bestandteil der Leistung ist (einschließlich erster Venenverweilkanüle).

Diese Leistung ist nur einmal abrechenbar. Ein Zuschlag für eine längere Dauer kann nicht abgerechnet werden.

Sie kann von Ärzten, die eine operative Leistung aus dem Abschnitt L. der UV-GOÄ erbringen nicht abgerechnet werden. Der Chirurg oder Orthopäde kann aber die Nrn.478 und 479 abrechnen.

Die Leistung berechtigt zu der Abrechnung des Zuschlags nach Nr. 446.

Bezüglich der in der Leistung enthaltenen Maßnahmen „einschließlich“ wird auf die Ausführungen zur Nr. 462 verwiesen.

Für die Anlage einer Doppelstaumanschette kann nicht zusätzlich die Nr. 2029 abgerechnet werden.

Nr. 477 UV-GOÄ
Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer soweit der Operateur die Anästhesie selbst durchführt.
(Stand 04/2022)

Die Leistung berechtigt zu der Abrechnung des Zuschlags nach Nr. 446.

Diese Leistung kann nur vom Operateur abgerechnet werden. In der Leistungsbeschreibung sind die Leistungen der Überwachung der Vitalfunktionen nicht ausdrücklich enthalten. Da bei der Nr.470 das Monitoring Bestandteil der Zielleistung ist, gilt dies auch für die Nr.477.

Ebenfalls nicht ausdrücklich genannt ist die Nr. 410 als Verfahren zur Identifikation von Nerven mittels Ultraschalls. Soweit der Arzt dies dokumentiert, ist die Nr. 410 neben der Nr.477 abrechenbar.

Nr. 477a UV-GOÄ
Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde
(Stand 04/2022)

In der Leistungsbeschreibung nicht ausdrücklich genannt ist, dass es sich um einen Zuschlag zur Nr. 477 handelt. Er zielt aber darauf ab.
Die in der Leistungsbeschreibung genannten Leistungen können im Rahmen der Nr. 470 auch vom Anästhesisten erbracht werden. Hierfür kann der Anästhesist nicht den Zuschlag nach Nr. 477a abrechnen. Dafür ist der Zuschlag nach Nr. 471 vorgesehen.

Nr. 478 UV-GOÄ
Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu 1 Stunde Dauer
(Stand 04/2022)

Das Legen der Venenverweilkanüle sowie die Anlage eine Manschette (Blutleere) sind auch wenn dies nicht ausdrücklich vermerkt ist, Bestandteil der Nr. 478. Dies gilt auch für die Überwachung der Vitalfunktionen.
Diese Leistung kann vom Anästhesisten oder vom Operateur als alleinige Leistung für die Anästhesie und Schmerztherapie abgerechnet werden.
Eine Verlängerung (Zuschlag nach Nr. 479) dürfte die Ausnahme sein.

Nr. 480 UV-GOÄ
Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose
(Stand 12/2018)

Die Nr. 480 ist im Zusammenhang mit einer **Vollnarkose** nur berechenbar, wenn durch Eingabe spezieller Medikamente eine gezielte Blutdrucksenkung herbeigeführt wird und gleichzeitig eine intensive Kontrolle des Blutdrucks (durch invasive Druckmessung bzw. kontinuierliche nichtinvasive Druckmessung) erfolgt.

Im Normalfall reicht es zur Blutdruckkontrolle aus, wenn die Werte während der Narkose im Abstand einiger Minuten auf dem Monitor angezeigt werden. Diese routinemäßige Kontrolle des Blutdrucks über den Monitor genügt nicht für die Berechenbarkeit der Nr. 480.

Bei den nach **Unfallverletzungen** meist ambulant durchgeführten OPs (der Knie-, Sprunggelenke usw.) ist die Leistung nach Nr. 480 im Rahmen der Anästhesieleistungen regelmäßig nicht erforderlich und zweckmäßig und - mit Begründung - zu streichen.
Eine Ausnahme stellen Operationen an der Schulter dar. Hier kann sie als eigenständige neue Zielleistung zum Einsatz kommen.
Voraussetzung für die Abrechnung ist, dass dies ärztlich dokumentiert ist (Operationsbericht, Anästhesieprotokoll).

Nr. 483 UV-GOÄ
Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte – ggf. einschl. des Rachens –, auch beidseitig
(Stand 12/2018)

Nr. 484 UV-GOÄ
Lokalanästhesie des Kehlkopfes
(Stand 12/2018)

Nr. 489 UV-GOÄ
Lokalanästhesie des Bronchialgebietes – ggf. einschl. des Kehlkopfes und des Rachens
(Stand 12/2018)

Die o. g. Leistungen werden üblicherweise im Zusammenhang mit HNO-ärztl. Eingriffen erforderlich; in diesem Rahmen sind sie regelmäßig als selbständige ärztl. Leistung abrechenbar.

Gelegentlich erscheinen diese Nrn. auch in **Anästhesie-Rechnungen** aufgrund einer in **Vollnarkose** durchgeführten OP.

Werden z. B. Kehlkopf und Rachen anlässlich einer Allgemeinanästhesie (Nr. 462 UV-GOÄ) mit einem Lokalanästhetikum betäubt, um das Einführen des Tubus in die Luftröhre zu erleichtern, so handelt es sich um einen Bestandteil der im Rahmen der Nr. 462 zu erbringenden Anästhesieleistung (… mit endotrachealer Intubation).

Im Zusammenhang mit einer Vollnarkose, insbes. Allgemeinanästhesie nach Nr. 462, sind die o. g. Nrn. somit nicht gesondert berechenbar.

Nr. 490 UV-GOÄ
Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

1. Vor der **Punktion eines Kniegelenks** ist die Leistung nach Nr. 490 zu akzeptieren (s. Arb.Hinweise zu Nr. 301).

   Häufig erfolgt im Rahmen einer Allgemeinanästhesie nach Nr. 462 zusätzlich eine Lokalanästhesie (z. B. Infiltration der Einstichkanäle mit Bupivacain bei einer arthroskopischen OP), was der **postoperativen Schmerzbekämpfung** dient. Die Gebühr nach Nr. 490 ist bei dieser Konstellation neben der Nr. 462 berechnungsfähig (vgl. Arb.Hinweise zu den Allgem. Best. zu Abschnitt D. bzw. vor Nrn. 451 ff.).

   Eine ggf. erforderliche Lokalanästhesie ist Bestandteil der Nr. 470. Die Nrn. 490 und 491 können daher bei der Abrechnung der Nr. 470 nicht zusätzlich abgerechnet werden.

   Eine Lokalanästhesie nach Nr. 490 erfordert in der Regel keine Maßnahmen der Vorbereitung wie bei einer Narkose (Untersuchung, Anamnesebogen, Anästhesierisiken), die die Abrechnung der Nr. 6 rechtfertigen. Liegen unfallbedingte multiple Verletzungen vor, kann die umfassende **Untersuchung nach Nr. 2 aus diesem Grund abgerechnet werden**.

2. **Nebeneinanderberechnung mit den Nrn. 255 und 267/268:**
   Für die Infiltrationsanästhesie nach Nr. 490 kann die Nr. 255 (Injektion intraartikulär oder perineural) nicht zusätzlich abgerechnet werden, da die Injektion selbst mit der Nr. 490 bereits abgegolten ist. Eine Nebeneinanderberechnung beider Nrn. ist aber dann möglich, wenn zunächst eine Infiltrationsanästhesie nach Nr. 490 zum Betäuben des Stichkanals durchgeführt wird, um anschließend eine schmerzfreie Medikamenten-Injektion in ein Gelenk z. B. mit einem entzündungshemmenden Medikament zu ermöglichen. In diesem Fall werden zwei Leistungen mit unterschiedlichen therapeutischen Zielen erbracht, die gesondert abrechnungsfähig sind.
   Gleiches gilt bezüglich der Nebeneinanderberechnung der Nr. 490 mit den Nrn. 267/268 (medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer bzw. mehrerer Körperregionen).

Die Nr. 490 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Dies gilt auch für die besonderen Kosten der Nr. 490.

Nach § 2 (1) BG-Nebenkostentarif kann das Medikament **nicht** abgerechnet werden.

Nr. 491 UV-GOÄ
Infiltrationsanästhesie großer Bezirke – auch Parazervikalanästhesie
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Im Rahmen einer Wundversorgung kann die Nr. 491 nur für „große Wunden“ im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen zum Teil L abgerechnet werden (größer 3 cm/größer 4 cm^2/größer 1 cm^3). Die Sonderregel, dass Wunden am Kopf und an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag immer große Wunden sind, gilt hier nicht. Allein die tatsächliche Größe der Wunde ist maßgebend.

Die Größenangabe gilt auch für andere Maßnahmen, bei denen Bezirke infiltriert werden, wie z. B. Drähte bei Entfernung von Osteosynthesematerial, Entfernung von Geschwülsten, Arthroskopieportalen, Anlegen von Braunülen, Keratosen, etc.

Für die **Punktion eines Kniegelenks** reicht eine Anästhesie nach Nr. 490 aus; ggf. muss Nr. 491 durch Nr. 490 ersetzt werden (s. Arb.Hinweis zu Nr. 301).

Eine ggf. erforderliche Lokalanästhesie ist Bestandteil der Nr. 470. Die Nrn. 49 und 491 können daher bei der Abrechnung der Nr. 470 nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Wegen einer Anästhesie nach Nr. 491 ist im Regelfall keine vorhergehende **umfassende Untersuchung** des Verletzten nach **Nr. 6** erforderlich. Sie kann aber aus anderen Gründen erforderlich sein (s. Hinweise zu Nr. 490),

Wegen der Nebeneinanderberechnung mit den Nrn. 255 und 267/268 gelten die Arb.Hinweise zu Nr. 490 Nr. 2.
Die Nrn. 490/491 sind für den betreffenden Bezirk nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig, wenn zur Erzielung eines ausreichenden Anästhesieeffekts mehrfache Injektionen erforderlich sind.

Die Nr. 491 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Dies gilt auch für die besonderen Kosten der Nr. 491.

Nach § 2 (1) BG-Nebenkostentarif kann das Medikament nicht abgerechnet werden.

Nr. 493 UV-GOÄ
Leitungsanästhesie, perineural – auch nach Oberst –
(Stand 04/2022)

Für chirurgische **Eingriffe im Bereich der Finger** (von der Fingerkuppe bis zur Mitte des Fingergrundgliedes) ist die Leitungsanästhesie nach Nr. 493 regelmäßig ausreichend.

Wegen einer Anästhesie nach Nr. 493 ist im Regelfall keine vorhergehende umfassende Untersuchung des Verletzten nach Nr. 2 erforderlich.

Die Leitungsanästhesie nach Oberst darf für die Betäubung eines Fingers oder einer Zehe jeweils nur einmal berechnet werden (Schleppers/Weißauer, Anästhesiekomm. z. GOÄ, Erläut. zu Nr. 493, D-22, ebenso Hinweise zur Abrechnung anästhesiologischer UV-GOÄ-Nrn. bei ambulanten Operationsleistungen, LVBG 070/2003 vom 28.08.2003, Seite 14).

Die perineurale Leitungsanästhesie eines einzelnen Nervs im Bereich des Handgelenks ist nach Nr. 493 abrechenbar.
Erfolgt eine perineurale Leitungsanästhesie aller drei Nerven ist dies nach Nr. 496 abrechenbar, obwohl der Handblock nicht ausdrücklich in der Leistungslegende der Nr. 496 genannt wird.

Nr. 496 UV-GOÄ
Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock
(Stand 04/2022)

Die 496 kann als Schmerztherapie von Chirurgen durchgeführt werden, z.B. bei kleiner Chirurgie an der unteren Extremität. In diesem Fall kann nicht die Nr. 470 abgerechnet werden, obwohl die Leistung dort genannt wird, weil die Nr. 470 in direktem Zusammenhang mit einer Anästhesie für eine ambulante OP steht.
Ein Zuschlag kann dann auch nicht berechnet werden.

Erfolgt eine perineurale Leitungsanästhesie aller drei Nerven am Handgelenk ist dies nach Nr. 496 abrechenbar, obwohl der Handblock nicht ausdrücklich in der Leistungslegende der Nr. 496 genannt wird.

UV-GOÄ/Abschnitt E - Physikalisch-medizinische Leistungen

I. Nr. 500 UV-GOÄ Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - (Stand 04/2006)

Im Zusammenhang mit einer **Vollnarkose** findet sich in den **Anästhesie-Rechnungen** gelegentlich die Nr. 500, oft mit dem Hinweis „vorbeugende O2-Gabe“, „O2-Gabe zur postoperativen Hypoxie-Prophylaxe“ o. dgl. Es handelt sich hier um eine Sauerstoffgabe mittels Maske, um einer entsprechenden Unterversorgung vorzubeugen.

Eine Indikation liegt nur vor, wenn ein entsprechender Mangelzustand eingetreten ist, was bei korrekter Durchführung der Narkose kaum der Fall sein wird.

Es handelt sich nicht um eine vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) empfohlene Abrechnung. Die Vergütung dieser Leistung ist daher regelmäßig abzulehnen. Im Übrigen würde es sich um eine unzulässige Analogabrechnung handeln.

M e r k e:

- **Bei der Leistung nach Nr. 500 handelt es sich im Rahmen einer Vollnarkose nicht um eine vom BDA empfohlene Abrechnung.**

II. Nr. 505 UV-GOÄ
Atmungsbehandlung – einschl. aller unterstützenden Maßnahmen – (Stand 04/2006)

Zur Behandlung einer **Thoraxprellung** (Brustkorb-) ist regelmäßig keine Atmungsbehandlung erforderlich.

Etwas Anderes kann allenfalls dann gelten, wenn z. B. ein Vorschaden im Bereich der Lungen besteht oder altersbedingte Einschränkungen der Atemtätigkeit gegeben sind. Ohne entsprechende Hinweise im D-Bericht oder in der Rechnung ist die Gebühr - mit Begründung - zu streichen.

Nach **schwereren Verletzungen des Thorax** (z. B. **Rippenserienfrakturen**) kann im Einzelfall eine Atmungsbehandlung angezeigt sein. Diese wird im Regelfall der Anleitung und Motivation zu eigener Übungstätigkeit dienen; eine Wiederholung - z. B. in wöchentlichen Abständen - ist zu akzeptieren.

Eine Behandlung über mehrere Wochen und in täglichen Abständen kann medizinisch nicht erforderlich sein; ggf. ist der Beratungsarzt zu fragen.

M e r k e

- **Bei einer Thoraxprellung ist im Regelfall keine Atmungsbehandlung erforderlich.**
- **Nach schwereren Verletzungen des Thorax kann die Nr. 505 indiziert sein, ggf. auch wiederholt in größeren, etwa wöchentlichen Abständen.**
- **Eine mehrwöchige Behandlung in kurzen, gar täglichen Abständen ist in aller Regel nicht gerechtfertigt.**

Nr. 506 UV-GOÄ
Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung
- einschl. der erforderlichen Massage(n) -
(Stand 10/2010)

Nr. 507 UV-GOÄ
Krankengymnastische Teilbehandlung als Einzelbehandlung
- einschl. der erforderlichen Massage(n) -
(Stand 10/2010)

Die krankengymnastische Behandlung soll der Besserung des statischen Systems mittels Bewegungstherapie des ganzen Körpers oder eines Organsystems (Muskulatur, Knochen, Gelenke, Bänder usw.) dienen. Es werden dabei gezielt aktive oder passive Bewegungen aller oder einzelner Körperteile durchgeführt.

Eine **Anleitung zur Krankengymnastik** (KG) ist begrifflich nicht als krankengymnastische Behandlung anzusehen und nicht nach Nrn. 506 oder 507 zu vergüten (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, Kommentar, Nr. 518, RdNr. 4).

Die **Indikation** für eine krankengymnastische Behandlung setzt regelmäßig Verletzungen mit einem gewissen Schweregrad in den eingangs genannten Organsystemen voraus (z. B. Gelenkfrakturen, Bänderrupturen usw.); nur oberflächliche Verletzungen (Prellungen, Schürf- oder Schnittwunden usw.) begründen keine Indikation für eine krankengymnastische Behandlung.

Die Leistung nach der **Nr. 506** ist auf die **Ganzbehandlung** ausgerichtet; sie kann somit grundsätzlich nicht für Teilbehandlungen (z. B. nach Fraktur einer Extremität, OP eines Gelenks usw.) abgerechnet werden.

Nr. 507 erfasst **alle Behandlungen**, die nicht als Ganzbehandlung im Sinne der Nr. 506 (oder Nr. 508) anzusehen sind; sie kann auch mehrere Körperteile umfassen, kann jedoch nur einmal abgerechnet werden.

Massage setzt nicht immer die KG voraus. Sofern sie im Einzelfall notwendig ist, wird sie mit den Nrn. 506, 507 abgegolten; eine gesonderte Berechnung der Nrn. 520 bis 523 ist daneben nicht zulässig (vgl. Brück, a. a. O., Nr. 518, RdNr. 3).

Da die Nrn. 506 ff. als **ärztl. Gebühren** konzipiert sind, ist es grundsätzlich zulässig, dass Ärzte diese Leistungen selbst erbringen. Da sich D-Ärzte – schon aus zeitlichen Gründen – üblicherweise nicht als Physiotherapeuten betätigen, drängt sich regelmäßig die Frage nach Art, Intensität und insbes. zeitlichem Umfang einer derartigen krankengymnastischen Behandlung auf. Reduziert sich diese jeweils auf nur wenige Bewegungsvorgänge bzw. auf einen kurzen Zeitraum, kann im Sinne der Nrn. 506 und 507 kaum von einer krankengymnastischen Behandlung gesprochen werden; vielmehr muss man davon ausgehen, dass insoweit nur der Heilerfolg kontrolliert wird. Erforderlichenfalls erscheint eine entsprechende **Nachfrage beim Verletzten** - vor allem im Hinblick auf den zeitlichen Umfang der Maßnahmen - geboten.

In aller Regel muss davon ausgegangen werden, dass die Bewegung des verletzten Körperteils durch den Arzt nur auf eine Erfolgskontrolle der anderweitig durchgeführten Maßnahmen abzielt, jedenfalls, wenn sich die ärztl. Tätigkeit auf wenige Bewegungsvorgänge bzw. einen ganz kurzen Zeitraum beschränkt. Eine Berechnung der Nrn. 506, 507 ist unter diesen Umständen regelmäßig nicht gerechtfertigt (in solchen Fällen sollte der Arzt um Stellungnahme gebeten werden).

Die Abrechnung der Nrn. 506, 507 ist ausgeschlossen, wenn gleichzeitig **KG in einer externen Einrichtung** durchgeführt wird. Das gilt nicht für die gleichzeitige Verordnung von Ergotherapie.

Wird gleichzeitig eine **EAP-Maßnahme** durchgeführt, ist – angesichts ihres Umfangs und der Intensität - regelmäßig von keinem zusätzlichen Nutzen und somit keiner Indikation für eine weitere KG durch den Arzt auszugehen; Leistungen nach Nrn. 506, 507, die **während einer laufenden EAP-Maßnahme** abgerechnet werden, sind daher nicht zu vergüten.

M e r k e zu Nrn. 506, 507 UV-GOÄ:

- **Eine Indikation für die krankengymnastische Teil- oder Ganzbehandlung setzt ausreichend schwere Verletzungen des Muskel-, Knochen-, Gelenk-, Bändersystems usw. voraus.**
  Bei nur oberflächlichen Verletzungen (z. B. Prellungen, Schürf- oder Schnittwunden) besteht regelmäßig keine Indikation für die Nrn. 506, 507.

- **Erbringt der Arzt die Leistungen nach Nrn. 506, 507 selbst und werden diese häufig oder zumindest regelmäßig abgerechnet, ist eine kritische Prüfung hinsichtlich der Art und des zeitlichen Umfangs der einzelnen Behandlungen geboten (erforderlichenfalls Nachfrage beim Arzt oder Verletzten).**

  Beschränkt sich die Behandlung jeweils auf wenige Bewegungsvorgänge bzw. einen kurzen Zeitraum, ist nicht von einer krankengymnastischen Behandlung, sondern nur von einer Kontrolle des Heilerfolgs auszugehen (in diesen Fällen Anforderung einer Stellungnahme des Arztes).

  Bei gleichzeitig durchgeführter KG oder EAP in einer externen Einrichtung ist die Abrechnung der Nrn. 506, 507 ausgeschlossen. Das gilt nicht für die gleichzeitige Verordnung von Ergotherapie.

Nr. 510 UV-GOÄ
Übungsbehandlung auch mit Anwendung medikomechanischer Apparate, je Sitzung –
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Zusatzbestimmung zu Nr. 510 UV-GOÄ:
Neben der Leistung nach Nr. 510 ist die Leistung nach Nr. 521 nicht berechnungsfähig.

Die Leistung wird zunehmend häufiger abgerechnet, und zwar bei den unterschiedlichsten Verletzungen.

Eine Übungsbehandlung ist sinnvoll bei **länger dauernder Ruhigstellung** und im Rahmen der üblichen **Behandlungsabschnitte**, also z. B. bei einer Fraktur, wenn etwa nach der ersten Behandlungswoche, die für die Abschwellphase angelegte Gipsschiene entfernt und für weitere drei Wochen ein zirkulärer Gips angelegt wird, ebenso nach dem Entfernen des zirkulären Gipses etwa drei Wochen später.

Eine unter Aufsicht und Verantwortung des Arztes von seinem Personal vorgenommene Anleitung zu selbstständigen Bewegungsübungen macht ebenfalls Sinn nach einer Kniegelenksoperation mit Gelenkeingriff sowie nach Schulterverletzungen. Insbes. nach längerer Gipsruhigstellung ist eine einmalige Anleitung unzureichend.

Bei Verletzungen, die keine völlige Ruhigstellung der verletzten Gelenke oder Extremitäten erfordern (z. B. nach Sprunggelenksdistorsionen mit Anlage eines Kompressions- oder Tape-Verbandes), kann eine Übungsbehandlung im Einzelfall sinnvoll sein.

Zu bedenken ist, dass der Betrieb einer D-Arzt-Praxis in aller Regel ein intensives Üben, insbes. in dem bei der Physiotherapie üblichen Zeitrahmen, nicht zulässt. Es stellt sich immer die Frage, ob nicht **nur eine Kontrolle der Beweglichkeit,** sondern auch - zusammen mit entsprechenden Verhaltensmaßregeln - eine **Demonstration,** der vom Verletzten selbstständig fortzuführenden Übungen erfolgt, zumal der Verletzte in aller Regel vor allem außerhalb der Behandlungstermine Übungen durchführen soll (z. B. Bewegungsübungen zur Thrombose-Prophylaxe nach arthroskopischen OPs).

Eine besonders kritische Prüfung der Indikation ist geboten, wenn gleichzeitig **Krankengymnastik in einer externen Einrichtung** bzw. eine **EAP-Maßnahme** durchgeführt wird. Erhält der Verletzte gleichzeitig KG oder EAP, liegt die Vermutung nahe, dass evtl. Bewegungsübungen lediglich eine Erfolgskontrolle darstellen. Es fehlt offensichtlich die Indikation für eine Übungsbehandlung.

Die Nr. 510 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Nr. 518 UV-GOÄ
Prothesengebrauchsschulung des Patienten
(Stand 04/2006)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Prothesengebrauchsschulung des Patienten - ggf. einschl. seiner Betreuungsperson -, auch Fremdkraftprothesenschulung. Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung

Die Nr. 518 ist nach der Leistungsbeschreibung nur für die Schulung im Gebrauch von Prothesen, nicht etwa für den Gebrauch sonstiger Hilfsmittel berechnungsfähig.

In der Praxis wird gelegentlich, z. B. nach Distorsionen der Sprunggelenke, Kniegelenksoperationen usw., anlässlich der Verordnung von **Gehstützen** die Nr. 518 angesetzt; in diesem Zusammenhang ist die Nr. 518 - mit Begründung - immer zu streichen.

III. Nr. 520 UV-GOÄ
Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)
(Stand 12/2018)

In vielen Behandlungsrechnungen findet sich **nach ambulanten OPs**, insbes. arthroskopischen OPs der Kniegelenke, die Position Nr. 520 (Teilmassage) abgerechnet, häufig sogar wiederholt an mehreren Behandlungstagen.

Für eine Teilmassage nach Nr. 520 des operierten Bereichs nach operativen Eingriffen (z. B. Meniskusteilresektionen, Knorpelshaving, Metallentfernung usw.) ergibt sich regelmäßig keine Indikation.

IV. Nr. 530 UV-GOÄ
Heiß- und Kaltpackung(en) oder heiße Rolle
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Heiß- und Kaltpackungen können als vorbereitende Maßnahmen insbesondere im Zusammenhang mit einer krankengymnastischen Übungsbehandlung nach Nrn. 506, 507 oder einer Bewegungsübung nach Nr. 510 sinnvoll sein. Die **Kaltpackung** ist auch sinnvoll im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall (bei der Erstbehandlung zur Schmerzlinderung und zum Abschwellen) bzw. nach einer operativen Maßnahme.

Eine **Therapie mit Kaltpackungen** (übliche Dauer: 10 - 15 Minuten) in der Folgezeit wird dagegen als wenig geeignete therapeutische Maßnahme zur Linderung des Unfallfolgezustands angesehen. Hierbei ist davon auszugehen, dass sich durch eine derart **kurzzeitige Kältetherapie,** wenn sie täglich oder gar nur in zwei- oder dreitägigen Abständen durchgeführt wird, **kein medizinisch wirksamer Behandlungseffekt** erzielen lässt. Im Übrigen kann der Verletzte eine Kühlung problemlos selbst vornehmen (Gebot der Wirtschaftlichkeit).

Die wiederholte Vorstellung allein zum Zwecke der Kältetherapie, immer verbunden mit der Abnahme und Wiederanlage der Verbände, ist nicht zu akzeptieren. War der Verbandwechsel aus anderen Gründen erforderlich, ist nur die Nr. 530 zu streichen.

Die Nr. 530 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert

berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Nr. 531 UV-GOÄ
Leitung eines ansteigenden Teilbades
(Stand 04/2006)

Ein Teilbad ist ein Sitzbad, Halbbad, Unterarmbad oder Unterschenkelbad. „Ansteigend“ bedeutet Steigerung der Wassertemperatur von Körperwärme auf etwa 41 °C innerhalb einer bestimmten Reaktionszeit.

Hierunter fallen nach der Nr. 531 jedoch nicht Teilbäder bei Dermatosen, Reinigungsbäder vor der Wundversorgung, Desinfektionsbäder, Teilbäder zur Vorbereitung des Verbandwechsels oder nach Ablegen eines Verbandes, zur Vorbereitung krankengymnastischer Übungen (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, zu Nr. 531).

Es handelt sich nach der systematischen Einordnung der Nr. 531 um eine Leistung der Hydrotherapie. Insoweit wird - verglichen mit dem Baden oder Spülen einer Wunde - ein ganz anderer Behandlungszweck verfolgt. Der Aufwand eines ansteigenden Teilbades (mindestens des gesamten Unterarms) ist auch regelmäßig höher als nur das Baden einer Wunde, insbes. weil die Masse der offenen Verletzungen (Riss-, Schnitt-, Platzwunden usw.) nur die Finger und Hände betrifft, somit ein deutlich kleineres Körperareal als für Nr. 531 erforderlich ist.

Wird die Nr. 531 zusammen mit einer Wundversorgung (z. B. Nrn. 2006, 200) abgerechnet, ist diese regelmäßig - mit Begründung - zu streichen.

Ggf. kommt die Nr. 2016 Wundreinigungsbad – mit und ohne Zusatz – zum Ansatz.

M e r k e:

- **Die Nr. 531 ist im Zusammenhang mit Unfallverletzungen nicht ansetzbar für Reinigungsbäder vor der Wundversorgung, Desinfektionsbäder, Teilbäder zur Vorbereitung des Verbandwechsels oder nach Ablegen eines Verbands und zur Vorbereitung krankengymnastischer Übungen.**
- **Im Zusammenhang mit einer Wundversorgung (Nrn. 2006, 200) kann die Nr. 531 daher nicht abgerechnet werden).**

V. Nr. 535 UV-GOÄ
Heißluftbehandlung eines Köperteils
(z. B. Kopf oder Arm) – (Stand 10/2010)

Nr. 536 UV-GOÄ
Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile
(z. B. Rumpf oder Beine) – (Stand 10/2010)

Heißluftbehandlungen dienen der Lockerung des Gewebes oder der Muskulatur. Sie sind bei **Distorsionen** oder **Zerrungen** (z. B. **Knie-, Sprunggelenke**) in der Regel nicht sinnvoll. Dagegen kann bei **HWS-Zerrungen** nach der Akutphase (etwa ab der 4. Woche) bei entsprechenden Verspannungen oder Verhärtungen (ggf. zusammen mit Massagen und krankengymnastischer Übungsbehandlung) eine Heißluftbehandlung erforderlich sein.

Im Zusammenhang mit einer **Vollnarkose** findet sich in Anästhesie-Rechnungen gelegentlich die Nr. 536, meist unter der Bezeichnung “Nr. 536 A - Wärmebehandlung” (Nr. der Privat-GOÄ).

Eine Indikation für die Wärmebehandlung im Rahmen einer Narkose kann z. B. bei **langdauernden OPs** gegeben sein. Bei den typischerweise ambulant durchgeführten OPs mit Vollnarkose (z. B. der Knie-, Schulter-, Sprunggelenke usw.) ist dies äußerst selten der Fall.

Im Übrigen handelt es sich weder um eine vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten empfohlene Analogbewertung noch hat die ständige Gebührenkommission nach § 52 ÄV eine solche für die UV-GOÄ bisher zugelassen. Somit ist schon aus diesen formalen Gründen die Nr. 536 in den Narkoserechnungen – mit Begründung – zu streichen.

Aus der Leistungslegende zu **Nr. 536** folgt, dass die **Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile** nur zur - einmaligen - Berechenbarkeit der Nr. 536 führt (nicht etwa zur zweimaligen Abrechnung der Nr. 535).

Bei **gleichzeitiger Behandlung mit Reizstrom** (**Nr. 551)** ist nur die höher bewertete Leistung nach Nr. 551 berechnungsfähig (s. Zusatzbestimmung zu Nr. 551).

Nebeneinander-Berechnungen:

Bei der Nebeneinander-Berechnung mehrerer physikalisch-medizinischer Leistungen stellt sich die Frage nach der medizinischen Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit sowie Wirtschaftlichkeit der ärztl. Behandlung (§ 8 Vertrag Ärzte/UV-Träger) mit besonderer Schärfe. Es macht medizinisch regelmäßig keinen Sinn, z. B. eine Wärmebehandlung mit Heißluft und eine Wärmebehandlung mit Infrarotlicht zu kombinieren.

Nr. 535 ist somit nicht berechenbar neben

Nr. 514 - Extensionsbehandlung kombiniert mit Wärmetherapie usw. -,
Nr. 538 – Infrarotbehandlung -,
Nr. 539 – Ultraschallbehandlung -,
Nr. 548 - Kurzwellen-Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) -,
Nr. 551 - Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme usw.) -
(gem. Zusatzbestimmung zu Nr. 551, s.o.),
Nr. 552 – Iontophorese -,
Nr. 725 - systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung
von Ausfallerscheinungen am Zentralnervensystem usw. -
(gem. Zusatzbestimmung zu Nr. 725).

(vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, Erläut. zu Nrn. 535 – 539, RdNr. 1).

Werden mehrere Leistungen des physikalisch-medizinischen Abschnitts nebeneinander abgerechnet, ist schließlich darauf zu achten, dass für den verletzten Körperbereich nicht etwa **gegensätzlich wirkende Leistungen** (z. B. gleichzeitig Kälte und Wärme) angesetzt werden (beachte: vor evtl. Rechnungskorrektur unbedingt Prüfung, ob sich die gegensätzlichen Leistungen auf denselben Körperteil beziehen; erforderlichenfalls Rückfrage beim behandelnden Arzt oder Anforderung einer Kopie der Behandlungsaufzeichnungen).

Nr. 538 UV-GOÄ
Infrarotbehandlung, je Sitzung
(Stand 10/2010)

Die **Infrarotbehandlung** bewirkt eine intensive Durchblutung des Gewebes. Sie stellt eine Sonderform der Wärmebehandlung dar. Es bestehen die gleichen Indikationen wie bei der Heißluftbehandlung; d. h., bei **Distorsionen** (ausgenommen: HWS-Distorsion nach der Akutphase etwa ab der 4. Woche, bei entspr. Verspannungen oder Verhärtungen) oder **Zerrungen** sowie bei **Prellungen** ist sie regelmäßig nicht sinnvoll.

Die **medizinische Notwendigkeit** sollte durch Vorlage an den beratenden Arzt (ggf. Kopie der Behandlungsaufzeichnungen anfordern) insbes. dann geprüft werden, wenn die Infrarotbehandlung über **längere Zeit** und in kurzen Abständen zur Anwendung kommt.

Infrarotbehandlungen (auch als "**Bestrahlungsbehandlung**" bezeichnet) werden gelegentlich auch von **Augenärzten** abgerechnet.

Nach der mit dem Berufsverband der Augenärzte erarbeiteten Leitlinie ist eine derartige Behandlung nicht als Therapie bei Verletzungen (z. B. Verletzung durch Hornhaut-Fremdkörper) indiziert (Gemeins. Rdschr. der LVBG 4/2000 vom 23.11.2000). Die Leistung ist mit dieser Begründung zu streichen.

Wird neben der Infrarotbehandlung gleichzeitig mit **Reizstrom** (Nr. 551) behandelt, ist nur die höher bewertete Leistung berechnungsfähig (s. Zusatzbestimmung zu Nr. 551).

Nebeneinander-Berechnung:

Die Infrarotbehandlung darf neben einer Reihe anderer physikalisch-medizinischer Leistungen nicht berechnet werden (vgl. Arb.Hinweise zu Nrn. 535, 536); **Nr. 538 ist nicht berechenbar** neben

Nr. 514 - Extensionsbehandlung kombiniert mit Wärmetherapie usw. -,
Nr. 551 - Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme usw.) -,
Nr. 560 - Behandlung mit Ultravioletttlicht -,
Nr. 561 - Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultravioletttlicht -,
Nr. 562 - Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultravioletttlicht -,
Nr. 725 - systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung von Ausfallerscheinungen am Zentralnervensystem usw. –

(vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, Erläut. zu Nrn. 535 - 539, RdNr. 3).

Es empfiehlt sich, die medizinische Notwendigkeit immer strikt zu prüfen, wenn **mehrere physikalisch-medizinische Leistungen nebeneinander** abgerechnet werden (vgl. zur Nebeneinanderberechnung auch die Arb.Hinweise zu Nrn. 535,536).

M e r k e zu Nr. 538:

- **Bei Prellungen, Zerrungen oder Distorsionen ist eine Infrarotbehandlung in der Regel nicht sinnvoll.**
- **Bei Verletzungen des Auges ist eine Infrarotbehandlung, nach der mit dem Berufsverband der Augenärzte erstellten Leitlinie nicht indiziert; Nr. 538 muss - mit dieser Begründung – gestrichen werden.**
- **Wird neben der Leistung nach Nr. 538 gleichzeitig mit Reizstrom (Nr. 551) behandelt, ist nur die höher bewertete Leistung gem. Nr. 551 berechenbar.**
- **Nr. 538 darf nicht neben Nrn. 514, 551, 560, 561, 562, 725 berechnet werden (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, RdNr. 3 zu Nrn. 535 – 539).**
- **Wird die Infrarotbehandlung über längere Zeit und in kurzen Abständen durchgeführt oder werden mehrere physikalisch-medizinische Leistungen nebeneinander abgerechnet, sollte die medizinische Notwendigkeit genau geprüft werden (erforderlichenfalls Anforderung einer Kopie der Behandlungsaufzeichnungen, anschließend Vorlage an den Beratungsarzt).**

Nr. 539 UV-GOÄ
Ultraschallbehandlung
(Stand 07/2023)

Die Ultraschallbehandlung bewirkt eine Erhöhung der Durchblutung des Gewebes und wird zur Schmerz- und Reizlinderung bei Ergüssen und Hämatomen eingesetzt. Insbes. in orthopädischen Praxen ist sie eine gängige Therapie. Gerade bei Distorsionen des Knie- und Sprunggelenks kann sie indiziert sein.

Die **medizinische Notwendigkeit** sollte geprüft werden, wenn die Ultraschallbehandlung über längere Zeit und in kurzen Abständen zur Anwendung kommt und nur zum Zwecke der Ultraschallbehandlung jeweils ein - evtl. aufwändiger - Verbandwechsel vorgenommen wird (erforderlichenfalls Rückfrage beim behandelnden Arzt, Anforderung einer Kopie der Behandlungsaufzeichnungen, Vorlage beim beratenden Arzt).

Das gilt in gleicher Weise, wenn mehrere physikalisch-medizinische Leistungen nebeneinander abgerechnet werden (vgl. zur Nebeneinander-Berechnung Arb.Hinweise zu Nrn. 535/536).

Bei **gleichzeitiger Behandlung mit Reizstrom** (**Nr. 551)** ist nur die höher bewertete Leistung nach Nr. 551 berechnungsfähig (s. Zusatzbestimmung zu Nr. 551).

Neben der Leistung nach **Nr. 725** darf die Ultraschallbehandlung nicht abgerechnet werden (s. Zusatzbestimmung zu Nr. 725).

M e r k e:

- **Die Ultraschallbehandlung bewirkt eine Erhöhung der Durchblutung des Gewebes und wird zur Schmerz- und Reizlinderung bei Ergüssen und Hämatomen eingesetzt.**
- **Neben Nrn. 551 und 725 ist die Leistung nach Nr. 539 nicht berechnungsfähig.**
- **Erfolgt die Ultraschallbehandlung über längere Zeit und in kurzen Abständen - ggf. jeweils verbunden mit aufwändigem Verbandwechsel -, ist eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit angezeigt (ggf. Rückfrage beim behandelnden Arzt, Anforderung einer Kopie der Behandlungsaufzeichnungen, Vorlage beim beratenden Arzt).**

  Das gilt auch, wenn mehrere physikalische Leistungen nebeneinander abgerechnet werden.

VI. Nr. 548 UV-GOÄ
Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme)
(Stand 07/2023)

Nr. 549 UV-GOÄ
Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung
(Stand 07/2023)

Kurzwellentherapie ist die Behandlung mit hochfrequenten Strömen. Kurzwellen haben fast nur thermische Effekte.

Die **Mikrowellentherapie** hat je nach Reflektor nur geringe Tiefenwirkung. Daher kommt sie bei mehr oberflächlichen Prozessen (Gelenke, Schleimbeutel, Myalgien = Muskelschmerzen) zur Anwendung.

*Nach der Fassung der Leistungslegenden ist **Nr. 548** berechenbar, wenn eine Körperregion behandelt wurde,* **Nr. 549** dagegen nur, wenn in einer Sitzung verschiedene Körperregionen nacheinander in selbständiger Leistung behandelt wurden.

Als **Körperregionen** sind z. B. anzusehen ein Schultergelenk, ein Ellenbogengelenk, ein Handgelenk mit Hand, ein Hüftgelenk, ein Kniegelenk, ein Fußgelenk mit Fuß, ein Arm oder ein Bein jeweils mit Längsdurchflutung usw. (vgl. Brück, wie zuvor, RdNr. 1 zu Nrn. 548, 549).

Nebeneinander-Berechnung

Nrn. 548 und 549 sind nicht neben Nr. 551 – Reizstrombehandlung – berechenbar, weil nach der Zusatzbestimmung zu Nr. 551 nur die höher bewertete Leistung (Nr. 551) zur Anwendung kommen kann - auch nicht neben Nr. 725 (Zusatzbestimmung zu Nr. 725).

Die Behandlung mit Kurz- oder Mikrowelle ist in der Unfallchirurgie im Allgemeinen nicht gängig; überwiegend werden diese Therapien in der Orthopädie bei degenerativen Erkrankungen, z. B. der Kniegelenke, angewandt (Anwendungsdauer: etwa eine Woche bis zehn Tage).

Die **medizinische Notwendigkeit** (§ 8 ÄV) sollte insbes. geprüft werden, wenn die Behandlung **über längere Zeit** und in kurzen Abständen zur Anwendung kommt (erforderlichenfalls Rückfrage beim behandelnden Arzt, Anforderung einer Kopie der Behandlungsaufzeichnungen, Vorlage beim beratenden Arzt).

Das gilt auch, wenn **mehrere physikalisch-medizinische Leistungen nebeneinander** abgerechnet werden (vgl. zur Nebeneinander-Berechnung die Arb.Hinweise zu Nrn. 535/536).

Bei einer **starken Prellung** (z. B. des Knies) ist eine Kurz- oder Mikrowellenbehandlung nach Nr. 548 regelmäßig medizinisch nicht erforderlich - die Gebühr sollte - mit Begründung - gestrichen werden.

Bei einer **Distorsion der HWS** (HWS-Distorsion; HWS-Schleudertrauma mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung, Muskelhartspann) ist für etwa ein bis vier Wochen eine Behandlung nach Nr. 548 indiziert (aber nicht unmittelbar nach der Verletzung; insoweit ist Kühlung indiziert).

M e r k e zu Nrn. 548, 549:

- **Die Kurz- oder Mikrowellenbehandlung kommt vor allem in der Orthopädie bei der Behandlung degenerativer Erkrankungen zum Einsatz (Anwendungsdauer: etwa eine Woche bis zehn Tage).**
- **Nr. 548 ist berechenbar für die Behandlung einer Körperregion, Nr. 549 für die Behand-lung mehrerer bzw. verschiedener Körperregionen.**
- **Die Kurzwellenbehandlung ist medizinisch nicht erforderlich bei Prellungen, auch nicht bei stärkeren Prellungen.**
- **Neben den Nrn. 551, 725 sind die Nrn. 548 und 549 nicht berechenbar.**
- **Wird die Behandlung insbes. über längere Zeit und in kurzen Abständen durchgeführt oder werden mehrere physikalisch-medizinische Leistungen nebeneinander abgerech-net, ist eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit angezeigt (erforderlichenfalls Rückfrage beim behandelnden Arzt, Anforderung einer Kopie der Behandlungsauf-zeichnungen sowie anschließend Vorlage beim beratenden Arzt).**

Nr. 551 UV-GOÄ
Reizstrombehandlung
(Stand 10/2010)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) - auch bei wechselweiser Anwendung verschiedener Impuls- oder Stromformen und ggf. unter Anwendung von Saugelektroden -

Zusatzbestimmung zu Nr. 551 UV-GOÄ:

Wird Reizstrombehandlung nach Nr. 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach Nr. 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höher bewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.

1. Die Reizstrombehandlung wird eingesetzt bei **Nervenläsionen** zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit der Muskulatur (muskelaktivierende Reizstromtherapie). Da zum Erhalt der Muskulatur eine Stimulation über einen längeren Zeitraum und mindestens 1,5 Stunden am Tag erforderlich ist, ist die Verordnung eines Leihgerätes zur Eigenstimulation nach Anleitung geboten (Wirtschaftlichkeitsgebot).

   Die so genannte **TENS-Behandlung** (Transkutane Elektrische Nervenstimulation) ist indiziert bei chronifizierten Schmerzzuständen nach Nervenquetschungen oder -dehnungen oder Amputationen.

   Keine Indikation ergibt sich für die TENS-Behandlung bei Schmerzzuständen im Rahmen der Akutbehandlung einer Fraktur oder bei Akutschmerzen nach OPs, erst recht nicht bei der Akutbehandlung leichterer Verletzungen wie z. B. Prellungen, Distorsionen, Schnitt- oder Schürfwunden.

2. Die TENS-Behandlung wird üblicherweise nach Nr. 551 abgerechnet. Eine speziellere Gebühren-Nr. steht in der UV-GOÄ nicht zur Verfügung.

   Es handelt sich im Wesentlichen um eine **vom Verletzten** selbst **anzuwendende Therapieform**. Damit kann die Behandlung - unabhängig vom Arztbesuch - täglich über längere Zeitabschnitte vorgenommen werden, was die Wirksamkeit regelmäßig erhöht. Eine anfängliche ärztl. Anleitung kann nach Nr. 551 abgerechnet werden.

   Die **medizinische Notwendigkeit** sollte durch Vorlage an den beratenden Arzt (ggf. zuvor Kopie der Behandlungsaufzeichnungen anfordern) insbes. dann geprüft werden, wenn die Behandlung **über längere Zeit** und in kurzen Abständen zur Anwendung kommt (etwa nach zehn Anwendungen).

   Aus wirtschaftlichen Gründen ist bei längeren Behandlungen die Verordnung eines Miet- oder Kaufgeräts zu fordern!

3. Die Berechnung anderer physikalisch-medizinischer Leistungen neben der Nr. 551 wird durch die Zusatzbestimmung zu dieser Nr. weitgehend ausgeschlossen, bzw. es kann bei gleichzeitiger Verabreichung der dort aufgeführten Leistungen an demselben Körperteil nur die jeweils höher bewertete Leistung in Ansatz gebracht werden.

   Werden gleichwohl neben der Nr. 551 **weitere physikalisch-medizinische Leistungen** – an demselben Körperteil – abgerechnet, ist ggf. auch die medizinische Notwendigkeit strikt zu prüfen (erforderlichenfalls Anforderung einer Kopie der Behandlungsaufzeichnung, Beratungsarztvorlage).

M e r k e zu Nr. 551 UV-GOÄ:

- **Die Reizstrombehandlung wird insbes. bei Nervenläsionen zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit der Muskulatur eingesetzt.**
- **Die TENS-Behandlung ist indiziert bei chronischen Schmerzzuständen nach Nervenverletzungen, Amputationen, nicht aber bei Schmerzzuständen im Rahmen der Akutbehandlung von Frakturen, nach Akutschmerzen nach OPs, bei Distorsionen, Prellungen, Schnitt- oder Schürfwunden o. dgl.**
- **Es handelt sich regelmäßig um eine vom Verletzten selbst anzuwendende Therapieform. Eine anfängliche ärztl. Anleitung dazu kann nach Nr. 551 abgerechnet werden. Aus wirt-schaftlichen Gründen ist bei längeren Behandlungen die Verordnung eines Miet- oder Kaufgeräts zu fordern!**

Nr. 552 UV-GOÄ
Iontophorese
(Stand 04/2006)

Es handelt sich um das elektrolytische Einbringen von Ionen in den Körper durch Haut und Schleimhaut mittels arzneitragender Elektroden. Die Iontophorese wird z. B. zur Schmerzlinderung bei Distorsionen und Zerrungen der Kniegelenke mit Muskel- und Sehnenschmerzen eingesetzt. Die Iontophorese hat sich nicht durchgesetzt, weil sie nicht dosierbar und es **letztlich keinen Nachweis ihrer medizinischen Wirksamkeit gibt**. Sie ist nur extremen Einzelfällen vorbehalten (z. B. Sehnenscheidentzündungen).

Es sollte eine Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit durch Vorlage an den beratenden Arzt insbesondere bei Behandlung mit kurzen Behandlungsabständen nach spätestens fünf Behandlungen erfolgen.

Die Arzneilösung ist nicht gesondert berechnungsfähig.

Bei gleichzeitiger Behandlung mit Reizstrom siehe Hinweise zu Nr. 551 UV-GOÄ.

VII. Nr. 565 UV-GOÄ
Photochemotherapie, je Sitzung
(Stand 04/2006)

Nr. 567 UV-GOÄ
Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung
(Stand 04/2006)

Die kombinierte medikamentös-physikalische Behandlung nach Nr. 565 dient in erster Linie der Therapie der **Schuppenflechte** (Psoriasis).

Das Gleiche gilt für die Behandlung nach Nr. 567 mit UV-Spektren (UV-A oder UV-B).

Für die **Behandlung von Unfallverletzungen** sind diese Leistungen regelmäßig nicht geeignet und daher – mit Begründung – zu streichen.

Bei **Berufskrankheiten** ist die Indikation fraglich, weil es sich bei der Schuppenflechte um eine BK-unabhängige Erkrankung handelt (erforderlichenfalls Beratungsarzt-Vorlage).

UV-GOÄ/Abschnitt F
Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

Nr. 602 UV-GOÄ
Oxymetrische Untersuchung(en)
(Stand 04/2022)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) – ggf. einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung -

Die Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut kann nach **Nr. 602** invasiv (Oxymeter) oder nach **Nr. 614** transkutan - durch die Haut hindurch - (unblutige Pulsoxymetrie) durchgeführt werden; beide Leistungen führen praktisch zum gleichen Ergebnis. Somit ist eine Nebeneinander-Berechnung der Nrn. 602 und 614 für den gleichen Behandlungszeitraum bzw. -zeitpunkt regelmäßig nicht indiziert (vgl. Schleppers/Weissauer, Anästhesiekomm. z. GOÄ, Erläut. zu Nrn. 602, 614, Seite F3).

Im Rahmen einer **Lokalanästhesie** (z. B. **Infiltrationsanästhesie** nach Nrn. 490/491; **Leitungsanästhesie** nach Nr. 493) kommt gelegentlich auch die Nr. 602 für eine oxymetrische Kontrolle (vereinzelt auch die Nr. 650 für die elektrokardiographische Kontrolle) zur Abrechnung.

Bei den o. g. Lokalanästhesien ist die Nr. 602 in der Regel nicht berechenbar. Nur im Ausnahmefall, z. B. wenn erkennbar Erkrankungen oder Unregelmäßigkeiten im Bereich der Atemwege/Lunge oder des Herz-Kreislaufsystems gegeben sind, kann die Nr. 602 gesondert neben einer Lokalanästhesie abgerechnet werden.

Dies muss aus der Dokumentation hervorgehen.

Im Rahmen einer **OP mit Vollnarkose** (z. B. nach Nr. 462 - Allgemeinanästhesie) oder Regionalanästhesie (Nrn. 470, 473, 476, 477) ist die Nr. 602 nicht berechenbar, auch nicht prä- und postoperativ. Die Leistung ist mit der Gebühr für die Anästhesie abgegolten. Dies gilt auch dann, wenn die Anästhesieleistung im Zusammenhang mit einer Schmerztherapie erbracht wird.

Ein Teil der radiologischen Praxen macht die Nr. 602 im Zusammenhang mit **MRT-Untersuchungen** geltend. Meist findet sich dann diese Nr. in allen Abrechnungen dieser Praxis. Eine routinemäßige Berechnung ist jedoch keinesfalls zulässig; nur bei entsprechender individueller Indikation darf die Nr. 602 abgerechnet werden (z. B. Störung des Gasaustauschs oder des Kreislaufs).

Auch gleichzeitig mit der MRT-Untersuchung ist die Durchführung schmerztherapeutischer invasiver Eingriffe/Blockaden möglich, was eine Überwachung mittels Pulsoxymetrie rechtfertigen würde. Derartige Eingriffe sind jedoch bei der üblichen ambulanten Behandlungsweise (Überweisung des Verletzten vom D-Arzt zur MRT-Untersuchung beim Radiologen) selten, zumal schwierige Notfälle, in denen eine schmerztherapeutische Behandlung erfolgt, eher in einer Klinik behandelt sowie in einer Radiologie-Praxis Anästhesisten oder ähnliche Fachrichtungen nicht tätig sein werden.

Ohne entsprechende und überzeugend dokumentierte Indikation (z. B. in der Rechnung oder Befundmitteilung) ist die Leistung – mit Begründung – zu streichen. Insbes. wenn von der betreffenden Praxis nur selten die Nr. 602 abgerechnet wird, kann dem Arzt anheimgestellt werden, die Indikation nachträglich zu begründen.

Nr. 603 UV-GOÄ
Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) usw.
(Stand 04/2006)

Nr. 604 UV-GOÄ
Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) usw. – vor und nach Applikation pharmakologisch wirksamer Substanzen
(Stand 04/2006)

Nr. 605 UV-GOÄ
Ruhespirographische Untersuchung usw.
(Stand 04/2006)

Nr. 605 a UV-GOÄ
Darstellung der Flussvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen usw.
(Stand 04/2006)

Nr. 606 UV-GOÄ
Spiroergometrische Untersuchung usw.
(Stand 04/2006)

Nr. 607 UV-GOÄ
Residualvolumenbestimmung (Fremdgasmethode)
(Stand 04/2006)

Nr. 608 UV-GOÄ
Ruhespirographische Teiluntersuchung usw.
(Stand 04/2006)

Nr. 609 UV-GOÄ
Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität usw.
(Stand 04/2006)

Die o. g. Nrn. beinhalten Leistungen des internistischen bzw. pulmologischen Fachgebiets. Bei den nach **Unfallverletzungen** - meist **ambulant** - durchgeführten **OPs mit Vollnarkose** (z. B. der Knie-, Schulter- Sprunggelenke usw.) können diese Leistungen für Anästhesisten nur in extrem seltenen Ausnahmefällen berechenbar sein; im Regelfall sind die Gebühren-Nrn. in Anästhesie-Rechnungen - mit Begründung - zu streichen (das gilt naturgemäß nicht für Behandlungsrechnungen im BK-Bereich, wobei OPs üblicherweise im Rahmen stationärer Behandlung durchgeführt werden und Abrechnungsprobleme insoweit nicht entstehen).

Bei ambulanten OPs nach Unfallverletzungen könnte allenfalls bei Patienten, die in der Krankenvorgeschichte deutliche **Hinweise auf Lungenerkrankungen** (Asthma, Bronchitis usw.) zeigen, im Rahmen der **präoperativen Diagnostik** eine Indikation – für einzelne Leistungen – vorliegen. Dies muss aber in der Dokumentation (Narkose-Protokoll) besonders begründet sein; in jedem Fall sollten die o. g. Nrn. ohne beratungsärztliche Prüfung keinesfalls vergütet werden!

Neben der Nr. 603 sind die Leistung nach Nr. 608 nicht berechenbar, neben der Nr. 604 nicht die Leistungen nach Nrn. 603, 608 (s. Zusatzbestimmung zu 603 u. 604).

Nr. 614 UV-GOÄ
Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks
(Stand 04/2022)

Die Nr. 614 wird im Zusammenhang mit einer **Vollnarkose** in den **Anästhesie-Rechnungen** fast immer geltend gemacht.

Nr. 614 ist für den gleichen Behandlungszeitraum bzw. -zeitpunkt in aller Regel nicht neben **Nr. 602** berechenbar (vgl. Arb.Hinweise zu Nr. 602).

Die Leistung kann im Zusammenhang mit einer Allgemeinanästhesie nach Nr. 462 und Regionalanästhesie nach Nrn. 470, 473, 476 und 477 nicht abgerechnet werden, auch nicht prä- und postoperativ. Sie ist mit der Gebühr für die Anästhesie abgegolten. Dies gilt auch dann, wenn die Anästhesieleistung im Zusammenhang mit einer Schmerztherapie erbracht wird.

Im Einzelnen wird auf die **Arb.Hinweise zu Nr. 602** verwiesen, welche auf die Nr. 614 im vollen Umfang anzuwenden sind.

Nr. 617 UV-GOÄ
Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase
(Stand 04/20222)

Die Leistung kann im Zusammenhang mit einer Allgemeinanästhesie nach Nr. 462 und Regionalanästhesie nach Nrn. 470, 473, 476 und 477 nicht abgerechnet werden, auch nicht prä- und postoperativ. Sie ist mit der Gebühr für die Anästhesie abgegolten. Dies gilt auch dann, wenn die Anästhesieleistung im Zusammenhang mit einer Schmerztherapie erbracht wird.

Nr. 621 UV-GOÄ
Mechanisch-oszillographische Untersuchung
(Stand 04/2006)

Nr. 622 UV-GOÄ
Akrale infraton-oszillographische Untersuchung
(Stand 04/2006)

Bei den Leistungen nach Nrn. 621, 622 handelt es sich um Verfahren zur Gefäßdiagnostik, insbes. im peripheren Bereich.

Für die Berechenbarkeit im Rahmen einer **Anästhesie** oder einer **MRT-Untersuchung** fehlt regelmäßig die Indikation für diese Untersuchungen; die Leistungen sind – mit Begründung – zu streichen.

M e r k e:

Die Leistungen nach Nrn. 621/622 anlässlich einer Narkose oder einer MRT-Untersuchung sind regelmäßig nicht berechenbar und daher – mit Begründung – zu streichen.

Nr. 638 UV-GOÄ
Punktuelle Arterien- und/oder Venenpulsschreibung
(Stand 12/2018)

Nr. 643 UV-GOÄ
Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung
(Stand 12/2018)

Die Leistung nach Nr. 638 beinhaltet eine Arterien- oder Venenpulsschreibung an bestimmten Ableitungspunkten (Pulskurve).

Bei der Nr. 643 handelt es sich um eine Doppler-sonographische Untersuchung der peripheren Gefäße (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, Anmerkungen zu Nr. 638).

Im Rahmen einer **Vollnarkose** (z.B. Allgemeinanästhesie nach Nr. 462) erfolgt die notwendige Blutdruckmessung routinemäßig im Rahmen der Monitor-Überwachung des Patienten. Hierfür ist weder die Nr. 638 noch die Nr. 643 berechenbar.

Ggf. werden die Leistungen nach Nrn. 638 und 643 in der Anästhesie-Rechnung – mit Begründung – zu streichen sein.

Die vorstehenden Hinweise zu Nr. 638 und 643 sind ebenfalls anzuwenden, wenn im Rahmen einer **Schmerztherapie** Anästhesieleistungen erbracht werden, z. B. nach Nr. 470 – Armplexusanästhesie – Nrn. 497/498 – Blockade des Truncus sympathicus (Grenzstrang des Leistungsnervs) – oder nach Nr. 496 – Drei-in-Eins-Block, Knie- oder Fußblock -.

Auch bei der Schmerztherapie ist weder die Nr. 638 noch 643 für die Kontrolle des Blutdrucks berechenbar.

Nr. 646 UV-GOÄ
Hypoxietest
(Stand 04/2006)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Hypoxietest (Simultanregistrierung des Atemvolumens und des Gasaustausches, der Arterialisation sowie der peripheren Vasomotorik mit gasanalytischen und photoelektrischen Verfahren)

Diese Leistung wird gelegentlich noch im Zusammenhang mit einer **Vollnarkose** von Anästhesisten abgerechnet. Es handelt es sich um eine obsolete (veraltete) Untersuchung. Die Gebühr ist daher mit dieser Begründung zu streichen.

M e r k e:

- **Bei der Nr. 646 handelt es sich um eine nicht mehr gebräuchliche (veraltete) Untersuchung; die Nr. ist mit dieser Begründung zu streichen.**

Nr. 650 UV-GOÄ
EKG
(Stand 04/2022)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle – ggf. als Notfall-EKG -

Die Leistung kann im Zusammenhang mit einer Allgemeinanästhesie nach Nr. 462 und Regionalanästhesie nach Nrn. 470, 473, 476 und 477 nicht abgerechnet werden, auch nicht prä- und postoperativ. Sie ist mit der Gebühr für die Anästhesie abgegolten. Dies gilt auch dann, wenn die Anästhesieleistung im Zusammenhang mit einer Schmerztherapie erbracht wird.

Nr. 670 UV-GOÄ
Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung
(Stand 12/2018)

Die Leistung kann im Zusammenhang mit einer Allgemeinanästhesie nach Nr. 462 nicht abgerechnet werden, auch nicht prä- und postoperativ. Sie ist ggf. mit der Gebühr für die Anästhesie abgegolten.

Nr. 730 UV-GOÄ
Telemedizinische Beratungsleistungen nach Nr. 10 bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren
(Stand 07/2026)

Bei der Behandlung von Berufskrankheiten sowie damit ggf. verbundenen Maßnahmen der Individualprävention gilt die Beschränkung auf den Behandlungsfall, eine vorherige Kostenzusage, die Verlaufsberichterstattung sowie die Dokumentationspflicht nicht.
Die Leistung ist nicht neben den Nrn. 10 – 10a und 731 berechnungsfähig.

Mit der Formulierung „nach Nr. 10“ wird klargestellt, dass alle der in den Nebenbestimmungen genannten Regelungen mit Ausnahme der Beschränkung auf den behandlungsfall, einer vorherigen Kostenzusage, der Verlaufsberichterstattung und Dokumentationspflicht auch hier gelten.

Nr. 731 UV-GOÄ
Telemedizinische Beratungsleistungen nach Nr. 10 bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren von mehr als 10 Minuten (Stand 07/2026)

Bei der Behandlung von Berufskrankheiten sowie damit ggf. verbundenen Maßnahmen der Individualprävention gilt die Beschränkung auf den Behandlungsfall, eine vorherige Kostenzusage, die Verlaufsberichterstattung sowie die Dokumentationspflicht nicht.
Die Leistung ist nicht neben den Nrn. 10 – 10a und 10c berechnungsfähig.

(siehe Hinweise zu Nr. 730)

Nr. 739 UV-GOÄ
Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt
(Stand 07/2026)

Die Leistungsbeschreibung der Nr. 739 verlangt, dass mehrere Voraussetzungen für die Abrechnung der Leistung erfüllt sind.

Es muss sich um einen Behandlungs- oder Nachsorgeplan handeln,

- der schriftlich erstellt wurde,
- einen tumorerkrankten Patienten betrifft
- und die Pläne müssen individuell für diesen Patienten erstellt werden.

Kritisch ist der Begriff „für die Chemotherapie“. Danach ist diese Leistung einem Onkologen vorbehalten.

Andere Ärzte (Dermatologen) können diese Leistung nicht abrechnen.

Nr. 740 UV-GOÄ
Kryotherapie der Haut, je Sitzung
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Bei der Kryotherapie (Kältebehandlung) bzw. Kryochirurgie werden verschiedene biologische Reaktionsformen der Körpergewebe auf eine Kälteeinwirkung genutzt.

In der Dermatologie wird die Kryotherapie zur Gewebszerstörung und Kryoresektion, insb. zur Entfernung von Hämangiomen (Blutgefäßgeschwulsten), Muttermalen, Warzen o. dgl. angewandt.

Bei den typischen unfallchirurgischen/orthopädischen Verletzungsmustern, die einer Kältetherapie bedürfen, kann nur die Nr. 530 abgerechnet werden.

Die Nr. 740 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag.

UV-GOÄ/Abschnitt G - Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

Nr. 800 UV-GOÄ Eingehende neurologische Untersuchung – ggf. einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes (Stand 07/2026)

Zusatzbestimmungen:

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

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

Für die Berechnung der Leistung ist zu fordern, dass die durchgeführte Untersuchung den **vollständigen neurologischen Status** umfasst (Hirnnerven, Reflexe, Motorik, Sensibilität, Koordination, extrapyramidales System, Vegetativum, hirnversorgende Gefäße).

Nrn. 801, 804, 806 UV-GOÄ Eingehende psychiatrische Untersuchung, psychiatrische Behandlung (Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Nr. 801: *Eingehende psychiatrische Untersuchung - ggf. unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson –*

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

Nr. 804: *Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration -*

Nr. 806: *Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch, auch in akuter Konfliktsituation – ggf. unter Einschluss eines eingehenden situationsregulierenden Kontaktgesprächs mit Dritten -, Mindestdauer 20 Min.*

Zusatzbestimmung zu Nr. 801:

Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 10, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.

Die eingehende **psychiatrische Untersuchung** muss nicht unbedingt alle Aspekte des vollständigen psychiatrischen Status (Bewusstsein, Orientierung, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung, Denkablauf, Gedächtnisfunktionen) umfassen; es genügt, wenn einige der Teilaspekte zum Gegenstand einer eingehenden und damit gründlichen Untersuchung gemacht werden. Beschränkt sich die psychiatrische Untersuchung nur auf einen kleinen Teilbereich, ist dies lediglich als symptombezogene Untersuchung nach Nr. 1 berechenbar (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, Nr. 801, RdNr. 1).

Die **psychiatrische Behandlung** ist zu verstehen als die Behandlung psychisch Kranker. Eine psychische Erkrankung liegt vor, wenn es sich um ein „psychopathologisch definiertes Krankheitsbild" handelt - z.B. Schizophrenie, Depressionen, Neurosen, Sucht- u. Abhängigkeitserkrankungen - (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, Nr. 804, RdNr. 1). Derartige Krankheiten dürften bei den akuten Unfallverletzungen – jedenfalls im Bereich der ambulanten Behandlung – extrem selten vorkommen.

Eine psychiatrische Untersuchung oder Behandlung setzt zwangsläufig entsprechende psychiatrische Fachkenntnisse des behandelnden Arztes voraus. Diese werden bei **Chirurgen, Orthopäden, HNO-Ärzten, Augenärzten usw**. regelmäßig nicht vorhanden sein.

Nach Auffassung der Bundesärztekammer können die Leistungen nach den **Nrn. 804 bis 817** unter berufsrechtlichen Aspekten (Weiterbildungsordnung) nur von Neurologen, Nervenärzten, Psychiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern, Allgemeinärzten, praktischen Ärzten und Kinderärzten abgerechnet werden (Brück, Komm. z. GOÄ, Nr. 804, RdNr. 2).

Unabhängig von den fachlichen Voraussetzungen der beteiligten Ärzte ist vor allem die Frage nach der Indikation für die Leistungen nach den Nrn. 801 ff. zu stellen.

Bei Nervenverletzungen (z. B. durch Strom- oder Verkehrsunfälle) und erst recht bei geringeren Verletzungen oder gar Bagatellverletzungen (z. B. Schnittverletzung mit Blutung) ist die gleichzeitige Abrechnung der **Nr. 801** (eingehende psychiatrische Untersuchung) und der Nr. **804** (psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch) besonders kritisch zu prüfen. In aller Regel liegt bei den üblicherweise zu behandelnden Akut-Verletzungen keine medizinische Notwendigkeit für die Leistungen nach Nr. 801 und/oder Nrn. 804, 806 vor.

Das gilt auch für ein **Aufklärungsgespräch vor einer OP** oder bei der **Erstversorgung eines Verletzten mit Schockzustand** z. B. durch einen Notarzt.

Ein **beruhigendes Einwirken** seitens des Arztes auf den Patienten ist regelmäßig mit den jeweiligen Gebühren der Nrn. 1 ff. abgegolten.

Nr. 826 UV-GOÄ
Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung - gegebenenfalls einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung -
(Stand 07/2026)

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 2, 800, 1412

Nr. 827 UV-GOÄ
Elektroenzephalographische Untersuchung - auch mit Standard-provokation-
(Stand 04/2006)

Vereinzelt machen Anästhesisten im Rahmen einer **Narkose** die Nr. 827 geltend. Dies wird zumeist damit begründet, dass Wachheitszustände während der Narkose ausgeschlossen werden sollen.

Nach einer Empfehlung des Gebührenausschusses des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten soll diese Leistung während einer Narkose bei nachweislich zu erwartender oder operativ- bzw. lagerungsbedingt auftretender cerebraler Ischämie, d. h. bei einer Störung oder Verringerung der Blutversorgung des Gehirns, vorgenommen werden. Derartige Risiken für die Blutversorgung des Gehirns sind aber nur bei sehr speziellen OPs zu erwarten, z. B. bei der OP von Aneurysmen (Ausbuchtung einer Arterie) im Bereich der zentralen Blutgefäße des Körpers, rekonstruktiven Eingriffen an herznahen Gefäßen, Klappenersatzoperationen usw. Nur in diesen Fällen ist die Nr. 827 im Rahmen einer Narkose gesondert berechenbar. Zusätzlich müssen die Ableitungen graphisch registriert worden sein (Hirnstromkurven).

Die regelhafte EEG-Überwachung, z. B. zur **Bestimmung der Narkosetiefe**, ist dagegen Bestandteil der Narkose und nicht gesondert abrechenbar (s. Schleppers/Weißauer, Anästhesiekomm. z. GOÄ, Erl. zu Nrn. 827,828, S. G-4 f.).

Bei den im Bereich der GUV üblicherweise ambulant durchgeführten OPs (z. B. Meniskusresektion oder ähnliche OPs der Kniegelenke, operative Versorgung eines Bänderrisses im Bereich der Sprunggelenke, osteosynthetische Versorgung von Frakturen an den Extremitäten, Metallentfernungen, Entfernung von Fremdkörpern o. dgl.) ist die regelhafte EEG-Überwachung zur Bestimmung der Narkosetiefe Bestandteil der Narkoseleistung. Die Nr. 827 darf im Rahmen entsprechender Anästhesie-Rechnungen somit nicht gesondert berechnet werden und ist – mit Begründung – zu streichen (s. Schleppers/Weißauer, Anästhesiekomm. z. GOÄ, Erl. zu Nrn. 827/828, S. G-4 f.).

Das gilt in gleicher Weise für die Leistung nach Nr. 828 UV-GOÄ.

Merke:

- **Bei den typischen ambulanten OPs (z. B. der Knie- oder Sprunggelenke, Metallentfernungen, Entfernung von Fremdkörpern o.dgl.) ist die Leistung nach Nr. 827 im Rahmen einer Narkose regelmäßig nicht berechenbar und – mit Begründung – zu streichen.**

Nr. 832 A Privat-GOÄ
Relaxometrie als Analogleistung
(Stand 07/2026)

Im Zusammenhang mit einer **Vollnarkose** wird diese Leistung **aus der Privat GOÄ** zunehmend von Anästhesisten als Analog-Gebühr – meist unter der Bezeichnung „Nr. 832 A, **Relaxometrie**“ -abgerechnet. Die Leistung dient der Überprüfung der „muskulären Erschlaffung“ des Patienten bei der Gabe entsprechender Medikamente (Muskelrelaxantien, z. B. Norcuron). Sie ist jedoch nicht regelhaft zu erbringen, sondern nur bei entsprechenden Muskel- oder Nervenerkrankungen, welche die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändern.

Die ständige Gebührenkommission nach § 52 ÄV hat eine Analog-Bewertung für die UV-GOÄ mit der Reglung nach Teil B. Nr. 5 der UV-GOÄ ausgeschlossen.

Die Gebühr kann somit schon aus formalen Gründen nicht bezahlt werden.

Die Nr. **832 UV-GOÄ Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation** kann bei Vorliegen der entsprechenden Indikation selbstverständlich abgerechnet werden.

Nr. 838 UV-GOÄ
Elektromyographische Untersuchung
(Stand 04/2006)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln

Es handelt sich um eine Leistung des neurologischen Fachgebiets, die auch im Zusammenhang mit einer **Vollnarkose** abgerechnet wird. Sie soll wie Nr. 832 A Privat-GOÄ der Überprüfung der „muskulären Erschlaffung“ bei der Gabe entsprechender Medikamente (Muskelrelaxantien, z. B. Norcuron) dienen.

Nr. 838 geht nach ihrem Leistungsinhalt jedoch weit über das bei einer Vollnarkose Notwendige hinaus und ist in einer Anästhesie-Rechnung regelmäßig - mit Begründung - zu streichen.

Nr. 842 UV-GOÄ Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik
(Stand 01/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Bei der apparativen isokinetischen Muskelfunktionsdiagnostik handelt es sich um ein relativ aufwendiges Untersuchungsverfahren, bei dem mithilfe spezifischer Testsysteme die dynamische Kraftentwicklung bei einer konstant gehaltenen Geschwindigkeit bestimmt wird und Kraftverlaufskurven erstellt werden.

In der Praxis werden sogenannte Handdynamometer zur Kraftmessung einzelner Muskelgruppen angewendet.

Derartige Messungen erfüllen zum einen im Hinblick auf das Messverfahren nicht die vorgenannten dargelegten Kriterien einer apparativen isokinetischen Muskelfunktionsdiagnostik, zum anderen sind auch der Untersuchungsaufwand und die apparativen Kosten einer Messung mit einem Handdynamometer deutlich geringer.
Dtsch Arztebl 2021; 118(45): A-2130 / B-1756

Danach stellt der Ansatz der Leistung nach Nr. 842 für den Einsatz eines Handdynamometers eine unzulässige analoge Abrechnung dar, die der UV-Träger nicht akzeptieren und erstatten muss.

Unabhängig der Frage, ob diese Leistung im konkreten Einzelfall erforderlich und zweckmäßig ist (Frage der Indikation, ggf. Vorlage Beratungsarzt) erfordert der Einsatz dieser Geräte eine vorherige Kostenzusage des UV-Trägers.

Eine Abrechnung nach der Nr. 842 erscheint auch dann zu hoch vergütet. Hier sollte darauf hingewiesen werden, dass der durch die Messung erhöhte Untersuchungsaufwandes die Abrechnung der Nr. 6 rechtfertigt. Auf die Leistungsbeschränkung „einmal im Behandlungsfall“ ist hinzuweisen.

Nr. 855 UV-GOÄ
Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z. B. Rorschach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung (Stand 05/2027)

1. Projektive Testverfahren dienen der **Aufdeckung unbewusster Motive und Konflikte**. Die Aufzählung der nach Nr. 855 abrechenbaren Tests in der Leistungslegende ist nicht vollständig, sondern nur beispielhaft. Es können auch andere gebräuchliche, projektive Testverfahren nach Nr. 855 liquidiert werden.

2. Die Gebühr kann pro Test abgerechnet werden. Die Anzahl ist abhängig von der Fragestellung.

3. Im Rahmen einer Begutachtung von **Schädel-Hirn-Verletzungen** besteht regelmäßig keine medizinische Notwendigkeit für die Durchführung von projektiven Tests nach Nr. 855.

Nr. 856 UV-GOÄ
Standardisierte Testverfahren zur Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik mit schriftl. Aufzeichnung (Stand 05/2017)

Vollständige Leistungsbeschreibung zu Nr. 856:

Standardisierte Testverfahren zur Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik einschließlich neuropsychologischer Verfahren (Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) – leitliniengerechte Eingangs- und Verlaufsdiagnostik

Anzahl abhängig von der Fragestellung, einschließlich Verfahren zur Beschwerdenvalidierung (z. B. K-ABC, WIE, TAP, WMS, …)

Zusatzbestimmung zu Nr. 856:

Neben der Leistung nach Nummer 856 sind die Leistungen nach den Nummern 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.

1. Leistungsinhalt ist die Anwendung und Auswertung verschiedener standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests. Sie dienen der **Feststellung des Leistungsstandes und der Leistungsstruktur** eines Patienten. Zurzeit sind mehrere hundert Testverfahren bekannt. Nr. 856 enthält (im Gegensatz zu Nrn. 855 und 857) eine **abschließende Aufzählung** der mit dieser Gebühr abrechenbaren Intelligenz- und Entwicklungstests.

2. Die Gebühr kann pro Test abgerechnet werden. Die Anzahl ist abhängig von der Fragestellung.

3. Da die Ergebnisse der Tests in erheblichem Maße von der Mitarbeit und Motivation des Patienten abhängen, ist die Anwendung und Auswertung im **Rahmen einer Rentenbegutachtung** (z. B. zur Feststellung des Leistungsvermögens bzw. der MdE nach Schädel-Hirn-Verletzungen) in aller Regel ohne beweismäßig hinreichende Aussagekraft und daher unzweckmäßig und nicht indiziert. Entscheidend bleiben immer die „klinischen“ Daten (insbes. primäre Verletzung, Heilungsverlauf, Klagebild mit den konkreten Auswirkungen auf die Lebensführung, z.B. Erschöpfbarkeit, von Angehörigen beobachtete Veränderungen, klinisch-psychischer Befund usw.).

   Dagegen ist **während der Rehabilitation** eine Indikation, etwa zur Abklärung des intellektuellen Leistungsvermögens, regelmäßig anzunehmen.

Nr. 857 UV-GOÄ
Orientierende Testverfahren zur Diagnostik psychischer Beschwerden
(Stand 05/2016)

Vollständige Leistungsbeschreibung zu Nr. 857:

Orientierende Testverfahren zur Diagnostik psychischer Beschwerden (Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) - leitliniengerechte Eingangs- und Abschlussdiagnostik sowie Verlaufsmessung, Anzahl abhängig von Fragestellung (z. B. BDI-II, BSCL, FPI, PSSI, HADS, IES-R, ETI,)

Zusatzbestimmung zu Nr. 857:

Neben der Leistung nach Nummer 857 sind die Leistungen nach den Nummern 716 und 717 nicht berechnungsfähig.

1. Orientierende Tests werden zur Psychodiagnostik und auch zur Therapiekontrolle eingesetzt.
2. Die Gebühr kann pro Test abgerechnet werden. Die Anzahl ist abhängig von der Fragestellung.

Nr. 860 UV-GOÄ
Erhebung einer Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten – (Stand 07/2023)

Vollständige Leistungsbeschreibung Nr. 860:

Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen

Zusatzbestimmungen zu Nr. 860:

Die Nr. 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Neben den Leistungen nach Nummer 860 sind die Leistungen nach den Nummern 807 und 835 nicht berechnungsfähig.

1. Die Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten ist notwendig zur **Prüfung der Indikation und Zweckmäßigkeit** einer an den Ursachen der Erkrankung orientierten **Psychotherapie**.

   Sie ist regelmäßig nicht erforderlich zur Diagnose, Behandlung oder Begutachtung der verbliebenen intellektuellen Leistungsfähigkeit nach **Schädel- / Hirnverletzungen**.

2. Der in der Zusatzbestimmung erwähnte Behandlungsfall ist hier nicht mit dem üblichen Drei-Monats-Zeitraum (s. Nr. 1 der Allgem. Best. zu Abschnitt B.) gleichzusetzen, sondern im Sinne eines „Krankheitsfalles“ zu verstehen. Eine erneute Abrechnung der Nr. 860 ist also erst nach Abschluss der Erkrankung und einem längeren therapiefreien Zeitraum zulässig (s. Brück, Komm. z. GOÄ, RdNr. 5 zu Nr. 860).

3. Im Zusammenhang mit einer Begutachtung auf neuropsychologisches Fachgebiet kann diese Leistung nicht abgerechnet werden. Ziel einer Begutachtung ist nicht die **Prüfung der Indikation und Zweckmäßigkeit** einer Psychotherapie.
   Die Erhebung der biographischen Anamnese (Informationen über Herkunft, Lebensgewohnheiten, Bedürfnisse, Sorgen, Kindheit, Beruf, soziale Kontakte, etc.) sind obligatorischer Inhalt eines neuropsychologischen Gutachtens und damit Bestandteil der Leistung.

UV-GOÄ/Abschnitt I - Augenheilkunde

Zu diesem Abschnitt ist die in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Augenärzte erstellte

Leitlinie zur Abrechnung in der Augenheilkunde

des LV Südost der DGUV abgedruckt. Vorangestellt ist ein Auszug aus dem erläuternden Rundschreiben (Gemeins. Rdschr. LVBG Nr. 8/2001 vom 12.11.2001, Punkt 4.1) abgedruckt.

Aufgrund der Überarbeitung der UV-GOÄ sind in der nachfolgenden Veröffentlichung redaktionelle Änderungen erforderlich. Inhaltliche Veränderungen sind nicht erfolgt.

Augenheilkunde (Stand 07/2026)

Auszug aus dem Gemeinsamen Rundschreiben der Landesverbände Nr. 8/2001, Punkt 4.1.:

Leitlinie zur Abrechnung in der Augenheilkunde, hier: UV-GOÄ, Nrn. 1 und 2

Die Grundlagen zur Abrechnung der UV-GOÄ-Nummern 1 und 2 in der Augenheilkunde wurden mit dem zuständigen Gebührenreferat des Berufsverbandes der Augenärzte wie folgt als Konsensregelung abgestimmt:

Die Leistungslegende der Nr. 1 ist:

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

Der Regelfall der augenärztlichen Diagnostik in der Unfallversorgung (Untersuchung und Beratung) wird die symptomzentrierte Untersuchung gemäß Abrechnungsnummer 1 zuzüglich der gebietsbezogenen Sonderleistungen (z. B. Nr. 1240 für Standarduntersuchung Spaltlampenmikroskopie) sein.

Die Leistungslegende der Nr. 2 ist:

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

Aus der Legende der Abrechnungsnummer 2 wird klar - und dies ist bei der Abgrenzung zwischen den Nummern 1 und 2 wesentlich -, dass bei der **Erst**untersuchung der zeitliche und inhaltliche Aufwand sowie die intellektuelle Leistung wichtig sind. Die Anfangsbeurteilung eines fragwürdigen Zusammenhangs zwischen Unfallhergang und Verletzungsbild findet ihren Niederschlag in der Abrechnungsnummer 2. Dabei ist die Art, die Qualität und auch Quantität der Untersuchung ebenso wesentlich wie die Klärung und Überprüfung des Unfallzusammenhangs.

Soweit eine Erstuntersuchung auf Grund der besonderen Umstände die Abrechnungsnummer 2 rechtfertigt, besteht Einvernehmen, dass im weiteren Verlauf bei der Behandlung des gleichen Arbeitsunfalls, sei es in den folgenden Tagen oder auch bei Wiederaufnahme des Falles, z. B. einem Aufbruch einer rezidivierenden Erosio, nicht mehr die Abrechnungsnummer 2, sondern nur die UV-GOÄ-Nr. 1 ff. ansatzfähig ist.

Augenheilkunde
- Leitlinie LVBG BS -
(Stand 07/2026)

Leitlinie zur Abrechnung von UV-GOÄ-Nummern in der Augenheilkunde bei Arbeitsunfällen

Erstellt unter Mitwirkung von

Dr. A. Zarth, Herrsching,
Dr. U. Oeverhaus, Rietberg,

Beratende Augenärzte für UV-Träger
Mitglieder des „BG-Referates“ im Berufsverband
der Augenärzte

Landesverband Südost der DGUV
Am Knie 8
81241 München
Tel.: 030 13001-5800
Fax.: 030 13001-5899
E-Mail: lv-suedost@dguv.de.de

Allgemeine Hinweise

Die Abrechnung zwischen Berufsgenossenschaften und Augenärzten erfolgt auf der Grundlage der UV-GOÄ aus dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger (Ärztevertrag UV) in der Fassung vom 1. Mai 2001*). Die (neue) UV-GOÄ gilt ab 1. Mai 2001.

Die Abrechnung findet nicht pauschal, sondern im Sinne einer Einzelabrechnung statt. Sie muss sich auf das aufgrund der Unfallfolgen medizinisch Notwendige an Diagnostik und Therapie beschränken.

Gefragt und gefordert wird ein verantwortliches medizinisches Handeln in Diagnostik und Therapie, das sich sowohl an den Grundsätzen des Ärztevertrags UV, insbesondere §§ 6 und 8 und den Leitlinien des Berufsverbandes der Augenärzte, insbesondere der Leitlinie Nr. 8 von 1999 orientiert.

Dies bedeutet auch, dass vielfältige Untersuchungen, die nicht direkt mit dem Unfall in Zusammenhang zu bringen sind, im Sinne einer „Ausschluss“-Diagnostik nicht durchgeführt und zur Abrechnung angesetzt werden können.

*) Inzwischen ersetzt durch den Ärztevertrag vom 1. Januar 2021

Auch wenn nicht ausdrücklich vor diesem Abschnitt der UV-GOÄ beschrieben, gelten die Allgemeinen Bestimmungen des Abschnittes L. Chirurgie, Orthopädie, Satz 1 und 2 (Zielleistungsprinzip), auch sinngemäß für operative Leistungen auf dem Fachgebiet Augenheilkunde.

Der Augenarztbericht F 1030
- Dokumentation und Abrechnung allgemeine und
- besondere Heilbehandlung
(Stand 07/2026)

Neben der Diagnose der Verletzung ist die Dokumentation auf dem F 1030-Bericht (früher A 14a-Bogen) Maßstab für die mögliche Abrechnung von augenärztlichen Leistungen. Die Ermittlung des zeitlichen und ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem angegebenen Unfallvorgang und dem augenheilkundlichen Beschwerdebild ist von wesentlicher Bedeutung. Im Befund sollte die Verletzung eingezeichnet und nicht nur beschrieben sein.

Es wird empfohlen, bei längerer Behandlungsdauer einen Abschlussbericht anzufordern.

Im Folgenden werden die einzelnen UV-GOÄ-Nummern mit der offiziellen Leistungslegende wiedergegeben und mit einem Kommentar versehen.

Weiterhin wird teilweise erklärt, welche Nummern bestimmter Untersuchungen der entsprechenden Dokumentation auf dem F 1030-Bericht entsprechen.

Die augenärztliche Untersuchung umfasst immer die Ermittlung des Sehvermögens. Das Sehvermögen besteht aus der Sehschärfe beider Augen, weiterhin aus dem Gesichtsfeld beider Augen, dem Farbunterscheidungsvermögen wie auch dem Dämmerungssehen und der Blendempfindlichkeit.

In der BG-Heilbehandlung ist immer und vorrangig die Ermittlung der Sehschärfe von Bedeutung. Die Untersuchung der weiteren Eigenschaften des Sehvermögens ist häufig weder vollständig noch teilweise notwendig.

Eine wesentliche Änderung seit Mai 2001 ist der praktische Wegfall der besonderen Heilbehandlung in augenheilkundlichen Fällen. War früher die Art der Heilbehandlung von der Schwere der Verletzung abhängig, so gilt ab 01.05.2001:

- Der Augenarzt kann selbst besondere Heilbehandlung nicht mehr einleiten
- Die Möglichkeit der besonderen Heilbehandlung besteht, wenn der D-Arzt bei multiplen Verletzungen bzw. Polytraumatisierten den Augenarzt auf konsiliarischem Wege zur Diagnose und Mitbehandlung hinzuzieht. In diesem Fall können alle (belegärztlichen oder ambulanten) Leistungen von jedem Augenarzt nach der Maßgabe der Einstufung des Falles durch den Durchgangsarzt (allgemeine oder besondere Heilbehandlung) durchgeführt und abgerechnet werden.
- Die im Rahmen der Erstattung von Gutachten über die Gutachtengebühr hinaus zu berechnenden Leistungen werden nach den Sätzen der besonderen Heilbehandlung abgerechnet.
- In aller Regel, d. h. in mehr als 99 % der Fälle, wird deshalb die allgemeine Heilbehandlung die Form der BG-Abrechnung sein.
- Ebenfalls bedeutsam sind Änderungen in den klarer definierten allgemeinen Untersuchungs- und Beratungsleistungen nach den
  - Nummern 1-5, die eine symptomzentrierte Untersuchung inklusive einer Beratung zu verschiedenen Zeiten beschreiben,
  - Nummern 6-10, die eine umfassendere Untersuchung mit differenzialdiagnostischen Überlegungen und Beratungen umfassen
  - Nummern 11-15 als ausschließliche Beratungsleistung.

Wesentlich ist auch die Definition des Behandlungsfalls. Er umfasst die gesamte ambulante Versorgung für einen Versicherten durch dieselbe Arztpraxis innerhalb von drei Monaten (gerechnet ab Tag der Erstbehandlung) für dieselbe Verletzung/Erkrankung.

Ein Behandlungsfall kann in seltenen Fällen länger dauern. Auch können sich verschiedene Verletzungen auch gleicher Art (z. B. Fremdkörper) innerhalb von drei Monaten ergeben und damit auch zwei Behandlungsfälle auslösen.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass nur die Leistungen abrechenbar sind, die in der UV-GOÄ aufgeführt sind. Analogbewertungen und -berechnungen werden nicht anerkannt, außer bei Positionen, die von der Ständigen Gebührenkommission (§ 52 Ärztevertrag UV) festgelegt sind.

In bestimmten Fällen sollte und muss man im Rahmen einer Einzelfallprüfung durch die beratenden Augenärzte der Landesverbände und des Berufsverbandes der Augenärzte klären, ob für Operationen und Untersuchungen, für die in der UV-GOÄ bislang keine Gebühr enthalten ist vor der Behandlung, Operation oder Untersuchung eine Lösung und schriftliche Kostenzusage eingeholt werden sollte (siehe Teil B, Nr. 5)

Eine gute Dokumentation auf dem F 1030-Bogen sowie evtl. zusätzliche Befundberichte erleichtern die Rechnungsbeurteilung. Erstattung und Rechnungsprüfung können im Wesentlichen anhand dieser Unterlagen erfolgen.

Unzureichende Dokumentationen können zur Mindererstattung führen. Bei fehlender Angabe der Diagnose gibt der Kostenträger den Augenarztbericht zur Vervollständigung an den behandelnden Arzt zurück mit der Maßgabe, dass die Rechnung erst nach Vorlage einer korrekten Dokumentation bearbeitet werden kann.

Wegen der Überarbeitung der UV-GOÄ zum 01.07.2026 müssen im nachfolgenden Abschnitt redaktionelle Änderungen durch den Wegfall und der Neukonzeption von Leistungen vorgenommen werden. Inhaltliche Änderungen erfolgen nicht.

Allgemeine UV-GOÄ-Nummern, auch in der Augenheilkunde

Nr.	Leistung	Erläuterung	Häufigkeit
1	Symptomzentrierte Untersuchung bei Unfallverletzungen oder bei Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit einschließlich Beratung.	Zusammen im Behandlungsfall einmal innerhalb von drei Monaten berechnungsfähig, nicht neben Nr. 6. Mehrmalige Berechnung pro Tag ungewöhnlich	häufig
2	Umfassende Untersuchung verbunden mit nach Umfang und Zeit besonderem differenzialdiagnostischen Aufwand und/oder Beteiligung mehrerer Organe einschl. Klärung oder Überprüfung des Zusammenhangs mit der Berufstätigkeit sowie der notwendigen Beratung. Die Leistung kann pro Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechnet werden.	Kriterien: Umfassende Untersuchung Inspektion des äußeren Auges, Untersuchung des gesamten vorderen Augenabschnitts und monokulare Untersuchung des Augenhintergrundes. Eine Untersuchung mehrerer Organe muss nicht zwingend vorliegen. Besonderer differenzialdiagnostischer Aufwand Maßgebend sind hier die unterschiedliche Stadieneinteilung einer Erkrankung wie auch die Berücksichtigung multipler Verletzungsfolgen. Beispiele: Verätzungen (unterschiedliche Schweregrade-Angabe einer Stadieneinteilung) Augapfelprellungen (z. B. bei Netzhautödem, Kammerwinkelbetrachtung durch Gonioskopie, Vorderkammerblutung, Gesichtsfelduntersuchung notwendig) Fremdkörperverletzungen, die eine besondere Inspektion des Auges erforderlich machen, insbesondere wenn Metall auf Metall geschlagen ist auch bei scheinbar harmlosen Defekten, wenn ein Fremdkörper oberflächlich nicht sichtbar ist. Verletzungen mit Beteiligung des Augeninneren (Keratitis = Hornhautentzündung), Irititis = Regenbogenhautentzündung). Der besondere differentialdiagnostische Aufwand ist vom Arzt im Augenarztbericht (F 1030) zu dokumentieren. Ansatz erfolgt im Regelfall bei der Erstbehandlung; selten in den nachfolgenden Behandlungstagen (z. B. bei Änderung des Krankheitsbildes), jedoch nicht öfter als dreimal je Behandlungsfall. nicht neben Ziffer 1203, 1204, 1228, 1240	häufig
3	**Zuschlag zu den Nummern 1 oder 2 für Leistungen zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen.** *Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn Versicherte zu diesen Zeiten einbestellt werden.*		gelegentlich
11	Beratung – auch mittels Fernsprecher – als alleinige Leistung		gelegentlich

12	Zuschlag zu Nr. 11 für die Leistung zwischen 19-7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen.		gelegentlich/selten
16	Aushändigen von Wiederholungsrezepten und/ oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen – auch mittels Fernsprecher – durch die Arzthelferin als alleinige Leistung		
19	Einleitung und Koordination flankierender thera-peutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken Die Leistung nach Nummer 19 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.		
200	Verband – ausgenommen Schnellverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	Diese Leistung beschreibt einen normalen (Augen-)Verband, der in einem Behandlungsfall häufiger angewandt werden kann. Bei Ent-fernung von Fremdkörpern ist der Verband in der Leistung enthalten, ansonsten separat ansetzbar.	häufig
204	Zirkulärer Verband des Kopfes, des Schulter- oder Hüftgelenks oder des Rumpfes	In der Augenheilkunde werden selten derartige Verbände genutzt, gelegentlich notwendig	selten
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.	Mittels des Ultraschalls wird das Auge bei mangelnder Einsehbarkeit untersucht, z. B. bei unfallbedingt reduziertem oder fehlendem Einblick (nach Einblutungen bei Augapfelprellungen) oder bei (Verdacht auf) perforierenden Verletzungen mit intraokularem Fremdkörper, d. h. Fremdkörper im Auge. Bei Augenmuskelverletzungen oder Schäden im Bereich der Orbita ist die Ultraschalluntersuchung ebenfalls indiziert. (Augapfelprellung / Contusio bulbi). Die Ultraschalluntersuchung umfasst die Untersuchung beider Augen als paariges Organ. Bei <u>oberflächlichen Fremdkörperverletzungen</u> auf der Hornhaut oder der Bindehaut <u>nicht</u> ansetzbar.	selten
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.		selten
538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	Leistung wird verschiedentlich bei <u>oberflächlichen Fremdkörperverletzungen</u> als „Bestrahlungsbehandlung bei Hornhautverletzungen“ berechnet. Eine derartige Behandlung ist in der Leitlinie des Berufsverbandes der Augenärzte als Therapie von Verletzungen nicht aufgeführt. Der Leistungsinhalt dieser beiden Abrechnungsnummern ist auf physiotherapeutische Maßnahmen zielgerichtet. Wissenschaftlich fundierte Grundlagen über die	---------
548	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme)		---------

		Indikation bei Hornhautverletzungen existieren nicht. Die Vergütung der beiden Abrechnungsnummern im Zusammenhang mit Hornhautverletzungen entfällt.	
828	Messung visuell, akustisch oder somatosensorisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP)	Hierbei handelt es sich um eine spezielle Untersuchung der Leitfähigkeit des Sehnerves und der Sehbahn. Bei Unfallverletzungen äußerst selten. Ihre Berechtigung findet sich nur im Zusammenhang mit besonders schweren Verletzungen des Auges bzw. der Augenhöhle, insbesondere bei schweren Prellungen. Es muss der Verdacht auf eine akute Sehnervenschädigung gegeben sein.	selten

Fach(arzt)bezogene UV-GOÄ-Nummern in der Augenheilkunde

Auf dem abgedruckten Augenarztbericht sind musterartig die Untersuchungspositionen an den Stellen eingetragen, an denen der Augenarzt die entsprechende Leistung verzeichnet. Vollständige Angaben zu Unfallhergang, Befund, Diagnose sind zu erbringen.

Wichtig ist die Ermittlung des zeitlichen und ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und augenärztlichen Behandlungen.

Nr.	Leistung	Erläuterung	Häufigkeit
1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	Diese Position gibt die normale Sehschärfenprüfung jedes einzelnen Auges auch ohne Gläser wieder	häufig
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	Diese Position bedeutet mehr die Sehschärfenermittlung durch aktive Handlung des Arztes, bei der sowohl sogenannte sphärische wie auch zylindrische Gläser dem Probanden/Versicherten zur Erzielung einer besseren Sehschärfe vorgesetzt werden. Ansetzbar wenn Sehschärfe ohne Korrektur nicht 1,0. Diese Leistung beinhaltet die Untersuchung nach der 1200. Die beiden Positionen sind nicht nebeneinander ansetzbar.	häufig
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwendung eines Refraktometers	Die Durchführung dieser Position ist dann üblich, wenn bei der Sehschärfenprüfung ohne Korrektur zumindest an einem der beiden Augen keine Sehschärfe von 1,0 erreicht wird.	häufig
1203	Messung der Maximal- oder Gebrauchsakkommodation mittels Akkomodometer oder Optometer	Diese Untersuchung dient dazu, die mit zunehmendem Alter geringer werdende Einstellfähigkeit des Auges zu messen. Sie kann dann notwendig werden, wenn man z. B. nach einer Augapfelprellung die Funktion des die Akkommodation durchführenden Ciliarmuskels prüfen muss.	selten
1204	Messung der Hornhautkrümmungsradien	Diese Leistung ist sinnvoll, um einen evtl. vorhandenen unfallbedingten Hornhautfehler zu messen. Sie kann nicht neben der 1202 angesetzt werden.	selten

1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit	Mehrstärkenbrillen benötigt man in der Regel erst ab 40. Lebensjahr, Prismenbrillen selten. Im Rahmen von Unfällen ist die Überprüfung einer nicht mehr verträglichen Brille selten notwendig	selten
1209	Nachweis der Tränensekretionsmenge (z. B. Schirmer-Test oder Break-up Time)	Diese Leistung ist sinnvoll bei Verätzungen und z. B. bei Versorgung mit unfallbedingt notwendigen Kontaktlinsen. Nicht gemeint ist damit die Darstellung der Anfärbbarkeit von Hornhautepitheldefekten, wie sie bei Fremdkörperverletzungen vorkommen.	selten
1210	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge zum Zwecke der Verordnung - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie	Die Kontaktlinsennummern sind bei Anpassung von optischen Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe nach Unfalltraumata und auch bei dem Einsatz von therapeutischen Kontaktlinsen, falls diese zuvor genehmigt worden waren, ansetzbar. (Nicht neben Nrn. 6-10)	selten
1211	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen zum Zwecke der Verordnung - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie		selten
1212	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge und ggf. Anpassung einer anderen Kontaktlinse - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie		selten
1213	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen und ggf. Anpassung einer anderen Kontaktlinse - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie		selten
1215	Bestimmung von Fernrohrbrillen oder Lupenbrillen, je Sitzung		selten
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus, ggf. einschließlich qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes	Die Abrechnungsnummer kann dann zum Ansatz kommen, wenn die im F 1030-Bericht genannte Sehschärfe ohne Korrektion nicht beidseits 1,0 beträgt. Es soll unterschieden und kann dann ggf. ausgeschlossen werden, dass eine vorbestehende Schwachsichtigkeit und nicht der Unfall für die Verschlechterung der Sehschärfe (an dem betroffenen Auge) ursächlich ist.	häufig

1217	Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes	Mit dieser Nummer wird eine eingehende Schieldiagnostik mit Überprüfung des stereoskopischen Sehens bezeichnet. Sie ist bei unkomplizierten Verletzungen in der Regel nicht erforderlich. (Nicht neben Nrn. 6-10)	selten
1218	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen mit Augenmuskelstörungen, mindestens 36 Blickrichtungen pro Auge	Diese Leistung gehört zur Differenzialdiagnostik zur Abklärung von schon nach 1216 oder 1217 festgestellten komplexen Augenmuskelbewegungsstörungen bei schwerwiegenden Verletzungen.	sehr selten
1225	Kampimetrie (z. B. Bjerrum) - auch Perimetrie nach Förster	Die Gesichtsfelduntersuchungen sind gelegentlich notwendig nach Augapfelprellungen. Sie sind bei	selten
1226	Projektionsperimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte	regulären Fremdkörperverletzungen nicht erforderlich. Sie sind in aller Regel unangebracht am Tag der Verletzung; falls überhaupt notwendig, erst bei einer Kontrolluntersuchung.	selten
1227	Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie		selten
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben (z. B. Farbtafeln)	Die Überprüfung des Farbsinnes ist nach Unfällen nahezu nie indiziert.	selten
1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop		selten
1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaption	Ausschließlich im Rahmen gutachterlicher Fragestellungen (nicht neben 1234).	seltenst
1234	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	Die Überprüfung des Dämmerungssehens einschließlich der Blenderscheinungen ist im Rahmen der normalen Heilbehandlung nur dann erforderlich, wenn ein zentraler	selten
1235	Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung	Hornhautfremdkörper nach mehreren Wochen und Monaten zu starken Trübungen der Hornhaut und damit zu subjektiv starker Blendung geführt hat.	
1236	Untersuchung des Dämmerungssehens nach der Blendung (Readaptation)		
1237	Elektroetinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG)	Findet bei schweren Verletzungen Anwendung, wenn die Netzhaut z. B. durch eingedrungene verrostete Fremdkörper zerstört wird. Misst die elektrischen Ströme im Auge.	selten
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte - ggf. einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Pols (z. B. Hruby-Linse)	Diese Nummer beinhaltet die häufige, nahezu bei jeder Untersuchung erforderliche Beurteilung des Auges mittels der stark vergrößernden Spaltlampe. Sie ist Bestandteil der Positionen 1242 und 6-10 und neben diesen Nummern nicht ansetzbar.	sehr häufig
1241	Gonioskopie	Die mit dieser Nummer bezeichnete Untersuchung betrifft die Beurteilung eines bestimmten Teils des vorderen Auges, des sogenannten Kammerwinkels, mittels eines Umlenkspiegels/Kontaktglases.	selten

		Diese Untersuchung ist im Wesentlichen notwendig bei der Beurteilung eines Auges nach einer Augapfelprellung und den seltenen perforierenden/durchbohrenden Augenverletzungen. Eigenständige Leistung, neben 1240, 1242 und 6-10 ansetzbar.	
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschließlich der äußeren Peripherie (z. B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) - ggf. einschließlich der Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung	Diese Position umschreibt die Untersuchung des Augenhintergrundes mittels spezieller Lupen (binocular). Man kann bei der aufwendigen Untersuchung die Netzhaut auch in ihren äußeren Bestandteilen beurteilen. Sie ist notwendig bei Augapfelprellungen und auch bei einem Verdacht auf eine perforierende Verletzung. Sie ist nicht indiziert bei oberflächlichen Fremdkörpern. Neben den Nrn. 6-10 abrechenbar.	gelegentlich/selten
1243	Diasklerale Durchleuchtung	Diese Nummer bezeichnet die selten durchgeführte Durchleuchtung des Augapfels. Sie findet bei Fremdkörperverletzungen keine Anwendung.	selten
1244	Exophthalmometrie	Hier wird mittels eines speziellen Gerätes gemessen, inwieweit der Augapfel in die Augenhöhle eingefallen oder nach vorne geschoben ist. Der Ansatz in der Unfallheilkunde bezieht sich hier auf Blow-out-Frakturen der Augenhöhle (Orbitafrakturen). Bei Fremdkörperverletzungen kein Ansatz.	selten
1248	Fluoreszenzuntersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund - einschließlich Applikation des Teststoffes	Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine Kontrastmitteldarstellung des Augenhintergrundes mittels eines Farbstoffes. Sie findet Anwendung bei speziellen Fragestellungen wie z. B. Verletzungen mittels Laser	sehr selten
1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund - einschließlich Aufnahmen und Applikation des Teststoffes	pointer. Bei einfachen Fremdkörperverletzungen nie.	sehr selten
1250	Lokalisation eines Fremdkörpers nach Comberg oder Vogt	Ein ins Auge eingedrungener Fremdkörper wird mit einem speziellen Metallring im Auge röntgenologisch genau dargestellt. Nur bei dringendem Verdacht auf durchgreifende Fremdkörperverletzung, sonst nicht!	selten
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff	Bei dieser Leistung wird die Netzhaut gezielt betrachtet und beschrieben, um einen als notwendig erachteten operativen Eingriff in Folge vornehmen zu können. Der Ansatz der Nummer ist mit einer operativen Leistung gekoppelt (z. B. nach einer Verletzung). Wesentlich ist, dass Nr. 1251 und die daraus resultierenden ärztlichen Leistungen (z. B. Laserbehandlung) nicht bei einem zufällig entdeckten unfallunabhängig entstandenen Netzhautdefekt zu Lasten der BG ansetzbar sind.	selten
1252	Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampenfotographie	Die fotographische Verlaufskontrolle bedeutet nicht das Fotografieren eines Befundes. Unfallbedingt sind fotographische Dokumentationen zwar	selten

1253	Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundusfotographie	sinnvoll, in aller Regel aber nicht medizinisch indiziert.	selten
1255	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Impressionstonometers	Es handelt sich um eine nicht mehr gebräuchliche Methode der Augeninnendruckmessung mittels eines auf das Auge aufzulegenden Messgerätes. Diese Untersuchung wird evtl. bei liegenden, nicht transportfähigen Patienten bei Hausbesuchen noch notwendig	sehr selten
1256	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers	Die Ermittlung des Augeninnendrucks kann bei vielen Unfallverletzungen notwendig sein. Sie ist bei den meisten Verletzungen einmal im Behandlungsfall sinnvoll und akzeptabel. Mehrfache Messungen müssen begründet sein z. B. durch einen seitenungleichen oder erhöhten Augeninnendruck über 22 mm Hg. Dies sollte auf der Dokumentation vermerkt sein.	häufig
1257	Tonometrische Untersuchung (mehrfach in zeitlichem Zusammenhang zur Anfertigung tonometrischer Kurven, mindestens vier Messungen) - auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflusswiderstandes	Mehrfach tägliche Druckmessungen haben keine Berechtigung in der Akutversorgung von Arbeitsunfällen oder Berufserkrankungen. Die Position ist ansetzbar bei unfallbedingten Sekundärglaukomen.	selten
1259	Pupillographie	Es handelt sich hierbei um eine besondere Messung der Pupille, welche in der unfallmedizinischen Versorgung keinerlei Bedeutung hat.	sehr selten
1260	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	Diese Untersuchungen finden im Rahmen einer unfallmedizinischen Diagnostik keine Anwendung.	
1262	Ophthalmodynamometrie- ggf. einschließlich Tonometrie -, erste Messung		
1263	Ophthalmodynamometrie- ggf. einschließlich Tonometrie -, jede weitere Messung		
1268	Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik) mittels Spezial-Ophthalmoskop, Mindestdauer 20 Minuten	Die aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit findet in der unfallmedizinischen Versorgung ggf. bei Schädel-Hirn-Traumata mit Doppelbildern und Konvergenzstörungen Anwendung.	sehr selten
1269	Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik) mit Geräten nach dem Prinzip des Haploskops (z. B. Synoptophor, Amblyoskop), Mindestdauer 20 Minuten		sehr selten
1270	Unterstützende oder ergänzende pleoptische oder orthoptische Behandlung an optischen Zusatz- oder Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten		sehr selten
1271	Auswahl und Einprobieren eines künstlichen Auges		sehr selten

1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder Hornhaut	Nummer zur Entfernung von Fremdkörpern mittels einfacher Hilfsmittel, z. B. Watteträger.	häufig
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, aus der Lederhaut und/oder von eingebrannten Fremdkörpern aus der Bindehaut und/oder der Hornhaut	Diese beiden Positionen beschreiben die Entfernung von Fremdkörpern, die an der Hornhautoberfläche haften bzw. auch mitteltief in die Hornhaut eingedrungen sind. Die Wahl der Position hängt von der Einschätzung des Arztes ab und von der Art der Entfernung. Das Ausfräsen eines Rostringes oder auch der Narbenplatte	häufig
1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern aus der Hornhaut mit Ausfräsen des Rostringes	kann auch zweizeitig (in verschiedenen Sitzungen) erfolgen, d. h. die Positionen 1276 und 1277 kann auch in einer weiteren Konsultation angesetzt werden. Mehr als zweimal sollte der Ansatz der 1277 in einem Behandlungsfall nicht ohne Erklärung akzeptiert werden.	häufig
1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus der Hornhaut mittels Präparation	Diese Position gibt vor allem wieder, dass einerseits der Fremdkörper jeglichen Materials sehr tief in die Hornhaut eingedrungen sein muss, andererseits seine Entfernung nur mittels verschiedener Instrumente, vor allem von Pinzetten, möglich ist.	selten, (zu häufig angesetzt)
1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	Diese Positionen (Nrn. 1279 - 1291) werden hier nicht kommentiert. Ihre Erbringung im Rahmen der unfall- medizinischen Versorgung ist ausgesprochen selten.	sehr selten
1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern aus dem Augeninnern mit Hilfe des Magneten - einschließlich Eröffnung des Augapfels		sehr selten
1281	Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus dem Augeninnern		sehr selten
1282	Entfernung einer Geschwulst oder von Kalkinfarkten aus den Lidern eines Auges oder aus der Augapfelbindehaut		sehr selten
1283	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand und ohne Muskelablösung		sehr selten
1284	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand mit Muskelablösung		sehr selten
1285	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle mit Resektion der Orbitalwand		sehr selten
1290	Vorbereitende operative Maßnahme zur Rekonstruktion		sehr selten

	einer Orbita unter Verwendung örtlichen Materials, ausgenommen das knöcherne Gerüst		
1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle (z. B. nach Fraktur)		sehr selten
1292	Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone		sehr selten
1293	Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung oder Kaustik der Tränenwege, auch beidseitig	Diese Leistung kommt dann zum Ansatz, wenn bei einer Lidverletzung die Tränenwege mit beteiligt sind. Die Leistung ist nicht pro Tränenkanal, sondern insgesamt nur einmal pro Behandlungsdatum ansetzbar.	selten
1294	Sondierung des Tränennasenganges bei Säuglingen und Kleinkindern, auch beidseitig	Diese Positionen (Nrn. 1294 - 1333) werden hier nicht kommentiert. Ihre Erbringung im Rahmen der unfallmedizinischen Versorgung ist ausgesprochen selten.	sehr selten
1297	Operation des evertierten Tränenpünktchens		sehr selten
1298	Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanals		sehr selten
1299	Tränensackexstirpation		sehr selten
1300	Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses zur Nase mit Knochenfensterung		sehr selten
1301	Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse		sehr selten
1302	Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte oder des Epikanthus		sehr selten
1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte		sehr selten
1304	Plastische Korrektur des Ektropiums oder Entropiums, der Trichiasis oder Districhiasis		sehr selten
1305	Operation der Lidsenkung (Ptosis)		sehr selten
1306	Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung		sehr selten
1310	Augenlidplastik mittels freien Hornhauttransplantates		sehr selten
1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung		

1312	Augenlidplastik mittel Hautlappenverschiebung aus der Umgebung und freier Transplantation		
1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes durch Transplantation von Lippenschleimhaut und/oder Bindehaut bei erhaltenem Augapfel - einschließlich Entnahme des Transplantats und ggf. einschließlich Maßnahmen am Lidknorpel		sehr selten
1320	Einspritzung unter die Bindehaut		sehr selten
1321	Operation des Flügelfells		sehr selten
1322	Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik		sehr selten
1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung		sehr selten
1325	Naht einer Bindehaut- oder nicht perforierenden Hornhaut- oder nicht perforierenden Lederhautwunde		sehr selten
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde - auch mit Reposition oder Abtragung der Regenbogenhaut und ggf. mit Bindehautdeckung		sehr selten
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut- oder Lederhautverletzung mit Versorgung von Regenbogenhaut und Linse		sehr selten
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwerverletztem Augapfel, Zerschneidung von Hornhaut und Lederhaut, Beteiligung der Iris, der Linse, des Glaskörpers und der Netzhaut		sehr selten
1330	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel		selten
1331	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zur Nr. 1330		selten
1332	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel		selten

1333	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zur Nr. 1332		selten
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	Findet Anwendung bei unscharf begrenzten Erosionen und bei chronisch rezidivierenden Erosionen nach einer primären Verletzung der Hornhaut. Fremdkörperverletzungen in gleicher Sitzung abrechnungsmäßig nicht ansetzbar.	selten
1339	Abschabung der Hornhaut		selten
1340	Thermo- oder Kryotherapie von Hornhauterkrankungen (z. B. Herpes ulcus) mit Epithelentfernung		selten
1341	Tätowierung der Hornhaut	Nummern 1340 bis 1386 bei unfallbedingten Operationen werden nicht kommentiert. Ansatz und Kombinierbarkeit ist im Einzelfall zu klären.	sehr selten
1345	Hornhautplastik		
1346	Hornhauttransplantation		
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut (Keratoprothesis)		
1348	Diszision der klaren oder getrübten Linse oder des Nach(t)stars		
1349	Operation des weichen Stars (Saug-Spül-Vorgang) - ggf. mit Extraktion zurückgebliebener Linsenteile		
1350	Staroperation - ggf. mit Iridektomie - einschließlich Nahttechnik		
1351	Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse		
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung		
1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse		
1354	Extraktion einer luxierten Linse		

1355	Partielle oder totale Extraktion des Nach(t)stars		
1356	Eröffnung (Parazentese), Spülung oder Wiederherstellung der Augenvorderkammer, als selbständige Leistung		
1357	Hintere Sklerotomie		
1358	Zyklodialyse, Iridektomie		
1359	Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie-Operation		
1360	Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik)		
1361	Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom		
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars bei Glaukom		
1365	Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung und/oder Netzhautblutung, je Sitzung		
1366	Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen		
1367	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen		
1368	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie		
1369	Koagulation oder Lichtkaustik eines Netz- oder Aderhauttumors		
1370	Operative Entfernung des Augapfels		
1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe		

1372	Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation		
1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle		
1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - ggf. einschließlich Iridektomie		
1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - ggf. einschließlich Iridektomie -, mit Implantation einer intraokularen Linse		
1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens		
1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/Rutheniumplombe		
1380	Operative Entfernung eines Iristumors		
1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors (Zyklektomie)		
1382	Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom		
1383	Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbständige Leistung		
1384	Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer) als selbständige Leistung		
1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut		

Fallbeispiele, übliche Abrechnung bei leichten Augenverletzungen (Fremdkörper, Erosio u.Ä.)

1. **Verblitzung/Keratitis photoelectrica**

1. Tag	2,1200, 1256, 200 oder 1, 1240, 1256, 200 ggf. statt 1200 die Nr. 1201, 1202.
evtl.2. Tag	1200, 1240, 200
3. Tag	1200, 1240

2. **Bindehaut-, Hornhautfremdkörper**

Meist handelt es sich um Hornhautfremdkörper. Die seltener auftretenden Bindehautfremdkörper sind meist subtarsal, d. h. unter dem Oberlid gelegen.

1. Tag	2 oder 1, 1200 oder 1201, 1202, (1216), 1256, 1275 (Bindehaut) oder 1276 respektive 1277
2. Tag	evtl. 1 (falls 2 am ersten Tag), 1200, 1240, 200

3. **Contusio bulbi/Augapfelprellung**

1. Tag	2, 1200, 1216, 1242, 1256
2. Tag	1 (falls am 1. Tag 2 genutzt), 1201, 1202, 1241, 1242, 1256, ggf. 1226 oder 1227
3. Tag	1200, 1240 oder 1242 oder 2

4. **Verätzungen**

1. Tag	2, 1200, 1216, 1256, 200
2. Tag	1, 1201, 1202, 1240, 1256
3. Tag	1200, 1240, ggf. 2 statt 1240

Anmerkung: Bei diesen Beispielen handelt es sich nicht um definierte, vorgegebene Abrechnungen, sondern um eine Darstellung der Möglichkeiten. Grundsätzlich kann man sagen, dass die Behandlung einer Augenverletzung Konsultationen auch an mehreren Tagen erforderlich machen kann. Dies ist aus Gründen der Verlaufskontrolle akzeptabel und oft auch angebracht.

Hingegen ist es ungewöhnlich und meistens den Umständen nicht angemessen, wenn eine Verletzung nur einen Behandlungstag erfordert, an diesem Tag jedoch sehr viele aufwändige diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden.

5. **Häufigkeit einzelner Abrechnungsnummern bei leichten Augenverletzungen**

üblich:
1, 2, 1200, (1201), (1202), (1216), 1240, 1256, 1275, 1276, 1277.

zusätzlich gelegentlich:
1201, 1202, 1216, 1242, 1278

unüblich, selten medizinisch indiziert:
204, 410, 420, 828, 1203, 1207, 1217, 1218, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1234, 1235, 1236, 1241, 1251, 1339

Empfehlungen für medizinisch indizierte Arbeitsunfallverletzter mit therapeutischen Kontaktlinsen

Grundsätzlich stellen weiche, zur **Therapie eingesetzte** Kontaktlinsen - gelegentlich auch als Verbandslinsen bezeichnet - seltene Ausnahmefälle in der Behandlung von Arbeitsunfällen dar.

Indikation:
Als **akut notwendige** Versorgung ist ausschließlich eine vollständige bzw. nahezu vollständige Hornhautperforation (Hornhautdurchtrennung) mit glatt adaptierten (anliegenden) Wundrändern zu sehen. Es handelt sich hierbei um eine äußerst seltene Verletzung, die nahezu ausschließlich in Augenkliniken behandelt wird. Die Indikationsprüfung wird hierdurch vereinfacht. Auf Grund der Eilbedürftigkeit sollte in diesen Fällen der zuständige Unfallversicherungsträger über die Versorgung fernmündlich oder per Telefax, möglichst am gleichen Tage, unterrichtet werden.

Weitere **seltene** Indikationen für therapeutische Kontaktlinsen

- chronisch wiederkehrende Defekte der Hornhautoberfläche
- chronische Hornhautentzündungen
- bullöse (blasenartige) Hornhautveränderungen
- unfallbedingtes Narbenektropium (Innenwendung des vernarbten Lides mit Scheuern der Wimpern auf der Hornhaut)
- Zustand nach verletzungsbedingter, vollständiger Entfernung des Hornhautepithels (oberflächliche Hornhautschicht)
- Zustand nach Keratoplastik (Hornhautübertragung).

In all diesen Fällen sollte bzw. müsste vor der Anwendung therapeutischer Kontaktlinsen eine erfolglose medikamentöse Behandlung vorangegangen sein.

Grundsätzlich sollte die geplante Versorgung **vorab** mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger erörtert und vereinbart werden. Bei strikter Beachtung der vorgenannten Indikationen dürfte eine fernmündliche Genehmigung kurzfristig auch ohne Einschaltung des jeweiligen fachärztlichen Beraters möglich sein.

Kosten
Die Kosten für therapeutische Kontaktlinsen, in Betracht kommen in erster Linie weiche, möglichst sauerstoffdurchlässige Linsen ohne „Sehstärke“ (sog. Plan-Linsen), sollten in etwa 60,00 € für den **gesamten Behandlungszeitraum** nicht übersteigen. Austauschsysteme für 4-6 Wochen mit 6 Kontaktlinsen sind ebenfalls empfehlenswert. Die Kosten hierfür liegen ebenfalls bei maximal 60,00 € DM, inkl. Mehrwertsteuer.

Zusätzlich können bei der Versorgung mit therapeutischen Kontaktlinsen vom Augenarzt die UV-GOÄ-Ziffern 1210 (oder 1211, Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse für ein Auge oder zwei Augen zum Zwecke der Verordnung) und 1212/1213 (Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinsen) berechnet werden.

Beratende Augenärzte im BG-Referates des Berufsverbandes der Augenärzte	Dr. U. Oeverhaus 3397 Rietberg Tel.: 0 52 44/80 83 Fax: 0 52 44/78 74 5
Beratungszuständigkeit:	Rheinland-Westfalen, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordwestdeutschland

	Dr. A. Zarth Bahnhofstraße 3 82211 Herrsching Tel.: 0 81 52/9 20 30 Fax: 0 81 52/9 20 35
Beratungszuständigkeit:	Bayern, Sachsen, Hessen-Mittelrhein, Thüringen Südwestdeutschland
Arbeitskreis „Gebührenordnung“ im Berufsverband der Augenärzte	Dr. S. Schneider Maximilianstraße 52 95444 Bayreuth Tel.: 09 21/6 34 30 Fax: 09 21/6 70 75
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)	Glinkastr. 40 10117 Berlin Tel.: 030 13001-0 Fax: 030 13001-9876
Redaktion: Landesverband Südost der DGUV	Am Knie 8 81241 München Tel.: 030 13001-5800 Fax: 030 13001-5899

UV-GOÄ/Abschnitt J
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Nr. 1412 UV-GOÄ
Experimentelle Prüfung des statischen Gleichgewichts (Drehversuch, kalorische Prüfung und Lagenystagmus) (Stand 07/2026)

1. Die **einfache Prüfung des statischen Gleichgewichts** wird bereits durch die Leistungen nach Nrn. 2 oder 800 erfasst. Zur einfachen Prüfung gehören

   - Beobachtung des spontanen Nystagmus (Augenzittern),
   - Kopfschütteln mit nachfolgender Beobachtung von Schwindel und Nystagmus,
   - Laufen auf einer gedachten Linie (Geradeausgehvermögen),
   - Stehversuch,
   - Zeigefingerversuch,
   - Ataxieversuch der Beine (Entlangstreichen der Ferse am anderen Schienbein).

   Für die einfache Prüfung des statischen Gleichgewichts ist Nr. 1412 nicht berechenbar.

2. Nur die in der Leistungslegende der Nr. 1412 genannten Prüfungen (kalorischer Reiz des Gehörgangs mittels kalten und warmen Wassers, Auslösen eines künstlichen Drehreizes, Pendelprovokation usw.) begründen den Anspruch auf die Gebühr nach Nr. 1412.

3. Nr. 1412 ist **nicht neben Nr. 826** berechenbar (s. Zusatzbestimmung zu Nr. 826).

Nr. 1425 UV-GOÄ
Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung
(Stand 10/2010)

Nr. 1426 UV-GOÄ
Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung
(Stand 10/2010)

1. Nr. 1425 darf nicht neben Nr. 1426 berechnet werden, weil sie in Nr. 1426 eingeschlossen ist; beide Leistungen sind nicht neben Nrn. 1435 und 2320 berechenbar (Brück, Komm. z. GOÄ, Erl. zu Nrn. 1425, 1426).

2. Die Leistung bezieht sich auf das gesamte Organ der Nase mit den beiden Nasenhälften. Nr. 1425 ist somit nur einmal ansatzfähig, wenn im zeitlichen Zusammenhang beide Nasenhälften versorgt werden.

3. Wie in der Leistungslegende ausdrücklich bestimmt, können die Nrn. 1425, 1426 nur als selbständige Leistung, d. h. nur als **Zielleistung** und nicht etwa als Ersatz für einen Verband oder im Zusammenhang mit einer OP abgerechnet werden, insbes. **nicht neben Nr. 2320** (Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase einschließl. Tamponade - ggf. einschl. Wundverband), weil dort Ausstopfung und Wundverband ausdrücklich als Bestandteil der Leistung aufgeführt sind.

   Im Zusammenhang mit einer Nasenoperation oder Kieferhöhlenpunktion (-spülung) ist die Tamponade der Nase somit nur als unselbständige Hilfsleistung anzusehen. Das Einbringen eines Streifens mit Medikamentenlösung oder Salbe in die Nase erfüllt ebenfalls nicht den Leistungsinhalt (vgl. Brück, a. a. O.).

Zur **Stillung von Nasenbluten** mittels Tamponade ist lediglich die Nr. 1435 berechenbar.

M e r k e:

- **Nrn. 1425, 1426 sind nicht nebeneinander berechenbar, auch nicht neben Nrn. 1435 und 2320.**
- **Die Leistung bezieht sich auf die Nase als Ganzes; die Versorgung beider Nasenhälften ist somit nur einmal nach einer Leistungs-Nr. berechenbar.**
- **Nrn. 1425, 1426 sind nur als selbständige Leistung (Zielleistung) berechenbar, also nicht etwa im Zusammenhang mit einer Nasenoperation oder Kieferhöhlenpunktion (-spülung). Die Stillung von Nasenbluten mittels Tamponade ist nur nach Nr. 1435 berechenbar.**

Nr. 1530 UV-GOÄ
Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop
(Stand 12/2018)

Bei der Nr. 1530 handelt es sich um eine Leistung des HNO-ärztl. Fachgebiets; sie ist grundsätzlich indiziert im Rahmen gezielter diagnostischer Fragestellungen bei Beschwerden oder Erkrankungen im Bereich des Kehlkopfes.

Ein **Knalltrauma** führt regelmäßig nicht zu einer Schädigung des Kehlkopfbereichs, so dass die HNO-ärztl. Untersuchung nach einem derartigen Trauma nicht regelhaft die Leistung nach Nr. 1530 umfasst. Die Gebühr ist ggf. - mit dieser Begründung - zu streichen.

Im Rahmen einer **Vollnarkose** (z. B. Allgemeinanästhesie nach der Nr. 462) darf die Nr. 1530 grundsätzlich nicht berechnet werden (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, Anm. zu Nr. 1530) und ist daher – mit dieser Begründung - zu streichen. Das gilt auch für die routinemäßige Absaugung des Rachens am Ende der Intubationsnarkose (vgl. Schleppers/Weißauer, Anästhesiekomm. z. GOÄ, Anm. zu Nr. 1530).

Nr. 1569 UV-GOÄ
Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle
(Stand 04/2006)

Nr. 1570 UV-GOÄ
Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle
(Stand 04/2006)

Die Leistungslegende bezieht sich auf nur einen Fremdkörper; werden mehrere Fremdkörper entfernt, sind die o. g. Nrn. mehrfach berechenbar.

Postoperativ zurückgebliebene **Gewebsreste**, sich abstoßendes **Körpermaterial** oder **Granulationen** stellen keine Fremdkörper im Sinne der o.g. Nrn. dar; eine derartige Entfernung kann daher nicht nach Nrn. 1569 f. abgerechnet werden. Das gilt auch für ein vom Arzt eingelegtes Verweilröhrchen (Brück, Komm. z. GOÄ, zu Nr. 1569).

Die Entfernung eines – salbenbestrichenen - **Gazestreifens** oder einer **Tamponade** (z. B. nach vorausgegangener chemischer Ätzung) ist ebenfalls nicht mit der Entfernung eines Fremdkörpers vergleichbar und somit nicht nach Nrn. 1569 f. abrechenbar (s. auch nachfolgende Arb.Hinweise zu Nr. 1578).

Merke:

Für die Entfernung von Gewebsresten oder Granulationen, des vom Arzt eingelegten Verweilröhrchens, eines Gazestreifens, einer Tamponade usw. können die Nrn. 1569 f. nicht berechnet werden.

Nr. 1578 UV-GOÄ
Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig (Stand 04/2006)

Die Leistungslegende schließt ausdrücklich die **beidseitige Behandlung** ein, ist also auch für die Behandlung beider Ohren nur einmal ansetzbar.

Die nach der chemischen Ätzung in den Gehörgang eingeführte **Tamponade** oder das Einlegen eines - ggf. salbenbestrichenen - **Gazestreifens** darf nicht berechnet werden.

Auch der **Wechsel des Gazestreifens** an einem anderen Tag kann weder nach Nr. 1578 noch nach Nr. 200 abgerechnet werden, weil es sich weder um eine chemische Ätzung noch um einen Verband handelt. Das gilt auch für das alleinige Einlegen eines Gazestreifens (Brück, Komm. z. GOÄ, zu Nr. 1578).

Nr. 1578 bezieht sich allein auf die Ätzung des Gehörgangs; die Leistung bedarf also der ortsbezogenen diagnostischen Begründung.

Merke:

- **Die nach der Ätzung in den Gehörgang eingeführte Tamponade oder das Einlegen eines Gazestreifens ist nicht nach Nr. 1578 berechnungsfähig.**
- **Auch ein späterer Wechsel des Gazestreifens darf weder nach Nr. 1578 noch nach Nr. 200 berechnet werden.**

UV-GOÄ/Abschnitt L
Chirurgie, Orthopädie

Allgem. Best. zu Abschnitt L. bzw. vor Nrn. 2000 ff. UV-GOÄ – Chirurgie, Orthopädie – (Stand 12/2013)

Allgem. Best.:

(1) Zur Erbringung der in Abschnitt L. aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden.

(Abs. 2 der Allgem. Best. ist nicht abgedruckt.)

Ergänzung zum 01.03.2013:

Für die Abgrenzung der Begriffe „klein"/"groß" bzw. „ausgedehnt" bei operativen Eingriffen gilt:
Länge: kleiner/größer 3 cm
Fläche: kleiner/größer 4 cm^2
Volumen: kleiner/größer 1 cm^3
Ausgedehnt: größer 4 cm^2 oder größer 1 cm^3

Nicht anzuwenden ist der Begriff „klein" bei Eingriffen am Kopf und an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag, soweit zu der jeweiligen Leistung nichts anderes bestimmt ist.

Hinweis:

Im Beschluss heißt es „…Kinder bis zum 7. Geburtstag.". Das ist ein Redaktionsversehen. Es war beabsichtigt, die bisherige Altersgrenze „Vollendung des 6. Lebensjahres" mit einer klareren Formulierung fortzuschreiben. Daher muss es heißen „Kinder bis zum 6. Geburtstag". Dies ist mit Beschluss vom 26. März 2013 der Gebührenkommission nach § 52 ÄV mit Wirkung zum 1. April 2013 geändert worden. Ab dem 1. April 2013 gilt der 6. Geburtstag des Kindes.

Die zum 01.03.2013 aufgenommene Definition von „klein"/"groß" bzw. „ausgedehnt" galt bisher schon als Empfehlung und ist jetzt als verbindliche Regelung in die UV-GOÄ aufgenommen worden, ebenso die Besonderheit, dass bei Eingriffen am Kopf und an den Händen und bei Kindern bis zum 6. Geburtstag immer die Gebührennummer für die entsprechende „große" Leistung abgerechnet werden kann. In der Leistungslegende kann jedoch etwas anderes bestimmt werden.

Von der Möglichkeit, „etwas Anderes zu bestimmen", ist in Nr. 2403 und in Nr. 2001 Gebrauch gemacht worden. Die Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst wird auch dann nach Nr. 2403 abgerechnet, wenn die Geschwulst am Kopf oder an den Händen entfernt wurde. Die Abrechnung der Nr. 2404 für die größere Geschwulst ist dann nicht abrechenbar. Die Leistung nach Nr. 2001 ist bei Verwendung von Gewebekleber auch für die Versorgung von Wunden am Kopf und an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag abzurechnen.

Auch wenn nicht ausdrücklich vor diesem Abschnitt der UV-GOÄ beschrieben, gelten die Allgemeinen Bestimmungen des Abschnittes L. Chirurgie, Orthopädie, Satz 1 und 2, auch sinngemäß für operative Leistungen auf dem Fachgebiet Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde sowie Augenheilkunde.

I. Nrn. 2000 ff. und Nr. 200 UV-GOÄ
Operative Leistungen/Wundversorgung und Verbände
(Stand 07/2026)

Es stellt sich in der Praxis immer wieder die Frage, zu welchen ärztl. Leistungen insbes. nach den Nrn. 2000 ff. ein Wundverband zusätzlich berechnet werden kann.

Grundsätzlich gilt, dass ein **Verband nach der Nr. 200 im Zusammenhang mit einer operativen Leistung** nicht zusätzlich berechnet werden darf (vgl. Allgem. Best. vor Nrn. 200 ff.).

Als operative Leistungen in diesem Sinne gelten auch die Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005 - **Wundversorgung**.

Die Berechenbarkeit der Wundverbände nach Nr. 200 neben einer operativen Leistung oder Wundversorgung ist nur **einmalig für den Zeitpunkt der jeweiligen Leistungserbringung** ausgeschlossen; bei späteren Verbandwechseln darf die Nr. 200 grundsätzlich angesetzt werden.

Neben der Gebühr für die operative Leistung oder für die Wundversorgung können immer zusätzlich die **„Besonderen Kosten“** der Wundverbände berechnet werden.

Verbände, die **keine Wundverbände** darstellen, also nicht der Abdeckung der Wunde oder des Operationsgebietes, sondern anderen therapeutischen Zielen dienen (z. B. Kompressionsverbände), sind von den Allgem. Best. vor Nrn. 200 ff. nicht erfasst und können (bei entspr. Indikation) somit grundsätzlich neben operativen Leistungen angesetzt werden.

Die Leistungen nach den **Nrn. 2006** und **2007** sind nicht als operative Leistungen anzusehen; insoweit dürfen Wundverbände – bei entsprechender Indikation - zusätzlich angesetzt werden (Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer vom 12.09.1996).

Typisches Merkmal für die **Zuordnung zu den operativen Leistungen** im Sinne der Allgem. Bestimmung vor Nrn. 200 ff. bzw. zu **Punktionen** (Nrn. 300 ff.), **Infusionen** (Nrn. 270-279), **Transfusionen** (Nrn. 280-282) oder **Injektionen** (Nrn. 252 ff.) ist, dass die Haut bzw. Schleimhaut vom Arzt durchbohrt bzw. durchschnitten wird oder offene Hautstellen wie bei schlecht heilenden Wunden oder Ekzemen durch Ätzung, also Teilverschorfung der Oberfläche, behandelt werden.

In diesem Sinne sind als **operative Leistungen** anerkannt

- im Bereich der **Augenheilkunde**

die Nrn. 1248, 1249, 1276 bis 1278, 1280 bis 1285, 1290, 1293, 1297 bis 1306, 1310 bis 1313, 1318 bis 1323, 1325 bis 1328, 1330 bis 1333, 1338 bis 1341, 1345 bis 1359

- im Bereich der **HNO-Heilkunde**

die Nrn. 1445 bis 1450, 1455 bis 1459, 1465 bis 1472, 1485 bis 1488, 1492, 1493, 1495 bis 1497, 1499 bis 1501, 1505 bis 1514, 1518 bis 1522, 1526, 1527, 1534, 1535, 1540 bis 1551, 1567, 1568, 1575, 1576, 1578 bis 1580, 1585, 1586, 1588, 1595 bis 1598, 1600 bis 1602, 1610 bis 1614, 1620 bis 1628, 1635 bis 1639

- im Bereich der **Chirurgie und Orthopädie**

die Nrn. 2000 bis 2005, 2008 bis 2010, 2030 bis 2036, 2040 bis 2045, 2050 bis 2056, 2060 bis 2067, 2070 bis 2076, 2080 bis 2086, 2091, 2092, 2100 bis 2106, 2110 bis 2113, 2117 bis 2126, 2130 bis 2137, 2140 bis 2147, 2155 bis 2163, 2170 bis 2174, 2183, 2184, 2210, 2213, 2216, 2219, 2220, 2223, 2230, 2235, 2250 bis 2260, 2263, 2265, 2269, 2275, 2276, 2278, 2280 bis 2289, 2291 bis 2297, 2325, 2332 bis 2334, 2336, 2338a, 2344, 2346 bis 2358, 2380 bis 2386, 2390 bis 2397, 2400 bis 2405, 2410 bis 2421, 2427 bis 2432, 2440 bis 2453, 2500 bis 2510, 2515 bis 2519, 2525 bis 2531, 2535 bis 2542, 2550 bis 2557, 2560, 2561, 2563 bis 2566, 2570 bis 2577, 2580 bis 2590, 2595 bis 2604, 2620 bis 2622, 2630 bis 2633, 2640 bis 2647, 2650 bis 2654, 2660 bis 2667, 2670 bis 2676, 2680 bis 2686, 2690 bis 2695, 2700 bis 2702, 2705, 2706, 2710 bis 2712, 2715, 2716, 2750 bis 2757, 2800 bis 2803, 2807 bis 2810, 2820 bis 2829, 2835 bis 2844, 2850 bis 2857, 2880 bis 2883, 2885 bis 2891, 2895 bis 2902, 2920, 2921, 2950 bis 2957, 2959, 2960, 2970, 2972 bis 2977, 2985, 2990 bis 3002, 3010 bis 3013, 3050 bis 3054, 3065 bis 3091, 3095 bis 3097, 3120, 3125 bis 3130, 3135 bis 3139, 3144, 3145 bis 3158, 3165 bis 3177, 3184 bis 3190, 3195 bis 3200, 3202, 3205 bis 3210, 3215 bis 3223, 3231 bis 3235, 3237, 3239 bis 3241, 3280, 3281, 3283 bis 3288, 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

M e r k e zu Nrn. 2000 ff. und Nr. 200 UV-GOÄ:

- **Im Zusammenhang mit einer Wundversorgung oder einer operativen Leistung nach den Nrn. 2000 bis 2005, 2008, 2009 und 2010 usw. können Wundverbände nach Nr. 200 nicht zusätzlich abgerechnet werden.**

- **Das gilt für alle operativen Leistungen, also z. B. auch auf dem Gebiet der Augenheilkunde (z. B. Nrn. 1275 ff.) oder der HNO-Heilkunde (vgl. die o.g. Zusammenstellung der operativen Leistungen).**

  Diese Einschränkung der Abrechenbarkeit trifft nur einmalig für den Zeitpunkt der jeweiligen Leistungserbringung zu.

- **Die „Besonderen Kosten" der Nr. 200 sind neben der Wundversorgung bzw. operativen Leistung abrechenbar.**

  Verbände, die keine Wundverbände darstellen (z. B. Kompressionsverband, Nr. 203A), können bei entsprechender Indikation grundsätzlich neben einer operativen Leistung berechnet werden.

- **Leistungen nach den Nrn. 2006 und 2007 sind nicht als operative Leistungen im o. g. Sinne anzusehen, somit dürfen Wundverbände – bei entsprechender Indikation - zusätzlich berechnet werden.**

Nrn. 2000 bis 2005 UV-GOÄ
Wundversorgung
(Stand 01/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung der Nrn. 2000 bis 2005:

- *Nr. 2000: Erstversorgung einer kleinen Wunde*
- *Nr. 2001: Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht und/oder Gewebekleber. Die Leistung ist bei Verwendung von Gewebekleber auch für die Versorgung von Wunden am Kopf und an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag abzurechnen.*
- *Nr. 2002: Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht*
- *Nr. 2003: Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde*
- *Nr. 2004: Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht*
- *Nr. 2005: Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde, einschließlich Wunddebridement und Naht, welche einen Zeitaufwand in der Regel von 15 Minuten (Schnitt-Naht-Zeit) erfordert. Der Operationsbericht ist dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen.*

Zusatzbestimmung zu Nrn. 2000 bis 2005:

Neben den Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nr. 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.

1. Wunden im Sinne der Nrn. 2000 bis 2005 sind durch mechanische Gewalt verursachte **Verletzungen der Haut und/oder Schleimhaut** sowie Brandwunden.

   Durch OP entstandene Wunden werden von den Nrn. 2000-2005 nicht erfasst. Auch Ekzeme, Geschwüre oder andere Hauterkrankungen, die zu einer Unterbrechung der Hautoberfläche führen, zählen nicht zu den Wunden nach Nrn. 2000 ff.

   Die Leistungslegenden der Nrn. 2000 bis 2005 beziehen sich jeweils nur auf **eine einzelne Wunde**. Werden mehrere Wunden versorgt, können die Gebühren-Nummern entspr. mehrfach angesetzt werden.

   Nr. 2000 und Nr. 2003 sind nur für die **Erstversorgung** einer Wunde, also die Behandlung einer frischen Verletzung, berechnungsfähig. Die Nrn. 2001, 2002 und 2004, 2005 können dagegen auch bei späterer Behandlung (z. B. nach Sekundärnaht) angesetzt werden.

2. Die **Nrn. 2000 bis 2002** beziehen sich auf **kleine Wunden, Nrn. 2003 bis 2005** auf **große Wunden**. Nach welchen Kriterien zu differenzieren ist, lässt sich den Leistungsbeschreibungen nicht entnehmen. Seit dem 1.03.2013 gibt es dazu eine verbindliche Definition in den Allgemeinen Bestimmungen zum Teil L Chirurgie, Orthopädie, mit der die bisher geübte Praxis, die sich am EBM orientierte, festgeschrieben wurde (siehe Erl. zu den Allg. Best.)
3. Kleine Wunden, die gleichzeitig eine **starke Verunreinigung** aufweisen, sind im Rahmen der **Nrn. 2003 und 2005** den großen Wunden gleichgestellt.

   Für eine **starke Verunreinigung** ist zu fordern, dass bei der Wundversorgung ein entspr. höherer ärztl. Aufwand für die Reinigung der Wunde anfallen muss. Schließlich soll eine höher bewertete Gebühr einen entspr. höheren ärztl. Aufwand abgelten. Der praktisch bei jeder Verletzung bis zu einem gewissen Grade vorkommende bakterielle Befall der Wunde kann als alleiniges Kriterium für eine starke Verunreinigung nicht ausreichen.

   Die Nrn. 2003 bzw. 2005 werden in der Praxis zunehmend abgerechnet. Auffällig ist dabei, dass in den Befunden häufig die Größe der Wunde sowie Art und Ausmaß der

Verunreinigung nicht beschrieben werden. Eine kritische Prüfung ist vor allem angezeigt, wenn in einer Praxis regelmäßig die Nrn. 2003 bis 2005 berechnet werden bzw. ausschließlich die Nr. 2005 berechnet wird.

Neben den Nrn. 2003 und 2005 können die Nrn. 2009 und 2010 für dieselbe Wunde nicht gesondert berechnet werden. Nach den Allg. Bestimmungen zu Abschnitt L ist das Entfernen von Schmutz/Fremdkörpern ein Einzelschritt bei der Wundversorgung und damit Bestandteil der Leistung. Die **Nr. 2005** wurde zum 1.03.2013 gebührenmäßig deutlich aufgewertet. Sie wird als echte ambulante Operation mit einem Zuschlag nach Nr. 442 vergütet. Die Rechtfertigung ergibt sich aus dem hohen ärztlichen Aufwand für die Versorgung großer und/oder stark verunreinigter Wunden. Die Notwendigkeit eines Wunddebridement **und** der Naht sind unabdingbare Voraussetzungen für die Abrechnung dieser Leistung. Im Zweifel kann sich der UV-Träger den Operationsbericht vorlegen lassen. Die Leistungslegende sieht das ausdrücklich vor. Werden mehrere Wunden versorgt, kann der Zuschlag nur einmal abgerechnet werden.

4. **Nrn. 2001 und 2004** sind berechenbar, wenn bei der Wundversorgung zugleich eine **Naht der Wunde** erfolgt. Eine Klammerung reicht insoweit aus. Bei kleinen Wunden kommt auch ein Verschluss mit Gewebeklebern/ Steristrips in Betracht. Die Nr. 2001 wurde dahingehend abgeändert, dass statt oder neben der Naht auch eine Wundversorgung mit Gewebekleber möglich ist. Diese Leistung ist auch abzurechnen, wenn Gewebekleber für die Versorgung von Wunden am Kopf, an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag verwendet wird (s. Leistungslegende der Nr. 2001). Die Versorgung kleiner Wunden mit Kleber/Steristrip am Kopf und an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag rechtfertigt **nicht** die Abrechnung der Nr. 2004 (siehe dazu Erläuterungen unten zu Nr. 5). Die Kosten für den Kleber können bei einer Abrechnung mit den besonderen Kosten nicht separat geltend gemacht werden, sondern sind mit den Besonderen Kosten abgegolten (vgl. § 2 Abs. 1 BG-NT). Bei Verwendung von Gewebekleber (nicht Steristrip) kann der höhere Betrag abgerechnet werden.

   Alternativ hat der Arzt die Möglichkeit bei der mit Wundkleber versorgten Wunde ohne die besonderen Kosten abzurechnen. In diesem Fall kann er nach Abschnitt A der UV-GOÄ die Kosten nach Einzelnachweis abrechnen. An diese Entscheidung ist er im Weiteren Behandlungsverlauf 3 Monate gebunden. § 8 Ärztevertrag verlangt, dass wirtschaftliche Grundsätze zu berücksichtigen sind.

   Dies bedeutet, dass der behandelnde Arzt bei der Wahl erforderlicher und zweckmäßiger Wundkleber grundsätzlich wählen kann, welchen er nutzt.
   Diese Wahl wird jedoch durch den Zusatz, dass er dabei wirtschaftliche Grundsätze zu berücksichtigen hat, eingeschränkt. Kosten für den Wundkleber bis zu 25 Euro bei der Abrechnung nach Teil A sind danach angemessen.

   Für **Nr. 2002** ist neben der Wundnaht zusätzlich eine **Umschneidung** der kleinen Wunde erforderlich.

   Für die Versorgung einer kleinen, aber stark verunreinigten Wunde ist **Nr. 2005** berechnungsfähig, wenn zusätzlich **ein Wunddebridement und Naht der Wunde** erforderlich und die 15 Minuten (Schnitt-Naht-Zeit) nachgewiesen sind.

5. **Kleine** Wunden am Kopf und an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag können, wie große Wunden abgerechnet werden, d.h., es wird die Gebühren-Nr. mit demselben Leistungsinhalt nur eben für die große Wunde herangezogen. Für die Nr. 2000 (ohne Naht) wird demnach die Nr. 2003 und für die Nr. 2001 die Nr. 2004 abgerechnet, vorausgesetzt es erfolgte auch eine Naht (Klammerung reicht aus, **nicht aber Kleber, Steristrips usw.**). **Wird die Wunde nur geklebt (Gewebekleber/Steristrips), ist die Leistungsbeschreibung der Nr. 2004 („einschließlich Naht“) nicht erfüllt. Die Abrechnung erfolgt nach Nr. 2001.**

   Die Neuanlage eines Steristrip im Rahmen der Wundkontrolle nach vorheriger Erstversorgung rechtfertigt nicht die erneute Abrechnung der Nr. 2001. Diese Maßnahme erfüllt nicht den vollständigen Leistungsinhalt der Nr. 2001.

6. **Nadelstichverletzungen**

Bei Nadelstichverletzungen (winzige Einstichstelle), die keine Besonderheiten aufweisen (kreisrunde Rötung, Infektion) handelt es sich um „kleine Wunden“ i. S. der Nr. 2000. Voraussetzung für die Abrechnung der Nr. 2000 ist aber, dass eine **ärztliche Erstversorgung** dieser winzigen Wunde **erforderlich und vom Arzt auch durchgeführt** wurde. Das Erfordernis der ärztlichen Erstversorgung der Einstichstelle wird in der Regel nicht gegeben sein, schon gar nicht mehr, wenn der Versicherte damit in der Arztpraxis ankommt und die Stelle zuvor schon selbst „behandelt“ hat (z.B. „Die Unfallverletzte hat die Wunde selbst zum Bluten gebracht und desinfiziert.“). Aber auch sonst dürfte eine ärztliche Erstversorgung nicht erforderlich sein. Die Frage, ob solche Verletzungen, wenn sie am Kopf oder an den Händen lokalisiert sind, sogar die Abrechnung der Nr. 2003 rechtfertigen, wie dies teilweise gefordert wird, stellt sich damit erst gar nicht.

Weist eine derartige „Wunde“ danach keine Besonderheiten (kreisrunde Rötung, Infektion) auf, bleibt kein Spielraum für den Ansatz von Gebühren für die weitere Versorgung einer Wunde, weder klein noch groß.

7. **Nebeneinanderberechnung**

Zu beachten ist, dass **neben operativen Leistungen**, auch bei **Zahnextraktionen** (= Operationswunde), in aller Regel die **Nrn. 2000 bis 2005 nicht berechenbar** sind. Insbes. sind die Nrn. 2001, 2004 oder 2005 nicht für die abschließende Naht nach einer OP berechenbar (vgl. Allgem. Best. zu Abschnitt L. – Grundsatz der Zielleistung - und Brück, Komm. z. GOÄ zu Nr. 2000, RdNr. 8). Somit ist

Nr. 2000 nicht neben Nrn. 1551, 2001 - 2003 (für dieselbe Wunde), 2033, 2073,
Nr. 2001 n. n. Nrn. 763, 1325, 1326, 1551, 2002 (für dieselbe Wunde), 2033, 2073,
Nr. 2002 n. n. Nrn. 1551, 2000, 2001(für dieselbe Wunde), 2033, 2073, 2586,
Nr. 2003 n. n. Nrn. 1551, 2004, 2005 (für dieselbe Wunde), 2033, 2073,
Nr. 2004 n. n. Nrn. 1551, 2005 (für dieselbe Wunde), 2033, 2073,
Nr. 2005 n. n. Nrn. 1551, 2005 (für dieselbe Wunde), 2033, 2073 berechenbar.

In der **Augenheilkunde** dürfen für die Behandlung des Auges (z. B. bei Verletzungen der Hornhaut oder Bindehaut) nur die Gebühren-Nummern der **Nrn. 1200 bis 1386** angesetzt werden. Für die Naht einer Bindehautwunde ist also nur Nr. 1325, nicht aber Nr. 2005 berechenbar.

Ist durch einen Unfall nicht nur eine Augenverletzung, sondern auch eine Verletzung der Haut entstanden, z. B. Wunde am Augenlid, und wird diese vom Augenarzt mitversorgt, ist neben den Nrn. 1200 ff. auch eine Wundversorgung nach den Nrn. 2000 ff. berechenbar.

Nr. 2005 UV-GOÄ
Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Wunddebridement und Naht (Stand 01/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Wunddebridement und Naht, welche einen Zeitaufwand von i.d.R. mindestens 15 Minuten (Schnitt-Naht-Zeit) erfordert. Der Operationsbericht ist dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen.
<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>
Neben den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nummer 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.

Für die Abrechnung der Leistung müssen alle in der Beschreibung genannten Kriterien erfüllt sein.
Die Wunde muss

- groß und/oder stark verunreinigt sein,
- ein Wundbedridement erfolgt sein und
- genäht worden sein.

In der Regel erfordert dies einen Zeitaufwand von mindestens 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit.

Es muss sich um eine Wunde handeln, die primär nicht genäht werden kann und zusätzlich ein Wunddenridement erforderlich macht.

Voraussetzung ist das Vorliegen einer Wunde [traumatisch oder nicht traumatisch bedingte Unterbrechung des Zusammenhangs von Körpergewebe mit oder ohne Substanzverlust]. Ein „Wunddebridement“ oder „Wundanfrischung“ ist ein chirurgisches Vorgehen zur Entfernung von geschädigtem, infiziertem, minderdurchblutetem und/oder nekrotischem Gewebe der Haut und Unterhaut durch im Allgemeinen keilförmiges Ausschneiden (Exzision) der Ränder und des Grundes mit Entfernung von zerstörtem Gewebe etc. bis zum Bereich des vitalen Gewebes. Danach Wundverschluss durch primäre Naht. Diese Maßnahmen müssen im OP-Bericht dokumentiert sein.

Die Wundversorgung muss insgesamt auch einen der Gebührenhöhe entsprechenden Zeitaufwand erfordern, der in der Regel (OP-Zeit (Schnitt, Naht) nicht unter 15 Min. dauert. Nur dafür wurde seinerzeit die Gebühr deutlich (um fast 70 % + OP-Zuschlag) angehoben und durch die Zuordnung des OP-Zuschlages als ambulante OP i. S. des § 115b SGB V definiert. Dies erfordert auch, dass die Behandlung unter ambulanten OP-Bedingungen, d. h. unter Inanspruchnahme der dafür in der Praxis bereitstehenden Operationseinrichtung (Eingriffsraum) durchgeführt worden sein muss.

Dies sollte sich aus der Dokumentation des Arztes, insbes. dem OP-Bericht ergeben. Im Zweifel sollte beim Arzt nachgefragt werden.

Berechtigte Zweifel bestehen dann, wenn der Arzt den Zuschlag nicht abrechnet. Die Leistung muss im OP-Raum im Sinne der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b SGB V durchgeführt werden.

Die Anwendung der 2005 setzt eine Allgemein- oder Regionalanästhesie oder eine lokale Infiltrationsanästhesie voraus (Ausnahme: es liegt eine neurologisch bedingte Analgesie vor). Fehlt in der ärztlichen Dokumentation bzw. Abrechnung eine Anästhesieleistung (mindestens Lokalanästhesie) oder ist lediglich eine Oberflächenanästhesie dokumentiert, ist die Abrechnung der Nr. 2005 kritisch zu bewerten.

Ein Operationsbericht ist für ambulante Operationen zwingend vorgeschrieben und muss § 10 der Berufsordnung für Ärzte sowie den Qualitätsanforderungen der KBV entsprechen. Grundsätzlich genügt es nicht, dies im D-Bericht, im Verlaufsbericht oder einem freien Bericht zu dokumentieren.

Ist der OP-Bericht erforderlich und kann der Operateur die in der Ergänzung zur Leistungsbeschreibung geforderten Dokumente nicht vorlegen, ist der Leistungsinhalt nicht erbracht.

Nr. 2006 UV-GOÄ Wundbehandlung (Stand 01/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist – auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde –

Die Nr. 2006 beinhaltet 4 Alternativen:

- Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt
- Behandlung einer Wunde, die Entzündungserscheinungen aufweist
- Behandlung einer Wunde, die Eiterungen aufweist
- Abtragung von Nekrosen an einer Wunde

Voraussetzung für alle 4 Alternativen ist, dass eine Wunde vorliegt.

1. Nr. 2006 erfordert die **Behandlung einer Wunde**. Zum Begriff „Behandlung“ gehören gezielte Maßnahmen an oder in der Wunde, z. B. Säuberung der Wunde, Entfernung von Fremdkörpern aus der Wunde, Reinigung der Hautumgebung, Ätzung, Spülung, Abtragung von Nekrosen usw. Nr. 2006 ist also nur berechnungsfähig, wenn an der Wunde selbst etwas geschieht. Der bloße Verbandwechsel reicht für Nr. 2006 nicht aus. Es darf sich allerdings nicht um die Primärversorgung der Wunde (Ausspülen, Reinigen, etc.) handeln. Dies ist Bestandteil der Leistungen der Wundversorgung (2000-2005).

   Daher kann die Nr. 2006 im Rahmen der Erstversorgung regelmäßig nicht berechnet werden, es sei denn, es handelt sich um eine ältere Wunde.

2. Eine Wundbehandlung ist nach Nr. 2006 nur berechenbar, wenn es sich um eine **nicht primär** heilende **Wunde** handelt bzw. die Wunde Eiterungen oder Entzündungserscheinungen aufweist. Gleichgestellt ist das Abtragen von Nekrosen an einer Wunde.

   Das bedeutet, dass z. B. bei einer mit einer Naht versorgten (verschlossene) Wunde in der Regel die Nr. 2006 nicht berechnet werden kann**,** da insoweit von einem normalen (primären) Heilverlauf ausgegangen werden kann. Außerdem kann bei einer vernähten Wunde kaum eine gezielte Wundbehandlung (an oder in der Wunde) vorgenommen werden.

   Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Nr. 2006 regelmäßig nicht bis zum letzten Behandlungstag anzusetzen ist, da auch eine zunächst nicht primär heilende Wunde früher oder später wieder in einen normalen Heilverlauf übergeht.

   Die Leistungsbeschreibung der Ziffer 2006 fordert die „Behandlung“ einer Wunde. Dies bedeutet, dass die Wunde, um die Ziffer abrechnen zu können, Entzündungszeichen aufweist.

   Ausschließlich prophylaktische Maßnahmen an einer Wunde (Reinigen, Desinfizieren, etc.) erfüllen nicht den Leistungsinhalt der Ziffer 2006. Somit kann die Ziffer 2006 nicht für die Pflege von externem Osteosynthesematerial (Drähte, Pins, etc.), Sonden und Elektroden abgerechnet werden.

Nr. 2007 UV-GOÄ
Entfernung von Fäden oder Klammern
(Stand 12/2018)

Neben der eigentlichen Zielleistung, der Entfernung von Fäden/Klammern nach der Versorgung einer genähten/geklammerten Wunde, kann auch die Entfernung einer oberflächlichen PMMA Kette (Antibiotikakette - Knochenzement mit Antibiotikum als Kugeln auf einem Draht) oder die Entfernung von Fixierungsfäden für eine Redondrainage nach der Nr. 2007 abgerechnet werden.

Die Entfernung von Wundlaschen ist hingegen nicht abrechenbar.

Zur Entfernung einer in der **Tiefe** liegenden PMMA-Kette siehe Hinweise zu Nrn. 2009/2010.

Nr. 2009 UV-GOÄ
Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers
(Stand 05/2017)

Nr. 2010 UV-GOÄ
Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen
(Stand 01/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen.
Der tiefsitzende Fremdkörper ist im Operationsbericht oder durch Röntgenbild bzw. Foto zu dokumentieren und dem UV-Träger auf Anforderung nachzuweisen.

1. Die Nrn. 2009 und 2010 beinhalten die **Entfernung eines Fremdkörpers**. Nach der Leistungslegende ist die Gebühr für die Entfernung jeweils eines Fremdkörpers berechenbar; werden mehrere Fremdkörper entfernt, ist die Gebühr entspr. mehrfach ansetzbar.

   Können durch einen Zugang (einen Schnitt) mehrere (z. B. dicht nebeneinander gelegene) Fremdkörper gleichzeitig entfernt werden, sind Nrn. 2009, 2010 nur einmal berechenbar (s. Brück, Komm. z. GOÄ, RdNr. 1 zu Nr. 2009).

   Fremdkörper sind Gegenstände, die nicht bestimmungsgemäß in den Körper gelangt sind (Holz-, Metallsplitter, Schrotkugeln usw.). Gegenstände, Materialien, Instrumente, die aus medizinischen Gründen bewusst eingebracht worden sind (Redondrainagen, Antibiotika, osteosynthetisches Material, künstl. Gelenke usw.) zählen nicht zu den Fremdkörpern; auch **Wundkrusten** sind keine Fremdkörper.
   Keine Fremdkörperentfernung im Sinne der Nr. 2009 liegt vor, wenn es sich um die Versorgung einer Wunde handelt, in die Schmutzpartikel eingedrungen sind. Zielleistung ist dann die Versorgung einer großen, verschmutzten Wunde nach den Ziffern 2003 – 2005.

   Ein zum Wundverschluss eingebrachter Faden wird ausnahmsweise zum Fremdkörper, wenn z. B. bei der Entfernung (nach Nr. 2007) ein Teil unbemerkt abreißt, einwächst und der **Fadenrest** später operativ entfernt werden muss. Mit dem Abreißen befindet sich der Fadenrest nicht (mehr) bestimmungsgemäß im Körper.

2. Zum **Leistungsumfang** der Nrn. 2009, 2010 gehört die **Wundversorgung** (der eingedrungene Fremdkörper hinterlässt eine Wunde), insbes. die Versorgung des Fremdkörperkanals, ggf. das Einbringen von Medikamenten und der Verschluss der Wunde (mittels Naht oder anderer Techniken).

   Neben den Nrn. 2009, 2010 sind somit (für dieselbe Wunde) die **Nrn. 2000 bis 2005 nicht berechenbar**.

3. **Nr. 2009** geht davon aus, dass der zu entfernende **Fremdkörper fühlbar** (tastbar) **unter der** Oberfläche **der Hau**t liegt. Nr. 2009 ist auch anzusetzen, wenn der Fremdkörper (zwar nicht tastbar) aber oberflächlich gelegen ist sowie ohne größeren Aufwand entfernt werden kann (kein Freipräparieren, z. B. Entfernen eines Insektenstachels aus der Haut oder eines Splitters unter dem Fingernagel mit der Pinzette; s. Brück, Komm. z. GOÄ, RdNr. 3 zu Nr. 2009 bzw. Erl. zu Nr. 2010).

   Für die Entfernung einer **in der Tiefe** liegenden PMMA-Kette (Antibiotika-Kette) kann die Abrechnung der Nr. 2009 akzeptiert werden, obwohl es sich nicht um einen Fremdkörper im o. g. Sinne handelt. Eine andere Abrechnungsposition steht dafür aber nicht zur Verfügung. Die Abrechnung der Nr. 2010 ist dagegen – auch wenn die Kette in der Tiefe liegt – nicht akzeptabel.

   Neben Nr. 2009 ist seit dem 1.03.2013 **ein Zuschlag nach Nr. 442a** für ambulant durchgeführte Operationen berechenbar.

4. Die **Leistungslegende** der Nr. 2010 fordert, dass es sich um einen **tiefsitzenden Fremdkörper** handelt und die Entfernung aus Weichteilen oder Knochen **nur auf operativem Wege** durchgeführt werden kann. Der operative Zugangsweg ist der maßgebende Grund für die gegenüber Nr. 2009 mehrfach höhere Bewertung der Nr. 2010. Insoweit ist ein schichtweises Präparieren in die Tiefe zu fordern. Dies muss im Operationsbericht dokumentiert sein.

   Ein Operationsbericht ist für ambulante Operationen zwingend vorgeschrieben und muss § 10 der Berufsordnung für Ärzte sowie den Qualitätsanforderungen der KBV entsprechen. Grundsätzlich genügt es nicht, dies im D-Bericht, im Verlaufsbericht oder einem freien Bericht zu dokumentieren.

   Ist der OP-Bericht erforderlich und kann der Operateur die in der Ergänzung zur Leistungsbeschreibung geforderten Dokumente nicht vorlegen, ist der Leistungsinhalt nicht erbracht.

   Der Abgrenzung zur Nr. 2009 kommt nach der Gebührenerhöhung für die Nr. 2010 ab 1.03.2013 besondere Bedeutung zu. Der tiefsitzende Fremdkörper, der operativ durch **schichtweises Präparieren in die Tiefe** entfernt werden muss, kommt nach Arbeitsunfällen nur sehr selten vor. Bei der Entfernung von in der Tiefe sitzenden Fremdkörpern an Extremitäten sind eine Blutsperre/Blutleere sowie eine Leitungsanästhesie, eine Plexusanästhesie oder Narkose zu erwarten. Sind diese Leistungen nicht dokumentiert, spricht sehr viel dafür, dass der Leistungsinhalt der Nr. 2010 nicht erfüllt ist. Ein Fremdkörper, der noch aus der Haut bzw. Wunde herausragt und von dort entfernt werden kann, ist kein tiefsitzender Fremdkörper, egal wie tief er in den Körper hineinragt. Die Leistung ist dann nach Nr. 2009 zu vergüten.
   Der tiefsitzende Fremdkörper ist im OP-Bericht oder durch Röntgenbild bzw. Foto zu dokumentieren und dem UV-Träger auf Anforderung nachzuweisen (siehe Leistungslegende). Hiervon sollte im Zweifel Gebrauch gemacht werden.

   Neben der Leistung nach Nr. 2010 ist ein **Zuschlag** nach **Nr. 442** berechenbar.

   Zusammen mit dem Zuschlag ergibt sich für die Entfernung eines Fremdkörpers nach Nr. 2010 ein erheblich höherer Rechnungsbetrag als nach Nr. 2009. Die Voraussetzungen für

die Indikation und vollständige Erbringung der Leistung sind somit stets kritisch zu prüfen, insbes. bei den typischerweise oberflächlichen Fremdkörperverletzungen an Fingern und Händen (z. B. Splitterverletzungen). Ist im Anschluss an die Fremdkörperentfernung keine Naht erforderlich gewesen, lässt das auf die Leistung nach Nr. 2009 schließen. Im Zweifel muss dies durch die Behandlungsaufzeichnungen geklärt werden.

5. Soweit die UV-GOÄ für die **Fremdkörperentfernung aus einzelnen Organen** spezielle Gebühren vorsieht, sind nur diese Gebühren-Nrn. berechnungsfähig (z. B. Nrn. 1275 ff. – aus der Hornhaut des Auges, Nrn. 1427, 1428 - Nase, Nrn. 1569, 1570 - Gehörgang).

Nr. 2015 UV-GOÄ
Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n)in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang gegebenenfalls einschließlich Spülung (Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Die Nr. 2015 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Dies gilt auch für die besonderen Kosten der Nr. 491.

Nr. 2016 UV-GOÄ
Wundreinigungsbad – mit und ohne Zusatz (Stand 04/2006)

Mit Wirkung vom 01.01.2005 wurde die Nr. 2016 in die UV-GOÄ eingefügt. Das Wundreinigungsbad ist neben den Nrn. 2000 bis 2005 sowie insbes. neben Nr. 2006 berechenbar.

Voraussetzung ist jeweils, dass neben dem Baden der Wunde auch eine **Wundversorgung** im Sinne der Nrn. 2000 ff. bzw. eine **Wundbehandlung** nach Nr. 2006 (z. B. nach dem Baden Abtragen von Nekrosen) erfolgt.

Die Wundversorgung oder Wundbehandlung darf also nicht nur aus dem Baden der Wunde bestehen.

Abschnitt L. - I a. Wundbehandlung mit Vakuumversiegelungstherapie – (Stand 01/2026)

Allgemeine Bestimmungen

Die Vakuumversiegelungstherapie von Wunden darf abgerechnet werden, wenn bei wund- oder patientenspezifischen Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.
Die Leistungen können von D-Ärzten und Handchirurgen nach § 37 ÄV abgerechnet werden. Andere Ärzte nur nach vorheriger Kostenzusage durch den UV-Träger.
Dem Arzt stehen zwei Alternativen für die Abrechnung der Leistung, Gesamtpauschale nach Nr. 2018 oder die Nrn. 2019 und 2020, zur Verfügung. Neben der Nr. 2018 können die Leistungen nach den Nrn. 2019 und 2020 nicht abgerechnet werden.
Vakuumversiegelungstherapien, abweichend von den Nrn. 2018, 2019 und 2020, bedürfen weiterhin der Einzelfallgenehmigung durch den Unfallversicherungsträger.
Für die Vakuumversiegelungstherapie sind zertifizierte Medizinprodukte zu verwenden.

Die Prüfung der Indikation einer Vakuumversiegelungstherapie nach Satz 1 der allgemeinen Bestimmungen wird im Einzelfall schwierig sein. Mit der Einschränkung der nachfolgenden Berechtigung wird gewährleistet, dass die Behandlung nur in besonderen Einzelfällen ambulant durchgeführt und abgerechnet werden kann. Darüber hinaus erfolgt mit der Einstufung der neuen Leistungen nach besonderer Heilbehandlung bereits eine Einschränkung.

Durchgangsärzte an einem zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhaus können die Therapie ohne Kostenzusage durch den UV-Träger durchführen.

Dies gilt auch für Handchirurgen, für in den Erläuterungen zu Nummer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses mit einem „(V)“ gekennzeichneten Fällen, wenn sie an der Behandlung Unfallverletzter von einem Landesverband der DGUV beteiligt wurden.

Alle anderen Ärzte können die Therapie nur nach vorheriger Kostenzusage durch den UV-Träger durchführen.
Ärzte müssen sich vor Beginn der Therapie für eine der Abrechnungsmöglichkeiten (Alternativen) entscheiden. Neben der Pauschale können keine weiteren Kosten im Zusammenhang mit der Vakuumversiegelungstherapie abgerechnet werden.

Nr. 2018 UV-GOÄ Vakuumversiegelung - (Stand 07/2026)

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

Die Formulierung „alle Kosten“ beinhaltet Untersuchungen, Beratungen und die Einweisung in die Handhabung des Systems. Behandlungsmaßnahmen an der Wunde (säubern, desinfizieren, etc.), die dafür erforderliche Materialien und Wundauflagen sind Bestandteil der Leistung. Eine Abrechnung von zusätzlichen Materialien nach Teil A. der UV-GOÄ oder BG-Nebenkostentarif ist nicht möglich.

Die Abrechnung „je Kalendertag“ beinhaltet auch eine Abrechnung an Samstagen und Sonntagen.
Die Nrn. 2019 und 2020 können daneben nicht abgerechnet werden.

Nr. 2019 UV-GOÄ
Erstanlage einer Vakuumversiegelung als selbstständige Leistung – (Stand 07/2026)

Die Untersuchung, Beratung, Einweisung in Handhabung und Pflege des Systems, die Vorbereitung der Wunde und Anlage der Wundauflage sind Bestandteil der Leistung. Daneben können keine weiteren Leistungen nach den Nrn. 1- 9, 2000 – 2016, 2018, 2020 und 2065 abgerechnet werden. Neben der Pauschale der besonderen Kosten können keine weiteren Leistungen nach BG-Nebenkostentarif abgerechnet werden. Die Leistung kann nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Die Abrechnung der Nrn. 2019 und 2020 ist nur dann möglich, wenn der Arzt sich nicht für die 1. Alternative, der Abrechnung der Pauschale nach Nr. 2018 entschieden hat.

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

Nr. 2020 UV-GOÄ
Wechsel einer Vakuumversiegelung als selbstständige Leistung (Stand 07/2026)

Der Wechsel der Wundauflage und des Behälters, die Behandlung an der Wunde sowie die Neuanlage der Wundauflage, die Untersuchung und Beratung sind Bestandteil der Leistung. Daneben können keine weiteren Leistungen nach den Nrn. 1 - 9, 2000 – 2016, 2018, 2019 und 2065 abgerechnet werden. Neben der Pauschale der besonderen Kosten können keine weiteren Leistungen nach BG-Nebenkostentarif abgerechnet werden. Die Leistung kann maximal dreimal in der Kalenderwoche abgerechnet werden.

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

II. Nr. 2029 UV-GOÄ
Anlegen einer pneumatischen Blutsperre oder Blutsperre an einer Extremität
(Stand 04/2006)

Die Nr. 2029 ist regelmäßig berechenbar, wenn an den Extremitäten operative **Eingriffe** vorzunehmen sind (z. B. Versorgung einer Wunde, OP eines Kniegelenks).

Bei **Hand- und Fingerverletzungen** ist zur Wundversorgung eine pneumatische Blutsperre erforderlich, wenn zumindest der Verdacht besteht, dass tiefer liegende Strukturen verletzt sein könnten (z. B. Gelenkkapsel). Angesichts der reichen Blutversorgung der Hand und Finger ist dies auch bei zunächst oberflächlich erscheinenden Schnittverletzungen in der Praxis regelmäßig nicht auszuschließen.

Für eindeutig erkennbare **oberflächliche Verletzungen** (z. B. Hautabschürfung, kleine Schnittverletzung an der Fingerkuppe) besteht allerdings keine Indikation für die Blutsperre.

Bei **OPs des Schultergelenks** oder bei der Versorgung von **Verletzungen am Körperstamm** ist eine Blutsperre naturgemäß nicht möglich und damit auch nicht berechnungsfähig.

Die Leistungslegende spricht vom „Anlegen einer Blutsperre“. Ist dies dokumentiert, löst es die Leistung nach Nr. 2029 aus. Sie kann daher auch nur einmal im Zusammenhang mit einer Operation abgerechnet werden. Das ggf. mehrfache Öffnen und Schließen der Blutsperre führt nicht zur mehrmaligen Abrechnung der Nr. 2029.

Neben den Leistungen nach den Nrn. 476 und 478 kann die Nr. 2029 nicht abgerechnet werden, da sie Bestandteil dieser Leistungen ist.

Nr. 2032 UV-GOÄ
Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Im Rahmen von arthroskopischen OPs wird die die Gebühr für das intraoperative Spülen des Gelenks bzw. das Einbringen und Entfernen der Gas- oder Flüssigkeitsfüllung abgerechnet. Unabhängig davon, dass es sich um eine nicht statthafte analoge Abrechnung handelt, ist das Spülen nach den Leistungsbeschreibungen der Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 und 3440 immer Bestandteil der Leistung und im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig. Auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Nr. 2032 darf auch nicht für das Legen einer **Redon-Drainage** (Nr. 2015) oder anderer **Wunddrainagen** sowie für das intraoperative **Ausspülen einer Wunde** berechnet werden.

Auch für **Spül- oder Saugdrainagen am Kopf oder am Körperstamm** ist diese Nummer nicht berechenbar, weil sie nur im Bereich “Extremitätenchirurgie” (Abschnitt L.II.) angesetzt werden darf (Brück, Komm. z. GOÄ, Nr. 2032).

Nr. 2032 bezieht sich somit ausschließlich auf die Spüldrainage anlässlich der Eröffnung einer **Osteomyelitis** großer Röhrenknochen oder eines **Gelenkemphysems** (Kniegelenk- oder Schultergelenkvereiterung) oder eines Sehnenscheiden-Panaritiums an den Extremitäten; sie ist also lediglich eine Zusatzleistung zu Nr. 2031.

Nr. 2065 UV-GOÄ
Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung
(Stand 05/2008)

1. Im Gegensatz zur Nr. 2006 (Behandlung einer nicht primär heilenden Wunde, auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde) fordert die Leistungslegende der Nr. 2065 nicht, dass es sich um eine Wundbehandlung handeln muss.

2. Nr. 2065 bezieht sich nur auf den **Hand- oder Fußbereich**, für die Abtragung ausgedehnter Nekrosen in anderen Körperregionen ist Nr. 2065 nicht ansetzbar (ggf. Nr. 2006).

   Außerdem muss es sich um **ausgedehnte Nekrosen** handeln. Nach dem üblichen Sprachgebrauch wird damit eine gewisse Größe der Nekrosen in Relation zur Fläche der Hand oder des Fußes vorausgesetzt. Eine “normale” große Wunde (z. B. nach den Maßen der Nr. 2005) kann also keine ausgedehnte Wunde nach Nr. 2065 sein (z. B. bei der Größe einer 2 €-Münze oder wenn nur eine Fingerkuppe betroffen ist). Es muss etwa im Verhältnis zur gesamten Handfläche ein **wesentlicher Teil** der Hand nekrotisch sein.

   Bei einem Anteil an der **Hand- oder Fußfläche ab etwa 20-25 %** wird man die geforderte Ausdehnung annehmen können. Handelt es sich dabei um Nekrosen, die nicht nur das oberflächliche Gewebe (Haut-, Unterhautzell- und Fettgewebe), sondern darüber hinaus **tiefere Schichten der Haut betreffen**, ist eher zu einer etwas niedrigeren Grenze zu tendieren. Insgesamt ist aber eine mehrfach größere nekrotische Fläche als bei den üblichen Schnitt- und Schürfwunden an Hand und Fingern bzw. an den Füßen zu fordern. Die im Vergleich zur Nr. 2006 etwa um das Vierfache höher bewertete Gebühr der Nr. 2065 gibt insoweit die Richtung vor, denn letztlich ist mit der Gebühr der ärztliche Aufwand angemessen zu vergüten.

3. Die Leistungslegende der Nr. 2065 stellt auf die Mehrzahl abgetragener ausgedehnter Nekrosen ab. Sie ist also **nur einmal pro Sitzung** berechenbar - ohne Rücksicht auf die Zahl der Nekrosen.

Nr. 2072 UV-GOÄ
Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung
(Stand 05/2008)

1. Die Leistung beinhaltet das schichtweise Durchtrennen der Haut und der darunterliegenden Strukturen, so dass der Operateur in der Tiefe unter Sicht operieren kann (z. B. zur operativen Behandlung des muskulären Schiefhalses; veraltete Methode.

2. Nr. 2072 ist **nur als Zielleistung** berechnungsfähig (s. Brück, Komm. z. GOÄ, Erl. zu Nr. 2072), d. h., operatives Ziel darf ausschließlich die Durchtrennung der Sehne oder des Muskels sein. In der heutigen chirurgischen Praxis ist diese Leistung als Zielleistung obsolet.

   Ist das eigentliche Ziel der ärztlichen Bemühungen z. B. die Naht einer Gelenkkapsel oder einer Sehne und soll die Durchtrennung nur den Zugang dazu schaffen, stellt Nr. 2072 nicht die Zielleistung dar; **Nr. 2072 ist somit nicht neben Nr. 2102 oder neben 2073** berechenbar.

Nr. 2073 UV-GOÄ
Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht – gegebenenfalls einschließlich Versorgung einer frischen Wunde
(Stand 04/2006)

Die Leistungslegende besagt, dass eine Sehnen-, Muskel- oder Fasziennaht - jeweils **als Einzelleistung** erbracht - nach der Nr. 2073 abgerechnet werden kann.

(*Faszie = Bindegewebshülle insbes. der Muskeln und deren sehnenartiger Fortsetzung)

Werden **nebeneinander** eine **Sehnen**- und eine **Muskelnaht** vorgenommen, so ist hierfür zweimal die Nr. 2073 abrechenbar.

Erfolgt jedoch eine **Fasziennaht neben einer Sehnennaht**, dann kann die Fasziennaht nicht gesondert abgerechnet werden; vielmehr ist sie in den Leistungsumfang für die Sehnennaht einbezogen. Das Gleiche gilt für eine **Fasziennaht neben einer Muskelnaht**.

Die **Achillessehne** verfügt nicht über eine Sehnenscheide im Sinne eines Sehnengleitgewebes, sondern lediglich über eine Sehnenhaut (Peritendineum). Eine Naht der Sehnenscheide nach Nr. 2073 ist hier nicht neben einer Wundversorgung abrechenbar.

Nr. 2073 schließt die z. B. neben einer Muskelnaht erforderliche **Wundversorgung** ein, sodass eine Gebührenposition für die Wundversorgung nach den Nrn. 2000 ff. neben der Nr. 2073 nicht berechnungsfähig ist.

Nr. 2083 UV-GOÄ
Freie Sehnentransplantation
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar ist die Nr. 3432.

Mit der Gebühr sind alle erforderlichen Maßnahmen, die Herausnahme, Präparation der Sehne, Einpflanzung an der benötigten Körperstelle usw., abgegolten.

Somit dürfen die Nrn. **2064, 2071 bis 2076** nicht neben Nr. 2083 berechnet werden, weil diese als operative Einzelschritte an derselben Sehne anzusehen sind (vgl. Allgem. Best. zu Abschnitt L. bzw. vor Nrn. 2000 ff.; Brück, Komm. z. GOÄ, Erl. zu Nr. 2083).

Neben einer arthroskopischen Operation des Kapitels XVII. kann diese Leistung nicht abgerechnet werden. Bei der Verwendung von körpereigenem Sehnenmaterial im Zusammenhang mit einer arthroskopischen Operation ist der Zuschlag nach Nr. 3432 abzurechnen.

Nr. 2093 UV-GOÄ
Spülung bei liegender Drainage
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Die Nr. 2093 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Dies gilt auch für die besonderen Kosten der Nr. 491.

Allgem. Best. zu Abschnitt L. III. bzw. vor Nrn. 2100 ff. UV-GOÄ Gelenkchirurgie (Stand 07/2026)

Allgem. Best.:

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

Nr. 2181 UV-GOÄ Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks (Stand 04/2006)

Nr. 2182 UV-GOÄ Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks (Stand 07/2026)

Die Nrn. 2181 und 2182 kommen in zunehmendem Maße im Zusammenhang mit operativ versorgten Verletzungen zur Abrechnung, insbes. bei **Meniskusoperationen und Kreuzbandplastiken**, aber auch z. B. nach einer **Bändernaht** im Bereich der Sprunggelenke.

Die Leistungen nach den o. g. Nrn. sind nicht berechenbar, wenn sie **während einer OP** oder als Teil einer Operationsleistung erbracht werden.

Davon unabhängig liegt auch regelmäßig **keine Indikation** im Zusammenhang mit den o. g. Verletzungen bzw. nach den o. g. OPs vor.

Eine gewaltsame Lockerung oder Streckung setzt eine spezielle **Erkrankung des Gelenks** voraus (z. B. Kapselfibrose). Wenn z. B. nach einer Knieoperation eine endgradige Bewegungseinschränkung verblieben ist, rechtfertigt dies nicht die Leistung nach Nr. 2181 oder Nr. 2182. Das gilt auch für den Fall, dass die Leistung in der Rechnung speziell begründet wird (z. B. Verklebungsneigung). Es muss sich um eine **weitgehende Versteifung** handeln.

Eine Mobilisation vor oder nach einer ambulanten Operation kann mit dieser Leistung nicht abgerechnet werden.

Im Zusammenhang mit einer arthroskopischen Operation kann diese Leistung nicht abgerechnet werden.

VI. Nr. 2339 UV-GOÄ
Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedknochen oder des knöchernen Strecksehnenausrisses am Endglied der Finger mit Osteosynthese (Stand 04/2022)

Nr. 2347 UV-GOÄ
Nagelung und/oder Drahtung eines gebrochenen kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) (Stand 04/2013)

Nr. 2348 UV-GOÄ
Nagelung und/oder Drahtung eines kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) bei offenem Knochenbruch (Stand 12/2013)

Nr. 2349 UV-GOÄ
Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen großen Röhrenknochens (Stand 12/2013)

Nr. 2350 UV-GOÄ
Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch (Stand 12/2013)

1. Die Leistungslegende der Nrn. 2347 bis 2350 bezieht sich jeweils auf **einen kleinen** oder **einen großen Röhrenknochen** (Einzahl). Eine Definition des kleinen oder großen Röhrenknochens findet sich in der UV-GOÄ nicht; lediglich beispielhaft werden in den Leistungslegenden der Nrn. 2347, 2348 die Mittelhand- und Mittelfußknochen erwähnt. Die Finger-, Zehen- und Schlüsselbeinknochen sind aber ebenfalls als kleine Röhrenknochen anzusehen (s. Brück, Komm. z. GOÄ, Anm. zu Nr. 2260).

   Für die operative Einrichtung von **Finger- und Zehenfrakturen** mit osteosynthetischer Versorgung sind nur die spezielleren Nrn. 2338a, 2339 anzusetzen; für die Einrichtung eines gebrochenen **Schlüsselbeins** mittels Nagelung und/oder Drahtung nur Nr. 2325.

   Neben Nrn. 2325, 2338a, 2339 sind daher die Nrn. 2347 und 2348 nicht berechenbar.

2. Die **Nr. 2348** ist nach Beschluss der Gebührenkommission nach § 52 ÄV mit Wirkung zum 01.Juni 2013 in Hinblick auf die besondere Heilbehandlung an die Nr. 2347 angepasst worden. Für beide Leistungen wird nunmehr in der besonderen Heilbehandlung der gleiche Betrag bezahlt.

   Die Nrn. **2349** und **2350** spielen ambulant kaum eine Rolle. Ggf. bleibt es hier aber bei den vereinbarten Gebühren, auch wenn sie niedriger bewertet sind.

3. Die **Zahl der zu versorgenden Frakturen** an dem jeweiligen Röhrenknochen ist unerheblich. Wie sich aus der Leistungslegende („und/oder“) ergibt, ist die Gebühr schon

berechenbar, wenn eine Drahtung oder Nagelung oder Verschraubung erfolgt; sie ist aber auch nicht mehrfach berechenbar, wenn eine Drahtung und Nagelung und Verschraubung vorgenommen wird. Erst recht ist die **Zahl der eingesetzten Nägel, Drähte, Schrauben usw.** unbeachtlich.

Die Gebühr ist also ungeachtet der Zahl der am jeweiligen Knochen zu versorgenden Frakturen oder Fragmente, der einzelnen Maßnahmen und der Menge der eingesetzten osteosynthetischen Materialien nur einmal pro Röhrenknochen berechnungsfähig. Ist dagegen **an weiteren Röhrenknochen** eine Nagelung und/oder Drahtung usw. vorzunehmen, sind die Gebühren entsprechend der Zahl der osteosynthetisch versorgten Knochen mehrfach berechenbar (Ausnahme: Nr. 2339 ist bei Einrichtung mehrerer Frakturen an mehreren Grund- oder Mittelknochen der Finger mit Osteosynthese nur einmal berechenbar).

4. Die osteosynthetische Versorgung mittels Nagelung und/oder Drahtung usw. ist undenkbar ohne eine **vorherige Reposition der Frakturfragmente** in eine anatomisch (möglichst) korrekte Stellung. Die Gebühren für die manuelle Reposition einer Fraktur (Nrn. 2324, 2327, 2328, 2330, 2331, 2335, 2337, 2338) dürfen folglich nicht neben den Nrn. 2347 bis 2349 angesetzt werden (s. Brück, wie zuvor, RdNr. 1 zu Nr. 2347).

5. Zum Leistungsumfang der operativen, **osteosynthetischen Versorgung geschlossener** Frakturen gehört die Schaffung des erforderlichen Zugangs (ggf. Freipräparieren der Knochenfragmente) einschließlich des abschließenden Wundverschlusses. Neben der Frakturbehandlung nach den Nrn. 2347 und 2349 ist daher eine **Wundversorgung** oder Wundbehandlung nach den **Nrn. 2000 bis 2006** berechenbar, wenn neben der Fraktur entsprechende weitere Verletzungen vorhanden sind.

6. Bei Gebühren nach Nrn. 2348 und 2350 für die **osteosynthetische Versorgung offener Frakturen** gehört die Behandlung der durch die Frakturverletzung verursachten Haut- oder Weichteilschäden zum Leistungsumfang (z. B. Säuberung der Wunde, Umschneidung der Wundränder, Naht usw.).

Neben den Nrn. 2348 und 2350 sind daher die Nrn. 2000 bis 2006 nicht ansetzbar (s. Brück, Komm. z. GOÄ, Erl. zu Abschn. L. VI., 3. Abs.).

Müssen **neben der Frakturwunde** weitere Haut- oder Weichteilverletzungen behandelt werden, sind insoweit die Nrn. 2000 bis 2006 berechnungsfähig.

7. Bei **ambulanter Durchführung** der o. g. Leistungen ist jeweils ein **Zuschlag** berechenbar, für Nr. 2347 nach **Nr. 443,** für Nr. 2348 nach **Nr. 443** und für Nr. 2349 nach **Nr. 444**.

Bei einer Verletzung nach Nr. 2350 wird regelmäßig ein Fall des VA-Verzeichnisses (Nr. 6 der ab 1.1.2013 maßgebenden Fassung) gegeben sein, in dem nach § 37 ÄV zu verfahren ist (insbes. Vorstellung beim D-Arzt/D-Ärztin eines VAV-KH gem. § 37 Abs. 1 u. 2 ÄV).

8. Bei der Anhebung der Honorare für ambulante Operationen wurde die Nr. 2338a UV-GOÄ nicht angepasst. Die operative Einrichtung des gebrochenen Endgliedknochens eines Fingers nach knöchernem Strecksehnenabriss wird daher in der höherbewerteten Nr. 2339 eingefügt. Bestandteil der Leistung ist die Osteosynthese einschließlich einer ggf. erfolgten temporären Arthrodese.

Nr. 2353 UV-GOÄ
Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen – auch Stellschraubenentfernung aus großen Röhrenknochen - (Stand 07/2026)

Nr. 2354 UV-GOÄ
Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen (Stand 07/2026)

Zusatzbestimmung zu Nr. 2354

Die Stellschraubenentfernung ist nach Nr. 2353 zu berechnen.

1. Die Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen ist nach Nr. 2353 bzw. aus großen Röhrenknochen nach Nr. 2354 abzurechnen (kleine Röhrenknochen sind die Knochen von Fingern/Zehen (auch der Daumen), Mittelhand/Mittelfuß u. Schlüsselbein; vgl. Arb.Hinweise zu Nrn. 2347 ff., Nr. 1).
   Zu den kleinen Knochen zählen auch die Handwurzelknochen und die Kniescheibe.

   Große Röhrenknochen sind:

   - Oberarm
   - Unterarm (Elle und Speiche)
   - Oberschenkel
   - Unterschenkel (Schienen- und Wadenbein)

   sowie abrechnungstechnisch

   - Wirbelsäule
   - Schulterblatt
   - Brustbein
   - Fußwurzelknochen
   - Becken

   Beim Unterarm und dem Unterschenkel handelt es sich jeweils um zwei große Röhrenknochen. Liegen Frakturen jeweils beider Röhrenknochen vor, die osteosynthestisch versorgt wurden, kann die Nr. 2354 auch zweimal abgerechnet werden.

   Die Stellschraubenentfernung betrifft ausschließlich eine Versorgung im Bereich des Sprunggelenks.

   Die Nr. 2354 wurde in den Katalog der ambulanten Operationen aufgenommen, die Durchgangsärzte ohne die volle OP-Zulassung durchführen und abrechnen dürfen (siehe „Grundsätze
   Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) *in der Fassung vom 1. Januar 2016*“).

   Mit den Gebühren nach Nrn. 2353, 2354 werden zugleich die **Schaffung der Zugangswege** und die notwendigen **Verschlussnähte** abgegolten (Grundsatz der Zielleistung, 1. Absatz d. Allgem. Best. vor Abschn. L.I. bzw. Nrn. 2000 ff.). Insoweit sind neben den Nrn. 2353, 2354 die **Nrn. 2000 bis 2005** sowie **Nr. 2073** regelmäßig nicht berechenbar. Auch das

Ausschneiden des alten Narbengewebes bei Eröffnung des Zugangs macht die Nrn. 2000 bis 2005 nicht berechenbar, da die für Nrn. 2000 ff. erforderliche Wunde fehlt.

2. Nach der Fassung der Leistungslegenden ist es unerheblich, ob ein oder mehrere Nägel, Drähte und Schrauben zu entfernen sind. Die Gebühr ist für die **Entfernung des gesamten eingebrachten Osteosynthesematerials** aus einem kleinen oder großen Röhrenknochen jeweils nur einmal berechnungsfähig.
   Wird aus **mehreren Röhrenknochen** eine Nagelung und/oder Drahtung usw. entfernt, ist pro behandeltem Knochen je eine Gebühr berechenbar (s. Brück, Komm. z. GOÄ, Anm. zu Nr. 2253). Für die Entfernung einer oder mehrerer Schrauben eines "**Fixateur externe**" kann die Gebühr nur einmal berechnet werden.
   Die Anzahl der Zugangswege, z. B. bei der Entfernung zweier Platten aus einem großen Röhrenknochen (z. B. Speiche) ist für die Abrechnung nicht relevant. Die Nr. 2354 kann in diesem Beispiel dennoch nur einmal abgerechnet werden (Beschluss der Clearingstelle vom Mai 2019).

   Für die Entfernung des Osteosynthesematerials aus **Knochen, die nicht zu den Röhrenknochen gehören** (z. B. Knochen im Bereich der Handwurzel, Kahnbein, Mondbein usw.) sieht die UV-GOÄ keine spezielle Gebühr vor. Bei kleinen Knochen, insbes. des Handwurzelbereichs, kann jedoch die deutlich höher bewertete Gebühr nach Nr. 2354 nicht gerechtfertigt sein. Letztlich fehlt es naturgemäß auch an der vollständigen Erfüllung der Leistungslegende.

3. Die Leistung nach Nr. 2353 stellt eine operative Leistung dar, die im Regelfall **ambulant durchzuführen** ist (s. VB 99/2004 vom 02.12.2004, Anlage 3, S. 10, EBM-Nr. 2362, sowie Reha 048/2007, wie zuvor).
   Ab 1.7.2007 ist Nr. 2353 in den Katalog der Leistungen zur **Nr. 444** aufgenommen worden; für ab 01.07.2007 ambulant durchgeführte „kleine" Metallentfernungen nach Nr. 2353 ist damit ein **Zuschlag** nach Nr. 444 berechenbar.

   Für ambulant durchgeführte Metallentfernungen nach **Nr. 2354** ist der **Zuschlag nach Nr. 445** vorgesehen.

   Die arthroskopische Entfernung von Implantaten aus einem Gelenk ist mit einer entsprechenden Leistung aus dem Kapitel L. XVII abzurechnen.

VII. Nr. 2401 UV-GOÄ
Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z. B. Haut, Schleimhaut, Lippe)
(Stand 04/2006)

Nr. 2402 UV-GOÄ
Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)
(Stand 04/2006)

Die Probeexzision ist ein eigenständiger diagnostischer Eingriff zur Gewinnung von Körpergewebe für eine histologische Untersuchung. Diese Gebühren-Nrn. werden jedoch auch im Rahmen ambulant durchgeführter OPs in Ansatz gebracht.

Grundsätzlich sind **während einer OP** durchgeführte Probeexzisionen aus dem gleichen Zielgebiet nicht gesondert berechenbar (Brück, Komm. z. GOÄ, Nr. 2401). Diese Konstellation ist z. B. bei der Teilresektion eines Meniskus und der anschließenden Übersendung des entfernten Meniskusgewebes zur histologischen Untersuchung gegeben.

Der Grundsatz gilt uneingeschränkt für alle anderen in der UV üblicherweise ambulant durchgeführten OPs, insbes. für diejenigen der **Sprunggelenke** (z. B. bei Bandruptur), der **Kniegelenke** (z. B. bei Verletzung der Menisken, Bänder, des Gelenkknorpels usw.), der **Ellenbogengelenke** (z. B. Entfernung des Schleimbeutels), der **Schultergelenke** (z. B. bei Sehnenrupturen, Ruptur der Rotatorenmanschette usw.), für die operative Versorgung von **Sehnenrissen** sowie auch für die operative Eröffnung eines **Panaritiums** (eitrige Entzündung) bzw. einer **Phlegmone** (flächenhafte Zellgewebsentzündung) usw. Wird im Rahmen derartiger OPs Gewebe für eine histologische Untersuchung entnommen, ist diese Entnahme nicht gesondert nach Nr. 2402 oder Nr. 2401 berechenbar.

Die Nrn. 2401, 2402 sind bei OPs nur dann berechenbar, wenn zunächst eine Probe für die histologische Untersuchung entnommen (so genannter **Schnellschnitt**) und erst aufgrund des Untersuchungsergebnisses über die weitere Durchführung oder über den Umfang der OP entschieden wird. Diese Situation ist bei den zuvor genannten, für die GUV typischen OPs regelmäßig nicht gegeben.

Nr. 2403 UV-GOÄ
Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst, auch am Kopf und an den Händen. (Stand 07/2023)

Exzisionen von kleinen histologisch gesicherten malignen Tumoren am Kopf und an den Händen, die mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder mit Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie einhergehen und gemäß § 115b SGB V durchgeführt werden, fallen unter die UV-GOÄ 2404.

Punktionen, Kürettagen der Haut und Shave-Exzisionen ohne Wundverschluss mittels Naht fallen nicht unter diese Definition.

Es handelt sich um die Entfernung von kleinen Geschwülsten, die in oder direkt unter der Haut oder Schleimhaut liegen. Die Leistung kommt nach Arbeitsunfällen so gut wie nicht vor. Im Zusammenhang mit einer Berufskrankheit (Hautkrebs durch UV-Licht), speziell für die Entfernung sog. aktinischer Keratosen kommt die Leistung in Betracht.

Die Leistungsbeschreibung der UV-GOÄ Nr. 2403 wurde geändert, um die Abrechnung von Exzisionen kleiner maligner Hautveränderungen am Kopf und an den Händen zukünftig nach UV-GOÄ-Nr. 2404 zu ermöglichen. Damit erfolgt eine Angleichung der Vergütungshöhe an die Honorierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, da die Vergütung mit der UVGOÄ- Nr. 2403 nicht kostendeckend ist."

Danach unterscheidet die Leistungsbeschreibung zwei Alternativen:

1. Alternative
Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst, auch am Kopf und an den Händen.

Die Größenabgaben der Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitt L gelten auch für ein

Geschwulst, mit Ausnahme, dass Geschwulste am Kopf und an den Händen wegen der Formulierung „auch“ in der Leistungsbeschreibung nicht automatisch abrechnungstechnisch „groß“ werden.

2. Alternative = 2404 UV-GOÄ
Exzisionen von

- kleinen
- histologisch gesicherten malignen Tumoren am Kopf und an den Händen,
- die mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut
- oder mit Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie einhergehen und
- gemäß § 115b SGB V (Ambulantes Operieren) durchgeführt werden, fallen unter die UV-GOÄ 2404.

Mit der Formulierung „chirurgisch-instrumenteller Eröffnung“ wird eine Operation beschrieben. Dies setzt voraus, dass ein Hautschnitt erfolgt. Unter Wundverschluss ist hier die Naht zu verstehen, da ansonsten die Abgrenzung zu „*Punktionen, Kürettagen der Haut und Shave-Exzisionen ohne Wundverschluss mittels Naht“* keinen Sinn macht.

Mit dem Hinweis in der Leistungsbeschreibung, dass vorgenannte Maßnahmen nicht unter die Nr. 2403, sondern 2404 fallen kann dann auch der Zuschlag nach Nr. 443 zusätzlich abgerechnet werden.

Die Leistung ist je chirurgisch entfernte aktinische Keratose/ Plattenepithelkarzinom abrechenbar.

Auch wenn dies nicht ausdrücklich genannt ist, gilt die Einschränkung zum ambulanten Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung für Hautärzte, die diese Leistung bei einer anerkannten Hauterkrankung/BK erbringen, nicht.

Der Leistungsinhalt der 2403 bzw. 2404 ist nicht erfüllt, wenn

- keine anerkannte BK vorliegt
- Tumore histologisch nicht gesichert sind,
- sich nicht an Kopf oder Händen befinden,
- keine chirurgisch-instrumentelle Eröffnung der Haut erfolgt oder
- kein Wundverschluss von eröffneten Strukturen erfolgt (hier dürfte die Naht gemeint sein)
- und kein OP-Bericht vorgelegt werden kann.

Punktionen, Kürettagen der Haut und Shave-Exzisionen ohne Wundverschluss mittels Naht, physikalische Maßnahmen (Kryotherapie, Elektrodesikation), eine photodynamische Therapie und die Behandlung mit verschiedenen topisch wirksamen Substanzen fallen nicht unter diese Definition.

Nr. 2404 UV-GOÄ
Exzision einer größeren Geschwulst (z. B. Ganglion, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom). Operationsbericht und histologischer Befund sind dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen.
(Stand 07/2023)

Die Größenabgaben der Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitt L gelten auch für ein

Geschwulst, mit Ausnahme, dass Geschwulste am Kopf und an den Händen wegen der Formulierung „auch“ in der Leistungsbeschreibung nicht automatisch abrechnungstechnisch „groß“ werden.

(siehe Ausführungen zu Nr. 2403, 2.Alternative)

Die Entfernung eines Schleimbeutels ist nicht nach Nr. 2404 abzurechnen, da es hierfür eine eigenständige Leistung (Nr. 2405) gibt.

Das Ganglion ist bei den Beispielen in der Leistungsbeschreibung genannt. Die Nr. 2404 spricht von der „Exzision einer größeren Geschwulst“.

Erfolgt die Exzision eines Ganglions am Hand- oder Fußgelenk (Nr. 2051) oder an einem Fingergelenk (Nr.2052) sind die spezielleren Leistungen abzurechnen.

Danach kommt die Abrechnung der Nr. 2404 nur für alle der nicht in den speziellen Leistungen genannten Gelenke in Frage.

XVI. Nr. 3305 UV-GOÄ
Chirotherapeutische Mobilisation an der Wirbelsäule oder einem Extremitätengelenk einschließlich vorheriger funktioneller Untersuchung, je Sitzung
(Stand 01/2026)

Nr. 3306 UV-GOÄ
Chirotherapeutische Manipulation an der Wirbelsäule oder einem Extremitätengelenk einschließlich vorheriger funktioneller Untersuchung und Probezug, je Sitzung
(Stand 01/2026)

Die Behandlung kann nur von D-Ärzten erfolgen, die über eine Weiterbildung „Manuelle Medizin bzw. Chirotherapie“ verfügen. Andere Ärzte, die über diese Weiterbildung verfügen, können diese Leistung nur nach vorheriger Kostenzusage des UV-Trägers abrechnen.
Die Gelenke der Hand oder des Fußes gelten jeweils als ein Extremitätengelenk. Die Wirbelsäule ist als ein Abschnitt zu sehen. Die Leistung ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig. Die behandelten Gelenke sind in der Rechnung anzugeben.

Die Chirotherapie gehört zu der „Manuellen Medizin“.

Hierbei ist zwischen der Mobilisation und der Manipulation zu unterscheiden. Die Behandlung kann nur durch eine D-Arzt erfolgen, der über die Weiterbildung „Manuelle Medizin“ bzw. „Chirotherapie“ verfügt.
Andere Ärzte, die über diese Weiterbildung verfügen, können diese Leistung nur nach vorheriger Kostenzusage des UV-Trägers abrechnen.

Die Ziffern 3305 und 3306 sind nicht abrechenbar für die „Narkosemobilisation“ (auch nicht im Zusammenhang mit einer Operation) und nicht für das „Durchbewegen“ eines Gelenkes nach Infiltrationsbehandlung.

Eine osteopathische Behandlung, dazu gehören auch kraniosakrale Therapie, Atlastherapie, myofasciale Releasetechnik und Muscle energy-Technik, ist nicht über die Ziffern 3305 bzw. 3306 abrechenbar.

Nr. 3305 UV-GOÄ
Chirotherapeutische Mobilisierung an der Wirbelsäule oder einem Extremitätengelenk
Bei der Mobilisation handelt es sich um eine wiederholend sanft dehnende Behandlung von Kapseln, Bändern, Sehnen, Faszien und gelenknahen Muskelansätzen. Hierbei wird lediglich bis an den Punkt herangegangen, an dem die Gewebespannung zunimmt und sie wird inner-halb des physiologischen Gelenkspiels durchgeführt. Extreme Endstellungen oder gar Über-schreiten des anatomisch vorgegebenen Gelenkspiels werden dabei nicht vorgenommen.

Nr. 3306 UV-GOÄ
Chirotherapeutische Manipulation an der Wirbelsäule oder einem Extremitätengelenk
Im Rahmen der Manipulation hingegen kann das physiologische Bewegungsmaß während des manipulativen Impulses gering überschritten werden, wobei die Wirkung durch die Geschwindigkeit erreicht wird. Vor einer Manipulation hat eine Probemobilisation zu erfolgen. Eine Manipulation in Lokalanästhesie oder Narkose ist obsolet.

Absolute Kontraindikationen für eine Manipulation:

- zerstörende Prozesse
- akut entzündliche Prozesse
- akute Traumen
- Instabilitäten im Kopf-Hals-Bereich
- Osteoporose und Knochenerweichung mit Spontanverformungen
- noch nicht ausreichend gefestigte postoperative Zustände
- akuter Bandscheibenvorfall LWS / BWS /HWS
- Verdacht auf Erkrankungen oder Anomalien der Wirbelarterie
- psychische Störungen

Relative Kontraindikationen für eine Manipulation:

- Minderung der Knochendichte und Knochenerweichung ohne Spontanverformungen
- Hypermobilität (übermäßige Gelenkbeweglichkeit)

Indikationen für eine Manipulation

1. Wirbelsäule:
   - posttraumatische Blockaden (subakut/degenerativ/postoperativ)
   - zervikookzipitales Syndrom (Schwindel, Übelkeit, Ohrgeräusche, Konzentrations- und Schlafstörungen, Angstzustände)
   - mittleres- und unteres Halswirbelsäulensyndrom
   - thorako- und lumbovertebrales Syndrom
2. Extremitäten:
   - vermindertes Gelenkspiel der peripheren Gelenke
   - sekundär funktionelle Syndrome bei Armlähmung
3. posttraumatische Verkettungssyndrome
4. muskuläre Fehlsteuerung und Belastung

Bei HWS-Distorsionen zu beachten:

1. Im akuten Stadium können Kälte-/Wärmebehandlungen, Analgetika und isometrische Muskeltechniken angezeigt sein.

2. Im subakuten Stadium (bis 2.-4. Woche) kann eine passive Mobilisation ohne Impuls angezeigt sein.

3. In der chronischen Phase sind Mobilisations- und Manipulationstechniken möglich. Manipulationstechniken sollten trotz der geforderten Röntgendiagnostik erst nach 4-6 Wochen angewandt werden.

Fazit:
Voraussetzungen für manualtherapeutische Behandlungen sind eine eingehende Anamnese und Untersuchung nach manualmedizinischen Gesichtspunkten, die exakte Indikationsstellung, der Ausschluss von Kontraindikationen, ggf. die vorherige Durchführung und Befundung apparativer Diagnostik (Röntgen, ggf. MRT, CT), die exakte Dokumentation der Untersuchungsbefunde und Behandlungsschritte und eine exakte Behandlungstechnik. Eine umfassende Ausbildung in Untersuchung, Befundung und der Therapie sind Voraussetzung.

Da die Mobilisation deutlich risikoärmer ist als die Manipulation, bestehen für die weichen Muskelentspannungstechniken auch im Akutstadium keine Kontraindikationen.

Die genannten Maßnahmen der Mobilisation fallen in der beschriebenen Form unter die Nr. 3305 UV-GOÄ, die Maßnahmen der Manipulation fallen unter die Nr. 3306 UV-GOÄ.

Die Gebühren nach Nr. 3305 und Nr. 3306 sind am gleichen Körperabschnitt nicht nebeneinander berechnungsfähig (s. Brück, Komm. z. GOÄ, Erl. zu Nr. 3305 am Ende).

Zu beachten ist, dass die Wirbelsäule als Ganzes ein einheitliches Organ bildet. Es ist nicht zulässig, für die Behandlung einzelner Wirbelsäulenabschnitte (z.B. HWS und BWS) die Gebühr mehrfach in Ansatz zu bringen, vielmehr kann sie in einer Sitzung nur einmal angesetzt werden (s. Brück, wie zuvor).

Eine mehr als dreimalige Behandlung nach der Nr. 3306 (Manipulation)am gleichen Wirbelgelenk oder Bewegungssegment ist in der Regel nicht sinnvoll (s. Brück, wie zuvor, Erl. zu Nr. 3306).

Nr. 3320 UV-GOÄ
Anpassen von Kunstgliedern oder eines großen orthopädischen Hilfsmittels
(Stand 05/2017)

Zusatzbestimmung zu Nr. 3320:

Unter „Große orthopädische Hilfsmittel“ sind solche orthopädischen Hilfsmittel zu verstehen, deren Anpassen dem von Kunstgliedern vergleichbar ist. Unter „Anpassen“ ist die durch die Ärztin oder den Arzt bewirkte Korrektur von bereits vorhandenen, anderweitig angefertigten Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln zu verstehen.

Gelegentlich wird von Ärzten zusammen mit der Verordnung von **Gehstützen** die Nr. 3320 berechnet. Diese Gebühr ist für das Einstellen der Stützen auf die Größe der Verletzten **nicht berechenbar**. Das gilt sinngemäß auch für das Anpassen von **Orthesen/Schienen** (insoweit nur einmalig Nr. 210; vgl. Arb.Hinweise zu Nr. 210), von **Handgelenksbandagen** (z. B. Thämert-Orthoflex) und für das Anlegen einer **Stackschen Schiene** bei Fingerverletzungen.

Im Rahmen der Nachbehandlung von z.B. Knieverletzungen, Sprunggelenksfrakturen, Achillesehnenverletzungen ist es erforderlich, vorgefertigte orthopädische Hilfsmittel anzupassen, zu verändern oder neu einzustellen (z. B. Beugewinkel verändern, Federkraft einstellen, Keile ergänzen/wegnehmen). Große orthopädische Hilfsmittel in diesem Zusammenhang sind z. B: Don-Joy-Schiene, Walker.

Für das Anpassen, Einstellen, Verändern von diesen orthopädischen Hilfsmitteln kann die Leistung nach Nr. 3320 vom Arzt oder Ärztin abgerechnet werden, wenn er diese Leistung im Rahmen der Nachbehandlung erbringt. Dies muss aber eindeutig aus der Dokumentation hervorgehen.

XVII. UV-GOÄ
Arthroskopie
Allgemeine Bestimmungen
(Stand 07/2026)

Arbeitshinweise

Der nachfolgende neue Abschnitt nach den Nrn. 3400 – 3444 löst die bisherigen „Knie orientierten“ Regelungen für arthroskopische Operationen in der UV-GOÄ ab. Der Abschnitt betrifft nur arthroskopische OPs; bei **offenen (Schnitt-)Verfahren** (offene OPs) kommen sie nicht zur Anwendung.

Eine Ausnahme bildet die Nr. 3400, die nur für eine ausschließlich diagnostische Maßnahme oder im Zusammenhang mit einer offenen Operation abgerechnet wird. Eine Abrechnung neben anderen Leistungen des Abschnitts L. XVII. – Arthroskopie ist nicht möglich.

Erfolgt neben der Diagnostik eine der in diesem Abschnitt genannten arthroskopischen Maßnahmen (z.B. Resektion), kann die Nr. 3400 nicht abgerechnet werden. In diesen Fällen ist die jeweils betreffende Zielleistung (z.B. Nr. 3410) abzurechnen. Dies gilt auch dann, wenn sich an eine arthroskopische Maßnahme eine offene Operation anschließt (z.B. Mini-Open an der Schulter).

Da nach den Allgemeinen Bestimmungen Teil B, Nr. 5 analoge Ansätze in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ) nicht statthaft sind, können die Leistungen dieses Abschnitts auch nicht für vergleichbare offene Operationsleistungen der UV-GOÄ abgerechnet werden.

Arthroskopische Operationen,

- erfolgen immer in besonderer Heilbehandlung (ärztliche Gebühr) und
- sind immer mit den besonderen Kosten der jeweiligen Gebühr abzurechnen.

Eine Wahlmöglichkeit, anstelle der besonderen Kosten einzelne Materialien nach Teil A der UV-GOÄ abzurechnen, besteht nicht (Allgemeine Bestimmungen vor dem Abschnitt Grundleistungen TeilA, Nr. 1). Hierfür wurden die zusätzlichen Materialpauschalen nach den Nrn. 3401, 3411, 3421, 3431 und 3441 eingeführt.

Wird die arthroskopische OP von einem **Belegarzt** in einem KH durchgeführt, besteht generell eine **Minderungspflicht** entspr. § 6a Abs. 1, Satz 2 Privat-GOÄ i. V. m. § 56 Abs. 1 Vertrag Ärzte/UV-Träger, d. h., dass ärztl. Honorar für stationär oder teilstationär erbrachte belegärztliche Leistungen ist allgemein um **15%** zu mindern.

Außerdem sind die jeweiligen **Sachkosten zu den belegärztlichen Leistungen** nicht berechnungsfähig, d. h., der Belegarzt kann weder pauschal die ”Besonderen Kosten” nach Spalte 4 der UV-GOÄ noch die im Einzelfall angefallenen Sachkosten zu seinen belegärztlichen Leistungen in Rechnung stellen (s. § 6a Abs. 4 Privat-GOÄ). Die Sachkosten sind mit der DRG der Belegabteilung abgegolten.

In diesen Fällen kann auch keiner der Materialzuschläge nach den Nrn. 3401, 3411, 3421, 3431 oder 3441 abgerechnet werden.

Die o. g. Regelungen gelten auch im Falle der **Hinzuziehung** eines niedergelassenen Arztes durch den Belegarzt (z. B. eines **Anästhesisten** für die Narkose). Nach § 56 Abs. 3 und 4 ÄV sind die ärztl. Gebühren des hinzugezogenen Arztes um 15 % zu mindern und Sachkosten nicht berechenbar.

In diesen Fällen ist darauf zu achten, dass die stationäre Behandlung mit dem jeweiligen geminderten Erlös (Belegarzt) erfolgt.

Teil A

1. Die Leistungen nach dem Abschnitt L. XVII. gelten für alle Gelenke. Gelenke sind unabhängig der anatomischen Strukturen als Funktionseinheit zu sehen. Auch wenn mehrere Zugänge erfolgen und/oder in verschiedenen Gelenkbereichen operiert wird, kann jeweils nur eine der Leistungen nach den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 oder 3440 im Rahmen derselben Sitzung abgerechnet werden. Die am höchsten bewertete Leistung ist abrechenbar.
2. Arthroskopische Leistungen werden nach den Sätzen der Besonderen Heilbehandlung abgerechnet. Es sind die der jeweiligen Leistung zugewiesenen Besonderen Kosten abzurechnen. Eine Wahlmöglichkeit zwischen den Besonderen Kosten und Teil A. der UV-GOÄ besteht nicht. Zu den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 oder 3440 kann ein Materialzuschlag abgerechnet werden. Dieser wird aus Gründen der Darstellung bei den Kosten der besonderen Heilbehandlung ausgewiesen. Daher erfolgt abweichend von der Systematik der Berechnung der Sachkosten bei ärztlichen Leistungen des BG-T eine derartige Berechnung bei den Nummern 3401, 3411, 3421, 3432 und 3441 nicht.
3. Die Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang mit einer der arthroskopischen Leistungen nach den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 oder 3440 des Abschnitts L. XVII. ist Bestandteil der Zielleistung. Dies gilt auch dann, wenn neben einer zunächst arthroskopischen Operation im direkten zeitlichen Zusammenhang eine offene Operation erfolgt. Die Nr. 3400 kann dann nicht abgerechnet werden.

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

4. Neben einer ausschließlich arthroskopisch durchgeführten Operation des Abschnitts L. XVII. können keine offenen Operationsleistungen der UV-GOÄ abgerechnet werden.
   Zuschläge aus diesem Abschnitt können ausschließlich neben arthroskopischen Leistungen abgerechnet werden.
5. Werden neben einer arthroskopischen Operation an demselben Gelenk offene Operationsleistungen durchgeführt, sind die Ausschlüsse der Allgemeinen Bestimmungen Abschnitt III.-Gelenkchirurgie zu beachten.
6. Der Operationsbericht ist Bestandteil der arthroskopischen Leistungen und dem Unfallversicherungsträger auf Anforderung vorzulegen. Die Schnitt-Naht-Zeit ist verpflichtend zu dokumentieren.
7. Die in den Leistungsbeschreibungen der Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 und 3440 mit „einschließlich“ aufgeführten Leistungen können im Zusammenhang mit einer arthroskopischen Operation nicht zusätzlich mit einer anderen Gebühr abgerechnet. Sie sind Bestandteil der Leistung.
8. Zu der Leistung nach Nr. 3400 kann einmalig der Zuschlag nach Nr. 443 abgerechnet werden.
   Zu den Leistungen nach den Nrn. 3410, 3420, 3430 oder 3440 kann einmalig der Zuschlag nach Nr. 445 abgerechnet werden.
9. Die Regelungen zum ambulanten Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (Berechtigung zum ambulanten Operieren) sowie die Vorstellungspflichten nach § 37 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sind zu berücksichtigen. Ausnahmen für die Durchführung ambulanter arthroskopischer Operationen sind ausschließlich nach vorheriger schriftlicher Kostenzusage durch den Unfallversicherungsträger möglich.

Arbeitshinweise

Arthroskopische Operationen sind im Katalog der berechtigten Operationen gemäß den Grundsätzen „Ambulantes Operieren der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV*) in der Fassung vom 1. Januar 2016“* nicht genannt. Danach dürfen Sie nur von D-Ärzten durchgeführt werden, die über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen. Die Bestimmungen nach § 37 (VAV/SAV) sind dabei zu berücksichtigen (Teil A, Nr. 9).

Danach hat der behandelnde Arzt dafür zu sorgen, dass der Verletzte unverzüglich in ein am VAV beteiligtes KH überwiesen wird. Der dort tätige D-Arzt 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. Dies ist dem Unfallversicherungsträger entsprechend (z.B. Verlaufsbericht) vor der geplanten Operation anzuzeigen. Ohne Zustimmung des UV-Trägers dürfen die behandelnden D-Ärzte nicht von dieser Vorschrift abweichen.

Isolierte vordere Kreuzbandrupturen sowie die **unkomplizierte vordere Schulterinstabilität** gehören seit dem 1.1.2005 nicht mehr zu den VAV-Fällen (s. Nr. 7 des VA-Verzeichnisses). Insoweit kann der D-Arzt, soweit er über die die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügt, selbst derartige OPs ambulant durchführen bzw. den Verletzten an einen anderen Arzt zur Behandlung überweisen (siehe letzter Satz Absatz 2).

Auf die Regelung der Nr. 11.3 des Verletzungsartenverzeichnisses wird ausdrücklich hingewiesen.

Notwendigkeit ausgedehnter und aufwändiger Revisionseingriffe z. B. bei

- schmerzhaften oder funktionsbehindernden Fehlstellungen oder Instabilitäten
- unzureichender Osteosynthese

Diese Sachverhalte sind dem Schwerstverletztenartenverfahren zugeordnet und sind insbesondere nach bereits erfolgten Operationen (z.B. frühere Vordere Kreuzband-OP) zu beachten.

Ausnahmen für die Durchführung ambulanter arthroskopischer Operationen sind bei fehlender Berechtigung ausschließlich nach **vorheriger schriftlicher Kostenzusage** durch den Unfallversicherungsträger möglich (Teil A, Nr. 5).

Im Notfall ist auch ein nachvollziehbarer Kontakt mit dem Verantwortlichen D-Arzt des SAV-Hauses zu akzeptieren (Telefonvermerk).

Fordert der UV-Träger im Rahmen der Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens eine **Video- oder Printbild-Dokumentation** z.B. für die Klärung nach dem ursächlichen Zusammenhang an, dann kann der Arzt die Übersendung nach der Nr. 193 UV-GOÄ abrechnen.

OP-Berichte sind grundsätzlich Bestandteil der Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 und 3440 und können nicht berechnet werden. Werden keine oder nur unzureichende OP-Berichte und/oder Bild-Dokumentationen geliefert, sollte die Übermittlung der vollständigen Unterlagen notfalls durch Ablehnung der Vergütung für die entspr. Leistungen durchgesetzt werden.

Die Leistungen der **Nrn.** 3400, 3410, 3420, 3430 und 3440 sind im

Rahmen derselben OP nicht mehrfach und nicht nebeneinander abrechenbar Teil A, Nr. 1.

Dies gilt auch dann, wenn arthroskopisch in unterschiedlichen Gelenkräumen (z.B. an der Schulter) operiert wird.

Auch wenn die Begründung, dass in unterschiedlichen Gelenkräumen operiert wird, anantomisch korrekt ist, handelt es sich abrechnungstechnisch um eine OP in einem Gelenk (Teil A, Nr. 1 und BSG, Urteil vom 25. 8. 1999 - B 6 KA 32/98 R).

Die Nebeneinander- bzw. Mehrfachberechnung der Nrn. 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136 neben arthroskopischen Leistungen dieses Kapitels sind weiterhin zu beachten. Diese können auch dann nicht neben arthroskopischen Leistungen der Nrn. 3410, 3420, 3430 und 3440 abgerechnet werden, wenn sie im Rahmen einer offenen OP durchgeführt wurden.

Gelegentlich erfolgt die **Abrechnung** arthroskopisch durchgeführter Maßnahmen **auf der Grundlage "offener" OP-Gebühren**, wobei teilweise viele operative Einzelmaßnahmen mit einer gesonderten Gebühr abgerechnet werden. Im Rahmen ausschließlich arthroskopischer Operationen ist dies nicht möglich.

Teil B

Geräte, Materialien

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

Arbeitshinweise

Diese Geräte und Materialien können, soweit sie nicht wiederverwendbar sind, mit den tatsächlichen Kosten abgerechnet werden. Hierzu kann der UV-Träger einen Einzelnachweis des Einkaufs anfordern. Die jeweiligen Geräte und Materialien sind bis zur Vorlage nicht zu erstatten.

Rabatte, etc. sind weiterzugeben.

Fixationssysteme (Anker, Nahtpfeile usw.) sind nur unter der Grundvoraussetzung berechenbar, dass ein entspr. Nachweis durch eindeutige Bilddokumentation bezüglich Art und Anzahl erbracht werden kann.

Bei der Abrechnung der Kosten für einen Shaver oder einer Elektrosonde ist nach den Zusätzen bei den Nrn. 2 und 7 eine Wiederverwendbarkeit zwingend in der Rechnung zu dokumentieren.

Liegt eine Wiederverwendbarkeit vor sind nur anteilige Kosten zu erstatten. Es wird empfohlen ein Drittel der Anschaffungskosten zu berechnen.

Werden wiederverwendbare Shaver oder Elektrosonden ohne entsprechende Dokumentation abgerechnet, ist der UV-Träger berechtigt die Kosten zu korrigieren. Eine Nacherstattung ist in diesen Fällen ausgeschlossen.

Fordert der UV-Träger Videoaufzeichnungen oder Bilddokumentation zum Nachweis und zur Prüfung abgerechneter Leistungen an ist eine Abrechnung z.B. nach Nr. 193 ausgeschlossen.

Die Verwendung eines Lasers wird bei arthroskopischen Operationen die Ausnahme sein. Für die **Anwendung eines Lasers** sieht die UV-GOÄ den Zuschlag nach Nr. 441 vor. Die Berechenbarkeit des Zuschlags setzt voraus, dass die Anwendung des Lasers medizinisch erforderlich und zweckmäßig ist (§ 8 ÄV).

Darüber hinaus ist der Einsatz verpflichtend im Operationsbericht zu dokumentieren. Für den Einsatz einer Elektrosonde kann die Nr. 440 nicht abgerechnet werden.

Teil C
Leistungen/Gebühren

Nr. 3400 UV-GOÄ
Arthroskopie als diagnostische Maßnahme
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung

Arthroskopie als diagnostische Maßnahme einschließlich

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

Die Nr. 3400 kann nur für eine ausschließlich diagnostische Maßnahme oder im Zusammenhang mit einer offenen Operation abgerechnet werden. Eine Abrechnung neben anderen Leistungen des Abschnitts L. XVII. – Arthroskopie ist nicht möglich.
Neben der Leistung nach Nr. 3400 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.
Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 443 sowie 3401 abgerechnet werden.

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

Arbeitshinweise

Eine ausschließliche diagnostische Arthroskopie ist kritisch zu betrachten. Sie kann erforderlich und zweckmäßig sein, wenn bildgebende Verfahren (wie MRT oder Röntgen) keine eindeutige Diagnose liefern bzw. die genaue Abklärung von Gelenkschmerzen oder unklaren Befunden nur auf diesem Weg möglich ist. Häufen sich im Einzelfall diagnostische Arthroskopien kann der UV-Träger eine nachträgliche beratungsärztliche Prüfung in Betracht ziehen.

Die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) sind Bestandteil der Gebühr. Sie sind in der Kalkulation der Pauschale enthalten. Auch wenn es für diese Leistungen einzelne Gebühren in der UV-GOÄ gibt, können sie nicht zusätzlich abgerechnet werden. Mit dem Zusatz in der Leistungsbeschreibung „im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag“ und „auch nicht postoperativ am OP-Tag“ wird klargestellt, dass diese Leistungsausschlüsse über die eigentliche Operation hinaus für den Behandlungstag gelten. Eine zeitliche Trennung z.B. einer Untersuchung begründet nicht eine weitere Abrechnung.

Die in der Leistungsbeschreibung genannten Gebühren gehören zu den Leistungen, die Bestandteil der Arthroskopieleistung sind. In diesem Zusammenhang wird auch auf das Verbot analoger Ansätze nach Teil A, Nr. 5 UV-GOÄ verwiesen.

Präoperative Leistungen (z. B. die Nr. 2 für die Untersuchung, Beratung und Aufklärung zur Operation) sind nicht Bestandteil der Gebühr. Soweit es im konkreten Einzelfall erforderlich und zweckmäßig ist, können weitere präoperative Leistungen abgerechnet werden.

Präoperative Leistungen werden in der Regel nicht am OP-Tag durchgeführt. Eine Ausnahme besteht dann, wenn die Arthroskopie notfallmäßig am Unfalltag durchgeführt werden muss.

Dies gilt für alle an der Operation beteiligten Ärzte, unabhängig davon wie die vertragliche Vereinbarung der Abrechnung gestaltet ist.

Beispiele zu der Nr. 3400:

- Arthroskopisch assistierte MPFL-Naht bei traumatischer Patellaluxation

Bei der MPFL-Naht handelt es sich um einen offenen Eingriff. Wird arthroskopisch keine Maßnahme durchgeführt, ist die Nr. 3400 und eine offene OP-Gebühr abzurechnen.

Für die konkrete offene Operation (MPFL-Naht) gibt es keine passende Gebühr.

Wegen der Ausschlussbestimmungen bei den Allgemeinen Bestimmungen Teil A kommt die Nr. 2104 - Bandplastik des Kniegelenks (plastischer Ersatz von Kreuz- und/oder Seitenbändern) grundsätzlich nicht in Frage.

Aktuell akzeptieren wir diese Leistung. In der Sitzung der Gebührenkommission im Oktober soll dann für diesen Sachverhalt eine andere Lösung gefunden werden.

Arthroskopische Stellungskontrolle einer Frakturversorgung, wenn keine weitere arthroskopische Maßnahme erfolgt.

Nr. 3401 UV-GOÄ
Zuschlag zur Nr. 3400 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialen für den einmaligen Gebrauch.
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung

Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags.
Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden. OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.
Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

Arbeitshinweise

Der Zuschlag hat das Ziel, die Diskussionen, um die Abrechenbarkeit der einmalig zu verwendeten Verbrauchsgegenstände zu beenden.

Materialien sind bereits in

- der ärztlichen Leistung
- den Besonderen Kosten und
- im AOP-Zuschlag

enthalten.

Zukünftig beteiligen wir uns an den Kosten der Materialien und bezahlen zusätzlich einen Zuschlag. In dieser Pauschale sind alle bei einer arthroskopischen Operation verwendeten Materialien soweit sie einkalkuliert werden, konnten enthalten und abgegolten (Ausnahme Materialien und Geräte Teil B. des Kapitels und § 2 (3) BG-NT). Um dies umsetzen zu können ist es erforderlich, dass grundsätzlich mit den Besonderen Kosten abgerechnet werden muss und keine Wahlmöglichkeit mit den Allgemeinen Bestimmungen des Teil A der UV-GOÄ möglich ist (siehe Klarstellung vor den Grundleistungen Teil A. Nr. 1 UV-GOÄ und Allgemeine Bestimmungen Teil A. Nr. 2 dieses Kapitels). Mit dieser Regelung gelten automatisch die Bestimmungen des Berufsgenossenschaftlichen Nebenkostentarifs. Dort ist geregelt, welche Materialien zusätzlich berechnet werden können.

Nachfolgende zwei Regelungen betreffen Materialien bzw. Medikamente, die neben der ärztlichen Gebühr, den besonderen Kosten, dem AOP-Zuschlag und dem Materialzuschlag abgerechnet bzw. nicht abgerechnet werden können.

Allgemeine Tarifbestimmungen BG-NT

§ 2 Besondere Kosten

(1) Soweit in diesem Tarif nichts anderes bestimmt ist, sind mit den Beträgen der Spalte 4 (Besondere Kosten) die Kosten für **Anästhetika bei Leistungen des Teiles D**, Verbandmittel, Gewebeklebstoff, Materialien, Gegenstände und Stoffe, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, abgegolten.

Das Umspritzen der Arthroskopie-Portale nach den Nrn. 490/491 wurde in die Leistungen nach den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3432 und 3440 einkalkuliert. Diese sind mit „einschließlich“ aufgeführt und können nicht daneben abgerechnet werden.
Nach dieser Reglung können Medikamente zur Lokalanästhesie nicht in Rechnung gestellt werden.

(3) Nicht mit den Besonderen Kosten (Spalte 4) abgegolten und damit gesondert berechnungsfähig sind:

1. Arzneimittel (einschließlich Salben, Blutkonserven, Blutderivaten, Blutersatzmittel, Sera u. ä.), wenn der Aufwand je Arzneimittel 1,02 € übersteigt,
2. Gummi-Elastikbinden, Gummistrümpfe u. ä.,
3. Einmalinfusionsbestecke

Die intraartikuläre Injektion wurde in die Leistungen nach den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 und 3440 einkalkuliert. Diese ist mit „einschließlich“ aufgeführt und kann daneben nicht abgerechnet werden.
Nach § 2 Abs. 3 ist das dafür verwendete Arzneimittel abrechenbar, wenn seine Kosten je Injektion über 1,02 € liegen.
Verwendet der Arzt anstelle des einkalkulierten Kompressionsverbandes (Nr. 203A) Gummi-Elastikbinden oder Gummistrümpfe, kann er diese Kosten abrechnen.
Zusätzlich abrechenbar sind auch Einmalinfusionsbestecke, soweit sie nicht vom Anästhesisten abgerechnet werden.

Der UV-Träger kann hierfür einen Einzelnachweis verlangen. Eine Geringfügigkeitsgrenze, entsprechend der GOÄ, gibt es in der UV-GOÄ nicht.

Darüber hinaus können bei einer arthroskopischen Operation keine weiteren Materialien abgerechnet werden.

Nr. 3410 UV-GOÄ
Resezierende, entfernende arthroskopische Operation eines Gelenkes
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung

Resezierende, entfernende arthroskopische Operation eines Gelenkes
einschließlich

- aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten,
- dem Team-Time-Out
- der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang,
- aller Spülungen,

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

Neben der Leistung nach Nr. 3410 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.
Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3411 abgerechnet werden.

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

Arbeitshinweise

Die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) sind Bestandteil der Gebühr. Sie sind in der Kalkulation der Pauschale enthalten. Auch wenn es für diese Leistungen einzelne Gebühren in der UV-GOÄ gibt, können sie nicht zusätzlich abgerechnet werden. Mit dem Zusatz in der Leistungsbeschreibung „im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag“ und „auch nicht postoperativ am OP-Tag“ wird klargestellt, dass diese Leistungsausschlüsse über die eigentliche Operation hinaus für den Behandlungstag gelten.

In diesem Zusammenhang wird auch auf das Verbot analoger Ansätze nach Teil A, Nr. 5 UV-GOÄ verwiesen.

Präoperative Leistungen (z. B. die Nr. 2 für die Untersuchung, Beratung und Aufklärung zur Operation sind nicht Bestandteil der Gebühr. Soweit es im konkreten Einzelfall erforderlich und zweckmäßig ist, können weitere präoperative Leistungen abgerechnet werden.

Die Ausschlüsse gelten für alle an der Operation beteiligten Ärzte, unabhängig wie die vertragliche Vereinbarung der Abrechnung gestaltet ist.

Die Pauschale der Nr. 3410 beinhaltet alle im Zusammenhang mit der Operation durchgeführten resezierenden Maßnahmen.

Geräte und Materialien – siehe Arbeitshinweise zu Teil B des Kapitels

Beispiele zu der Nr. 3410:

Für alle Gelenke:

- Entfernung freier Gelenkkörper,
- Plikaresektion,
- Knorpelglättungen,
- partielle Synovektomien
- Arthroskopische Ganglionentfernung
- Narben/Stränge durchschneiden/entfernen
- Implantatentfernung
- Exophyten entfernen,

- Denervation von Nerven an Gelenken

Speziell für Hüftgelenke:

- Labrumglättungen

Speziell für das Kniegelenk:

- Innen – und/oder Außenmeniskusteilresektionen
- laterales Release
- Kreuzbandstumpf entfernen (soweit es sich nicht um eine vorbereitende OP nach Nr. 3440 handelt)
- Baker-Zystenentfernung/Punktion (Die OP erfolgt nur sehr selten arthroskopisch, meist offen.)
- Fettkörper Teilentfernnung
- Abrasionsarthro – (chondro) plastik
- Arthroplastik
- Mikrofrakturierung
- Arthroskopisch unterstützte MPFL-Naht bei traumatischer Patellaluxation

Bei der MPFL-Naht handelt es sich um einen offenen Eingriff. Wird arthroskopisch neben der Diagnostik eine resezierende Maßnahme durchgeführt, ist die Nr. 3410 und eine offene OP-Gebühr abzurechnen.

Bei der MPFL-Naht handelt es sich um einen offenen Eingriff. Wird arthroskopisch keine Maßnahme durchgeführt, ist die Nr. 3400 und eine offene OP-Gebühr abzurechnen.

Für die konkrete offene Operation (MPFL-Naht) gibt es keine passende Gebühr.

Wegen der Ausschlussbestimmungen bei den Allgemeinen Bestimmungen Teil A kommt die Nr. 2104 - Bandplastik des Kniegelenks (plastischer Ersatz von Kreuz- und/oder Seitenbändern) grundsätzlich nicht in Frage.

Aktuell akzeptieren wir diese Leistung. In der Sitzung der Gebührenkommission im Oktober soll dann für diesen Sachverhalt eine andere Lösung gefunden werden.

Speziell für die Schulter:

- Labrumglättungen,
- Entfernung Paralabraler Ganglien,
- Bizepssehnentenotomie
- subacromiale Dekompression
- Arthroplastik
- Abrasionsarthro-(Chondro)plastik
- Akromioplastik

Speziell für das Handgelenk:

- Diskusglättungen

Nr. 3411 UV-GOÄ
Zuschlag zur Nr. 3410 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialen für den einmaligen Gebrauch.
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung

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

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

OP-Sets (s.o.) beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.
Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

Arbeitshinweise

Die bei der Nr. 3401 genannten Hinweise gelten auch für die Nr. 3411.

Nr. 3420 UV-GOÄ
Arthroskopisch rekonstruktive, erhaltende Operation an einem Gelenk
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung

Arthroskopisch rekonstruktive, erhaltende Operation an einem Gelenk einschließlich

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

Band,- Sehnen,- Labrum,- Diskus,- und Kapselrekonstruktionen (Nähte) sind mit dieser Leistung nicht abzurechnen.
Neben der Leistung nach Nr. 3420 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.
Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3421 abgerechnet werden.

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

Arbeitshinweise

Die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) sind Bestandteil der Gebühr. Sie sind in der Kalkulation der Pauschale enthalten. Auch wenn es für diese Leistungen einzelne Gebühren in der UV-GOÄ gibt, können sie nicht zusätzlich abgerechnet werden. Mit dem Zusatz in der Leistungsbeschreibung „im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag“ und „auch nicht postoperativ am OP-Tag“ wird klargestellt, dass diese Leistungsausschlüsse über die eigentliche Operation hinaus für den Behandlungstag gelten. Eine zeitliche Trennung z.B. einer Untersuchung begründet nicht eine weitere Abrechnung.

In diesem Zusammenhang wird auch auf das Verbot analoger Ansätze nach Teil A, Nr. 5 UV-GOÄ verwiesen.

Präoperative Leistungen (z.B. die Nr. 2 für die Untersuchung, Beratung und Aufklärung zur Operation) sind nicht Bestandteil der Gebühr. Soweit es im konkreten Einzelfall erforderlich und zweckmäßig ist, können weitere präoperative Leistungen abgerechnet werden.

Die Ausschlüsse gelten für alle an der Operation beteiligten Ärzte, unabhängig wie die vertragliche Vereinbarung der Abrechnung gestaltet ist.

Die Pauschale der Nr. 3420 beinhaltet auch alle im Zusammenhang mit der Operation durchgeführten resezierenden Maßnahmen.

Erfolgt die Operation als zusätzlicher Eingriff z.B. neben einer Kreuzbandersatzplastik, kann die Nr. 3420 nicht zusätzlich berechnet werden. Hierfür ist der Zuschlag nach Nr. 3433 abrechenbar.

Die **Indikation** für eine erhaltende Meniskus-OP kann ggf. mit einem Beratungsarzt abgeklärt bzw. eine Zweitmeinung eingeholt werden. Hierfür sollten den Ärzten die erforderlichen medizinischen Unterlagen vorgelegt werden.

Geräte und Materialien – siehe Arbeitshinweise zu Teil B des Kapitels

Zum Nachweis **des Meniskus-Fixationssystems** (Einmalsetzgeräte, Nahtpfeile, Anker oder dgl.) kann ein Kostennachweis durch Rechnungsvorlage angefordert werden. Es können nur die tatsächlich für die OP verwendeten, in den Patienten eingebrachten Fixationsmaterialien abgerechnet werden. Bei mehr als drei abgerechneten Fixationsmaterialien wird die Überprüfung mit der Anforderung des OP-Berichtes empfohlen.

Im Zweifelsfall kann eine **eindeutige Bilddokumentation** über die Anzahl der verwendeten Anker (z. B. OP-Video, Printbilder) verlangt werden.

Weitere operative Maßnahmen mit Ausnahme resezierender Maßnahmen an demselben Gelenk können einmalig mit dem **Zuschlag nach Nr.** 3422 abgerechnet werden.

Beispiele zu der Nr. 3420:

Für alle Gelenke:

- Arthrolysen mit Entfernung von Narbensträngen

Eine Arthrolyse ist ein chirurgischer Eingriff, um die Beweglichkeit eines Gelenks nach Versteifungen, Vernarbungen (Arthrofibrose) oder Verletzungen wiederherzustellen. Nur wenn dies das Ziel der Operation darstellt, kann die Nr. 3420 hierfür abgerechnet werden. Werden nur reszierende Teilschritte durchgeführt ist die Nr. 3410 abzurechnen.

Bei dieser Operation ist die Regelung der Nr. 11.3 Verletzungsartenverzeichnis zu beachten, da es sich wahrscheinlich um einen ausgedehnten und aufwändigen Revisionseingriff handelt.

Speziell für das Kniegelenk:

- Innen – oder Außenmeniskusrefixationen
- Arthroskopische Meniskusrefixation mit anschließender offener Bandrekonstruktion (MPFL-Naht, Innen- Außenband)

Bei der Arthroskopisch assistierte offene Bandrekonstruktion handelt es sich um einen offenen Eingriff. Erfolgt arthroskopisch eine zusätzliche Meniskusrefixation ist die Nr. 3420 hierfür neben der offenen Gebühr abzurechnen.

Bei der MPFL-Naht handelt es sich um einen offenen Eingriff. Wird arthroskopisch keine Maßnahme durchgeführt, ist die Nr. 3400 und eine offene OP-Gebühr abzurechnen.

Für die konkrete offene Operation (MPFL-Naht) gibt es keine passende Gebühr.

Wegen der Ausschlussbestimmungen bei den Allgemeinen Bestimmungen Teil A kann kommt die Nr. 2104 - Bandplastik des Kniegelenks (plastischer Ersatz von Kreuz- und/oder Seitenbändern) grundsätzlich nicht in Frage.

Aktuell akzeptieren wir diese Leistung. In der Sitzung der Gebührenkommission im Oktober soll dann für diesen Sachverhalt eine andere Lösung gefunden werden.

Speziell für die Schulter:

- Bicepssehnentenodese

Nr. 3421 UV-GOÄ
Zuschlag zur Nr. 3420 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialen für den einmaligen Gebrauch.
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung

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

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

OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.
Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

Arbeitshinweise

Die bei der Nr. 3401 genannten Hinweise gelten auch für die Nr. 3421.

Nr. 3422 UV-GOÄ
Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 3420 für einen weiteren in derselben Operation zusätzlichen rekonstruktiven arthroskopischen Eingriff (Stand 07/2026)

Arbeitshinweise

Auch wenn dies nicht ausdrücklich in der Leistungsbeschreibung genannt ist, kann der Zuschlag im Zusammenhang mit einer Operation nach Nr. 3420 nur einmal abgerechnet werden.

Mit der Formulierung „Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 3420“ wird klargestellt, dass dieser Zuschlag zu keiner anderen Leistung aus dem Kapitel Arthroskopie oder der UV-GOÄ abgerechnet werden.

Beispiel für das Knie:

Zusätzliche Innen- oder Außenmeniskusrefixation

Nr. 3430 UV-GOÄ
Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Bandes/einer Sehne/eines Labrums/eines Diskus, einer Kapsel oder die Implantation von autologem, allogenem oder alloplastischen Gewebe oder Material an einem Gelenk oder Refixation eines osteochondralen Fragmentes oder einer Fraktur oder Stabilisierung des ACG durch Fixationsverfahren (z. B. VKB oder HKB, RM
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung

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

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

Neben der Leistung nach Nr. 3430 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.
Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3431 abgerechnet werden.

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

Arbeitshinweise

In der Leistungsbeschreibung finden sich nachfolgende Abkürzungen:

ACG	-	Akromioklavikulargelenk
VKB	-	Vordere Kreuzband
HKB	-	Hintere Kreuzband
RM	-	Rotatorenmanschette

Die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) sind Bestandteil der Gebühr. Sie sind in der Kalkulation der Pauschale enthalten. Auch wenn es für diese Leistungen einzelne Gebühren in der UV-GOÄ gibt, können sie nicht zusätzlich abgerechnet werden. Mit dem Zusatz in der Leistungsbeschreibung „im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag“ und „auch nicht postoperativ am OP-Tag“ wird klargestellt, dass diese Leistungsausschlüsse über die eigentliche Operation hinaus für den Behandlungstag gelten. Eine zeitliche Trennung z.B. einer Untersuchung begründet nicht eine weitere Abrechnung.

In diesem Zusammenhang wird auch auf das Verbot analoger Ansätze nach Teil A, Nr. 5 UV-GOÄ verwiesen.

Präoperative Leistungen (z.B. die Nr. 2 für die Untersuchung, Beratung und Aufklärung zur Operation) sind nicht Bestandteil der Gebühr. Soweit es im konkreten Einzelfall erforderlich und zweckmäßig ist, können weitere präoperative Leistungen abgerechnet werden.

Die Ausschlüsse gelten für alle and er Operation beteiligten Ärzte, unabhängig wie die vertragliche Vereinbarung der Abrechnung gestaltet ist.

Die Pauschale der Nr. 3430 beinhaltet auch alle im Zusammenhang mit der Operation durchgeführten resezierenden Maßnahmen.

Beispiele für die Nr. 3430:

Für alle Gelenke gilt:

Band-, Labrum-, Diskusrekonstruktion und -naht, bei Knorpeltransplantationen (Autologe Chondrozytentransplantation – ACT) oder (Matrixgestützte Autologe Chondrozytentransplantation – MACT),

Refixation traumatischer Osteochondrosis dissecans und Knorpel- und Knochenreparatur (OATS- Verfahren), Arthroskopische Frakturversorgung.

Arthroskopie Kniechirurgie:

- Vordere Kreuzbandersatzplastik
- Vordere oder hintere Kreuzbandnaht ggf. augmentiert
- Hintere Kreuzbandersatzplastik
- Refixation bei traumatischer Osteochondrosis dissecans
- Arthroskopisch assistierte Frakturversorgung
- Arthroskopie assistierte OATS - Versorgung (Reparatur umschriebener Knorpel-Knochen-Schäden) bei traumatischer Osteochondraler Läsion
- Arthroskopie Knorpelersatzverfahren bei traumatischen Knorpelschäden mit
- gelenkplastischen Eingriffen mit AMIC-Verfahren (Operation zur Reparatur von Knorpelschäden)
- Transtibiale Meniskusrekonstruktionen (-nähte)
- Reinserationen ausgerissener Kreuzbänder

Hüft Arthroskopie:

- Labrumrefixation

Obere Sprunggelenk:

- Refixation einer traumatischen Osteochndrosis dissecans
- Arthroskopie assistierte OATS- Versorgung bei traumatischer osteochondraler Läsion
- Arthroskopie Knorpelersatzverfahren bei traumatischen Knorpelschäden mit gelenkplastischen Eingriffen mit AMIC-Verfahren

Schulter Arthroskopie:

- Arthroskopie assistierte Rotatorenmanschettenrekonstruktion, ggf auch augmentiert
- Kapsulolabrale Stabilisierungsoperation nach akuten und chronischen traumatischen Schulterluxation mit verbliebener Instabilität
- Arthroskopie Refixation bei Slapläsionen und Pulleyläsionen
- Arthroskopische assistierte Versorgung akuter und chronischer Schultereckgelenksverletzungen mit verbliebener Instabilität
- Arthroskopisch assistierte Frakturversorgung
- Stabilisierung des Akromioklavikulargelenks (ACG) mit speziellen Faden-Knopf-Systemen (wie *TightRope*)

Ellenbogengelenk:

- Arthroskopie mit Refixation einer traumatischen Osteochondroisis dissecans
- Arthroskopisch assistierte Frakturversorgung

Handgelenk:

- Arthroskopie assistierte Diskusrefixationen
- Arthroskopie assistierte Frakturversorgung

Bei diesen Operationen handelt es sich ggf. um Maßnahmen, die der Vorstellungspflicht nach § 37 Ärztevertrag unterliegen. Nach § 37 Abs. 1 ÄV ist eine Überweisung des Verletzten an ein am VAV beteiligtes KH erforderlich; der dort tätige D-Arzt oder D-Ärztin entscheidet nach Art oder Schwere der Verletzung, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich ist. Er kann diese selbst ambulant oder stationär durchführen oder einen anderen qualifizierten Arzt oder Ärztin damit beauftragen. Ohne vorherige schriftliche Zustimmung des UV-Trägers dürfen die behandelnden D-Ärzte nicht von dieser Vorschrift abweichen.

Dies gilt auch für Belegärzte. Hier ist vor der schriftlichen Kostenzusage zu regeln, welche Gesamtkosten (für die ärztl. Leistung, Höhe der Beleg-DRG usw.) zu erwarten sind. Dies gilt insbes. für die belegärztliche Behandlung in **Privatkliniken**.

Für die **Entnahme des autologen (körpereigenen) Sehnenmaterials,** z. B. aus dem Ligamentum patellae (Kniescheibenband), der Semitendinosus- oder Grazilissehne, ist ist der Zuschlag nach Nr. 3432 abzurechnen.

Die bei vorderen Kreuzbandplastiken ggf. erforderliche **Notchplastik** (Erweiterung des Kniebinnenraums durch Abfräsen und Glätten des Knochens ist Leistungsumfang einer Kreuzbandplastik, und kann nicht mit dem Zuschlag nach Nr. 3433 abgerechnet werden.

Nr. 3431 UV-GOÄ
Zuschlag zur Nr. 3430 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialen für den einmaligen Gebrauch.
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung

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

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

OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.
Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

Arbeitshinweise

Die bei der Nr. 3401 genannten Hinweise gelten auch für die Nr. 3431.

Nr. 3432 UV-GOÄ
Zuschlag zu der Nr. 3430 für die Entnahme körpereigener(n) Sehne(n) für Bandoperationen an einem Gelenk einschließlich aller Maßnahmen der Vorbereitung und Versorgung der Entnahmestelle
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung

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

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

Arbeitshinweise

Die **Entnahme des autologen** (körpereigenen) **Sehnenmaterials** (z. B. aus dem Ligamentum patellae, Semintendinosis- und/oder Gracilissehne) wurde bewusst als Zuschlag zu der Nr. 3430 in das Kapitel aufgenommen, ob wohl es sich um eine eigenständige offene Operationsmaßnahme handelt. Hintergrund ist, dass die bisherige, dafür abrechenbare Nr. 2083 Leistungen enthalten hat, die Bestandteil der arthroskopischen Leistung waren (Einbringung des entnommenen Materials). Der Zuschlag nach Nr. 3432 kann unabhängig der Anzahl der entnommenen Sehnen, einmal berechnet werden.

Eine Ausnahme und damit maximal zweifache Abrechnung, ist dann möglich, wenn entweder bei komplexen Instabilitäten die Sehnen beider Beine verwendet werden müssen oder an einem Bein nicht ausreichend Material vorhanden ist, so dass die Sehnen der Gegenseite verwendet werden müssen. Dies ist dann der Fall, wenn körpereigenes Sehnenmaterial bereits für vorhergehende Operationen (Z.B. bereist erfolgte mehrfache Kreuzbandersatzplastik oder eine Nutzung für eine OP an der Schulter) verwendet wurde. Dies ist zwingend im Operationsbericht begründen und zu dokumentieren.

Nr. 3433 UV-GOÄ
Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 3430 für einen weiteren in derselben Operation zusätzlichen rekonstruktiven arthroskopischen Eingriff (Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung

Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 3430 für einen weiteren in derselben Operation zusätzlichen rekonstruktiven arthroskopischen Eingriff.
Die Leistung kann je weiteren Eingriff, maximal, aber drei Mal abgerechnet werden.

Arbeitshinweise

Mit der Formulierung „Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 3430“ wird klargestellt, dass dieser Zuschlag zu keiner anderen Leistung aus dem Kapitel Arthroskopie oder der UV-GOÄ abgerechnet werden.

Beispiele für die Nr. 3433:

Für das Knie:

Zuschlag zur 3430 bis maximal drei Mal abrechenbar, zum Beispiel bei komplexen Knieverletzungen: vordere Kreuzersatzplastik mit gleichzeitiger Innen- und Außenmeniskus Refixation (Ziffer 3430 und 2x 3433).

Bei dieser Operation ist die Regelung der Nr. 7.9 Verletzungsartenverzeichnis zu beachten.

Für die Schulter:

Arthroskopische Stabilisierungsoperation und Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Ziffer 3430 und 2x 3433)

Nr. 3434 UV-GOÄ
Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3430 unter Verwendung von allogenem oder alloplastischem Gewebe oder Material
(Stand 07/2026)

Arbeitshinweise

Mit der Formulierung „Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3430“ wird klargestellt, dass dieser Zuschlag zu keiner anderen Leistung aus dem Kapitel Arthroskopie oder der UV-GOÄ abgerechnet werden.

Für das Knie:

Arthroskopie Kniegelenk mit vorderer Kreuzbandersatzplastik und gleichzeitiger Bohrkanalauffüllung als einzeitiger Eingriff oder Unterfütterung mit Spongiosa ggf. mit einer traumatischen Osteochondrosis dissecans im Rahmen einer Refixation.

Nr. 3435 UV-GOÄ
Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3430 unter Verwendung von autogenem Material incl. der Spongiosa Transplantation
(Stand 07/2026)

Arbeitshinweise

Mit der Formulierung „Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3430“ wird klargestellt, dass dieser Zuschlag zu keiner anderen Leistung aus dem Kapitel Arthroskopie oder der UV-GOÄ abgerechnet werden.

Nr. 3440 UV-GOÄ
Vorbereitende arthroskopische Operation für eine zukünftig geplante rekonstruktive Arthroskopie an einem Gelenk
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung

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

- aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten,
- dem Team-Time-Out,
- der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang,
- aller resezierenden Maßnahmen,
- aller Spülungen,
- Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale
- Intraartikulärer Injektionen,
- Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe,
- Anlage der Redondrainage(n),
- Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden,
- Kühlung(en),

- der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc.,
- aller intra- und postoperativen Untersuchungen, am OP-Tag
- Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag
- sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation

Neben der Leistung nach Nr. 3440 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.
Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3441 abgerechnet werden.

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

Arbeitshinweise

Nach der Leistungsbeschreibung der Nr. 3440 sind an die Abrechnung dieser Leistung nachfolgende Voraussetzungen geknüpft:

- es muss sich um eine vorbereitende arthroskopische Operation handeln
- eine zukünftige arthroskopische Operation muss geplant sein
- dabei muss es sich um einen rekonstruktiven arthroskopischen Eingriff handeln

Nur wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann diese Leistung abgerechnet werden. Dies ist entsprechend zu dokumentieren.

Ist dies aus der Behandlungsdokumentation oder dem Operationsbericht nicht zweifelsfrei zu erkennen, kann die Leistung mit dieser Begründung auf die Nr. 3410 korrigiert werden.

Bei dieser Operation ist die Regelung der Nr. 11.3 Verletzungsartenverzeichnis zu beachten da es sich um einen ausgedehnten und aufwändigen Revisionseingriff handelt.

Für alle Gelenke, bei vorbereitenden Operationen für Revisionsoperationen oder geplante Knorpel PE für Knorpeltransplantationen

Für das Knie:

Beispiel: die Bohrkanalauffüllung vor einer geplanter Revisionsoperation für eine vordere – oder hintere Kreuzbandersatzplastik bei erweiterten Bohrkanälen

Arthrolysen bei deutlichen Bewegungseinschränkungen vor geplanten Revisionsoperationen

Arthrokopisch assistierte Implantatentfernung der Interferenzschraube vor einer geplanten vordere oder hintere Kreuzband Revisionsoperation.

Nr. 3441 UV-GOÄ
Zuschlag zur Nr. 3440 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialen für den einmaligen Gebrauch.
(Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung

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

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

OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.
Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

Arbeitshinweise

Die bei der Nr. 3401 genannten Hinweise gelten auch für die Nr. 3441.

Nr. 3442 UV-GOÄ
Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440 unter Verwendung von allogenem oder alloplastischem Gewebe oder Material
(Stand 07/2026)

Arbeitshinweise

Mit der Formulierung „Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440“ wird klargestellt, dass dieser Zuschlag zu keiner anderen Leistung aus dem Kapitel Arthroskopie oder der UV-GOÄ abgerechnet werden.

Als Beispiel bei einer Bohrkanalauffüllung vor einer geplanten vorderen Kreuzbandrevisionsersatzplastik bei zusätzlicher Verwendung und Einbringen von allogenem/alloplastischem Material wie zum Beispiel Kunstknochen oder humanes Ersatzmaterial.

Nr. 3443 UV-GOÄ
Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440 unter Verwendung von autogenem Material incl. der Spongiosa Transplantation (Stand 07/2026)

Arbeitshinweise

Mit der Formulierung „Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440“ wird klargestellt, dass dieser Zuschlag zu keiner anderen Leistung aus dem Kapitel Arthroskopie oder der UV-GOÄ abgerechnet werden.

Zusätzliche Verwendung und einbringen von autologen Material inklusive der dazugehörigen Spongiosaentnahme. Beispiel Bohranalauffüllung vor einer geplanten vordere Kreuzbandersatzrevisionsoperation.

Nr. 3444 UV-GOÄ
Zuschlag zu der Nr. 3440 für die Entnahme von autologem Knorpel zum Anzüchten eines körpereigenen Ersatzes. (Stand 07/2026)

Arbeitshinweise

Mit der Formulierung „Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440“ wird klargestellt, dass dieser Zuschlag zu keiner anderen Leistung aus dem Kapitel Arthroskopie oder der UV-GOÄ abgerechnet werden.

Für alle Gelenke gilt: Knorpelentnahme für eine geplante Knorpeltransplantation ACT oder MACT

UV-GOÄ/Abschnitt M
Laboratoriumsuntersuchungen

Allgem. Best. zu Abschnitt M.I. bzw. zu Nrn. 3500 bis 3532 UV-GOÄ Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis (Stand 04/2006)

Allgem. Best. zu Abschnitt M.I.:

Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchungen direkt beim Patienten (z. B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probennahme erfolgt bzw. nach der Probenübergabe an den Arzt oder Ärztin erfolgt.

Die Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhausähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.

Anm. zu den Allgem. Best.:

Der Abschnitt M.I. umfasst eine Reihe von Untersuchungen, die im Praxislabor des behandelnden Arztes oder Ärztin oder auch außerhalb beim Patienten im Rahmen der Notfall-, Präsenz- oder patientennahen Sofortdiagnostik bei Bedarf kurzfristig durchgeführt werden können. Spätestens nach vier Stunden müssen die Untersuchungsergebnisse zur Verfügung stehen.

Die im Vergleich zu Abschnitt M.II. höheren Gebühren des Abschnitts M.I. bzw. der Nrn. 3500 bis 3532 dürfen nicht angesetzt werden, wenn die Laboruntersuchungen tatsächlich in einer Laborgemeinschaft oder dgl. durchgeführt wurden; insoweit sind nur die Gebühren-Nrn. des Abschnitts M.II. bzw. die Nrn. 3550 bis 3621 berechnungsfähig (z. B. Blutuntersuchung hinsichtlich Glukose durch Hausarzt oder Hausärztin im Praxislabor = Nr. 3514 = 4,83 €; Glukose-Untersuchung durch Laborgemeinschaft = Nr. 3560 = 2,76 €).

Allgem. Best. zu Abschnitt M.II. bzw. zu Nrn. 3550 bis 3621 UV-GOÄ Basislabor (Stand 04/2006)

Allgem. Best. zu Abschnitt M. II.:

Die aufgeführten Laborleistungen dürfen auch dann als eigene Leistungen berechnet werden, wenn diese nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht einer anderen Ärztin oder eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden.

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.

Anm. zu den Allgem. Best.:

Durch Beschluss der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 ÄV (VB 103/02 bzw. Reha 83/02 vom 01.10.2002, Punkt 4) ist nochmals klargestellt worden, dass die in der o.g. Weise in Laborgemeinschaften erbrachten Laborleistungen vom behandelnden Arzt/Ärztin nur im Rahmen des Abschnitts M.II. “Basislabor” als eigene Leistungen abgerechnet werden können. Der behandelnde Arzt/Ärztin kann also nur die Nrn. 3541 bis 3621 als eigene Leistung abrechnen, wenn die Laboruntersuchung tatsächlich in einer Laborgemeinschaft durchgeführt wurde.

Die spezielleren Untersuchungen nach den Nrn. 3650 ff. können nur von den Laborärzten selbst abgerechnet werden.

Nrn. 3550 ff. UV-GOÄ Blutbild und Blutbildbestandteile Laborleistungen zur Prüfung der Narkose- bzw. Operationsfähigkeit (Stand 01/2026)

Laborleistungen vor geplanten nicht herz-thoraxchirurgischen Eingriffen

Maßgeblich für die Beurteilung im konkreten Einzelfall - vor einer geplanten nicht herzthoraxchirurgischen Operation - ist die „Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin“, die auf folgenden Internetseiten zu finden sind:https://leitlinien.dgk.org/files/2011_Empfehlungen_Praeoperative_Evaluation.pdf
oder
https://www.ai-online.info/archiv/2017/06-2017/praeoperative-evaluation-erwachsener-patienten-vor-elektiven-nicht-herz-thoraxchirurgischen-eingriffen.html
.

Eine Abnahme und Bestimmung von Laborwerten ist danach aus ärztlicher Sicht nur dann gerechtfertigt, wenn aus der Anamnese, den Vorbefunden, der klinischen Untersuchung oder resultierend aus sonstigen Hinweisen der Nachweis oder Verdacht auf eine Organ-, Blut- oder Systemerkrankung besteht.

Eine routinemäßige Erhebung von Routinelaborparametern ist anlässlich einer geplanten Operation, ohne klinischen Verdacht auf eine Erkrankung aus wissenschaftlicher Sicht (s. o.) somit nicht erforderlich.

Bei Patienten mit bekannten oder vermuteten Organerkrankungen wird die Bestimmung der in der Empfehlung aufgeführten Tabelle 8 dargestellten Laborparameter im Blut als sinnvoller Minimalstandard angesehen.

Die Bestimmung der Hämoglobinkonzentration ist unabhängig von bestehenden Organerkrankungen zu empfehlen, wenn der geplante Eingriff ein relevantes Blutungsrisiko aufweist. Für die routinemäßige Bestimmung leberspezifischer Laborwerte (z. B. y-GT, GLDH, ASAT, ALAT, Biliburin) besteht ohne begründeten klinischen Verdacht keine Indikation.

Stich- und Schnittverletzungen mit infektiösem Material (Stand 07/2023)

Mit Rundschreiben - 0393/2018 vom 28.11.2018 - Nachsorge von Stich- und Schnittverletzungen mit infektiösem Material (Hepatitis, Hepatitis C und HIV), insbesondere bei Tätigkeiten im Gesundheitswesen – informiert die DGUV über die gemeinsame Empfehlung der BGW, Unfallkassen Baden-Württemberg, Berlin und Nordrhein-Westfalen über das "Konsenspapier zur Nachsorge von Stich- und Schnittverletzungen mit infektiösem Material".

Die D-Ärzte wurden über das Konsenspapier per Rundschreiben durch die DGUV-Landesverbände informiert.

Die für die Feststellung und Nachsorge erforderlichen Laboruntersuchungen werden in der Regel im Rahmen einer Hinzuziehung zur Klärung der Diagnose nach § 12 Ärztevertrag erbracht. Zur Hinzuziehung sind D-Ärzte berechtigt. Für andere Ärzte besteht nach § 26 (1) eine Vorstellungspflicht.

Das Konsenspapier weist ausdrücklich darauf hin, dass das Programm primär als Empfehlung für D-Ärzte gilt, um Orientierung für die Nachsorge und Sicherheit bei der Abrechnung der Leistungen zu geben. **Im Einzelfall kann aber auch davon abgewichen werden.**

Dies lässt dem UV-Träger die Möglichkeit, im Einzelfall davon abzuweichen, wenn z.B. am Krankenhaus kein D-Arzt vorhanden ist.

In diesen Fällen sollte dem betreffenden Arzt eine schriftliche Kostenzusage auf der Grundlage des Konsenspapiers erteilt werden.

Die Nachsorgeabläufe, Untersuchungen des Indexpatienten, abrechenbaren Leistungen, die Art und Weise der Information an den UV-Träger (z. B. Bericht F1050), Verhalten bei positiven Befunden, etc. sollten eindeutig formuliert werden. Die Kostenzusage sollte an den Arzt und nicht an das Krankenhaus gebunden und befristet werden.

Es muss gewährleistet sein, dass der UV-Träger über positive Befunde unverzüglich informiert wird. Positive Befunde beenden die Kostenzusage und führen automatisch zu einer Vorstellungspflicht beim D-Arzt.

Link zum Konsenspapier:

https://www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/konsenspapier-laboruntersuchung-nsv.pdf

UV-GOÄ/Abschnitt O
Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, MRT und Strahlentherapie

Der Abschnitt O ist mit dem Berufsverband der Radiologen und mit der Deutschen Röntgengesellschaft abgestimmt.

Allgem. Best. zu Abschnitt O. bzw. vor Nrn. 5000 ff. UV-GOÄ Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie (Stand 07/2026)

Allgem. Best. zu Abschnitt O.:

1. *Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.*

2. *Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nr. 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.*

3. *Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig. Der UV-Träger erhält eine Kopie; Portokosten sind zu erstatten.*

   Anmerkung zu Nr. 3.:

   Der Facharzt für Radiologie, dem von einem D-Arzt oder D-Ärztin ein Verletzter zu einer radiologischen Untersuchung überwiesen wird, erstattet dem D-Arzt/D-Ärztin unverzüglich einen einfachen Befundbericht; der UV-Träger erhält gleichzeitig eine Durchschrift.

   Dieser Bericht ist nach Nr. 3 der Allgem. Best. (vgl. Arb.Hinweise zu den Allgem. Best. zu Abschnitt B.VI. bzw. vor Nrn. 110 ff.) Bestandteil der erbrachten Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.

   Fordert der UV-Träger den Befund beim hinzuziehenden Arzt an, dann kann dieser die Leistung nach Nr. 191 abrechnen. In diesem Fall liegt eine Anforderung eines Auszugs (Fotokopie) aus der Akte vor.

   Im Regelfall reichen die Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose für die Information des überweisenden Arztes/Ärztin völlig aus (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, zu Abschnitt O. I., Allgem. Best., Nr. 3). Eine weitergehende Berichterstattung ist nicht regelmäßig notwendig, bedarf eines besonderen Anlasses und ggf. einer speziellen Begründung.

4. *Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen als selbständige Leistung ist ausschließlich nach Nummer 35 berechnungsfähig.*

Für die im Zusammenhang mit einer Begutachtung erforderliche Beurteilung anderweitig angefertigter Röntgenaufnahmen kann die Ärztin oder der Arzt die Leistungen nach den Nrn. 5255 bis 5257 berechnen.

5. *Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten.*

   Anmerkung zu Nr. 5.:

   Überweist der behandelnde Arzt (z. B. D-Arzt/D-Ärztin) den Verletzten zur Untersuchung an einen Radiologen, ist es häufig erforderlich, dass der Radiologe aus medizinischer Notwendigkeit/zur Festlegung des geeigneten Verfahrens zunächst eine gezielte Untersuchung/Beratung des Patienten durchführen muss. Nur so ist es i. d. R. möglich, eine kritische **Überprüfung der Indikation** vorzunehmen, eine optimale Anwendungstechnik zu bestimmen und eine niedrige Strahlenexposition des Verletzten zu erreichen, wie es die Röntgenverordnung zwingend vorschreibt. Evtl. erforderliche Anamneseerhebungen, Befragungen, Beratung oder „körperliche“ Untersuchungen (Nrn. 1 ff.) zum Zwecke der ärztl. Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs vor radiologischen Maßnahmen sind mit den jeweiligen radiologischen Gebühren vollständig abgegolten und nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt sowohl für die Durchführung der röntgenologischen Maßnahmen in der eigenen Praxis oder KH-Abteilung als auch für deren Vornahme im Auftrag eines anderen Arztes oder Ärztin - z. B. auf Überweisung – (Brück, Komm. z. GOÄ, zu Abschnitt O., Allgem. Best. Nr. 5).

   Nach dem Beschluss der Ständigen Gebührenkommission wird die Überschrift zum Unterabschnitt O.I. „Strahlendiagnostik“ ab 01.01.2005 nach Nr. 8 der Allgem. Best. aufgeführt (s. Reha 87/2004 vom 02.11.2004, Anlage 1, Nr. 8.4). Damit ist klargestellt, dass sich die Allgem. Best. auf den gesamten Abschnitt O. und nicht nur auf den Unterabschnitt O.I. „Strahlendiagnostik“ beziehen. Nr. 5 muss somit für alle Verfahren des Abschnitts O, also auch für **CT-, MRT-Untersuchungen** usw. maßgebend sein.

   Wird im Rahmen einer radiologischen Untersuchung ein **Kontrastmittel** eingesetzt, so muss zuvor regelmäßig eine Anamnese erhoben werden (z. B. hinsichtlich Allergie- und Schilddrüsenerkrankungen); erforderlichenfalls erfolgten auch eine Untersuchung und Beratung des Patienten. Auch diese Maßnahmen gehören aber noch zur „Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs“ und berechtigen **nicht**, neben der radiologischen Gebühr zusätzlich Beratungs-/Untersuchungsgebühren abzurechnen. Auch die bloße Beobachtung des Patienten während der Kontrastmittelgabe ist nicht gesondert berechenbar (s. Brück, a. a. O.).

   Dies gilt ebenfalls für den **Kontrastmitteleinsatz** bei **MRTs** oder **CTs** (vgl. Brück, Komm. z. GOÄ, zu Abschnitt O. I., Allgem. Best.).

   Erst wenn sich durch den Kontrastmitteleinsatz **Komplikationen** einstellen, sind die insoweit notwendigen andersartigen ärztl. Untersuchungen und die Beratung sowie erforderlichenfalls weitere Gegenmaßnahmen (z. B. Nr. 1, Injektionen oder Infusionen von Gegenmitteln usw.) gesondert berechenbar (Brück, a. a. O.).

6. *Die Leistungen nach den Nrn. 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, 5267, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5318, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden.*

7. *Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.*

   Anmerkung zu Nr. 7.:

Die Kontrastmittel auf **Bariumbasis** spielen im Zusammenhang mit Unfallverletzungen praktisch keine Rolle mehr. Soweit Kontrastmittel zusätzlich abgerechnet werden, ist davon auszugehen, dass es sich nicht um Kontrastmittel auf Bariumbasis, sondern auf Jodbasis handelt und diese nicht generell durch Nr. 7 von der Berechnung ausgeschlossen sind. Im Übrigen müssen Kontrastmittel für die vorgesehene radiologische Untersuchung **zweckmäßig und sogar erforderlich** sein. Unter dieser Voraussetzung ist auch die Einbringung des Kontrastmittels (z. B. nach Nr. 344) zusätzlich berechenbar (vgl. Arb.Hinweise zu Nrn. 344, 345, 346).

8. *Bei Anforderung von Auskünften, Berichten und Gutachten durch den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind von diesem für die Rücksendung Freiumschläge beizulegen. In allen anderen Fällen ist dem Arzt/Ärztin das Porto zu ersetzen. Für die **Übersendung angeforderter Röntgenaufnahmen** (einschl. Verpackung) ist ein Pauschalbetrag von 5,47 € je Sendung (zuzüglich Portokosten) zu zahlen (Abrechnung als Geb.-Nr. 195). Das gilt auch für die **Übersendung von Röntgenaufnahmen von Arzt/Ärztin zu Arzt/Ärztin**.*

   Anmerkung zu Nr. 8:

   Nr. 8 Satz 3 regelt den Fall, dass ein UV-Träger früher gefertigte und bereits **archivierte Röntgenaufnahmen** anfordert, was naturgemäß mit einem gewissen Aufwand für das Heraussuchen und spätere erneute Einsortieren verbunden ist. Hierfür muss die o. g. Pauschalgebühr zuzüglich Portokosten gezahlt werden.

   Da sich die Regelung auf die Mehrzahl bezieht, wird die Pauschale ungeachtet der Zahl der übersandten Röntgenaufnahmen **nur einmal pro Anforderung** fällig.

   Diese Pauschale ist nicht zu zahlen, wenn der Radiologe im unmittelbaren Anschluss an die Röntgenuntersuchung die „frisch gefertigte“ und somit noch nicht archivierte Aufnahme an den überweisenden Arzt/Ärztin übersendet. Für die insoweit entstehenden Auslagen gilt Abschnitt A. „Abrechnung der ärztl. Leistungen“, Nr. 4.2. Somit sind bei „frischen“ Röntgenaufnahmen, MRTs, Szintigraphien usw. für die **erstmalige Übersendung nur die Versand- und Portokosten nach Nr. 4.2** des Abschnitts A. zu ersetzen. Dies gilt jedoch nicht, wenn der Verletzte die Bilder ausgehändigt bekommt und an den hinzuziehenden Arzt übergibt. Die Kosten für den CD-/DVD-Rohling sind als Auslagen berechenbar.

   Die Pauschale ist auch dann nicht zu zahlen, wenn der Radiologe dem hinzuziehenden Arzt die Bilder auf einem digitalen Speichermedium (Cloud) zur Verfügung stellt.

   Wird außerdem der **Befundbericht an den UV-Träger** übersandt, kann dafür zusätzlich das Briefporto berechnet werden.

   Sind in **Krankenhäusern gefertigte Röntgenaufnahmen** angefordert, ist die Pauschale nach Nr. 9794 UV (5,47 €) zu zahlen (einschl. Verpackung zzgl. Porto).

   Wenn vom KH statt der angeforderten Röntgenaufnahmen **Röntgen-Kopien** übersandt werden, sind neben dem Pauschalbetrag nach Nr. 9794 die Kosten für Röntgenfilm-Kopien nach Nr. 9795 a (bis zum Format 18 x 24 cm) oder 9795 b (für größere Formate) je Kopie berechenbar.

   Durch Beschluss der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 ÄV vom 28.08./09.09.2002 (VB 103/02 bzw. Reha 83/02 vom 01.10.2002) ist klargestellt, dass die Gebührenregelung der Nr. 8 Satz 3 auch für die **Übersendung von Röntgenaufnahmen von Arzt/Ärztin zu Arzt/Ärztin** gilt. Dies kann nach der Systematik dieser Bestimmung wiederum nur für den Fall gelten, dass „alte“, d. h. bereits archivierte Aufnahmen von einem Arzt oder Ärztin zum anderen geschickt werden (z. B. Übersendung der Aufnahmen vom Unfalltag durch den D-Arzt/D-Ärztin zum Gutachter).

Nach dem weiteren Beschluss der Gebührenkommission gilt das auch für auf Anforderung eines Kostenträgers oder eines Arztes/Ärztin **auf CD/DVD abgespeicherte Aufnahmen**
(s. Reha 48/2007).

Da sich die Allgem. Best. auf den gesamten Abschnitt O. beziehen, muss die Gebühr nach Nr. 5 (bzw. Nr. 193) nicht nur bei Röntgenaufnahmen, sondern auch beim Versand angeforderter **CT**, **MRT**-Aufnahmen, **Szintigraphien** usw. zu vergüten sein (vgl. Arb.Hinweise zu Nr. 193). Die Daten müssen im **Standardformat DICOM** abgespeichert und mit einem der üblichen **Betrachtungsprogramme** geliefert werden (vgl. VB 119/2005; Reha 067/2005 vom 29.11.2005).

Nrn. 5010, 5011 UV-GOÄ Röntgen der Finger oder Zehen; ergänzende Ebene(n); gehaltene Aufnahme(n) (Stand 04/2022)

Leistungsbeschreibung:

Finger oder Zehen

Nr. 5010 jeweils in zwei Ebenen
Nr. 5011 ergänzende Ebene(n)

Zusatzbestimmung zu Nrn. 5010, 5011:

Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.

Die Leistungslegende beschreibt die Einzahl (eine Zehe oder ein Finger) aber auch die Mehrzahl (Finger, Zehen). Zusammen mit der Zusatzbestimmung bleibt für das Röntgen einzelner Finger jeweils in zwei Ebenen so gut wie keine Erforderlichkeit.

Leistungsinhalt „zwei Ebenen“

Zwei Ebenen bedeutet immer ein a. p. (anterior - posterior) Aufnahme und eine seitliche Aufnahme. Damit ist der Leistungsinhalt der Nr. 5010 erfüllt.

Auf eine a. p Aufnahme können regelhaft mehrere Finger dargestellt und beurteilt werden (nachfolgende Ausnahme 1. und 5. Finger).

Ist es medizinisch erforderlich (begründet) von mehreren einzelnen Fingern seitliche Aufnahmen zu fertigen, kann dafür wegen der vorgenannten Systematik keine Mehrfachberechnung der Nr. 5010 erfolgen, da keine a. p. Aufnahme mehr erforderlich ist.

Nach der Zusatzbestimmung ist die Gebühr einmal berechenbar für das Röntgenbild einzelner Finger oder einzelner Zehen bzw. für Gruppen einzelner Finger oder Zehen, wenn diese im Rahmen einer Aufnahme abgebildet werden (z. B. 2. und 3. Finger auf einem Bild und in zwei Ebenen = 1 x Nr. 5010). Wurden z. B. der 1. und der 5. Finger mittels zweier getrennter Aufnahmen geröntgt (jeweils in zwei Ebenen), so ist die Nr. 5010 zweimal berechenbar.

Aufnahmen mit allen Fingern einer Hand (2 Ebenen) sind nach Nr. 5020 abzurechnen. Wird z. B. ein Finger in nur einer Ebene untersucht, ist nicht die Nr. 5011, sondern die Nr. 5035 berechenbar.

<u>zu Nr. 5010:</u>

Bei klinisch eindeutiger **Verletzung eines Fingers,** insb. im Bereich der **Mittel- und Endglieder**, reichen für die Röntgendiagnostik im Regelfall Aufnahmen in zwei Ebenen nach Nr. 5010 aus (falls die Nr. 5020 berechnet wurde, ist diese in Nr. 5010 zu korrigieren).

Für die Röntgenuntersuchung **zweier nebeneinanderliegender Finger** genügt normalerweise das Bildformat der Nr. 5010; sind seitliche Aufnahmen von mehr als einem Finger erforderlich, kann dafür einmalig die Nr. 5011 abgerechnet werden, obwohl es sich dabei eigentlich nicht um eine dritte Ebene handelt. Ist der **Daumen** betroffen, sollte dieser allein geröntgt werden (Röntgenuntersuchung des Daumens und des 2. Fingers = 2 x Nr. 5010).

Bei komplexen Verletzungen (z. B. Verschwellung des Handrückens) oder einer **grundgelenksnahen Verletzung** eines Fingers und entsprechenden Verletzungszeichen des angrenzenden

Mittelhandbereichs (z. B. Schwellung der Mittelhand) kann eine größere Aufnahme, evtl. auch der ganzen Hand, gerechtfertigt sein. Dies muss sich aber auf die **Erstuntersuchung** beschränken. Wird z. B. eine Fraktur des Fingers bestätigt, nicht jedoch eine Fraktur im Mittelhandbereich, so ist nach der Erstuntersuchung für die späteren Röntgenkontrollen nur noch die Nr. 5010 berechenbar; dabei sind drei Kontrollaufnahmen regelmäßig ausreichend.

Die vorstehenden Erl. gelten sinngemäß für **Verletzungen der Zehen**.

Nach der **Naht eines Bandes** (z. B. bei Distorsion eines Daumengrundgelenks mit Bandruptur) ist eine Röntgenkontrolle nach der OP sinnlos. Dies gilt naturgemäß nicht, wenn es sich um einen **knöchernen Bandausriss** handelt oder metalldichtes Material zur Nahtfixierung eingebracht worden ist; insoweit ist eine Röntgenkontrolle zur Überprüfung der exakten knöchernen Refixation erforderlich.

zu Nr. 5011:

Werden z.B. von einem verletzten Finger weitere Röntgenaufnahmen in einer oder mehreren (dritten, vierten usw.) **ergänzenden Ebene(n)** gefertigt, so ist ab der dritten Ebene - unabhängig von der Zahl der untersuchten ergänzenden Ebenen - nur einmal die Nr. 5011 neben der Nr. 5010 berechenbar.

Bei **Distorsionen eines Daumengrundgelenks mit Seitenbandruptur** werden zur Funktionsprüfung des Bandapparats **gehaltene Aufnahmen** gefertigt (s. auch Arb.Hinweise zu Nr. 5022). Wurden zum Frakturausschluss zunächst Aufnahmen des Daumens nach Nr. 5010 (in 2 Ebenen) erstellt, ist die anschließende gehaltene Aufnahme des verletzten Daumens (3. Ebene) nach Nr. 5011 und nach Nr. 5022 (Zuschlag für gehaltene Aufnahmen) berechenbar. In den meisten Fällen kommt es zu ulnaren (ellenseitigen) Bandverletzungen des Daumens; dabei reicht zur Prüfung regelmäßig eine gehaltene Aufnahme in einer Ebene aus.

Zum **Seitenvergleich** ist eine gehaltene Aufnahme des unverletzten Daumens (in einer Ebene) erforderlich. Dafür darf nur Nr. 5035 berechnet werden. Nr. 5022 ist nach der Zusatzbestimmung zu Nr. 5035 ausgeschlossen.

Röntgen Finger (dies gilt auch für die Zehen)	Nr. 5010	Nr. 5011 (1x unabhängig der Anzahl der Ebene(n)	5035 eine Ebene
ein Finger	1 x a. p. und seitlich	ggf. zusätzliche Schrägaufnahme(n)	1 x
2 - 4 Finger	1 x a. p. und seitlich	seitlich einzelne Finger und ggf. Schrägaufnahmen	je Finger
1. und 5. Finger	2 x a. p und seitlich	5011, ggf. **je** 5010	2 x
Daumen	1 x a. p. und seitlich	5011, gehaltene Aufnahme 5022	1 x
Daumen und Finger	2 x a. p und seitlich	5011, ggf. **je** 5010, gehaltene Aufnahme 5022	2 x
alle Finger einer Hand	1 x **5020** a. p. und seitlich	seitlich einzelne Finger und ggf. Schrägaufnahmen	je Finger

Nrn. 5020, 5021, 5022 UV-GOÄ
Röntgen: Handgelenk, Mittelhand, Sprunggelenk, Kniescheibe usw.; ergänzende Ebene(n); gehaltene Aufnahme(n) (Stand 08/2014)

Leistungsbeschreibung:

Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe

Nr. 5020 jeweils in zwei Ebenen

Nr. 5021 ergänzende Ebene(n)

Nr. 5022 Gehaltene Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumen- oder Sprunggelenks zu den Leistungen nach den Nrn. 5010, 5011*), 5020, 5021 *) Nrn. 5010, 5011 sind eingefügt mit Wirkung ab 1.10.2002 durch Beschluss der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 ÄV (VB 103/02 bzw. Reha 83/02 vom 1.10.02).

Zusatzbestimmung zu Nrn. 5020, 5021:

Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skelettteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenes Skelettteil berechnet werden.

Zu Nrn. 5020/5021:

Bei Skelettuntersuchungen werden zum **Frakturausschluss** üblicherweise Aufnahmen in **zwei Ebenen** gefertigt, die in den o. g. Fällen nach Nr. 5020 zu honorieren sind. Wird ausnahmsweise nur eine Aufnahme (in einer Ebene) erstellt, ist nicht Nr. 5021, sondern Nr. 5035 zu berechnen (Brück, Komm. z. GOÄ, Anm. zu Nr. 5020).

Müssen von den in der Leistungsbeschreibung genannten Skelettteilen (z. B. des Handgelenks) Aufnahmen in einer oder in mehreren (dritte, vierte usw.) **ergänzende(n) Ebene(n)** gefertigt werden, ist neben der Nr. 5020 ab der dritten Ebene, aber unabhängig von der Zahl der Ebenen einmalig die Nr. 5021 berechenbar (Brück, a. a. O., Anm. zu Nr. 5021, RdNr. 1).

Bei Röntgenuntersuchungen des **Kahnbeins** werden regelhaft Aufnahmen in vier Ebenen gefertigt (sog. **Kahnbeinquartett**); dafür sind die Nrn. 5020 und 5021 ansetzbar.

Die Standarddiagnostik bei Verletzungen der Fußwurzel bzw. der Mittelfußknochen stellt das **Röntgen des Fußes in drei Ebenen** dar. In nur zwei Ebenen lässt sich die Verletzung nicht ausreichend beurteilen und das Ausmaß der Fraktur nicht genau darstellen.

Zur Nebeneinanderberechnung der Nrn. 5020 und 5030 wird auf die Hinweise zu Nrn. 5030/5031 verwiesen.

Zu Nr. 5022:

Für gehaltene Aufnahmen kann sich bei schweren **Distorsionen der oberen Sprunggelenke mit Verdacht auf Bandruptur** eine Indikation ergeben, um eine erhöhte Aufklappbarkeit des Gelenks und damit eine Ruptur der Bänder zu diagnostizieren (zu entsprechenden Distorsionen der **Daumengrundgelenke** s. Arb.Hinweise zu Nrn. 5010, 5011).

Mit der Gebühr soll der besondere Aufwand bei gehaltenen Aufnahmen honoriert werden. Lt. Leistungsbeschreibung ist der Zuschlag unabhängig von der Zahl der gehaltenen Aufnahmen jeweils für ein Skelettteil (z. B. rechtes Sprunggelenk) nur einmal berechenbar.

Üblicherweise ist nach traumatischen Verletzungen zunächst festzustellen, ob eine knöcherne Verletzung oder ein sonstiger Zustand vorliegt, der bei der Durchführung einer gehaltenen Aufnahme und der damit verbundenen Krafteinwirkung weiteren Schaden anrichten würde. Somit sind zum Frakturausschluss zuerst Aufnahmen – z. B. des Sprunggelenks – in zwei Ebenen nach Nr. 5020 zu fertigen.

Ist eine Fraktur nicht festzustellen, können anschließend bei schweren Distorsionen des oberen Sprunggelenks gehaltene Aufnahmen zum Beweis einer Bänderruptur gefertigt werden. Diese werden üblicherweise in einer Ebene angefertigt und sind dann als ergänzende Ebene einmalig mit Nr. 5021 sowie einmalig mit dem Zuschlag nach Nr. 5022 zu honorieren. Wird die Gegenseite ebenfalls als gehaltene Aufnahme in einer Ebene kontrolliert, ist die Nr. 5035 anzusetzen. Bei schweren Distorsionen des oberen Sprunggelenks können zusätzlich gehaltene Aufnahmen in zwei Ebenen auch im Seitenvergleich des unverletzten Sprunggelenks erforderlich sein. Die Abrechnung ist wie folgt vorzunehmen:

- für das verletzte Gelenk:

  Nr. 5020 - für den Frakturausschluss (Aufnahmen in 2 Ebenen),
  Nr. 5021 – ergänzende (dritte, vierte) Ebene(n) für die gehaltenen Aufnahmen,
  Nr. 5022 - Zuschlag für die gehaltene(n) Aufnahme(n),

- für das unverletzte Gelenk:

  Nr. 5020 – zwei (gehaltene) Aufnahmen für den Seitenvergleich,
  Nr. 5022 - Zuschlag für die gehaltene(n) Aufnahme(n) zum Seitenvergleich.

Wird die gehaltene Aufnahme in Durchleuchtung durchgeführt, kann dafür nicht die Nr. 5295 abgerechnet werden, da das Durchleuchtungsgerät lediglich als Einstellhilfe dient.

Dem Verletzten wird damit eine umfangreiche und - wegen der gehaltenen Aufnahmen - u. U. schmerzhafte Röntgendiagnostik mit entsprechender Strahlenbelastung zugemutet.

Diese den “klassischen” unfallchirurgischen Vorgaben entsprechende Röntgendiagnostik wird in der Praxis von vielen Ärzten – wegen der Schmerzen und Strahlenbelastung – nicht mehr oder nicht mehr vollständig durchgeführt. Durch eine sorgfältige klinische Untersuchung kann das Ausmaß der Unfallfolgen (Bandruptur) bei schweren Distorsionen des oberen Sprunggelenks ebenfalls sicher festgestellt werden oder die erhöhte Aufklappbarkeit des Gelenks ist schon offensichtlich.

Die beschriebene umfangreiche Röntgendiagnostik mit gehaltenen Aufnahmen und evtl. sogar in zwei Ebenen wird daher nur bei schweren Distorsionen des oberen Sprunggelenks mit Verdacht auf ausgedehnte Außenbandruptur (2-Band- oder 3-Band-Ruptur) und ggf. notwendiger operativer Versorgung der Ruptur durchgeführt.

Nrn. 5030/5031 UV-GOÄ
Röntgen Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand, ganzer Fuß usw. (Stand 08/2014)

Zusatzbestimmung zu Nr. 5031:

Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenen Skelettteil berechnet werden.

Bei allen Röntgenaufnahmen muss darauf geachtet werden, dass für die Vergütung der Röntgenaufnahme das **Zielgebiet** wesentlich ist. Die Zielgebiete (verletzter Körperbereich) ergeben sich im Allgemeinen aus der klinischen Diagnose.

Neben der Aufnahme nach Nr. 5030 ist eine weitere Röntgenuntersuchung nach Nr. 5020 nicht grundsätzlich ausgeschlossen, auch wenn das entsprechende Skelettteil auf der Aufnahme nach Nr. 5030 bereits mit abgebildet ist. Wird z. B. bei unklarer Lokalisation möglicher Frakturen zunächst der ganze Fuß oder die ganze Hand geröntgt, ist auf dieser Aufnahme auch das Fuß- bzw. Handgelenk mit abgebildet. Das Gelenk wird aber darauf nicht optimal dargestellt. Bei Verdacht auf eine Gelenkbeteiligung kann daher eine gezielte Röntgenuntersuchung des Gelenkes indiziert sein. Diese kann nach Nr. 5020 abgerechnet werden.

Nr. 5032 UV-GOÄ
Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 5030/5031 für gehaltene Aufnahmen zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Schultereck- oder Kniegelenks
(Stand 12/2018)

Bei den typischen **Bänderverletzungen des Kniegelenks** (auch des Ellenbogengelenks) sind gehaltene Aufnahmen nur selten erforderlich. Allenfalls am Kniegelenk können bei besonderen Fällen bzw. speziellen Diagnosen (z. B. isolierte Innenbandverletzung, radiologischer Lachmann-test, Verdacht auf hintere Kreuzbandruptur) gehaltene Aufnahmen indiziert sein.

Nr. 5035 UV-GOÄ
Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil
(Stand 01/2026)

Zusatzbestimmung zu Nr. 5035:

Die Leistung nach Nr. 5035 ist je Skelettteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skelettteil ist in der Rechnung anzugeben.

Die Leistung nach Nr. 5035 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.

Bei Röntgenuntersuchungen des Skeletts sind Aufnahmen in zwei Ebenen „Standard“. Für den Ansatz der Nummer 5035 ist grundsätzlich maßgebend, dass eine Aufnahme nur in einer Ebene des Skelettsystems angefertigt wird. Nur bei besonderen Fragestellungen sind Aufnahmen in einer Ebene ausreichend. Als „Teile des Skeletts“ kommen alle in den Nrn. 5000 bis 5031, 5040, 5041 und 5090 bis 5121 aufgeführten Skelettabschnitte in Betracht. Werden mehrere Skelettabschnitte in einer Ebene geröntgt, kann insoweit die Nr. 5035 mehrfach berechnet werden.

In der Systematik der Honorierung von Röntgenleistungen unterscheidet die UV-GOÄ nach kleinen, mittleren und großen Skelettanteilen. Die Nr. 5035 ist insoweit „übergeordnet“ und gilt für alle drei Teile. Die Ausschlussregelung des Absatzes 2 der Zusatzbestimmungen zu Nr. 5035 schließt eine Berechnung aller anderen Leistungsnummern am Skelettsystem aus. Damit können auch die Zusatznummern nicht in Ansatz gebracht werden.

Auch wenn diese Ausschlussregelung nicht eindeutig gefasst ist, soll sie nach ihrem Sinn und Zweck eine gesonderte Berechnung für solche Skelettteile unterbinden, die im Rahmen einer einzigen Röntgenaufnahme erfasst und mit dargestellt werden (Brück, Komm. z. GOÄ, Nr. 5035, RdNr. 2, unter Hinweis auf das Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit v. 24.09.1994).

Naturgemäß findet die Ausschlussbestimmung dort Anwendung, wo **das gleiche Zielgebiet** betroffen ist; somit sind z.B. bei Aufnahmen eines Handgelenks nicht die Nr. 5020 (2 Ebenen) und Nr. 5035 (1 Ebene) berechenbar, sondern nur Nrn. 5020 und 5021 (ergänzende Ebene).

Richtet sich die Röntgenuntersuchung auf **unterschiedliche Zielgebiete,** greift die Ausschlussbestimmung nicht. Somit sind bei Aufnahmen z.B. des Handgelenks (2 Ebenen) und des Sprunggelenks (1 Ebene) Nr. 5020 und Nr. 5035 berechenbar (vgl. Gemeins. Rdschr. der LVBG Nr. 5/2001 vom 24.07.01, zu Nr. 1.2). Auch die Gegenseite stellt ein unterschiedliches Zielgebiet dar.

Entsprechend der Leistungslegende der Nr. 5035 ist die Leistung nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 berechnungsfähig.
Dieser Abrechnungsausschluss bezieht sich auf Skelettteile, die im Einzelfall in derselben Sitzung bereits mittels einer Röntgenaufnahme nach den genannten Nummern erfasst wurden. Die Nr. 5035 kann daher **nicht** neben der Nr. 5030 für eine zusätzlich erforderliche Spezialaufnahme der Patella – z.B. zur Darstellung der Patella-Rückseite neben der Darstellung des Kniegelenks in zwei Ebenen nach Nr. 5030 berechnet werden.

Diese zusätzliche Ebene ist nach Nr. 5031 (ergänzende Ebene(n) zu berechnen.

Dies gilt auch für andere der in den Nrn. 5010, 5020 und 5030 genannten Bereiche.

Nr. 5040 UV-GOÄ
Beckenübersicht (Stand 01/2026)

Gemäß der ergänzenden Bestimmung zu GOÄ-Nr. 5035 ist die Leistung nach Nr. 5035 neben den Leistungen nach den Nrn. 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.

Von daher kann auch die Nr. 5035 für eine ergänzende Untersuchung nach Lauenstein nicht neben der Nr. 5040 abgerechnet werden.

Da hierbei das Skelettteil (Hüfte) bereits erfasst wurde gelten die Ausschlussbestimmungen der Nr. 5035 und die Nr. 5040 für die Beckenübersicht ist nicht daneben abrechenbar.

Bei der Nr. 5040 fehlt in der UV-GOÄ eine Position für die ergänzende Ebene. Daher besteht für die Untersuchung nach Lauenstein die Möglichkeit die ergänzende Ebene(n) der Nr. 5031 abzurechnen.

Dies gilt auch für die Nr. 5041.

Nr. 5090 UV-GOÄ
Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen
(Stand 01/2012)

Die Anfertigung einer Schädel-Übersichtsaufnahme nach einem Schädel-Hirn-Trauma (SHT), sowohl nach einem Bagatelltrauma als auch nach einem schweren Trauma, ist regelmäßig **nicht** angezeigt. Die Schädel-Übersichtsaufnahme ermöglicht nur einen groben Überblick. Sie ist nicht geeignet, eine intrakranielle Verletzung auszuschließen, und stellt damit keine Alternative zum Schädel-CT dar. Damit ist die für jede Röntgenuntersuchung aus Strahlenschutzgründen erforderliche „rechtfertigende Indikation" für die Schädel-Übersichtsaufnahme nach einem SHT grundsätzlich nicht gegeben.

Die Empfehlung der Strahlenschutzkommission sieht deshalb in der „Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren" nach einem Kopftrauma je nach klinischem Befund entweder gar keine bildgebende Untersuchung vor, oder – bei Vorliegen entsprechender Indikationen – nur das CT bzw. MRT als geeignete Untersuchung an. Die Röntgenaufnahme des Schädels wird dagegen für alle Fragestellungen regelmäßig als **nicht** geeignet eingestuft.

Keine bildgebende Untersuchung ist in der Regel erforderlich, wenn

- der Patient voll orientiert ist und
- keine Amnesie besteht und
- kein neurologisches Defizit besteht und
- keine sonstigen Auffälligkeiten bestehen, die eine CT oder MRT erfordern.

Ein CT (ohne vorherige Röntgen-Übersichtsaufnahme!) ist insbesondere indiziert bei

- Bewusstlosigkeit oder Amnesie oder
- sonstiger neurologischer Symptomatik oder
- entsprechendem Unfallmechanismus mit hoher Energieeinwirkung

Rechnet ein Arzt oder Ärztin die Nr. 5090 nach einem SHT ab, sollte er unter Hinweis auf die o. g. „Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren" nach der rechtfertigenden Indikation gefragt werden. Liegt eine solche ausnahmsweise vor (ggf. Rücksprache mit dem beratenden Arzt/Ärztin), ist die Abrechnung zu akzeptieren. Andernfalls ist die Gebühr mit einem entsprechenden Hinweis zu streichen.

Nr. 5135 UV-GOÄ
Brustorgane - Übersicht, in einer Ebene
(Stand 04/2006)

Zur Vorbereitung auf eine OP bzw. zur Prüfung der Narkosefähigkeit wird teilweise präoperativ eine Übersichtsaufnahme der Brustorgane gefertigt.

Diese Leistung ist regelmäßig bei Vorliegen oder bei Verdacht einer Herz-/Lungen-Erkrankung indiziert.

Bei organgesunden Patienten in jungen oder mittleren Lebensjahren besteht keine Notwendigkeit, routinemäßig eine Röntgenuntersuchung der Thorax-Organe durchzuführen. Für die Festlegung einer bestimmten Altersgrenze, ab der routinemäßig eine Röntgenaufnahme zu fertigen wäre, gibt es allerdings keine gesicherten medizinischen Erkenntnisse.

Nach geeignetem Unfallgeschehen mit klinischer Symptomatik bildet die Übersichtsaufnahme der Brustorgane in einer Ebene das Standardverfahren zur Diagnostik von Verletzungen der Thoraxorgane und insbes. der Lunge sowie des Rippenkäfigs und übersichtsmäßig der BWS. Ergänzend können herausprojizierte Aufnahmen der Rippen einer Thoraxhälfte, des Schulterblattes oder des Brustbeines notwendig werden, die mit Nr. 5120 zusätzlich abrechenbar sind.

Wird zur Vorbereitung auf eine Vollnarkose die Leistung nach Nr. 5135 durchgeführt, sollte die Indikation dafür in der Rechnung oder den sonstigen Anästhesie-Unterlagen dokumentiert sein.

Nr. 5255 UV-GOÄ
Beurteilung anderweitig angefertigter Röntgenaufnahmen zur Begutachtung – bis 15 Aufnahmen oder von Schnittbildern des hinzugezogenen Radiologen
(Stand 04/2022)

Daneben können die Nummern 35 und 36 nicht abgerechnet werden.

Eine Begrenzung auf die Anzahl der Schnittbilder oder der Ansatz der Nrn. 5256 – 5257 ist nicht möglich.

Die Leistung ist nur im Zusammenhang mit einer Begutachtung abrechenbar. Für die Beurteilung und Bewertung von Schnitt- und Röntgenbildern außerhalb der Begutachtung kommen die dafür zum 01.07.2021 in die UV-GOÄ neu aufgenommenen Leistungen nach den Nrn. 35 bzw. 36 UV-GOÄ entsprechend der in den Leistungslegenden beschriebenen Voraussetzungen in Betracht.

Nr. 5295 UV-GOÄ
Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung
(Stand 07/2026)

In der aktuellen UV-GOÄ (Stand 01.07.2026) noch nicht aufgeführt, aber nicht daneben abrechenbar sind die Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440.

Die Gebühr nach Nr. 5295 kann nach der Leistungslegende auch bei mehreren Durchleuchtungen nur einmal angesetzt werden.

Die Nr. 5295 setzt voraus, dass es sich bei der Durchleuchtung um **eine selbständige Leistung** handelt, d. h., die Durchleuchtung muss ein eigenständiges Untersuchungsziel haben oder zur Klärung einer eigenständigen diagnostischen Frage eingesetzt werden.

Das ist nicht der Fall, wenn sie sich als Bestandteil einer anderen Untersuchung darstellt oder der Erleichterung oder einfacheren Realisierung einer anderen Untersuchung dient, etwa wenn die Durchleuchtung als ”Einstellhilfe” eingesetzt wird (z. B. bei der Injektion von Kontrastmitteln in Gelenkräume) oder integrierter Bestandteil einer Röntgenuntersuchung ist (z. B. bei Darstellung der Blutgefäße, etwa nach Nr. 5330 – Venographie einer Extremität -, bei Magen- und Darmuntersuchungen usw.).

Nr. 5295 darf somit nicht neben folgenden Leistungen berechnet werden:

Nrn. 355 bis 357, 360, 361, 626 bis 630, 5050, 5060, 5070, 5137, 5150, 5157 bis 5159, 5163, 5165 bis 5170, 5200, 5201, 5220, 5230, 5235, 5250, 5260, 5285, 5331, 5339, 5345 bis 5349, 5353 bis 5361 (Brück, Komm. z. GOÄ, RdNr. 2 zu Nr. 5295).

Die Nr. 5295 kann neben den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440 nicht abgerechnet werden. Sie ist im Zusammenhang mit der arthroskopischen Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Allgem. Best. zu O.I.8. bzw. vor Nrn. 5369 ff. UV-GOÄ Computertomographie (Stand 04/2006)

Allgem. Best.:

(1) Die Leistungen nach den Nrn. 5369 bis 5375 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

(2) Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5374 ist in der Rechnung gesondert zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5374 ist der Höchstwert nach Nr. 5369 zu beachten.

Anmerkung:

Die **Nebeneinander-Berechnung** mehrerer computertomographischer Leistungen muss nach den Allgem. Best. (Abs. 2) in der Rechnung stets begründet werden. Von einer Nebeneinander-Berechnung ist auszugehen, wenn mehrere Leistungen im zeitlichen Zusammenhang, also im Rahmen einer Arzt-Patienten-Begegnung bzw. einer Sitzung, erbracht worden sind. Diese kann sich bei umfangreichen Untersuchungen auch über mehrere Stunden, z. B. einen Vormittag, hinziehen.

Werden **Leistungen in verschiedenen Sitzungen** erbracht und gesondert abgerechnet, liegt keine Nebeneinanderberechnung im Sinne der Nr. 5369 vor. Die Begründungspflicht und der Höchstwert gelten insoweit nicht. Im Rahmen des Gebots der Wirtschaftlichkeit (§ 8 ÄV) ist der Arzt oder die Ärztin gehalten, die Untersuchungen möglichst in einer Sitzung durchzuführen, es sei denn, zwingende, in der Person des Patienten liegende Gründe lassen dies nicht zu (Begründungspflicht). Allein praxisorganisatorische Gründe rechtfertigen dagegen die Untersuchungen in zwei oder mehr Sitzungen nicht.

Die **Abrechnung** der Computertomogramme (**CTs**) erfolgt nicht nach der Anzahl der gefertigten Schichten, sondern **„je Sitzung"**. Die Gebührenordnungsnummern knüpfen jeweils an die Körperabschnitte an, z. B. Nr. 5373 - CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare) -. Ist es medizinisch erforderlich, mehrere Körperabschnitte mittels CT in einer Sitzung zu untersuchen (z. B. nach multiplen Verletzungen), können dafür grundsätzlich mehrere Gebühren-Nrn. nebeneinander berechnet werden; die durch die Allgem. Best. (s. o.) gezogenen Grenzen sind jedoch zu beachten, insbes. der **Höchstwert** nach Nr. 5369.

Die **Computertomographie** arbeitet (im Gegensatz zur Magnetresonanztomographie bzw. Kernspintomographie) mit Röntgenstrahlen; allerdings handelt es sich (wie beim MRT) um ein Schichtaufnahme- (Querschichtaufnahme-)Verfahren, bei dem überlagerungsfrei Körperquerschnitte abgebildet werden können. Der Bildaufbau wird durch elektronische Datenverarbeitung (Computer) ermöglicht. Die Möglichkeiten der Computertomographie sind in den letzten Jahren durch verschiedene Weiterentwicklungen ausgebaut und verbessert worden (z. B. hochauflösende Dünnschnitttechnik, Spiral-CT, quantitatives CT zur Bestimmung des Mineralgehalts der Knochen, spezielle Rekonstruktionsverfahren usw.).

Nr. 5369 UV-GOÄ
Höchstwert für Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5374
(Stand 04/2006)

Zusatzbestimmung:

Die Im Einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.

Durch den Höchstwert nach Nr. 5369 wird die **Nebeneinander-Berechnung** der Nrn. 5370 bis 5374 begrenzt (zu dieser Berechnung s. Anmerkungen zu den Allgem. Best. zu Abschnitt O.I.8.).

Nach der Zusatzbestimmung sind die im Einzelnen erbrachten Leistungen zwar in der Rechnung anzugeben, können aber nicht mehr mit ihrer eigentlichen Gebühr abgerechnet werden; vielmehr gehen alle erbrachten Leistungen der Nrn. 5370 bis 5374 in dem einen Höchstwert nach Nr. 5369 auf. Diese Beschränkung gilt nach der Fassung der Leistungslegende nur für die genannten Gebühren-Nrn.; somit bleiben z. B. – eine oder mehrere - ergänzende Serie(n) nach Nr. 5376 neben der Nr. 5369 berechenbar.

Nr. 5370 UV-GOÄ
Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich – ggf. einschließlich des craniozervikalen Übergangs (Stand 05/2017)

Neben der eigentlichen Computertomographie des Kopfes wurde diese Gebühren-Nr. zunehmend für die **Digitale Volumentomographie (DVT)** im Kopfbereich abgerechnet.
Durch Beschluss der Ständigen Gebührenkommission wurde für die DVT im Kopfbereich zum 01.01.2017 eine eigene Leistungslegende und Gebühr in die UV-GOÄ aufgenommen, so dass für eine Analogabrechnung kein Raum mehr ist (siehe Hinweise zu Nr. 5370a).

Nr. 5370a UV-GOÄ
Digitale Volumentomographie im Kopfbereich ggf. einschließlich computergesteuerter Analyse und 3D-Rekonstruktion (Stand 07/2026)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Digitale Volumentomographie im Kopfbereich ggf. einschließlich computergesteuerter Analyse und 3D-Rekonstruktion.

Die zu erwartende therapieentscheidende Mehrinformation gegenüber der konventionellen Bildgebung ist in der Rechnung anzugeben. Die Nr. 5377 kann nicht gesondert abgerechnet werden.

Bei Kindern sind die klinischen Befunde, aus denen die rechtfertigende Indikation resultiert, und eine Begründung, warum strahlungsfreie Untersuchungsmethoden nicht angewendet werden konnten, anzugeben. Bei Kindern ist die DVT in der Regel nur einmal pro Behandlungsfall abrechenbar. Sollten im Einzelfall auf Grund besonderer Umstände mehrere DVT-Aufnahmen notwendig sein, so ist die Begründung anzugeben.

Die Leistung wurde durch Beschluss der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 ÄV mit Wirkung ab 01.01.2017 in die UV-GOÄ aufgenommen (s. DGUV-Rundschreiben 0015/2017 vom 06.01.2017 bzw. SVLFG-Info intern 015/2017).

Bei der DVT handelt es sich um eine digitale, dreidimensionale Röntgenbildtechnik, die überwiegend im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich zur Anwendung kommt. Zur Indikation für dieser neuen Leistung können hier noch keine Hinweise gegeben werden. In der AWMF-Leitlinie (siehe weiter unten) heißt es: „Für viele Fragestellungen liegt jedoch bisher keine Evidenz dahingehend vor, inwieweit diese Zusatzinformation einen erhöhten diagnostischen Nutzen bzw. einen klinischen Vorteil für den Patienten erbringt.“
Fest steht, dass die Strahlenbelastung durch die DVT einerseits deutlich höher ist als bei einer normalen Röntgenaufnahme, andererseits ist sie aber deutlich niedriger als bei einem CT. Die DVT darf also nicht zum Einsatz kommen, wenn eine normale Röntgenaufnahme ausgereicht hätte. Wegen weiterführender Informationen wird auf die s2k-Leitlinie der AWMF „Dentale digitale Volumentomographie DVT“ verwiesen (S2k-Leitlinie - Dentale digitale Volumentomographie). Besonders kritisch ist der Einsatz der DVT bei Kindern und Jugendlichen zu sehen. Da für die Anwendung der DVT-Technik im Kindes- und Jugendalter bei vielen Fragestellungen noch keine hinreichende Evidenz vorhanden ist, muss die Indikation besonders streng gestellt werden (s. Pkt. 7.1 der Leitlinie). Im Zweifel sollte die Indikation vom beratenden Arzt/Ärztin geprüft werden.

Mit der Gebühr ist die Leistung vollständig abgegolten. Der Zuschlag nach Nr. 5377 für eine computergestützte Analyse und/oder 3D-Rekonstruktion kann nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Ohne Angabe der zu erwartenden therapieentscheidenden Mehrinformation gegenüber einer konventionellen Bildgebung besteht kein Vergütungsanspruch.

Hinweis zur digitalen Volumentomographie außerhalb des Kopfbereiches:

Die Digitale Volumentomographie (DVT) ist als Alternative zum konventionellen Röntgen oder zur Computertomographie bei unfallbedingten Verletzungsfolgen außerhalb des Kopfbereiches nur im Ausnahmefall indiziert (DGUV- Rundschreiben - 0101/2021 vom 18.03.2021, SVLFG-Info intern 061/2021 und Rundschreiben 0218/2025 vom 04.08.2025, Rundschreiben DGUV Landesverband Nordost, D 07/2021 vom 07.06.2021, Rundschreiben DGUV LV West D 11/2025 vom 14. August 2025)

Die DVT kommt als Ersatz des konventionellen Röntgens in der Primärdiagnostik von Frakturen

außerhalb des Kopfbereiches derzeit nicht in Betracht.

Bei besonderen Fragestellungen, wenn konventionelle Röntgenaufnahmen für eine Beurteilung nicht ausreichend sind, kann die DVT im Einzelfall eine alternative radiologische Untersuchung zum CT darstellen, zum Beispiel bei Aufnahmen zur Analyse von Frakturen an peripheren Gelenken. Ein Alleinstellungsmerkmal hat die DVT bei der dreidimensionalen Bildgebung an der belasteten unteren Extremität. Allerdings betrifft dies nur wenige Indikationen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung.

Als Richtlinie zur Indikation der DVT-Untersuchung ist die Indikation zur CT-Untersuchung (ohne Kontrastmittel) entsprechend der Leitlinie CT zu sehen.

Nr.	Indikation
1	Knöcherne Verletzungen mit Gelenkbeteiligung
2	Frage nach Konsolidierung der Knochenbruchheilung bei fehlender ausreichender Darstellung durch konventionelles Röntgen
3	Frage nach Materiallage und Stellungskontrolle nach operativer Versorgung bei fehlender ausreichender Darstellung durch konventionelles Röntgen

Die bereits mit DGUV-Rundschreiben 0015/2017 bekanntgegebene **Empfehlung zur Abrechnung** hat weiterhin Bestand. Die Leistung soll sofern die im Rundschreiben genannten Voraussetzungen vorliegen in diesen Fällen mit dem einfachen Gebührensatz der UV-GOÄ für ein CT des entsprechenden Körperabschnitts (Nr. 5373) ohne Zuschläge nach den Nrn. 5376 und 5377 vergütet werden.

Bei allen drei genannten Indikationen muss eine zeitnahe Primärdiagnostik erfolgt sein. Der klinische Verdacht auf eine der genannten Indikationen stellt keine ausreichende Begründung für eine DVT-Untersuchung dar. Bei fehlender Indikation nach den Nrn. 1 -3 rechtfertigen auch andere Begründungen (z.B. geringere Strahlenbelastung, kurze Aufnahmezeit, Erreichbarkeit, hohe Bildqualität) keine DVT-Untersuchung.
Die Befundmitteilung ist Bestandteil der Vergütung. Der Befundbericht ist mit der Begründung der Indikation dem Unfallversicherungsträger als rechnungsbegründende Unterlage vorzulegen.

Nr. 5373 UV-GOÄ
Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)
(Stand 12/2018)

Das CT ist vor allem erforderlich, wenn es auf die **Darstellung knöcherner Strukturen** ankommt. Dabei geht es insbes. um Regionen, die konventionell-radiologisch schwer darstellbar sind (z. B. Übergang HWS/BWS) und zur genauen Klassifikation vermuteter Frakturen (Glenoid, Tibiakopf, Acetabulum, Calcaneus). Okkulte Frakturen (verborgene Frakturen) sind keine Indikation für eine CT-Untersuchung, sondern sollten eher im MRT untersucht werden.

In der Praxis kommt zumeist die Nr. 5373 zur Abrechnung. Diese ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinander-Berechnung der Nrn. 5370 bis 5374 muss in der Rechnung besonders begründet werden; der Höchstwert ist dabei zu beachten (s. vorstehende Arb.Hinweise zu Nr. 5369). Neben Nr. 5373 sind die Nrn. 5369, 5378, 5810, 5831, 5840, 5841 nicht berechenbar (Brück, Komm. z. GOÄ, Anm. zu Nr. 5373).

Für zusätzliche Maßnahmen der Diagnostik oder zur Verlaufskontrolle, z. B. Szintigraphie, MRT, besteht nur in seltenen Fällen eine medizinische Notwendigkeit.

Nr. 5376 UV-GOÄ
Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z. B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5375 -
(Stand: 04/2006)

Die Leistungslegende schließt eine Mehrzahl von Tomographien wie auch von Serien ein, so dass selbst bei mehreren ergänzenden Serien im Sinne der Nr. 5376 die Gebühr je Sitzung nur einmal zu den Leistungen nach Nrn. 5370 bis 5375 berechenbar ist).

Im Übrigen darf es sich nicht nur um eine zusätzliche Serie im Rahmen einer Sitzung handeln; vielmehr müssen auch ein **besonderes diagnostisches Erfordernis** und der Einsatz eines besonderen Verfahrens (z. B. Xenon, Kontrastmittelgabe usw.) die ergänzende Serie notwendig machen. Das besondere diagnostische Erfordernis ist gegeben, wenn die zusätzliche(n) Serie(n) einen zusätzlichen diagnostischen und therapeutischen Nutzen erwarten lassen.

Neben Nr. 5376 ist die Nr. 5378 nicht berechnungsfähig (s. Allgem. Best. zu Nr. 5378).

Ergänzende Serien sind immer indiziert bei Erforderlichkeit der Kontrastmittelgabe z. B. bei posttraumatischen Untersuchungen abdomineller Organe.

Moderne Mehrzeilen-CT-Geräte erlauben die Rekonstruktion einer höher aufgelösten Schicht aus dem vorhandenen Datensatz. Ergänzende Serien sind deshalb bei Einsatz solcher Geräte in der Regel nicht abrechenbar, da aus dem einen Datensatz (eine Serie) alle anderen Raumgeometrien errechnet werden können.

Ergänzende Serie(n) mit **High-Resolution-Technik** (= mit hoher Auflösung; Abkürzung: **HR-CT**) zu einem **CT** sind bei der **Suche nach okkulten** (verborgenen) **Frakturen** nicht regelmäßig indiziert; die HR-Technik kann ggf. den okkulten Frakturbefund auch nicht nachweisen (anders die Kernspintomographie – MRT -, welche okkulte Frakturen nahezu einwandfrei nachzuweisen vermag).

Zur medizinischen Notwendigkeit der **Kontrastmittelgabe** finden sich Ausführungen in den Arb.Hinweisen zu Nrn. 340 ff.

Grundsätzlich ist für die ergänzende(n) Serie(n) nach Nr. 5376 eine eindeutige und **vollständige Dokumentation** im Befundbericht notwendig.

Die **Indikation** für die ergänzende Serie ist im Befundbericht plausibel nachvollziehbar zu beschreiben bzw. die Serien in der Beurteilung zu interpretieren. Es ist dabei deutlich zu machen, welche klinischen Zusatzinformationen die ergänzende(n) Serie(n) erbracht hat/haben.

Nr. 5377 UV-GOÄ
Zuschlag für computergesteuerte Analyse- einschl. speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion
(Stand 05/2017)

Unter einer abrechenbaren computergesteuerten Analyse ist eine Neuberechnung von Bildern aus dem primär aufgenommenen Volumendatensatz zu verstehen (z. B. MPR, MIP, VRT, 3D). In selteneren Fällen entspricht dem auch die Darstellung der Kontrastmittel-Kinetik bei Knochen- und Weichteiltumoren, z. B. zur Erfassung der vitalen Tumorareale, zur Quantifizierung der KM-Aufnahme.

Der Zuschlag nach Nr. 5377 ist je Hauptleistung (Nrn. 5370 bis 5375 einmal berechenbar, auch wenn die Hauptleistungen mit dem Höchstwert nach Nr. 5369 abgerechnet werden.

Für die Leistung nach Nr. 5377 muss eine besondere medizinische Indikation bestehen, die in Art und Umfang der sekundären Rekonstruktion mit Aufnahmetechnik im Befundbericht plausibel nachvollziehbar beschrieben und vollständig dokumentiert sein muss; die klinische Zusatzinformation (diagnostischer Gewinn), die diese computergestützte Nachbearbeitung erbracht hat, ist darzustellen, das zusätzliche Bildmaterial zu interpretieren. Grundsätzlich gilt, dass im Vergleich zu sekundären Rekonstruktionen die primär erzeugten Schichtebenen überwiegend eine höhere Bildqualität und damit eine zuverlässigere Befundung ermöglichen, weshalb der/den zusätzlichen Serie/n nach Nr. 5376 demgegenüber größere Bedeutung zukommen.

Sehr moderne, hochzeilige so genannte Mehrzeilen-Computertomographen sind allerdings in der Lage, infolge extrem geringer Schichtdicke so genannte isotrope Voxel zu erzeugen. Bei diesen Geräten ist in jeder Raumgeometrie die rekonstruierte Schicht ebenso gut wie die primär axial gescannte.

Bei Anwendung dieser Technik ist die Erzeugung zusätzlicher Schichten in anderen Raumebenen oder Schichtdicken mit erneuter Anwendung von Röntgenstrahlung im Sinne der Nr. 5376 nicht erforderlich; vielmehr erfolgt dies über eine computergesteuerte Analyse nach Nr. 5377.

Der Einsatz dieser Geräte und Aufnahmetechnik kann nicht generell zur Abrechnung des Zuschlags für computergesteuerte Analyse führen. Erst wenn neben der für die Grundleistung erforderlichen Serien zusätzliche Serien im Sinne der Nr. 5376 erzeugt werden müssten, ist die Abrechnung der Nr. 5377 gerechtfertigt.

Allgem. Best. zu O.II. bzw. vor Nrn. 5400 ff. UV-GOÄ
Nuklearmedizin
(Stand 07/2026)

Allgem. Best. (die Allgem. Best. zu diesem Abschnitt sind kursiv gedruckt):

Nrn. 1, 2 (sind nicht abgedruckt)

*3. Die **Befunddokumentation**, die Aufbewahrung der Datenträger sowie die **Befundmitteilung** oder der **einfache Befundbericht** mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose sind Bestandteil der Leistung und nicht gesondert berechnungsfähig.*

Anmerkung:

Es handelt sich im Wesentlichen um die gleichen Bestimmungen wie in den Nrn. 1 bis 3 zu Abschnitt O. bzw. vor Nrn. 5000 ff. Die dortigen Anmerkungen gelten uneingeschränkt auch für die Leistungen des vorliegenden Abschnitts O. II.

Danach ist die gesonderte Berechnung von Untersuchungs-, Beratungs- oder Berichtsgebühren (z. B. Nrn. 1, 2, 11, 110, 115, 118 usw.) regelmäßig nicht zulässig.

*4. Die **Materialkosten** für das Radiopharmazeutikum (Nuklid, Markierungs- oder Testbestecke) sind gesondert berechnungsfähig. Kosten für Beschaffung, Aufbereitung, Lagerung und Entsorgung der zur Untersuchung notwendigen Substanzen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.*

*5. Die **Einbringung von zur Diagnostik erforderlichen Stoffen** in den Körper – mit Ausnahme der Einbringung durch Herzkatheter, Arterienkatheter, Subokzipitalpunktion oder Lumbalpunktion – sowie die ggf. erforderlichen Entnahmen von Blut oder Urin sind mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist. Somit ist z. B. die Nr. 253 für eine Injektion nicht zusätzlich berechenbar.*

Anmerkung:

Anders als bei Computertomographien (**CTs**) oder Magnetresonnanztomographien (**MRTs**) ist bei Szintigraphien zur Abklärung von Unfallverletzungen regelmäßig die Einbringung der erforderlichen Radiopharmazeutika (Nuklide) mit der Gebühr für die szintigraphische Untersuchung abgegolten.

Die Materialkosten sind – wie auch bei den Kontrastmitteln für CTs oder MRTs– zum Selbstkostenpreis gesondert berechenbar.

Nrn. 5425, 5426, 5427, 5480 UV-GOÄ
Szintigraphie
(Stand 04/2006)

Vollständige Leistungsbeschreibung:

Nr. 5425 ***Ganzkörperskelettszintigraphie****, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen – einschl. der proximalen Extremitäten, ggf. einschl. der distalen Extremitäten -*

Nr. 5426 ***Teilkörperskelettszintigraphie*** *– ggf. einschl. der kontralateralen Seite -*

Nr. 5427 *Zusätzliche szintigraphische* ***Abbildung des regionalen Blutpools*** *(Zwei-Phasenszintigraphie) - mindestens zwei Aufnahmen -*

Nr. 5480 *Quantitative* ***Bestimmung von Impulsen/Impulsratendichte*** *(Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Messwertverarbeitung - mindestens zwei ROI -*

In der unfallchirurgischen Praxis wird die Szintigraphie noch gelegentlich zum Ausschluss eines Frakturverdachts eingesetzt, obwohl die medizinische Indikation für diese Untersuchung meist nicht gegeben ist. Notwendig sind in diesen Fällen eine hohlräumliche Auflösung und eine genaue Abbildung der anatomischen Details. Die Szintigraphie kann das nicht leisten.

Allgem. Best. zu Abschnitt O.III. bzw. vor Nrn. 5700 ff. UV-GOÄ Magnetresonanztomographie (Stand 08/2014)

Allgem. Best.

(1) Die Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5735 sind je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

(2) Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 ist in der Rechnung besonders zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nr. 5735 zu beachten.

(3) Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5735 können dann ausgeführt und abgerechnet werden, wenn der Arzt oder die Ärztin die Genehmigung zur Durchführung kernspintomographischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung besitzt.

Anmerkungen zu Absatz 3:

Über die Genehmigung zur Durchführung kernspintomographischer Leistungen geben die regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen Auskunft bzw. veröffentlichen entspr. Listen im Internet. Die Landesverbände informieren ebenfalls regelmäßig über die in den einzelnen Bundesländern zugelassenen Ärzte.

Nach Auffassung der Verbände der UV-Träger gilt Gleiches auch für Ärzte, die zwar nicht an der vertrags-/kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, aber die maßgebenden Qualitätskriterien erfüllen. Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung kernspintomographischer Leistungen zu Lasten der GUV erteilen die zuständigen LVen der DGUV.

Bei Abrechnung von Radiologen an Krankenhäusern kann davon ausgegangen werden, dass die Qualitätskriterien erfüllt sind.

Die Nrn. 5700 sind danach nicht berechenbar für Ärzte, die zwar an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen (z. B. als Chirurg oder Orthopäde), aber nicht über eine Genehmigung zur Durchführung kernspintomographischer Leistungen verfügen.

Nr. 5730 UV-GOÄ
Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität (Stand 12/2018)

Zusatzbestimmung zu Nr. 5730:

Neben der Leistung nach Nr. 5730 ist die Leistung nach Nr. 5729 nicht berechnungsfähig.

Die Leistung nach Nr. 5730 ist im Rahmen der ambulanten Heilbehandlung von Unfallverletzungen äußerst selten erforderlich, weil nur in ungewöhnlichen Ausnahmefällen **zwei große Gelenke einer Extremität** zugleich verletzt werden bzw. gleichzeitig mittels MRT zu untersuchen sind.

Die Nr. **5730** ist nicht bei der Untersuchung **eines** großen Gelenkes abrechenbar. Nach BSG-Urteil vom 25.08.1999 (B 6 KA 32/98R) werden große Gelenke (z. B. Sprung-, Knie- oder Schultergelenk) in der Gebührenordnung als funktionelle Einheiten angesehen.

Nr. 5730 darf nach der Leistungsbeschreibung unabhängig von der Zahl der untersuchten Extremitäten je Sitzung nur einmal berechnet werden.

Nr. 5731 UV-GOÄ Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 (z. B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie) (Stand 04/2006)

Mit der Nr. 5731 werden zusätzliche Serien/Ebenen vergütet, die über den üblichen Umfang einer vollständigen Gelenk- oder Organuntersuchung hinausgehen. Im Vordergrund steht dabei die Erlangung einer medizinisch relevanten Zusatzinformation. Die lediglich bessere oder übersichtlichere Darstellung eines Befundes wird mit dieser Gebühren-Nr. nicht vergütet.

Die Zahl, der nach den Nummern 5700 bis 5730 zu fertigenden Serien kann, nicht definitiv festgelegt werden.

Entscheidend für die Anzahl der Bildserien sind nicht nur die Geometrien (Raumebenen), vielmehr muss auch mindestens eine T1- und eine T2-Gewichtung angefertigt werden. Vier Serien sind sicher überwiegend das Minimum.

Sofern eine Klärung der Fragestellung im Rahmen der Basisdiagnostik nach Nrn. 5700 – 5730 nicht möglich ist, sind ergänzende Serien/Ebenen z. B. abrechenbar bei:

1. Kontrastmittelgabe (intravenöse oder direkte MR-Arthrographie)
2. MR-Angiographie
   Darstellung von Schäden, Verengungen (Tumor), Verschlüsse (Thrombose) der Gefäße
3. MR-Myelographie
   Im Rahmen einer MRT-Untersuchung der Wirbelsäule kann als ergänzende Serie eine MR-Myelographie vorgenommen werden zur dreidimensionalen Beurteilung der Wurzeltaschen und einer Einengung des Liquorraumes.
4. Fettunterdrückung zum Vergleich mit bereits untersuchter Ebene
   (FS=Fettsuprimiert/Fat-Sat/STIR/SPIR/TIRM/TIR/FIR/IR). Das Fett im Körper stellt einen sehr hellen Kontrast im MR-Bild dar, der bei der Unterdrückung ausgeblendet wird. Dargestellt werden Knochenprellungen (Bone bruises), verborgene (okkulte) Frakturen, Ödeme, Ergüsse und Entzündungen.
5. notwendigem Spulenwechsel (neben Nr. 5732)
   Hüfte, Knie bei Einsatz Knorpelspule
6. notwendigem Positionswechsel (neben Nr. 5732)
   (bei Umlagerung Patientenarm über den Kopf bei Schulteruntersuchungen, Knie zur Auslösung des Schubladeneffekts)
7. HÄM-Sequenz (Kopf-MRT), T2
   Kleinste Hirnblutungen können (aufgrund der Bluthirnschranke) lokalisiert, der Entstehungszeitraum und die Ursache der Blutung (Verkalkung, Schädel-Hirn-Trauma, Tumor etc.) ermittelt werden.
8. als ergänzende Ebene(n):
   (z. Zt. bei Gelenken nur schräg-koronarer Ebene entlang des vorderen Kreuzbandes zur Beurteilung der Kontinuität, eines Teilrisses, einer Ausfaserung oder Verschmälerung; ab 3. Ebene bei Kopf- und Wirbelsäulen-MRT)

Ergänzende Serien nach Nr. 5731 stellen nicht zugleich sekundäre („nachträgliche“) Rekonstruktionen im Sinne der Nr. 5733 dar. Es muss sich um eine bzw. mehrere ergänzende, also primär („ursprünglich“) erzeugte Serie/n handeln.

Häufigste Indikation für die Leistung nach Nr. 5731 ist (sind) die ergänzende(n) Serie(n) nach **Kontrastmittelgabe (KM-Gabe)**. Die KM-Indikation wird in den Arb.Hinweisen zu Nrn. 340 ff. erläutert; sie ist im Wesentlichen gegeben bei Verdacht auf

- **entzündliche Prozesse,** z. B. Osteomyelitis, Osteitis, Bursitis, Abszessverdacht,

- **Verletzung von Blutgefäßen,** z. B. arterielle Verletzungen an Extremitäten, Kopf, Hals usw.; - MR-Angiographie,

- **tumoröse Weichteilveränderungen,** z. B. in Leber und Lungen.

Bei Erbringung der Leistung nach Nr. 5731 auf Grund **Kontrastmittelgabe** sind die KM-Gabe als solche oder das konkret verwendete Produkt (z. B. Omniscan®, Magnevist® oder Multihance®) und die mit Kontrastmittel gefertigte(n) ergänzende(n) Serie(n) **im Befundbericht zu dokumentieren** und zu **interpretieren.** Die klinischen Zusatzinformationen (diagnostischer Gewinn) dieser ergänzenden Serien muss ersichtlich sein.

Bei Verdacht auf **frische knöcherne Verletzungen** sind Kontrastmittelaufnahmen regelmäßig nicht indiziert.

Nr. 5732 UV-GOÄ
Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel (Stand 12/2018)

In aller Regel ist der verletzte Körperbereich aufgrund der klinischen Untersuchungen durch den D-Arzt oder D-Ärztin bei Verordnung der MRT-Untersuchung bekannt und in der Verordnung eindeutig bezeichnet (z. B. MRT des rechten oberen Sprunggelenks zum Ausschluss einer Bandruptur). Werden vor der eigentlichen, verordnungsgemäßen Untersuchung des verletzten Körperteils (also beispielsweise des Sprunggelenks) zunächst "Übersichtsaufnahmen" (z. B. scout-view mit der body-coil) gefertigt oder aus anderen Gründen verschiedene Spulen eingesetzt, ist dieser Spulenwechsel regelmäßig nicht erforderlich. Eingesetzt werden muss immer die für das verletzte Körperareal geeignete Spule. Es ist im Allgemeinen nicht davon auszugehen, dass bei Einsatz bzw. Kombination unterschiedlicher Spulen bessere Ergebnisse zu erzielen sind (z. B. für die Untersuchung der Sprunggelenke zusätzliche Aufnahmen mit der Kopfspule). Nur in besonders begründeten Ausnahmefällen kann eine Indikation vorliegen.

Für einen **Spulenwechsel** gibt es somit bei den **in der Praxis der ambulanten Heilbehandlung** typischen Verletzungen bzw. Untersuchungsindikationen (z.B. MRT des **Sprung-**, **Knie-**, **Schulter-** oder **Handgelenks**, der **HWS** usw.) selten einen sinnvollen Anlass. Wird gleichwohl die Nr. 5732 abgerechnet, ist die Leistung im Befundbericht zu begründen.

Der Zuschlag für einen **Positionswechsel** kann nicht mit der Gabe von **Kontrastmitteln** (KM) begründet werden, selbst wenn sich die Notwendigkeit der KM-Gabe erst während der Untersuchung ergeben hat. Zwar wird der Patient nach Fertigen der Nativ-Aufnahmen (d.h. ohne KM) aus dem Tomographen "herausgefahren", damit das Kontrastmittel injiziert werden kann. Anschließend wird er aber in der gleichen Position wie zuvor wieder in das Gerät „hineingefahren". Die Position des Verletzten ist also vor und nach der KM-Gabe identisch. Eine neue Lagerung (Positionswechsel) wird nicht durchgeführt.

Der Positionswechsel kann ferner nicht mit der **Durchführung mehrerer Untersuchungen** (Nrn. 5700 - 5730 nebeneinander) während einer Sitzung begründet werden. Ist z. B. in einem Termin ein MRT des Kniegelenks (Nr. 5729) und der Wirbelsäule (Nr. 5705) zu fertigen (Vergütung nur mit Höchstbetrag nach Nr. 5735, s. Arb.Hinweise zu Nr. 5735), so wird zwar nach der ersten Untersuchung eine neue Lagerung des Patienten (Positionierung) für die zweite Untersuchung erforderlich; diese ist aber vor jeder Untersuchung notwendig und somit Bestandteil einer jeden Untersuchung und mit der entsprechenden radiologischen Gebühr abgegolten. Nur wenn innerhalb derselben Untersuchung (z. B. im Rahmen der Nr. 5729) zum Erreichen des Untersuchungsziels ein Lagerungs- oder Spulenwechsel erforderlich wird, darf Nr. 5732 berechnet werden (z. B. beim MRT des Hüftgelenks, s. o.).

Das gilt auch dann, wenn wegen der **Begrenzung nach Nr. 5735** nur der **Höchstbetrag** und nicht die jeweiligen Einzelgebühren (z. B. Nrn. 5729 und 5705) berechenbar sind. Der Höchstwert verändert nicht Art, Leistungsinhalt oder sonstigen Charakter der einzelnen MRT-Leistungen; er wirkt lediglich abrechnungstechnisch als Höchstgrenze für die Einzelgebühren. Nr. 5732 darf nach Abs.1 der Allgem. Best. zu Abschnitt O.III. nur einmal je Sitzung berechnet werden.

Zusammenfassend:

Mit der Nr. **5732** wird ein medizinisch notwendiger manueller Spulenwechsel am Patienten oder eine medizinisch notwendige Umlagerung des Patienten auf dem Untersuchungstisch vergütet. Elektronisches Umschalten zwischen mehreren Spulen oder bloßes Verschieben der Untersuchungsliege erfüllen diese Voraussetzungen nicht.

Spulen- oder Positionswechsel sind abrechenbar:

1. Spulenwechsel: Bei der Untersuchung eines Gelenkes ist der Spulenwechsel die große Ausnahme. Auch am Hüftgelenk ist ein tatsächlicher manueller Spulenwechsel nur sehr selten notwendig, es sei denn, es werden beide Hüftgelenke nacheinander mit einer jeweils direkt auf dem Gelenk zu platzierenden Oberflächenspule untersucht. Die Verwendung einer zweiten Spule mit manuellem Spulenwechsel bei entsprechendem Zielauftrag ist abrechenbar (z. B. Knorpel an Kniescheibenrückseite).

2. Positionswechsel: Nur bei Umlagerung des Patienten (z. B. Arm über den Kopf bei Schulteruntersuchungen)

Nicht abrechenbar ist der Spulen- oder Positionswechsel u. a. bei:

1. Spulenwechsel: Umschalten zwischen Körperspule und Oberflächenspule nach Lokalisationssequenzen,

2. Spulenwechsel: Die Verwendung einer zweiten Oberflächenspule zur Beurteilung des Knorpels der Kniescheibenrückseite, wenn nicht ein gezielter D-Arzt-Auftrag vorlag,

3. Positionswechsel: Aus- und Einfahren des Patienten in den Kernspintomographen zur Kontrastmittelgabe.

Nr. 5733 UV-GOÄ
Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)
(Stand 04/2006)

Unter einer abrechenbaren computergesteuerten Analyse ist eine Neuberechnung von Bildern aus dem primär aufgenommenen Datensatz zu verstehen (z. B. MPR, MIP, 3D-Rekonstruktion). In selteneren Fällen entspricht dem auch die Darstellung der Kontrastmittel-Kinetik bei Knochen- und Weichteiltumoren, z. B. zur Erfassung der vitalen Tumorareale oder zur Quantifizierung der KM-Aufnahme.

Grundlage für eine Neuberechnung von Bildern ist ein 3D-Datensatz mit dünnen Schichten (bis 1 mm Schichtdicke), der ohne Schichtlücke gemessen wurde.

Der Zuschlag nach Nr. 5733 ist auch berechenbar bei der Subtraktion von KM- und Nativserien mit dokumentierter Subtraktionsserie.

Mit der Nr. 5733 werden auch computergesteuerte Auswertungen oder Nachbearbeitungen, die zu einem eigenständigen, dokumentierten Ergebnis führen, vergütet. Bloßes Betrachten, Vergrößern, einfache Abstands-, Winkel- und Flächenmessungen oder Windowing (Kontrastveränderungen) an einer Workstation sind **nicht** abrechnungsfähig.
(Anm.: Dies steht hinsichtlich der Winkel- und Flächenmessung im Widerspruch zur Bekanntmachung der Bundesärztekammer und des Bundesverbands Deutscher Radiologen vom 18.11.2005: "Die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen", veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 46, A3207 bis A3211)

Die Berechnung der Nr. 5733 ist nicht gerechtfertigt bei der Durchführung einfacher Zweipunktmessungen, sofern es sich nicht um einen Vergleich zu Voraufnahmen handelt, die z. B. in einem anderen Datenformat vorliegen.

Bei MRT-Untersuchungen können primär („ursprünglich“) in allen drei Raumebenen (sagittal – coronal – axial) Schnittbilder aus dem zu untersuchenden Bereich des menschlichen Körpers gefertigt werden (anders als beim CT). Es ist also möglich, unmittelbar bei Untersuchung des Patienten im Tomographen in allen benötigten Ebenen ausreichend Bilderserien zu erstellen.

Da es beim MRT möglich ist, primär Bilder in allen Raumebenen zu fertigen, sind in aller Regel sekundäre Rekonstruktionen entbehrlich. Außerdem ist meist die Bildqualität derartiger Rekonstruktionen im Vergleich zu den primär gewonnenen Bildern weniger gut; nur bei einer Schichtdicke <= 1 mm ist eine verwertbare Rekonstruktion möglich, sonst ist der diagnostische Nutzen in Frage zu stellen (Lahm, Uhl, Weber in „DGU-Mitteilung und Nachricht“, Suppl. 2004, Seite 7).

Sehr moderne Kernspintomographen ermöglichen sekundäre („nachträgliche“) Rekonstruktionen, für die zunächst die Daten ”dreidimensional” gewonnen und gespeichert werden, also nicht beschränkt auf eine bestimmte Schnittebene, sondern gewissermaßen als ”Datenblock”. Aus diesem Datenbestand können nachträglich Bilder in allen denkbaren Ebenen rekonstruiert werden. Der Einsatz dieser Geräte und Aufnahmetechnik kann nicht generell zur Abrechnung des Zuschlags für computergesteuerte Analyse führen. Erst wenn neben der für die Grundleistung erforderlichen Ebenen zusätzliche Ebenen rekonstruiert werden, die andernfalls durch ergänzende Serien im Sinne der Nr. 5731 erzeugt werden müssten, ist die Abrechnung der Nr. 5733 gerechtfertigt.

Die **Indikation für die sekundären Rekonstruktionen** muss im Befundbericht plausibel nachvollziehbar beschrieben sowie Art und Umfang der Rekonstruktionen dokumentiert und im Rahmen der Beurteilung interpretiert sein. Es muss deutlich werden, welche klinischen Zusatzinformationen die computergestützte Nachbearbeitung erbracht hat.

Nr. 5735 UV-GOÄ
Höchstwert zu den Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730
(Stand 04/2006)

Zusatzbestimmung zu Nr. 5735:

Die im Einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.

Werden innerhalb einer Sitzung **mehrere Untersuchungen** an verschiedenen Körperarealen durchgeführt (z. B. MRT eines Sprunggelenks und MRT der Wirbelsäule) und übersteigen die daraus resultierenden Gebühren nach Nrn. 5700 bis 5730 den Höchstwert, so wird durch Nr. 5735 die Berechnung der Einzelgebühren ausgeschlossen; stattdessen ist nur einmal der Höchstbetrag nach Nr. 5735 berechenbar. Nach der Zusatzbestimmung müssen in der Rechnung alle im Einzelnen erbrachten Leistungen angegeben sein.

Der Höchstwert verändert nicht Art, Leistungsinhalt oder sonstige Eigenschaften der Einzelleistungen; er wirkt lediglich abrechnungstechnisch als **Obergrenze**. Folglich sind die Gebühren nach Nrn. 5700 bis 5730 nicht neben Nr. 5735 berechenbar.

Zuschläge zu den im Einzelnen erbrachten MRT-Leistungen nach Nrn. 5731 oder 5733 dürfen neben Nr. 5735 berechnet werden. Das gilt auch für die **Kontrastmittel-Gabe** nach Nrn. 344 ff. (bei entsprechender Indikation; vgl. Arb.Hinweise zu Nrn. 340 ff.). Der Zuschlag für den **Positionswechsel** nach **Nr. 5732** ist neben Nr. 5735 nur dann berechenbar, wenn er neben der im Einzelnen erbrachten MRT-Leistung abrechenbar wäre (s. Arb.Hinweise zu Nr. 5732).

UV-GOÄ/Abschnitt P.
Schmerzmedizinische Behandlungsentgelte

Allgemeine Bestimmungen

Fachärzte und Fachärztinnen können die nachfolgenden Gebühren abrechnen, wenn sie die Voraussetzungen der Anforderungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) erfüllen.

Vor der Behandlungsaufnahme bedarf es der vorherigen Genehmigung durch den zuständigen UV-Träger. Diese gilt für ein Jahr ab ersten Behandlungstag. Mit dieser Anfrage wird eine Bestätigung an den UV-Träger gesendet, dass eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung vorliegt. Fachärztinnen und Fachärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, bestätigen, dass sie die Anforderungen für eine Genehmigungserteilung erfüllen.

Liste der Schmerzmediziner.

Der UV-Träger kann entscheiden, ob er zusätzlich zu der Nennung des Arztes/Ärztin in der Liste einen Nachweis der Genehmigung durch die KBV erlangt. Unabhängig der Vorlage einer Genehmigung darf mit der Behandlung nicht vor einer Genehmigung durch den UV-Träger begonnen werden.
Im Einzelfall kann im Rahmen einer sofort Notwendigen Behandlung nach § 9 Ärztevertrag abgewichen werden.

Nr. 6000 UV-GOÄ
Erstanamnese zur schmerzmedizinischen Behandlung
(Stand 01/2026)

Durchführung einer Schmerzanalyse mit Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebögen, Erfassung von Kontextfaktoren, Berücksichtigung der Ergebnisse aus vorangegangenen Schmerzassessments (AIS oder SIS gemäß Handlungsempfehlung Schmerztherapeutische Versorgung der DGUV) soweit vorliegend, eingehende Beratung einschließlich Festlegung der Therapieziele, Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Chronifizierungsstadiums, der dem Patienten/der Patientin mitzugeben ist; Vermittlung von bio-psychosozialen Zusammenhängen und von Schmerzbewältigungsstrategien, Gewährleistung der Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen (Mindestdauer 60 Min.). Die Leistung ist innerhalb eines Jahres zweimal abrechenbar.

Die Erstbehandlung findet grundsätzlich in Präsenz statt. Erstanamnese (Nummer 6000) und Folgebehandlung (Nummer 6001) am gleichen Tag schließen sich aus. Leistungen der Beratung und/oder Untersuchung der UV-GOÄ sowie die Nummern 17, 19 und 34 können daneben nicht abgerechnet werden. Standardisierte Fragebögen sind Bestandteil der Leistung und können nicht *mit anderen Leistungen der UV-GOÄ abgerechnet werden.*

Nr. 6001 UV-GOÄ
Schmerzmedizinische Folgebehandlung
(Stand 01/2026)

Kontrolle und Fortschreibung des Behandlungsplans und Erörterung mit Patientin/Patienten, unter Einbeziehung der Patienten. Der angepasste Behandlungsplan ist der Patientin/dem Patienten mitzugeben. Die Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistung ist die erfolgte Erstanamnese nach Nummer 6000.

Innerhalb des Behandlungsfalls (3 Monate) kann die Nummer 6001 bis zu fünfmal abgerechnet werden. Die Leistung ist auch als Videosprechstunde möglich. Erstanamnese (Nummer 6000) und Folgebehandlung (Nummer 6001) am gleichen Tag schließen sich aus. Die Leistung ist je angefangene 10 Minuten bis maximal 4 mal pro Sitzung abrechenbar.

Nr. 6002 UV-GOÄ
Besprechung/Koordination weiterer therapeutischer Maßnahmen (mit Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder anderen Heilmittelerbringern)
(Stand 01/2026)

Dokumentierter Austausch mit Therapeuten (Psychologen, Physio- oder Ergotherapeuten) zur Therapie-Umsetzung oder -Anpassung und Erfolgskontrolle. Der Austausch kann telefonisch oder persönlich im Einzelkontakt oder im Rahmen einer Fallkonferenz erfolgen. Die Dokumentation der Ergebnisse erfolgt mit Bericht Nummer 6003 bzw. 6004 UV-GOÄ. Abrechnungsvoraussetzung ist die Dokumentation im Bericht nach Nummer 6003 UV-GOÄ mit Angabe der Therapeutenkontakten (Datum/Name) und der Ergebnisse.

Die Leistung ist innerhalb von 6 Monaten bis zu drei Mal abrechenbar. Neben der Nummer 6002 können die Leistungen nach den Nummern. 10, 10a, 17, 19 sowie 60 – 61 nicht abgerechnet werden.

Nr. 6003 UV-GOÄ
Erstbericht Schmerzmedizinische Behandlung/Erstanamnese
(Stand 01/2026)

Ärztlicher Bericht zu Ergebnis der Schmerzanalyse mit Auswertung standardisierter Fragebögen und Angabe der erfassten Kontextfaktoren. Umfasst Ergebnis der Beratung des Patienten/der Patientin, Angabe der Behandlungsziele, Übermittlung des inhaltlich und zeitlich gestuften Behandlungsplans.

Die Leistung kann nur zusammen mit der Nummer 6000 abgerechnet werden.

Nr. 6004 UV-GOÄ
Folgebericht Schmerzmedizinische Behandlung
(Stand 01/2026)

Berichterstattung in jedem Quartal, in dem Behandlungen erfolgt sind. Umfasst Begründung zu Änderungen in Therapiezielen und Angabe von erfolgten Therapeutenkontakten (in Bezug auf Nummer 6002).
Der Bericht muss Auskunft über drei Bereiche geben:

1. Angaben zu somatischer Behandlung/ Medikation incl. Angabe der verordneten Medikation, Angabe zur Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung von Schmerzen bzw. Schmerzmedikation
2. Angabe zur psychotherapeutischen bzw. zur psychosomatischen Behandlung
3. Angabe zur sozialen Behandlung bzw. anderer Interventionen.

Die Leistung ist einmal im Behandlungsfall abrechenbar in Verbindung mit Nummer 6001 UV-GOÄ oder auf Anforderung des UV-Trägers.