

Peter M. Hermanns
Enrico Schwartz
Katharina von Pannwitz
Hrsg.

UV-GOÄ 2026 Kommentar

Mit den neuen Preisen bis 1.8.2025

25. Auflage

Abrechnung erfolgreich und optimal

Gute Leistung muss gut bezahlt werden

Je besser Ihre Kenntnis im komplexen Feld der Abrechnung medizinischer Leistungen ist, desto besser ist das Ergebnis für Ihre Praxis bzw. Klinik.

Abrechenbarkeit, Steigerungssätze, analoge Bewertungen, mögliche Ausschlüsse, aktuelle Gerichtsurteile ...

Praktische Abrechnungstipps, Auslegungshinweise, Beschlüsse, Richtlinien von KBV und regionalen KVen, G-BA, SGB, BÄK und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen, Berufsverbänden, PVS ...

Kassenpatient, Privatpatient, Selbstzahler:

Alle Informationen für die erfolgreich optimierte Abrechnung korrekt, vollständig, verlässlich

Peter M. Hermanns · Enrico Schwartz ·
Katharina von Pannwitz
(Hrsg.)

UV-GOÄ 2026

Kommentar

Mit den neuen Preisen bis 1.8.2025

25., vollständig überarbeitete Auflage

Unter Mitarbeit von Constanze Barufke-Haupt, Jürgen Büttner,
Alexander Eisenkolb, Karl-Heinz Hoffmann, Oliver Krauß,
Wolfgang Landendörfer, Bernd Niedermeyer und
Frank-Gerald B. Pajonk

Hrsg.

Peter M. Hermanns
Hamburg, Deutschland

Enrico Schwartz
Langenbach, Deutschland

Katharina von Pannwitz
München, Deutschland

ISSN 2628-3190 ISSN 2628-3204 (electronic)

Abrechnung erfolgreich und optimal

ISBN 978-3-662-72343-2 ISBN 978-3-662-72344-9 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-72344-9>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnetet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über ► <https://portal.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk basiert auf Inhalten der Abrechnungsdatenbank, Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2013, 2014, 2015, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jede Person benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des/der jeweiligen Zeicheninhaber*in sind zu beachten.

Der Verlag, die Autor*innen und die Herausgeber*innen gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autor*innen oder die Herausgeber*innen übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Fotonachweis Umschlag: © stockphoto-graf/stock.adobe.com, ID: 144594370
Umschlaggestaltung: deblik, Berlin

Planung/Lektorat: Hinrich Kuester

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

Herausgeber und Mitarbeiter	IX
Abkürzungsverzeichnis	XII
Vorwort	XIV
BG-Nebenkostentarif (BG-NT)	XVI
Verzeichnis zur Ermittlung des zuständigen Unfallversicherungsträges (UVTr)	1
Anschriften der Berufsgenossenschaften (BGen) und Unfallkassen (UKen)	11
Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger (ÄV) (2011) Stand 1.1.2018	19
Information der Herausgeber: Auf einen Blick: Wer? darf Was? Leisten und Abrechnen?	21
Auf einen Blick: Erstattung von Berichten – Wer? Muss Was? Berichten?	22
I. ALLGEMEINER TEIL	23
§ 1 Gegenstand des Vertrages	23
§ 2 Gewährleistung	24
§ 3 Erfüllung des Vertrages	24
§ 4 Beteiligung am Vertrag	25
§ 5 Datenerhebung und -verarbeitung durch Ärzte; Auskunftspflicht	26
II. ALLGEMEINE REGELUNGEN FÜR DIE HB BEI ARBEITSUNFÄLLEN	27
§ 6 Heilbehandlung (HB)	27
§ 7 Heilbehandlung weiterer Personen	29
§ 8 Ärztliche Behandlung	29
§ 9 Erstversorgung	30
§ 10 Allgemeine Heilbehandlung (Allg. HB)	31
§ 11 Besondere Heilbehandlung (Bes. HB)	34
§ 12 Hinzuziehung anderer Ärzte	35
§ 13 Vom Unfallversicherungsträger (UVTr) veranlasste ärztliche Untersuchungen	36
§ 14 Ärztliche Unfallmeldung	37
§ 15 Bericht bei Erstversorgung	38
§ 16 Mitteilungen über Besonderheiten des Behandlungsverlaufs	38
§ 17 Hinweis zur beruflichen Wiedereingliederung	40
§ 18 Unterstützungs pflicht des Arztes bei besonderen medizinischen Maßnahmen	40
§ 19 Verordnung häuslicher Krankenpflege	41
§ 20 Verordnung von Heilmitteln	42
§ 21 Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln	43
§ 22 Verordnung von Hilfsmitteln	44
III. BESONDERE REGELUNGEN FÜR DIE HEILBEHANDLUNG (HB) BEI ARBEITSUNFÄLLEN	50
§ 23 Verfahrensarten	50
§ 24 Durchgangsarztverfahren (D-Arzt-Verfahren)	51
§ 25 nicht besetzt	53
§ 26 Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt (D-Arzt)	53
§ 27 Aufgaben des Durchgangsarztes (D-Arztes)	55
§ 28 Inanspruchnahme eines nicht zur besonderen Heilbehandlung (bes. HB) zugelassenen Arztes	59
§ 29 Nachschau	59
§ 30 nicht besetzt	60
§ 31 nicht besetzt	61
§ 32 nicht besetzt	61
§ 33 nicht besetzt	61
§ 34 nicht besetzt	61
§ 35 nicht besetzt	61
§ 36 nicht besetzt	61
§ 37 Verletzungsartenverfahren und Schwerstverletzungsartenverfahren	61
§ 38 Feststellung der Transportunfähigkeit	64

IV. REGELUNGEN BEI AUGEN- UND HALS-NASEN-OHREN-VERLETZUNGEN	64
§ 39 Überweisungspflicht an den Augen-/HNO-Arzt	64
§ 40 Berichterstattung des Augen-/HNO-Arztes	65
V. VERFAHREN ZUR FRÜHERFASSUNG BERUFSBEDINGTER HAUTERKRANKUNGEN (HAUTARZTVERFAHREN).....	66
§ 41 Vorstellungspflicht beim Hautarzt	66
§ 42 Wiedervorstellungspflicht	67
§ 43 Hauttestungen.....	67
VI. BERUFSKRANKHEITEN	68
§ 44 Ärztliche Anzeige einer Berufskrankheit (BK)	68
§ 45 Mitteilung über die Einleitung einer Behandlung bei Berufskrankheiten (BKen)	69
VII. AUSKÜNFTE, BERICHTE, AUFZEICHNUNGEN, GUTACHTEN.....	69
§ 46 Auskunftspflicht des Arztes	69
§ 47 Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung	71
§ 48 Anforderung von Gutachten	74
§ 49 Fristen für Erstattung von Berichten und Gutachten.....	75
§ 50 Ärztliche Aufzeichnungspflichten	76
VIII. ALLGEMEINE REGELUNGEN FÜR DIE VERGÜTUNG	76
§ 51 Leistungsverzeichnis und Vergütungsregelung	76
§ 52 Ständige Gebührenkommission	78
§ 53 Zahnärztliche Leistungen von Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen	79
§ 54 Regelungen bei stationärer Behandlung; Pflegesätze	79
§ 55 Vergütung ärztlicher Leistungen am Aufnahmetag	82
§ 56 Belegärztliche Behandlung	83
IX. REGELUNGEN FÜR AUSKÜNFTE, BESCHEINIGUNGEN, BERICHTE UND GUTACHTEN.....	84
§ 57 Berichts- und Gutachtenpauschalen	84
§ 58 Vereinbarte Formtexte	85
§ 59 Überschreitung der Gebührenhöchstsätze bei Gutachten	86
§ 60 Gebühren für die zum Zwecke der Begutachtung vorgenommenen ärztlichen Leistungen	86
X. REGELUNGEN BEI HINZUZIEHUNG ZUR KLÄRUNG DER DIAGNOSE UND/ODER MITBEHANDLUNG EINSCHLIESSLICH BERICHTERSTATTUNG	87
§ 61 Berichterstattung	87
§ 62 Vergütung ärztlicher Leistungen bei Hinzuziehung zur Klärung der Diagnose	88
§ 63 nicht besetzt	88
XI. RECHNUNGSLEGUNG UND BEZAHLUNG	88
§ 64 Rechnungslegung	88
§ 65 Zahlungsfrist	90
XII. CLEARINGSTELLE, SCHIEDSAMT, INKRAFTTREten/KÜNDIGUNG DES VERTRAGES UND ÜBERGANGSREGELUNGEN	91
§ 66 Clearingstelle auf Bundesebene	91
§ 67 Schiedsamt	94
§ 68 Kündigungsfrist	94
§ 69 Inkrafttreten, Übergangsregelungen	94
Rahmenvereinbarung über die Behandlung von Versicherten der Träger der GUV zwischen der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung – DGUV e.V., Berlin und dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung – LSV-SpV, Kassel*) einerseits und der Deutschen Krankenhausgesellschaft – DKG e.V., Berlin –	95
Anhang 1 – Verletzungsartenverzeichnis	99
Erläuterungen des Verletzungsartenverzeichnisses (überarbeitete Version 2.0, Stand 1. Juli 2018)	102
Anhang 2 – Psychotherapeutenverfahren	109
Anhang 3 – Datenschutz	110
Privatbehandlung	111
Abrechnung von Leistungen, die nicht in der UV-GOÄ aufgeführt sind	113
Analoge Bewertungen in der GOÄ	113

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

A. Abrechnung der ärztlichen Leistungen	114
B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen	117
I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen	1 bis 19a 117
II. Leistungen unter besonderen Bedingungen	20 bis 36 131
III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz	45 bis 61c 136
IV. Wegegeld und Reiseentschädigung	71 bis 91 144
V. Todesfeststellung	100 bis 109 146
VI. Besondere Regelungen	110 bis 145 148
Formulargutachten	146 bis 155 160
Freie Gutachten	160 bis 196 163
Fotodokumentation	169
C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	200 bis 449 173
I. Anlegen von Verbänden	200 bis 247c 173
II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen	250 bis 298 199
III. Punktionen	300 bis 321 211
IV. Kontrastmittel-einbringungen	340 bis 374 216
V. Impfungen und Testungen	375 bis 399 223
VI. Sonographische Leistungen	401 bis 424 228
VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen	427 bis 433 237
VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen	440 bis 449 238
D. Anästhesieleistungen	451 bis 498 247
E. Physikalisch-medizinische Leistungen	500 bis 577 269
I. Inhalationen	500 bis 501 269
II. Krankengymnastik (KG) und Übungsbehandlungen	505 bis 518 269
III. Massagen	520 bis 529 272
IV. Hydrotherapie und Packungen	530 bis 533 274
V. Wärmebehandlung	535 bis 539 275
VI. Elektrotherapie	548 bis 558 277
VII. Lichttherapie	560 bis 577 280
F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie	600 bis 796 291
G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	800 bis 887 321
H. Geburtshilfe und Gynäkologie	1001 bis 1168 339
I. Augenheilkunde	1200 bis 1386 351
J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1400 bis 1639 369
K. Urologie	1700 bis 1860 393
Grundsätze: Ambulantes Operieren in der GUV	409
Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V: Katalog „Ambulantes Operieren“ (Auszug)	411
Anlage 2 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V: Allgemeine Tatbestände	416
L. Chirurgie, Orthopädie	2000 bis 3321 419
I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung	2000 bis 2016 421
I a. Wundbehandlung mit Vakuumversiegelungstherapie	2018 bis 2020 434
II. Extremitätenchirurgie	2029 bis 2093 435
III. Gelenkchirurgie	2100 bis 2196 448
IV. Gelenkluxation	2203 bis 2241 482
V. Knochenchirurgie	2250 bis 2297 488
VI. Frakturbehandlung	2320 bis 2358 496
VII. Chirurgie der Körperoberfläche	2380 bis 2454 505
VIII. Neurochirurgie	2500 bis 2604 514
IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2620 bis 2732 523
X. Halschirurgie	2750 bis 2760 529

	Seite	
XI. Gefäßchirurgie	2800 bis 2921	530
1. Allgemeine Verrichtung	2800 bis 2810	531
2. Arterienchirurgie	2820 bis 2844	533
3. Venenchirurgie	2880 bis 2902	535
4. Sympathikuschirurgie	2920 bis 2921	538
XII. Thoraxchirurgie	2950 bis 3013	538
XIII. Herzchirurgie	3050 bis 3097	541
XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie	3120 bis 3241	544
XV. Hernienchirurgie	3280 bis 3288	552
XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen	3300 bis 3321	553
M. Laboratoriumsuntersuchungen	3500 bis 4787	557
I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis	3500 bis 3532	559
II. Basislabor	3541.H bis 3621	562
III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen	3630.H bis 4469	567
IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern	4500 bis 4787	612
N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik	4800 bis 4873	625
I. Histologie	4800 bis 4816	625
II. Zytologie	4850 bis 4860	626
III. Zytogenetik	4870 bis 4873	627
O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie	5000 bis 5855	629
I. Strahlendiagnostik	5000 bis 5383	630
II. Nuklearmedizin	5400 bis 5607	673
III. Magnetresonanztomographie	5700 bis 5735	688
IV. Strahlentherapie	5800 bis 5855	699
P Schmerzmedizinische Behandlungsentgelte	6000 – 6004	705
Q und R sind nicht mit Leistungen besetzt		
S. Krankenhausleistungen – Obduktionen	9101 bis 9910	707
I. Bäder, Massagen, Krankengymnastik (KG) und andere Heilbehandlungen (HB)	9101 bis 9672	707
II. Arzneimittel, Sera, Blutersatzmittel, Blutkonserve, Blutspenden, Blutplasmen, therapeutische Hilfsmittel	9700 bis 9797	713
III. Sonstige Leistungen, Obduktionen	9800 bis 9900	716
Vereinbarung UV/Pathologen	719	
Psychotherapeutenverfahren – Anforderungen zur Beteiligung	723	
Psychotherapeutenverfahren – Handlungsanleitung	725	
Psychotherapeutenverfahren – Gebührenverzeichnis	727	
Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) – Gebührenverzeichnis	731	
Physiotherapeutenvereinbarung – Gebührenverzeichnis	733	
Ergotherapeutenvereinbarung – Gebührenverzeichnis	735	
Berufskrankheiten (BKen)		737
1. Berufskrankheiten Definition	737	
2. Berufskrankheiten-Verordnung – Anlage 1: Auflistung der Erkrankungen	737	
3. Was ist zu tun, bei Verdacht auf BK?	741	
• Erläuterungen zur ärztlichen Anzeige bei begründetem Verdacht auf Vorliegen einer BK	742	
• Ärztliche Anzeige bei Verdacht auf eine BK	743	
• Checkliste zur Meldung einer BK durch den Arzt	744	
4. Begutachtungsempfehlungen	744	
Literatur/Internet	746	
Stichwortverzeichnis	747	

Herausgeber und Mitarbeiter



Dr. med. Peter M. Hermanns [Hrsg.]

Geboren 1945 in Neumünster. Seit 1985 Geschäftsführer der Agentur medical text Dr. Hermanns in München, die zahlreiche Bücher im Bereich Abrechnung, Praxis-Organisation, Diagnostik/Therapie, Praxis- und Klinik-Marketing für Verlage und Pharmafirmen konzipiert und herausgegeben hat, sowie des medizinischen Online-Dienstes www.medical-text.de.

Nach vielen Jahren der erfolgreichen Herausgeberschaft hat sich Dr. Hermanns 2023 gesundheitsbedingt in den Ruhestand begeben und ist 2025 verstorben.



Katharina von Pannwitz (Hrsg.)

Geboren 1964 in München, Ausbildung zur Verlags- und Industriekauffrau und Studium der Kommunikationswissenschaft. Langjährige Tätigkeit für Film & Fernsehen und als selbstständige Pressefrau und Autorin. 2023 Weiterbildung zur Social Media Managerin.

2014 Eintritt in die Agentur medical text als rechte Hand von Dr. Peter M. Hermanns bei der Herausgabe der beim Springer Verlag veröffentlichten Abrechnungsbücher zu den Gebührenordnungen UV-GOÄ, GOÄ und EBM sowie der Aktualisierung und Bearbeitung der Springer Medizin-Datenbank mit Kommentierungen und Urteilen zur Abrechnung ärztlicher Leistungen. Nach dem Rückzug von Dr. Hermanns seit 2023 Übernahme der Mitherausgeberschaft gemeinsam mit Enrico Schwartz



Enrico Schwartz [Hrsg.]

Geboren 1975 in Demmin. Dipl.-Verwaltungswirt (FH). Nach Abitur und Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten Studium an der Hochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung in Bad Hersfeld. Seit 1994 bei Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung beschäftigt. Seit 2010 Gastreferent für Gebührenrecht beim LV Südost der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, in der Akademie der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung Bad Hersfeld und einzelner UV-Träger. Seit 2005 Autor und seit 2023 Mitherausgeber der GOÄ derselben Buchreihe bei Springer.



Karl-Heinz Hoffmann

Geboren 1960 in Nachtsheim. Diplom-Verwaltungswirt (FH). Studium an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung Rheinland-Pfalz/Schwerpunkt: Gesetzliche Unfallversicherung. Seit 1989 bei der Unfallkasse Rheinland-Pfalz beschäftigt.

Dozent für die Akademie der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung Bad Hersfeld/Hennef und einzelner Unfallversicherungsträger. Mitglied des Arbeitskreises „Rechnungsprüfung“ (Arbeitshinweise der Unfallversicherungsträger zur Prüfung ärztlicher Leistungen) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.



Dr. med Alexander Eisenkolb

Geboren 1969 in Arzberg, Obfr. Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen und Promotion.

Facharzt für Diagnostische Radiologie. Seit 2006 Niedergelassener Radiologe in BDT-Institut für Bildgebende Diagnostik und Therapie Erlangen. Gastreferent bei der Akademie der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung Bad Hersfeld und einzelner UV-Träger.



Dr. med. Wolfgang Landendörfer

Geboren 1959 in Wunsiedel i. Fichtelgebirge, Studium der Humanmedizin in Erlangen und Promotion. Studium der Lebensmitteltechnologie in Berlin mit Abschluss als Diplomingenieur für Lebensmitteltechnologie.

Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Ernährungsmediziner. Von 2002 bis 2024 in eigener Praxis niedergelassen in Nürnberg-Mögeldorf, Am 1.4.2024 Übergabe der Praxis und Wechsel zum Angestelltenstatus. Cosprecher des Bundeshonorarausschuss BVKJ (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte).



Dr. med. Jürgen Büttner

Geboren 1955 in Nürnberg, 1975 Eintritt in die Bundeswehr, ab 1976 Medizinstudium als Sanitätsoffizier an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg mit Staatsexamen 1982 und Promotion 1983. Fliegerarzt von 1984 bis 1989 mit paralleler Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Bundeswehrkrankenhäusern und bei niedergelassenen Kollegen.

Erwerb der Zusatzbezeichnungen Chiropraxis, Sportmedizin und Betriebsmedizin. Seit 1989 als Betriebsmediziner und von 1990 bis 2022 als Hausarzt in eigener Praxis tätig. 1996 Eintritt in den Bayerischen Hausärzteverband, dort von 2000 bis 2018 Schatzmeister und von 2018 bis 2022 als erster stv. Landesvorsitzender Mitglied des geschäftsführenden Vorstands, jetzt noch kooptiertes Vorstandsmitglied, dabei u.a. zuständig für Abrechnungsfragen in EBM, GOÄ, HZV. Ebenfalls von 1996 bis 2022 berufspolitisch aktiv in der KVB.



OFA Oliver Krauß

Geboren 1978 in Zeitz. Nach dem Abitur Eintritt in die Bundeswehr als Sanitätsoffizier und Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Facharzt für Augenheilkunde, 2011 FEBO-Examen. Seit 2003 in der Augenabteilung des Bundeswehrkrankenhaus Ulm tätig; aktuell als Oberarzt mit dem Schwerpunkt plastisch-rekonstruktive Lid- und Tränenwegschirurgie sowie Strabologie. Nebenberufliche Tätigkeit mit privatärztlicher Praxis im AREION Neu-Ulm, gutachterliche Tätigkeit für die Begumed Ulm GmbH und beratender Arzt der Kommunalen Unfallversicherung Bayern und der Bayrischen Landesunfallkasse



Constanze Barufke-Haupt

Geboren 1988 in Bad Muskau, Fachanwältin für Medizinrecht. Studium der Rechtswissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin. Rechtsreferendariat beim Kammergericht Berlin.

Seit 2014 Rechtsanwältin bei D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB. Spezialisiert auf die Beratung von Ärzten, Psychotherapeuten und MVZ insbesondere zu Fragen der Abrechnung und Honorarverteilung. Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für Medizinrecht im DAV sowie der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.



Prof. Dr. med. Frank-Gerald B. Pajonk

Geboren 1965 in Gelsenkirchen. Studium der Medizin an den Universitäten Essen und München. Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München und am Universitätskrankenhaus Eppendorf, Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin, Geriatrie, Suchtmedizinische Grundversorgung.

Geschäftsführender Oberarzt an der Universitätsklinik des Saarlandes, Chefarzt der Klinik Dr. Fontheim, Liebenburg, Gründer der Praxis Isartal am Kloster Schäftlarn mit auf Aufbau einer Tagesklinik, dort Chefarzt und Ärztlicher Direktor bis 2024. Professor für Psychiatrie an der Technischen Universität München und Gastprofessor an der päpstlichen Universität Gregoriana Rom. Beratender Arzt der Kommunalen Unfallversicherung Bayern und der Bayerischen Landesunfallkasse.



Dr. med. Bernd Niedermeyer

Geboren 1964 in Schweinfurt. Studium der Medizin und Promotion an der Universität Würzburg. Anschließend diverse chirurgische Stationen zuletzt als Oberarzt an der Universitätsklinik Würzburg und Sicherstellungsassistent in einer D-Arzt-Praxis.

Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie. Zusatzbezeichnung Sportmedizin sowie Alpin- und Höhenmedizin. Von 2009 bis 2024 Inhaber einer Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie mit D-Arzt-Zulassung sowie operativer und gutachterlicher Tätigkeit. 2024 Eintritt in eine orthopädisch-unfallchirurgische Gemeinschaftspraxis in Erlangen. Vorsitzender des Bezirks Mittelfranken im Berufsverband der deutschen Orthopäden und Unfallchirurgen. Beratender Arzt der Kommunalen Unfallversicherung Bayern und der Bayerischen Landesunfallkasse

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Allg. Best.	Allgemeine Bestimmungen
allg. HB	Allgemeine Heilbehandlung
ÄV	Vertrag Ärzte/UVTr
AOP	Ambulante Operation
Art.	Artikel
ASiG	Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit
AU	Arbeitsunfähigkeit
AZ oder Az.	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
BAnz.	Bundesanzeiger
BEMA	einheitlicher Bewertungsmaßstab
BeKV	Berufskrankheits-Verordnung
bes. HB	Besondere Heilbehandlung
BG	Berufsgenossenschaften
BG-NT	Berufsgenossenschaftlicher Nebenkostentarif
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BK	Berufskrankheit
BKV	Berufskrankheits-Verordnung
BPflIV	Bundespflieggesetzverordnung
BSG	Bundessozialgericht bzw. Entscheidungssammlung des BSG mit Angabe des Bandes und der Seite
BWS	Brustwirbelsäule
CT	Computertomographie
CW-Doppler	continuous wave doppler
D-Arzt	Durchgangsarzt
DÄ	Deutsches Ärzteblatt, Deutscher Ärzteverlag, Köln
DAV	D-Arzt-Verfahren
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Spaltenverband der gewerblichen BGen und der UVTr der öffentlichen Hand
DKG	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft
DVT	Digitale Volumetertomographie
EAP	Erweiterte Ambulante Physiotherapie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EEG	Elektroenzephalographie
EKG	Elektrokardiogramm
ERCP	endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie
ERG	Elektroretinographie
Ergo	Ergotherapie
ESWT	extrakorporale Stoßwellentherapie
evtl.	eventuell
gem.	gemäß
GFK	Geschäftsführerkonferenz
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ-BÄK	Gebührenordnungsausschuss der BÄK
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte (amtliche Gebührenordnung) gilt für Versicherte der PKV
GOP	Gebührenordnungsposition
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte (amtliche Gebührenordnung)
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
GUVV	Gemeindeunfallversicherungsverband

Abkürzungsverzeichnis

GVP	Gebührenverzeichnis für Psychotherapeuten
HB	Heilbehandlung
Hrg.	Herausgeber
HVBG	Hauptverband der gewerblichen BGen
HVK	Heilverfahrenskontrolle
HWS	Halswirbelsäule
i.d.R.	in der Regel
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IPD	intermittierende Peritonealdialyse
Kap.	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
KG	Krankengymnastik
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KM	Kontrastmittel
Komm.	Kommentar
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LG	Landgericht
LSG	Landessozialgericht
LV	Landesverband
LWS	Lendenwirbelsäule
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
MRT	Magnetresonanztomographie
MTT	Medizinische Trainingstherapie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
n. n. Nr.	nicht neben Nummer, meistens bezogen auf Leistungsziffern einer Gebührenordnung
Nr. / Nrn.	Nummer / Nummern
OLG	Oberlandesgericht
OP	Operation
OVG	Oberverwaltungsgericht
PEG	perkutane endoskopische Gastrotomie
PKV	Private Krankenversicherung
PT	Physiotherapie
PTCA	perkutane transluminale coronare Angioplastie
Rdschr.	Rundscreiben
Reha	Rehabilitation
SAV	Schwerstverletzungsartenverfahren
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (V), enthält das Krankenversicherungs- und auch das Kassenarztrecht
SG	Sozialgericht
SHT	Schädel-Hirntrauma
SVLFG	Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
TEP	Total -Endo-Prothese
TUR	transurethrale Resektion
u. U.	unter Umständen
ÜV	Überweisungsvordruck
UK	Unfallkasse
UV-GOÄ	allgemeiner Ausdruck für das Leistungsverzeichnis und die Vergütung nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
UVTr	Unfallversicherungsträger
VAV	Verletzungsartenverfahren
VG	Verwaltungsgericht
Vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

Vorwort

In dieser 25. Auflage wurden neue und ergänzende Kommentierungen zu den Leistungspositionen und auch aktuelle Rechtsprechungen aufgenommen. Ferner wurden die seit dem 01.01.2025 vereinbarten inhaltlichen Veränderungen im Vertrag und der Gebührenordnung entsprechend aktualisiert. Die Fortschreibung des Reha- und Teilhabeplanes der Nr. 17 b und die ärztliche Abnahme von orthopädischen Schuhen und Prothese der Nrn. 3318 und 3319 wurde als neue Gebührenziffern aufgenommen, die von der DGUV überarbeiteten Arbeitshinweise der UV-Träger sowie die Gebührenhöhungen der UV-GOÄ und der Psycho- und Physiotherapeuten eingepflegt.

Arbeitshinweise der UV-Träger

Wie bei allen vorangegangenen Kommentaren besteht weiterhin die freundliche Genehmigung der DGUV zum vollständigen oder ausschnittsweisen Abdruck der Originaltexte der Arbeitshinweise der UV-Träger zu den Paragraphen des Ärztevertrages und den Leistungspositionen der UV-Träger zur Bearbeitung von Arztrechnungen (https://www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/vergutung/arb_hinweise.pdf). Die aktuellen Neuerungen und Überarbeitungen der verschiedenen Leistungspositionen der Arbeitshinweise sind wie gewohnt auch in der 25. Auflage der UV-GOÄ enthalten.

Kommentierung der Leistungspositionen

Bei der Kommentierung der Leistungspositionen berücksichtigen die Autoren in Einzelfällen auch die erschienenen Kommentare zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). In weit über 80 % sind die Gebührenpositionen von UV-GOÄ und GOÄ – bei unterschiedlicher Bewertung - beim Leistungsinhalt identisch, so dass sich die Kommentierung der UV-GOÄ an den Vorgaben und Grenzen der Abrechnungsmöglichkeiten orientiert. In den bereits vorhandenen Leistungspositionen wurden vorhandene Ausschlüsse und Kommentierungen für diese Auflage aktualisiert. Ferner wurden die neuen Honorare im Bereich der UV-GOÄ, der Psycho- und Physiotherapie sowie der Krankengymnastik und anderer Heilbehandlungen aufgenommen.

UV-Träger und deren Adressen

Wie gewohnt finden Sie ein aktualisiertes Verzeichnis zur Ermittlung des sachlich und örtlich zuständigen UV-Trägers. Die alphabetisch geordneten und tabellarisch übersichtlich erfassten Gewerbezweige, Branchen, Institutionen und Behörden erleichtern dabei Ihre Suche, die mit der Übersicht der Adressen aller Berufsgenossenschaften und Unfallkassen inkl. der Regional- und Bezirksverwaltungen komplettiert wird.

Auf einen Blick

Schwierige Abrechnungsfälle einzelner Leistungsbereiche z.B. Wundversorgung, ambulantes Operieren, Röntgen u. a. wurden übersichtlich unter den Rubriken „Auf einen Blick“ tabellarisch zusammengefasst.

Hinweis:

Die angegebenen Links im Buch zu offiziellen Informationsstellen wurden sorgfältig ausgesucht. Falls die angegebenen Links 2026 nicht mehr aktuell sind, weil eine Änderung durch die informierende Stelle erfolgte, dann suchen Sie bitte die geänderte Seite über eine der im Internet vorhandenen Suchmaschinen.

Neuer Mitarbeiter

Für die 25. Auflage der UV-GOÄ konnte mit Herrn Dr. Bernd Niedermeyer ein neuer Mitarbeiter für den Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie gewonnen werden. Dr. Niedermeyer war zunächst in verschiedenen Kliniken, zuletzt als Oberarzt an der Universitätsklinik Würzburg tätig, bevor er ab 2009 eine eigene Praxis als niedergelassener D-Arzt in Erlangen führte und 2024 in eine Gemeinschaftspraxis eintrat. Dr. Niedermeyer ist Vorsitzender des Bezirksverbandes Mittelfranken des Berufsverbandes der Deutschen Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU) und ist als Gutachter tätig. Darüber hinaus übt er Lehrtätigkeiten in verschiedene Gesundheitsberufen aus und ist seit 2021 beratender Arzt der Kommunalen Unfallversicherung Bayern und der Bayerischen Landesunfallkasse.

Gleichzeitig verabschieden wir uns von unserem langjährigen Mitarbeiter Univ.-Prof. Dr. med. Christof Burger und danken ihm für die gute Zusammenarbeit

Im Springer Verlag erscheinen im Frühjahr 2026 neben dem Kommentar UV-GOÄ ausführliche komprimierte Kommentarwerke für das schnelle Nachschlagen in Praxis und Klinik zu

- Hermanns, Schwartz, Pannwitz (Hrsg.): GOÄ 2026 Kommentar, IGeL-Abrechnung
- Hermanns, Pannwitz (Hrsg.): EBM 2026 Kommentar
- Hermanns, Pannwitz (Hrsg.): EBM 2026 Kommentar Kinderheilkunde

Diese Bücher können Sie direkt per Internet beim Springer Verlag oder über Ihren Buchhandel bestellen.

München, im Oktober 2025
(Hrsg.) Enrico Schwartz – Katharina von Pannwitz

BG-Nebenkostentarif (BG-NT)

Allgemeine Tarifbestimmungen des BG-NT

Kommentar:

Bei dem BG-NT handelt es sich um eine Vereinbarung zwischen der DGUV und der DKG (Vertragsparteien). Die Tarifbestimmungen gelten daher grundsätzlich nur für Ärzte an Krankenhäusern.

Für alle anderen Ärzte gilt Teil A der UV-GOÄ, der im Wesentlichen gleiche Inhalte hat.

Rechnen niedergelassene Ärzte, was in der Praxis den Regelfall darstellt, nach diesem Tarif mit den besonderen Kosten ab, gilt für sie der BG-NT.

§ 1 Allgemeines

- (1) Die Beträge in den Spalten 4 bis 6 sind für die jeweiligen Leistungen als Pauschalen zwischen den Vertragsparteien vereinbart.
- (2) Leistungen, die Teil einer anderen Leistung sind, können nicht gesondert berechnet werden.

Kommentar:

Zu Abs. 1

Die Pauschalen decken in Einzelfällen nicht die tatsächlichen Kosten der aufgewendeten Materialien. An die getroffene Entscheidung, die Materialien mit den bes. Kosten und nicht nach dem tatsächlichen Aufwand abzurechnen, ist der Arzt 3 Monate (sog. Behandlungsfall) gebunden. Er darf im ungünstigen Fall daher nicht zwischen BG-NT-Pauschale und tatsächlichen Kosten wählen. Nach 3 Monaten kann er sich neu entscheiden.

Rechnet der Arzt mit den besonderen Kosten ab, sind keine weiteren Kosten ansetzbar. Eine Ausnahme liegt vor, wenn die Voraussetzungen des § 2 Abs. 3 erfüllt sind oder wenn bei einer Gebührenziffer eine entsprechende Regelung vereinbart wurde (z. B. Fußnote zu Nr. 2189).

Zu Abs. 2

Abs. 2 betrifft zwei Fallkonstellationen.

1. eine Leistung darf als Einzelleistung nicht gesondert berechnet werden, wenn diese zum direkten Leistungsinhalt einer anderen Leistung gehört (Gesamtleistungsprinzip). Dies gilt sowohl für regelhafte (obligatorische) und als auch mögliche, aber nicht zwingende (fakultative) Einzelleistungen.
2. Gehört ein Einzelschritt einer ärztlichen Leistung regelhaft (obligatorisch) zum zu erbringenden Leistungsinhalt, kann dieser nicht zusätzlich berechnet werden (Zielleistungsprinzip).

§ 2 Besondere Kosten

Kommentar:

Die Aufzählung in Abs. 1 bis 3 ist nicht abschließend, denn dies würde den aktuellen Stand und die Entwicklung der Medizin seit Erstellung dieses Katalogs nicht widerspiegeln. Moderne OP-Materialien (Anker, Pins, Chinch, etc.) wären bei einer abschließenden Aufzählung nicht abrechenbar. Dies gilt dann aber auch für Materialien, die unter die Abs. 1 und 2 zu subsumieren sind. Auch hier ist im Sinne einer Auslegung im Vergleich mit dort genannten Materialien zu entscheiden.

- (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.
- (2) Weder in den Besonderen Kosten (Spalte 4) enthalten noch gesondert berechnungsfähig sind:
 1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge.
 2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
 3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
 4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und Arzneimittel, deren Aufwand je Mittel unter EUR 1,02 liegt zur sofortigen Anwendung sowie

5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.
 - (3) Nicht mit den Besonderen Kosten (Spalte 4) abgegolten und damit gesondert berechnungsfähig sind:
 1. Arzneimittel (einschließlich Salben, Blutkonserven, Blutderivate, Blutersatzmittel, Sera u.ä.), wenn der Aufwand je Arzneimittel EUR 1,02 übersteigt,
 2. Blutspenden,
 3. Gummi-Elastikbinden, Gummistrümpfe u. ä.,
 4. Knochennägel, Knochenschrauben, Knochenspäne, Stahlsehnendrähte, Gelenkschienen, Schienen bei Kieferbruchbehandlung, Gehbügel, Abrollsohlen, Gefäßprothesen, Endoprothesen, Dauerkanülen, implantierte Geräte zur Nerven- und Muskelstimulation (z. B. Herzschrittmacher, Nervenstimulator), Kunststoffprothesen, Kunststofflinsen, alloplastisches Material,
 5. Einmalinfusionsbestecke, Einmalbiopsienadeln, Einmalkatheter (ausgenommen Einmalharnblasenkatheter), Einmalsaugdrainagen,
 6. fotografische Aufnahmen, Vervielfältigungen,
 7. Telefon-, Telefax- und Telegrammkosten sowie Versand- und Portokosten u.ä.,
 8. Versand- und Portokosten können nur von demjenigen berechnet werden, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäß sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäß einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird.
- Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Abschnitten M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung derselben Transportwege Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt. Für die Versendung der Rechnung dürfen Versand oder Portokosten nicht berechnet werden.
9. die bei der Anwendung radioaktiver Stoffe und deren Verbrauch entstandenen Kosten.
 10. die Kosten der inkorporierten Stoffe einschließlich Kontrastmittel, soweit in diesem Tarif nichts anderes bestimmt ist.
 11. Gerätiekosten für die Vakuumversiegelung nach Teil L 1a, nur im Zusammenhang mit den Ziffern 2019 bzw. 2020.

Kommentar:

Zu Abs. 1

Abs. 1 definiert u.a. „Soweit in diesem Tarif nichts anderes bestimmt ist, sind mit den Beträgen der Spalte 4 (bes. Kosten) die Kosten für Anästhetika bei Leistungen des Teiles D, ... abgegolten“. Danach sind Anästhetika Bestandteil der bes. Kosten (z.B. bei Nrn. 490, 493 UV-GOÄ). Die Formulierung, „Soweit in diesem Tarif nichts anderes bestimmt ist“ ist nicht so auszulegen, dass auf der Grundlage des § 2 Abs. 2 Nr. 4 ein Anästhetikum dann berechnet werden kann, wenn es mehr als 1,02 Euro kostet. Die Kosten des Anästhetikums im Teil D sind immer Bestandteil der bes. Kosten und daher nicht zusätzlich abrechenbar. Abs. 1 gilt nicht bei Narkosemitteln, da hier begrifflich nur die Anästhetika des Teil D genannt werden.

Die Formulierung „die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind“ bezieht sich auf Verbandsmittel, Gewebeklebstoffe, Materialien, Gegenstände und Stoffe wie z. B. sterile Patienten-Einmalabdeckmaterialien, Nahtmaterialien (außer Spezialnähte) und Spülösungen (auch bei der Arthroskopie).

Zu Abs. 2

Der Wortlaut deckt sich mit § 3 Abs. 2. Damit handelt es sich, wenn auch im BG-NT nicht ausdrücklich genannt, um „die Praxiskosten oder den Sprechstundenbedarf“. Diese sind Bestandteil der ärztlichen Leistung und mit den Sätzen der allg. oder bes. HB abgegolten.

Die Formulierung „deren Aufwand je Mittel ... zur sofortigen Anwendung“ stellt klar, dass sich die Kostenberechnung nur auf die jeweilige konkrete Versorgung bezieht. Danach ist z.B. ein Medika-

ment zur Behandlung einer Störung der Wundheilung neben Nr. 200 nur dann abrechenbar, wenn dessen Verbrauchskosten bei dieser konkreten Wundversorgung mehr als 1,02 Euro beträgt. Ein Addieren der Medikamentenkosten mehrerer Behandlungstage ist danach nicht statthaft.

Zu Abs. 3

Medikamente (u.a. auch Salben) gehören zum sog. „Praxisbedarf“ und sind Bestandteil der ärztlichen Leistung bzw. der bes. Kosten. Medikamente sind nur zusätzlich abrechenbar, wenn die Kosten im konkreten Einzelfall 1,02 Euro übersteigen. Als konkreter Einzelfall wird ein Arzt-Patienten-Kontakt (i.d.R. Behandlungstag) definiert, also nicht der gesamten Behandlungszeitraum. Diese Definition dürfte bezogen auf einen „Salbenstrang“ aus einer Packung regelhaft nicht erfüllt sein. Der Begriff „Einmal-“ in Abs. 2 Nr. 5 und Abs. 3 Nr. 5 differenziert nicht, ob das Einmalmaterial mit der ärztlichen Leistung („Praxisbedarf“) abgegolten oder gesondert berechnungsfähig ist. Der Unterschied des Abs. 3 zu Abs. 2 ist dadurch gekennzeichnet, dass es sich in Abs. 3 Nr. 5 um spezielle, hochwertigere und teure Einmalmaterialien handelt. Dies ist wie in Abs. 3 Nr. 4; in dem auch Spezialnähte gesondert berechenbar sind.

§ 3 Allgemeine Kosten

- (1) Soweit in diesem Tarif und in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist, sind mit den Beträgen der Spalte 5 (Allgemeine Kosten) die Kosten für Personal (mit Ausnahme des ärztlichen Dienstes einschließlich der Arztschreibkräfte), Räume, Einrichtungen, Materialien, sowie die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstandenen Kosten abgegolten.
- (2) Außerdem sind abgegolten:
 1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,
 2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
 3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
 4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie
 5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.

- (3) Nicht abgegolten sind:
 1. Die Besonderen Kosten nach § 2 und
 2. die Kosten des ärztlichen Dienstes einschließlich Arztschreibkräfte.

Kommentar:

Bestandteil der ärztlichen Leistung sind auch die Kosten für die ärztlichen Geräte, wie z.B. Röntgen-, Sono-, Arthroskopie-, Beatmungs- und EKG-Geräte, Stetoskope, Pulsoxymeter oder Instrumente. Zu den Geräten gehören auch entsprechende Anbauteile, Zubehör und Verbindungen, Schläuche, Kabel etc. (z. B. Batterien, Pumpenset, Kammerabezug, Narkosegerätschläuche, Filter, Wärmegefäße, Saugerschlauch, Pumpenrolle). Dies gilt auch dann, wenn sie an den Patienten herangebracht werden. Eine Ausnahme besteht nur für die Teile, die aufgrund zusätzlicher Bestimmungen abrechenbar sind (z. B. Shaver nach Fußnote zu Nr. 2189, Larynxmaske zur Nr. 462).

Zu der räumlichen Einrichtung z. B. eines OP-Saales gehören der OP-Tisch, die Beleuchtung etc. Alles was mit dem Betrieb des Raumes in Verbindung steht kann nicht abgerechnet werden. Dies gilt auch für sterile Einmalabdecktücher, persönliche Bekleidung (Mundschutz, Schürzen, Kittel, Handschuhe, Haube), Unterlagen, Patientenabdeckung, etc.

§ 4 Sachkosten

- (1) Soweit in diesem Tarif und den §§ 2 und 3 nichts anderes bestimmt ist, sind mit den Beträgen der Spalte 6 (Sachkosten) die Besonderen Kosten (Spalte 4) und die Allgemeinen Kosten (Spalte 5) abgegolten.
- (2) Nicht abgegolten und daher gesondert berechnungsfähig sind die Kosten nach § 2 Abs. 3.

§ 5 Krankenhaussachleistungen

Soweit in diesem Tarif nichts anderes bestimmt ist, sind mit den Beträgen in Spalte 3 des Teils S alle Kosten abgegolten.

Die Laufzeit des BG-NT beträgt ein Jahr. Sie verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern nicht eine der beiden Vertragsparteien mit einer Frist von vier Wochen zum 31.12 des laufenden Jahres der Fristverlängerung schriftlich widerspricht.

Es besteht Einvernehmen, dass Veränderungen des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses nach § 51 Abs. 1 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger vom 01. Juli 2021 sowie die Ergebnisse eventuell durchgeföhrter Nachkalkulationen von Besonderen Kosten auch während der Laufzeit verhandelt und umgesetzt werden können.



Verzeichnis zur Ermittlung des zuständigen Unfallversicherungsträgers (UVTr)

Alphabetisches Verzeichnis der Gewerbezweige, Branchen, Institutionen und Behörden zur Ermittlung des zuständigen Unfallversicherungsträgers (UVTr)

Abkürzungen

BG	Berufsgenossenschaft
UV Bund – Bahn	Unfallversicherung Bund und Bahn
GUVV	Gemeindeunfallversicherungsverband
UK / LUK	Unfallkasse / Landesunfallkasse
FUK	Feuerwehrunfallkasse
SVLFG	Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Gewerbezweig/Branche/Institution/Behörde	UVTr
--	------

A

Abbruchsfirmen	
• für Eisenkonstruktionen	BG Holz und Metall
• für Hochbauten	BG Bau
Agenturen	Verwaltungs-BG
Altenwohnheime	
• privater Träger	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
• öffentlicher Träger	GUVV / UK
Anwaltsbüros	Verwaltungs-BG
Annoncen-(Anzeigen-)Büros	Verwaltungs-BG
Apotheken	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
Arbeitsagentur	UV Bund und Bahn
Arbeiter-Samariter-Bund	(s. Hilfsorganisationen)
Architekturbüros	Verwaltungs-BG
Arzneimittelfabriken	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Arztpraxen	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
Asphaltierungen	BG Bau
Atomkraftwerke	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Autofabriken	BG Holz und Metall
Auto-Verleih an Selbstfahrer	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
Autowaschanlagen	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation

Gewerbezweig/Branche/Institution/Behörde	UVTr
B	
Bäckereien	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Banken	
• privat	Verwaltungs-BG
• Sparkassen	GUVV / UK
• Postbank	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
• Spardabank	UV Bund und Bahn
Bauarbeiten	
• im landwirtschaftl. Betrieb	SVLFG
Bauhöfe:	
• Gemeindebauhof	GUVV / UK
• Stadtbauhof	
• Kreisbauhof	
Baufirmen	
• für Hochbauten	BG Bau
• für Tiefbauten	
• Brückenbau	
• Straßenbau	
• Kanalbau	
Baumwollbearbeitung	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Bausparkassen	Verwaltungs-BG
Behinderten	
• Einrichtungen	BG f. Gesundheitsdienst u.
• Werkstätten (in privater Trägerschaft)	Wohlfahrtspflege
Behörden	
• Bundesbehörden	UV Bund und Bahn
• Landesbehörden	UK / LUK
• Gemeindebehörden	GUVV / UK
Bergbau	
• Steinkohle	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
• Braunkohle	
• Erze	
• Salinen, Salzabbau	
Berufsschulen	(s. Schulen)
Bestattungsunternehmen	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
Bewachungsunternehmen	Verwaltungs-BG
Binnenfischerei	SVLFG
Binnenschifffahrt	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
Blutspender	GUVV / UK
Brauereien	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Brückenbau	BG Bau
Brunnenbau	BG Bau
Buchbindereien	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Bundesbahn	siehe „Deutsche Bahn AG“
Bundespost	siehe „Post und Telekom“
Bundesministerium für Verkehr	UV Bund – Bahn
Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zivil-Angestellte	UV Bund – Bahn

Gewerbezweig/Branche/Institution/Behörde	UVTr
C	
Chemie-Industrie	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
• Herstellung von chem. Grundprodukten	
chem. Reinigungsbetriebe	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Computer	
• Herstellung von Geräten	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
• Entwicklung von Software	Verwaltungs-BG
D	
Dachdecker	BG Bau
Detektivbüros	Verwaltungs-BG
Deutsche Bahn AG	UV Bund – Bahn
Deutsches Rotes Kreuz	(s. Hilfsorganisationen)
Drechslerien	BG Holz und Metall
Druckereien	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
E	
Edelsteinschleifereien	BG Holz und Metall
Ehrenamtliche Tätigkeit	UVTr, der für die Einrichtung, für die die Tätigkeit erbracht wird, zuständig ist.
Ein-Euro-Jobs	
• Träger kirchlicher Bereich und Sport	Verwaltungs-BG
• Träger im nichtkirchlichen Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege GUVV / UK
• Träger kommunaler Bereich	
Einzelhandelsgeschäfte	
• Verkauf an den Endverbraucher	BG Handel und Warenlogistik
Eisenbahnbau	BG Bau
Eisenbahnen (ohne Deutsche Bahn AG)	Verwaltungs-BG
Eisenindustrie	
• Herstellung von Eisenwaren	BG Holz und Metall
Elektrizitätswerke	
• private Träger	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (Sonderregelung)
• kommunaler Träger	
Elektroindustrie	
• Herstellung elektrotechnischer Erzeugnisse	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Entwicklungsdiest	UV Bund und Bahn
Erdarbeiten aller Art	BG Bau
Export-/Import	BG Handel und Warenlogistik
F	
Fahrschulen	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
Farbfabriken	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie

Gewerbezweig/Branche/Institution/Behörde	UVTr
Feinmechanik	
• Herstellung feinmechanischer Erzeugnisse	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Fernheizwerke	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Fertighausbau	BG Bau
Feuerwehren	
• Freiwillige Feuerwehr	GUVV / UK / FUK
• Berufsfeuerwehr	GUVV / UK
• Betriebsfeuerwehr	BG, die für das Unternehmen zuständig ist
Fischerei (Binnenfischerei)	SVLFG
Fleischereien	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Fleischwarenfabriken	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Fiesenlegereien	BG Bau
Flughafen	
• privater Träger	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
• öffentlicher Träger	UK / LUK
Flugverkehrsunternehmen	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
Forstwirtschaft	
• privat und kommunal	SVLFG
• staatlich	UK / LUK
Fotografien	
• Herstellung	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
• Entwickeln	
Fotokopierbetriebe	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Fotomaterial	
• Herstellung von Filmen	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Fremdenheime	
• Pensionen	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Friedhöfe	SVLFG
Friseurbetriebe	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege

G

Gartenbau	SVLFG
Gartenpflege	SVLFG
Gaststätten	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Gasleitungsbau	BG Bau
Gaswerke	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Geldinstitute	Verwaltungs-BG
Gerbereien	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Gerichte	
• ehrenamtliche Tätigkeiten (Schöffen, Beisitzer, Zeugen)	UK / LUK
Gerüstbau	BG Bau
Getränkeherstellungsbetriebe	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Gießereien	BG Holz und Metall
Glaserien	BG Bau
Glasindustrie	
• Herstellung	Verwaltungs-BG
• Be- und Verarbeitung	

Gewerbezweig/Branche/Institution/Behörde	UVTr
Goldschmieden	BG Holz und Metall
Großhandelsbetriebe aller Zweige	BG Handel und Warenlogistik

H

Halbedelsteinschleifereien	BG Holz und Metall
Handelsunternehmen	BG Handel und Warenlogistik
Handelsvertretungen	Verwaltungs-BG
Hausbauer	GUVV / UK
Haushaltungen (als Teil des landwirtschaftl. Unternehmens)	SVLFG
Haushaltungen (privat)	UK, GUVV
Hausverwaltungen	Verwaltungs-BG
Hebammen	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
Heilbäder	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
Heilpraktikerpraxen	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
Heime • der Jugendhilfe • der Familienhilfe	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
Hilfsorganisationen	GUVV / UK
Hobelwerke	BG Holz und Metall
Hochbaufirmen aller Art	BG Bau
Hochschulen	(s. „Schulen“)
Holzindustrie	BG Holz und Metall
Hotel	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe

I

Imkereien	SVLFG
Import-/Exportfirmen	BG Handel und Warenlogistik
Ingenieurbüros	Verwaltungs-BG
Installationen	
• Gas	BG Bau
• Wasser	
• Sanitärintallationen	
Internate (in privater Trägerschaft)	Verwaltungs-BG

J

Jagden	BG Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Johanniter-Unfallhilfe	(s. „Hilfsorganisationen“)

K

Kalkindustrie (einschl. Gips u. Kreide)	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Kaminkehrer	BG Bau
Kanalbau	BG Bau
Kanalisationswerke	
• Bau	BG Bau
• Betrieb	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Kaufhäuser	BG Handel und Warenlogistik
keramische Industrie	
• Herstellung und Veredelung	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
KFZ-Handel	BG Handel und Warenlogistik

Gewerbezweig/Branche/Institution/Behörde	UVTr
KFZ-Reparaturwerkstätten	BG Holz und Metall
KFZ-Verleih an Selbstfahrer	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
Kies- und Sandindustrie	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Kindergärten	GUVV / UK
• öffentliche	GUVV / UK
• der freien Jugendhilfe	BG Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
• private: Angestellte Kinder	UK / LUK
• privat gemeinnützige	GUVV / UK
• Werkskindergärten	BG, die für das Unternehmen zuständig ist
Kirchenverwaltung	Verwaltungs-BG
Kläranlagenbau	BG Bau
Kleiderfabriken	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Klempnerbetriebe	
• Bauklempnereien	BG Bau
• Werkstattklempnereien	BG Holz und Metall
Konditoreien	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Kraftwerke	
• Kohlekraftwerke	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
• Kernkraftwerke	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse

L

Laboratorien	
• medizinische	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
• chemische	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Lackfabriken	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Ladengeschäfte (Verkauf an Verbraucher)	BG Handel und Warenlogistik
Landwirtschaft	SVLFG
Landwirtschaftlicher Sozialversicherungsträger (z.B. Landwirtschaftliche BG'en, Landwirtschaftliche Krankenanstalten, Landwirtschaftliche Alterskassen)	BG Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Landwirtschaftliche Verbände	SVLFG
Lederfabriken	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Lehrer (Angestellte): an Privatschulen	Verwaltungs-BG
an öffentlichen Schulen	UK / LUK
Luftverkehrsunternehmen	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation

M

Maklerbüros	Verwaltungs-BG
Malerbetriebe	BG Bau
Malteser-Hilfsdienst	(s. „Hilfsorganisationen“)
Maschinenbau	BG Holz und Metall
Metallerzeugung	BG Holz und Metall
Metzgereien	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Mietwagenunternehmen	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
Möbel	
• Speditionen	BG f. Transport u. Verkehrswirtschaft
• Hersteller	BG Holz und Metall
Möbelverkauf ohne Herstellung	BG Handel und Warenlogistik
Mühlen	BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe

Gewerbezweig/Branche/Institution/Behörde	UVTr
N	
Nahrungsmittelindustrie	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
• Herstellung	
Natursteinindustrie	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Notarbüros	Verwaltungs-BG
O	
Obstverarbeitung (außerhalb Landwirtschaft)	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Ofenbau	BG Bau
Omnibusunternehmen	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
Optikindustrie	
• Herstellung optischer Erzeugnisse	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
P	
Pappfabriken	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Papierfabriken	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Parkpflege	SVLFG
Pensionen	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Pflasterarbeiten	BG Bau
Pflegepersonen	
• Angestellt	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
• nicht gewerbsmäßig	GUVV / UK
Pharmazeutische Industrie	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
• Produktion	
Polstereien	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Porzellanfabriken	Verwaltungs-BG
Post AG / Postbank	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
R	
Reedereien (Binnenschiffahrt)	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
Reisebüros	
• Agenturen	Verwaltungs-BG
• mit Personenbeförderung	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
Reparaturwerkstätten für Kraftfahrzeuge	BG Holz und Metall
Restaurants	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
S	
Sägewerke	BG Holz und Metall
Sattlereien	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Seilbahnen	
• Sesselbahnen	Verwaltungs-BG
• Skilifte	
Seniorenwohnheime	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
Silberschmieden	BG Holz und Metall
Softwarehersteller	Verwaltungs-BG
Sozialversicherungsträger	Verwaltungs-BG

Gewerbezweig/Branche/Institution/Behörde	UVTr
Speditionen	
• Lagerei u. Transportvermittlung	BG Handel und Warenlogistik
• Güter Nah- und Fernverkehr	
Spenglereien	
• Klempner	BG Bau
• Flaschner	
• Blechnerarbeiten	
Sperrholzfabriken	BG Holz und Metall
Spinnereien	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Sportvereine	Verwaltungs-BG
Schausteller	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Schlachthöfe (in privater Trägerschaft)	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Schlossereien	BG Holz und Metall
Schmuckwaren	
• Herstellung	BG Holz und Metall
Schneidereien	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Schnitzereien	BG Holz und Metall
Schorsteinbau (Reinigung)	BG Bau
Schorsteinfeger	BG Bau
Schreinereien	BG Holz und Metall
Schuhfabriken	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Schuhreparaturwerkstätten	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Schulen	
• allgemeinbildende Schulen: öffentl. Träger privater Träger	GUVV / UK Schüler UK / LUK Angestelle (BG des Kostenträgers)
• berufsbildende Schulen: öffentlicher Träger privater Träger	GUVV / UK Schüler UK / LUK Angestelle (BG des Kostenträgers)
• (Fach-) Hochschulen: öffentlicher Träger privater Träger	GUVV / UK Schüler UK / LUK Angestelle (BG des Kostenträgers)
Stadtbahnen	Verwaltungs-BG
Stadtverwaltungen	GUVV / UK
Stahlindustrie	
• Herstellung	BG Holz und Metall
Steinbrüche	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Steuerberaterbüros	Verwaltungs-BG
Straßenbahnen	Verwaltungs-BG
Straßenbau	BG Bau
Strickereien	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Strumpffabriken	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse

Taxiunternehmen	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
Tankstellen	BG Handel und Warenlogistik
Technische Überwachungsvereine	Verwaltungs-BG
Telekom	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
Textilindustrie	
• Herstellung aller Art	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse

Gewerbezweig/Branche/Institution/Behörde	UVTr
Tiefbauarbeiten	BG Bau
Tierarztpraxen	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
Tierhaltung	SVLFG
Tierkliniken	BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
Tierzucht	SVLFG
Tischlereien	BG Holz und Metall
Transportunternehmen	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation
Tunnelbau	BG Bau

U

U-Bahnbau	BG Bau
U-Bahnen	Verwaltungs-BG
Uhren (Herstellung aller Art)	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Universitäten • angestelltes Personal	UK / LUK

V

Verkehrsbetriebe (auch bei kommunaler Trägerschaft) • Straßen-, U-Bahnen,	Verwaltungs-BG
Verlage • ohne Druckerei • mit Druckerei	BG Handel und Warenlogistik BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Verleihgeschäfte • mit Lager	BG Handel und Warenlogistik
Versandunternehmen	BG Handel und Warenlogistik
Versicherungsunternehmen	Verwaltungs-BG
Video-Verleihgeschäfte	BG Handel und Warenlogistik

W

Warenhäuser	BG Handel und Warenlogistik
Waschmittelfabriken	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie
Wäschereien	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Wasserwerke	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Weberien	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Weinbau	SVLFG
Werbeunternehmungen	Verwaltungs-BG
Wohlfahrtspflege • öffentliche • private	GUUV / UK (je nach Kostenträger) BG f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege
Wurstfabriken	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe

Z

Zeitungsvorlage • ohne Druckerei • mit Druckerei	BG Handel und Warenlogistik BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Zementindustrie • Herstellung	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie

Gewerbezweig/Branche/Institution/Behörde	UVTr
Ziegelindustrie	
• Herstellung und Veredelung	Verwaltungs-BG
Zimmereien	BG Bau
Zinngießereien	BG Holz und Metall
Zirkus	BG Nahrungsmittel u. Gastgewerbe
Zuckerraffinerien	
• Erzeugung von Zucker	BG Rohstoffe u. chemischen Industrie

Anschriften der Berufsgenossenschaften (BGen) und Unfallkassen (UKen)

Gewerbliche Berufsgenossenschaften

■ Rohstoffe und chemische Industrie

Hauptverwaltung Heidelberg

Kurfürsten-Anlage 62, 69115 Heidelberg
Telefon: 06221 5108-0
Telefax: 06221 5108-48549

Standort Bochum:

Waldring 97, 44789 Bochum
Telefon: 06221 5108-64100
Telefax: 06221 5108-41066

Bezirksdirektion Gera:

Amthorstraße 12, 07545 Gera
Telefon: 06221 5108-64200
Telefax: 06221 5108-41066

Bezirksdirektion Gera - Geschäftsstelle Halle:

Merseburger Straße 52, 06110 Halle
Telefon: 06221 5108-64200
Telefax: 06221 5108-33599

Bezirksdirektion Heidelberg:

Kurfürsten-Anlage 62, 69115 Heidelberg
Telefon: 06221 5108-64300
Telefax: 06221 5108-40166

Bezirksdirektion Köln:

Gladbacher Str. 14, 50672 Köln
Telefon: 06221 5108-64400,
Telefax: 06221 5108-41066

Bezirksdirektion Langenhagen:

Theodor-Heuss-Straße 160, 30853 Langenhagen
Telefon: 06221 5108-64500
Telefax: 06221 5108-41066

Bezirksdirektion Mainz:

Lortzingstraße 2, 55127 Mainz
Telefon: 06221 5108-64600
Telefax: 06221 5108-41066

Bezirksdirektion Nürnberg

Südwestpark 2 und 4, 90449 Nürnberg
Telefon: 06221 5108-64700
Telefax: 06221 5108-41066

■ Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse

Hauptverwaltung

Gustav-Heinemann-Ufer 130, 50968 Köln
Telefon: 0221 3778-0
Telefax: 0221 3778-1199

Bezirksverwaltung Köln

Gustav-Heinemann-Ufer 120, 50968 Köln
Telefon: 0221 3778-0
Telefax: 0221 3778-1711

Bezirksverwaltung Wuppertal

Hofkamp 84, 42103 Wuppertal
Telefon: 0202 24583-0
Telefax: 0202 24583-8630

Bezirksverwaltung Augsburg

Oblatterwallstraße 18, 86153 Augsburg
Telefon: 0821 3159-0
Telefax: 0821 3159-7019

Bezirksverwaltung Braunschweig

Lessingplatz 13, 38100 Braunschweig
Telefon: 0531 4717-0
Telefax: 0531 4717-1721

Bezirksverwaltung Berlin

Corrensplatz 2, 14195 Berlin
Telefon: 030 83902-0
Telefax: 030 83902-1731

Bezirksverwaltung Dresden

Stübelallee 49 c, 01309 Dresden
Telefon: 0351 3148-0
Telefax: 0351 3148-1741

Bezirksverwaltung Dresden - Geschäftsstelle Leipzig

Gustav-Adolf-Str. 6, 04105 Leipzig
Telefon: 0341 98224-0
Telefax: 0341 98224-8812

Bezirksverwaltung Nürnberg

Frauentorgraben 29, 90443 Nürnberg
Telefon: 0911 2499-0
Telefax: 0911 2499-1751

Bezirksverwaltung Stuttgart

Schloßstraße 29-31, 70174 Stuttgart
Telefon: 0711 2297-0
Telefax: 0711 2297-1771

Berufsgenossenschaften

Bezirksverwaltung Düsseldorf

Auf'm Hennekamp 74, 40225 Düsseldorf
Telefon: 0211 9335-0
Telefax: 0211 9335-4444

Bezirksverwaltung Wiesbaden

Rheinstraße 6-8, 65185 Wiesbaden
Telefon: 0611 131-0
Telefax: 0611 131-8158

Bezirksverwaltung Hamburg

Nagelweg 33 - 35, 20097 Hamburg
Telefon 040 227448-0
Telefax: 040 227448-8599

Holz und Metall

Hauptverwaltung München

Am Knie 8, 81241 München
Telefon: 0800 9990080-0
Telefax: 089 17918-11700

Hauptverwaltung Hannover

Seligmannallee 4, 30173 Hannover
Telefon: 0800 9990080-0
Telefax: 0511 8118-20810

Hauptverwaltung Düsseldorf

Arcadiastr. 8, 40472 Düsseldorf
Telefon: 0800 9990080-0
Telefax: 0211 8224-29572

Hauptverwaltung Mainz

Isaac-Fulda-Allee 18, 55124 Mainz
Telefon: 0800 9990080-0
Telefax: 06131 802-19500

Hauptverwaltung Stuttgart

Vollmoellerstr. 11, 70563 Stuttgart
Telefon: Telefon: 0800 9990080-0
Telefax: 0711 1334-29500

Bezirksverwaltung München

Am Knie 8, 81241 München
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: 089 17918-11700

Bezirksverwaltung Köln

Hugo-Eckener-Straße 20, 50829 Köln
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: 0221 56707-22330

Bezirksverwaltung Bielefeld

Werner-Beck-Str. 38, 33602 Bielefeld
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: 0521 52090-20666

Bezirksverwaltung Bremen

Töferbohmstraße 10, 28195 Bremen

Telefon: 0800 9990080-2

Telefax: 0421 3097-23247

Bezirksverwaltung Erfurt

Lucas-Cranach-Platz 2, 99097 Erfurt
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: 0361 65755-22900

Bezirksverwaltung Dessau

Raguhner Straße 49 b, 06842 Dessau-Roßlau
Telefon: 0800 9990080-2
Telefax: 0340 2525-25093

Bezirksverwaltung Dessau Außenstelle

Dresden

Zur Wetterwarte 27, 01109 Dresden
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: 0340 2525-26093

Bezirksverwaltung Dortmund

Semerteichstraße 98, 44263 Dortmund ·
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: 0231 4196-22922

Bezirksverwaltung Düsseldorf

Arcadiastr. 8, 40472 Düsseldorf
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: 0211 56787-22330

Bezirksverwaltung Hannover

Seligmannallee 4, 30173 Hannover
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: 0511 8118-20066

Bezirksverwaltung Berlin

Innsbrucker Straße 26/27, 10825 Berlin
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: 030 75697-25093

Bezirksverwaltung Hamburg

Rothenbaumchaussee 145, 20149 Hamburg
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: 040 3097-23247

Bezirksverwaltung Stuttgart

Vollmoellerstraße 11, 70563 Stuttgart
Telefon BV: 0800 9990080-3
Telefax BV: 0711 1334-24800

Bezirksverwaltung Stuttgart - Außenstelle

Pforzheim

Schwarzwaldstraße 1A, 5173 Pforzheim
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: 07231 2007-22400

Bezirksverwaltung Nürnberg

Weinmarkt 9-11, 90403 Nürnberg
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: BV: 0911 2347-29000

Bezirksverwaltung Mainz

Isaac-Fulda-Allee 18, 55124 Mainz
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: 06131 802-25000

Bezirksverwaltung Saarbrücken

Lebacher Str. 4, 66113 Saarbrücken
Telefon: 0800 9990080-3
Telefax: 06131 802-25000

■ Nahrungsmittel und Gastgewerbe

Hauptverwaltung Mannheim

Dynamostraße 7–11, 68165 Mannheim
Telefon: 0621 4456-0
Telefax: 0800 1977533-10200

Bezirksverwaltung Mannheim

Dynamostraße 7–11, 68165 Mannheim
Telefon: 0621 4456-0
Telefax: 0800 1977553-19200

Bezirksverwaltung Berlin

Freistraße 44, 12161 Berlin
Telefon: 030 85105-0
Telefax: 0800 1977553-19500

Bezirksverwaltung Dortmund

Hansbergstraße 28, 44141 Dortmund
Telefon: 0231 17634-0
Telefax: 0800 1977553-19300

Bezirksverwaltung Erfurt

Lucas-Cranach-Platz 2, 99097 Erfurt
Telefon: 0361 4391-0
Telefax: 0800 1977553-19600

Bezirksverwaltung Germerring bei München

Streiflacher Straße 5a, 82110 Germerring
Telefon: 089 89466-0
Telefax: 0800 1977553-19100

Bezirksverwaltung Hannover

Tiergartenstraße 109–111, 30559 Hannover
Telefon: 0511 23560-0
Telefax: 0800 1977553-19400

Bezirksverwaltung Mainz

(Bereich Fleischwirtschaft)
Lortzingstraße 2, 55127 Mainz
Telefon: 06131 785-0
Telefax: 0800 1977553-19700

■ Bauwirtschaft

Hauptverwaltung

Hildegardstraße 29/30, 10715 Berlin
Telefon: 030 85781-0
Telefax: 0800 6686688-37400

Region Nord Hannover

Hildesheimer Straße 309, 30519 Hannover
Telefon: 0800 3799100
Telefax: 0800 6686688-22400

Dienstleistungszentrum Berlin

Helmstädtter Str. 2, 10717 Berlin
Telefon: 0800 3799100
Telefax: 6686688-22400

Dienstleistungszentrum Hamburg

Holstenwall 8–9, 20355 Hamburg
Telefon: 0800 3799100
Telefax: 0800 6686688-22400

Dienstleistungszentrum Bremen

Bertha-von-Suttner-Straße 10, 28207 Bremen
Telefon: 0800 3799100
Telefax: 0800 6686688-22400

Region Mitte Wuppertal

Viktoriastraße 21, 42115 Wuppertal
Telefon: 0800 3799100
Telefax: 0800 6686688-23404

Dienstleistungszentrum Dortmund

Kronprinzenstraße 62–66, 44135 Dortmund
Telefon: 0800 3799100
Telefax: 0800 6686688-23404

Dienstleistungszentrum Köln

Eulenbergsstraße 13–21, 51065 Köln
Telefon: 0800 3799100
Telefax: 0800 6686688-23404

Dienstleistungszentrum Frankfurt am Main

Königsberger Str. 29, 60487 Frankfurt
Telefon: 0800 3799100
Telefax: 0800 6686688-23404

Dienstleistungszentrum Erfurt

Auenstraße 54, 99089 Erfurt
Telefon: 0361 2194-0
Telefax: 0800 6686688-23404

Region Süd München

Am Knie 6, 81241 München
Telefon: 0800 3799100
Telefax: 0800 6686688-28100

Dienstleistungszentrum Dresden

Pirnaer Landstraße 40, 01237 Dresden
Telefon: 0800 3799100
Telefax: 0800 6686688-28100

Dienstleistungszentrum Leipzig

Hamburger Str. 7, 04129 Leipzig

Berufsgenossenschaften

Telefon: 0800 3799100
Telefax: 0800 6686688-28100

Dienstleistungszentrum Böblingen
Friedrich-Gerstlacher-Straße 15, 71032 Böblingen
Telefon: 0800 3799100
Telefax: 0800 6686688-28100

Dienstleistungszentrum Karlsruhe
Steinhäuserstraße 10, 76135 Karlsruhe
Telefon: 0800 3799100
Telefax: 0800 6686688-28100

Dienstleistungszentrum Nürnberg
Gebersdorferstraße 67, 90449 Nürnberg
Telefon: 0800 3799100
Telefax: 0800 6686688-28100

■ Banken, Versicherungen – Verwaltungen – freie Berufe – Zeitarbeitsunternehmen – Unternehmen der keramischen und Glas-Industrie – Straßenbahn-, U-Bahn- und Eisenbahnunternehmen sowie weiterer Gewerbezweige.

Hauptverwaltung Hamburg
Massaquoipassage 1, 22305 Hamburg
Telefon: 040 5146-0
Telefax: 040 5146-2146

Bezirksverwaltung Bergisch Gladbach
Kölner Straße 20, 51429 Bergisch Gladbach
Telefon: 02204 407-0
Telefax: 02204 1639

Bezirksverwaltung Berlin
Markgrafenstraße 18, 10969 Berlin
Telefon: 030 77003-0
Telefax: 030 7741319

Bezirksverwaltung Bielefeld
Nikolaus-Dürkopp-Straße 8, 33602 Bielefeld
Telefon: 0521 5801-0
Telefax: 0521 61284

Bezirksverwaltung Dresden
Wiener Platz 6, 01069 Dresden
Telefon: 0351 8145-0
Telefax: 0351 8145-109

Bezirksverwaltung Duisburg
Wintgensstraße 27, 47058 Duisburg
Telefon: 0203 3487-0
Telefax: 0203 2809005

Bezirksverwaltung Erfurt
Koenbergstraße 1, 99084 Erfurt

Telefon: 0361 2236-0
Telefax: 0361 2253466

Bezirksverwaltung Hamburg
Sachsenstr. 18, 20097 Hamburg
Telefon: 040 23656-0
Telefax: 040 2369439

Bezirksverwaltung Ludwigsburg
Martin-Luther-Str. 79, 71636 Ludwigsburg
Telefon: 07141 919-0
Telefax: 07141 902319

Bezirksverwaltung Mainz
Isaac-Fulda-Allee 3, 55124 Mainz
Telefon: 06131 389-0
Telefax: 06131 371044

Bezirksverwaltung München
Barthstraße 20, 80339 München
Telefon: 089 50095-0
Telefax: 089 50095-111

Bezirksverwaltung Würzburg
Riemenschneiderstraße 2, 97072 Würzburg
Telefon: 0931 7943-0
Telefax: 0931 7842200

■ Handel und Warenlogistik

Direktion Mannheim
M5, 7, 68161 Mannheim
Telefon: 0621 183-0
Telefax: 0621 183-5191

Direktion Bonn
Hermann-Milde-Str. 1, 53129 Bonn
Telefon: 0228 5406 9
Telefax: 0228 5406 5129

Regionaldirektion Ost - Berlin
Bundesallee 57/58, 10715 Berlin
Telefon: 030 85301-0
Telefax: 030 85301-4609

Regionaldirektion West - Bonn
Langwartweg 103 – 105, 53129 Bonn
Telefon: 0228 5406-0
Telefax: 0228 5406-5335

Regionaldirektion Nord - Bremen
Falkenstraße 7, 28195 Bremen
Telefon: 0421 30170-0
Telefax: 0421 30170-2299

Regionaldirektion West - Essen
Kurt-Jooss-Straße 11, 45127 Essen
Telefon: 0201 12506-0
Telefax: 0201 12506-7200

Regionaldirektion Ost - Gera
Bahnhofstraße 22, 07545 Gera

Telefon: 0365 77330-0
Telefax: 0365 77330-4791

Regionaldirektion Nord - Hamburg
Große Elbstraße 134, 22767 Hamburg
Telefon: 040 30613-0
Telefax: 040 30613-2899

Regionaldirektion Südwest - Mainz
Haifa-Allee 36, 55128 Mainz
Telefon: 06131 4993-0
Telefax: 06131 4993-3703

Regionaldirektion Südwest - Mannheim
N 4, 18 - 20, 68161 Mannheim
Telefon: 0621 183 0
Telefax: 0621 183 3200

Regionaldirektion Südost - München
Arnulfstraße 283, 80639 München
Telefon: 089 178786-0
Telefax: 089 178786-9299

■ Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation

Hauptverwaltung Hamburg
Ottenser Hauptstraße 54, 22765 Hamburg
Telefon: 040 3980-0
Telefax: 040 3980-1666

Sparte Post, Postbank, Telekom
Europaplatz 2
72072 Tübingen
Tel.: 07071 933-0
Fax: 07071 933-4399

Bezirksverwaltung Berlin
Axel-Springer-Straße 52, 10969 Berlin
Telefon: 030 25997-0
Telefax: 030 25997-299

Bezirksverwaltung Dresden
Hofmühlenstraße 4, 01187 Dresden
Telefon: 0351 42365-0
Telefax: 0351 42365-81

Bezirksverwaltung Hamburg
Ottenser Hauptstraße 54, 22765 Hamburg
Telefon: 040 325220-0
Telefax: 040 325220-2699

Bezirksverwaltung Hannover
Walterseestraße 5, 30163 Hannover
Telefon: 0511 3995-6
Telefax: 0511 3995-700

Bezirksverwaltung München
Deisenhofener Straße 74, 81539 München

Telefon: 089 62302-0
Telefax: 089 62302-100

Bezirksverwaltung Wiesbaden
Wiesbadener Straße 70, 65197 Wiesbaden
Telefon: 0611 9413-0
Telefax: 0611 9413-106

Bezirksverwaltung Wuppertal
Aue 96, 42103 Wuppertal
Telefon: 0202 3895-0
Telefax: 0202 3895-400

■ Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Hauptverwaltung
Pappelallee 35/37, 22089 Hamburg
Telefon: 040 20207-0
Telefax: 040 20207-2495

Bezirksverwaltung Berlin
Spichernstraße 2-3, 10777 Berlin
Telefon: 030 89685-0
Telefax: 030 89685-3625

Bezirksverwaltung Bochum
Universitätsstraße 78, 44789 Bochum
Telefon: 0234 3078-0
Telefax: 0234 3078-6249

Bezirksverwaltung Delmenhorst
Fischstraße 31, 27749 Delmenhorst
Telefon: 04221 913-0
Telefax: 04221 913-4225

Bezirksverwaltung Dresden
Gret-Palucca-Straße 1a, 01069 Dresden
Telefon: 0351 8647-0
Telefax: 0351 8647-5625

Bezirksverwaltung Hamburg
Schäferkampsallee 24, 20357 Hamburg
Telefon: 040 4125-0
Telefax: 040 4125-2999

Bezirksverwaltung Karlsruhe
Philipp-Reis-Straße 3, 76137 Karlsruhe
Telefon: 0721 9720-0
Telefax: 0721 9720-5573

Bezirksverwaltung Köln
Bonner Straße 337, 50968 Köln
Telefon: 0221 3772-0
Telefax: 0221 3772-5101

Bezirksverwaltung Magdeburg
Keplerstraße 12, 39104 Magdeburg
Telefon: 0391 6090-5
Telefax: 0391 6090-7825

Unfallkassen

Bezirksverwaltung Mainz

Göttemannstraße 3, 55130 Mainz
Telefon: 06131 808-0
Telefax: 06131 808-3988

Bezirksverwaltung München

Helmhoftzstraße 2, 80636 München
Telefon: 089 35096-0
Telefax: 089 35096-4686

Bezirksverwaltung Würzburg

Röntgenring 2, 97070 Würzburg
Telefon: 0931 3575-0
Telefax: 0931 3575-5825

Unfallkassen

■ Unfallversicherung Bund und Bahn - Bereich Bahn

Salvador-Allende-Straße 9, 60487 Frankfurt
Telefon: 069 47863-0
Telefax: 069 47863-2902

■ Unfallversicherung Bund und Bahn - Bereich Bund

Hauptverwaltung
Weserstraße 47, 26382 Wilhelmshaven
Telefon: 04421 407-4007
Telefax: 04421 407-4070

■ Feuerwehr-Unfallkassen

Feuerwehr-Unfallkasse Brandenburg

Müllerstrasse 75, 15236 Frankfurt (Oder)
Telefon: 0335 5216-0
Telefax: 0335 5216-222

Hanseatische Feuerwehr-Unfallkasse Nord

Regionaldirektion Schleswig-Holsten

Hopfenstraße 2d, 24114 Kiel
Telefon: 0431 990748-0
Telefax: 0431 603-1395

Hanseatische Feuerwehr-Unfallkasse Nord

Regionaldirektion Mecklenburg-Vorpommern

Bertha-von-Suttner-Straße 5, 19061 Schwerin
Telefon: 0385 3031-700
Telefax: 0385 3031-706

Hanseatische Feuerwehr-Unfallkasse Nord

Regionaldirektion Hamburg

Mönckebergstr. 5, 20095 Hamburg
Telefon: 040 25328066
Telefax: 040 25328073

Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen

Bertastr. 5, 30159 Hannover
Telefon: 0511 9895-555
Telefax: 0511 9895-480

Feuerwehr-Unfallkasse Mitte – Geschäftsstelle Sachsen-Anhalt

Carl-Miller-Straße 7, 39112 Magdeburg
Telefon: 0391 54459-0
Telefax: 0391 54459-22

Feuerwehr-Unfallkasse Mitte – Geschäftsstelle Thüringen

Magdeburger Allee 4, 99086 Erfurt
Telefon: 0361 601544-0
Telefax: 0361 601544-21

■ Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände

Unfallkasse Baden-Württemberg – Regionaldirektion Württemberg

Augsburger Straße 700, 70329 Stuttgart
Telefon: 0711 9321-0
Telefax: 0711 9321-7500

Unfallkasse Baden-Württemberg – Regionaldirektion Baden

Waldfriedhofstr. 1, 76131 Karlsruhe
Telefon: 0711 9321-0
Telefax: 0711 9321-8405

Kommunale Unfallversicherung Bayern

Ungererstraße 71, 80805 München
Telefon: 089 36093-440
Telefax: 089 36093-135

Bayerische Landesunfallkasse

Ungererstraße 71, 80805 München
Telefon: 089 36093-440
Telefax: 089 36093-135

Unfallkasse Berlin

Culemeyerstraße 2, 12277 Berlin
Telefon: 030 7624-0
Telefax: 030 7624-1109

Unfallkasse Brandenburg

Müllerstrasse 75, 15236 Frankfurt/Oder
Telefon: 0335 5216-0
Telefax: 0335 5216-222

Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen

Konsul-Smidt-Str. 76a, 28217 Bremen
Telefon: 0421 35012-0
Telefax: 0421 35012-88

Unfallkasse Nord – Standort Kiel

Seekoppelweg 5 a, 24113 Kiel
Telefon: 0431 6407-0
Telefax: 0431 6407-250

Unfallkasse Nord - Standort Hamburg:
Spohrstraße 2, 22083 Hamburg
Tel.: 040 27153-0
Fax: 040 27153-1000

Unfallkasse Hessen
Leonardo-da-Vinci-Allee 20, 60486 Frankfurt am Main
Telefon: 069 29972-440
Telefax: 069 29972-133

Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 199, 19053 Schwerin
Telefon: 0385 5181-0
Telefax: 0385 5181-111

Braunschweigischer Gemeinde-Unfallversicherungsverband
Berliner Platz 1 C (Ring-Center), 38102 Braunschweig
Telefon: 0531 27374-0
Telefax: 0531 27374-30

Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover
Am Mittelfelde 169, 30519 Hannover
Telefon: 0511 8707-0
Telefax: 0511 8707-188

Landesunfallkasse Niedersachsen
Am Mittelfelde 169, 30519 Hannover
Telefon: 0511 8707-0
Telefax: 0511 8707-188

Gemeinde-Unfallversicherungsverband Oldenburg
Gartenstraße 9, 26122 Oldenburg
Telefon: 0441 779090
Telefax: 0441 779095-0

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen – Hauptverwaltung
Moskauer Str. 18, 40227 Düsseldorf
Telefon: 0211 9024-0
Telefax: 0211 9024-1355

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen – Regionaldirektion Rheinland
Moskauer Str. 18, 40227 Düsseldorf
Telefon: 0211 2808-0
Telefax: 0211 2808-2119

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen – Regionaldirektion Westfalen-Lippe
Salzmannstraße 156, 48159 Münster
Telefon: 0251 2102-0
Telefax: 0251 218569

Unfallkasse Rheinland-Pfalz
Orensteinstraße 10, 56626 Andernach

Telefon: 02632 960-0
Telefax: 02632 960-1000

Unfallkasse Saarland
Beethovenstraße 41, 66125 Saarbrücken
Telefon: 06897 9733-0
Telefax: 06897 9733-37

Unfallkasse Sachsen
Rosa-Luxemburg-Straße 17a, 01662 Meißen
Telefon: 03521 724-0
Telefax: 03521 724-333

Unfallkasse Sachsen-Anhalt
Käperstraße 31, 39261 Zerbst
Telefon: 03923 751-0
Telefax: 03923 751-333

Unfallkasse Thüringen
Humboldtstraße 111, 99867 Gotha
Telefon: 03621 777-0
Telefax: 03621 777-111

Landwirtschaftliche Sozialversicherung

Hauptverwaltung
Weißensteinstr. 70 – 72, 34131 Kassel
Telefon: 0561 785-0
Telefax: 0561 785-219000

Schleswig-Holstein und Hamburg
Schulstraße 29, 24143 Kiel
Telefon: 0561 785-0
Telefax: 0561 785-219000

Niedersachsen-Bremen
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
Telefon: 0561 785-0
Telefax: 0561 785-219000

Nordrhein-Westfalen
Hoher Heckenweg 76 – 80, 48147 Münster
Tel.: 0561 785-0
Fax: 0561 785-219000

Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland
Hessen
Bartningstraße 57, 64289 Darmstadt
Telefon: 0561 785-0
Telefax: 0561 785-219000

Baden-Württemberg
Württemberg
Vogelrainstraße 25, 70199 Stuttgart
Telefon: 0561 785-0
Telefax: 0561 785-219000

DGUV-LVen

Bayern (Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben)
Dr.-Georg-Heim-Allee 1, 84036 Landshut
Telefon: 0561 785-0
Telefax: 0561 785-219000

Bayern (Franken und Oberbayern)
Dammwäldechen 4, 95444 Bayreuth
Telefon: 0561 785-0
Telefax: 0561 785-219000

Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen
Hoppegartener Str. 100, 15366 Hoppegarten
Telefon: 0561 785-0
Telefax: 0561 785-219000

DGUV-LVen

Gemeinsamer Internet-Auftritt der LV:
www.dguv.de/landesverbaende

LV Nordwest
Hildesheimer Straße 309, 30519 Hannover
Telefon: 030 13001-5500
Telefax: 030 13001-5566
Zuständigkeitsbereich: Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt

LV Nordost
Fregestraße 44, 12161 Berlin
Telefon: 030 13001-5900
Telefax: 030 13001-5901
Zuständigkeitsbereich: Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern

LV West
Kreuzstraße 34, 40210 Düsseldorf
Telefon: 030 13001-5400
Telefax: 030 13001-5471
Zuständigkeitsbereich: Nordrhein-Westfalen

LV Mitte
Isaac-Fulda-Allee 18, 55124 Mainz
Telefon: 030 13001-5600
Telefax: 030 13001-5630
Zuständigkeitsbereich: Hessen, Thüringen, Rheinland-Pfalz

LV Südwest
Kurfürsten-Anlage 62, 69115 Heidelberg
Telefon: 030 13001-5700
Telefax: 030 13001-5799
Zuständigkeitsbereich: Baden-Württemberg, Saarland

LV Südost
Fockensteinstraße 1, 81539 München
Telefon: 030 13001-5800
Telefax: 030 13001-5899
Zuständigkeitsbereich: Bayern, Sachsen

Vertrag Ärzte / Unfallversicherungsträger (ÄV) 2011 in der Fassung vom 1.1.2018*

gem. § 34 Abs. 3 SGB VII

zwischen

**der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV), Berlin
dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV), Kassel, einerseits
und der KBV, K. d. ö. R., Berlin, andererseits**

über

**die Durchführung der HB, die Vergütung der Ärzte
sowie die Art und Weise der Abrechnung
der ärztlichen Leistungen (Vertrag Ärzte/UVTr)
gültig ab 1. Januar 2011**

I. ALLGEMEINER TEIL

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Gewährleistung
- § 3 Erfüllung des Vertrages
- § 4 Beteiligung am Vertrag
- § 5 Datenerhebung und -verarbeitung durch Ärzte; Auskunftspflicht

II. ALLGEMEINE REGELUNGEN FÜR DIE HB BEI ARBEITSUNFÄLLEN

- § 6 Heilbehandlung (HB)
- § 7 Soldatenentschädigungsgesetz (SEG)
- § 8 Ärztliche Behandlung
- § 9 Erstversorgung
- § 10 Allgemeine Heilbehandlung (Allg. HB)
- § 11 Besondere Heilbehandlung (Bes. HB)
- § 12 Hinzuziehung anderer Ärzte
- § 13 Vom Unfallversicherungsträger (UVTr) veranlasste ärztliche Untersuchungen
- § 14 Ärztliche Unfallmeldung
- § 15 Bericht bei Erstversorgung
- § 16 Mitteilungen über Besonderheiten des Behandlungsverlaufs
- § 17 Hinweis zur beruflichen Wiedereingliederung
- § 18 Unterstützungs pflicht des Arztes bei besonderen medizinischen Maßnahmen
- § 19 Verordnung häuslicher Krankenpflege
- § 20 Verordnung von Heilmitteln
- § 21 Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln
- § 22 Verordnung von Hilfsmitteln

III. BESONDRE REGELUNGEN FÜR DIE HB BEI ARBEITSUNFÄLLEN

- § 23 Verfahrensarten
- § 24 D-Arzt-Verfahren
- § 25 nicht besetzt
- § 26 Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt (D-Arzt)
- § 27 Aufgaben des Durchgangsarztes (D-Arztes)
- § 28 Inanspruchnahme eines nicht zur besonderen Heilbehandlung (bes. HB) zugelassenen Arztes
- § 29 Nachschau
- § 30 nicht besetzt
- § 31 nicht besetzt
- § 32 nicht besetzt
- § 33 nicht besetzt
- § 34 nicht besetzt
- § 35 nicht besetzt
- § 36 nicht besetzt

* Die Autoren haben die ab 1.1.2016 nicht mehr gültigen Paragraphen am Ende des Vertrags noch einmal zusammengefaßt.

§ 37 Verletzungsartenverfahren

§ 38 Feststellung der Transportunfähigkeit

IV. REGELUNGEN BEI AUGEN- UND HALS-NASEN-OHREN- VERLETZUNGEN

§ 39 Überweisungspflicht an den Augen-/HNO-Arzt

§ 40 Berichterstattung des Augen-/HNO-Arztes

V. VERFAHREN ZUR FRÜHERFASSUNG BERUFSBEDINGTER HAUTERKRANKUNGEN

(HAUTARZTVERFAHREN)

§ 41 Vorstellungspflicht beim Hautarzt

§ 42 Wiedervorstellungspflicht

§ 43 Hauttestungen

VI. BERUFSKRANKHEITEN

§ 44 Ärztliche Anzeige einer Berufskrankheit (BK)

§ 45 Mitteilung über die Einleitung einer Behandlung bei Berufskrankheiten (BKen)

VII. AUSKÜNFTE, BERICHTE, AUFZEICHNUNGEN, GUTACHTEN

§ 46 Auskunftspflicht des Arztes

§ 47 Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung

§ 48 Anforderung von Gutachten

§ 49 Fristen für Erstattung von Berichten und Gutachten

§ 50 Ärztliche Aufzeichnungspflichten

VIII. ALLGEMEINE REGELUNGEN FÜR DIE VERGÜTING

§ 51 Leistungsverzeichnis und Vergütungsregelung

§ 52 Ständige Gebührenkommission

§ 53 Zahnärztliche Leistungen von Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen

§ 54 Regelungen bei stationärer Behandlung

§ 55 Vergütung ärztlicher Leistungen am Aufnahmetag

§ 56 Belegärztliche Behandlung

IX. REGELUNGEN FÜR AUSKÜNFTE, BESCHEINIGUNGEN, BERICHTE UND GUTACHTEN

§ 57 Berichts- und Gutachtenpauschalen

§ 58 Vereinbarte Formtexte

§ 59 Überschreitung der Gebührenhöchstsätze bei Gutachten

§ 60 Gebühren für die zum Zwecke der Begutachtung vorgenommenen ärztlichen Leistungen

X. REGELUNGEN BEI HINZUZIEHUNG ZUR KLÄRUNG DER DIAGNOSE UND/ODER MITBEHANDLUNG

EINSCHLIESSLICH BERICHTERSTATTUNG

§ 61 Berichterstattung

§ 62 Vergütung ärztlicher Leistungen bei Hinzuziehung zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung

§ 63 nicht besetzt

XI. RECHNUNGSLEGUNG UND BEZAHLUNG

§ 64 Rechnungslegung

§ 65 Zahlungsfrist

**XII. SCHLICHTUNGSSTELLE, SCHIEDSAMT, INKRAFTTREten/KÜNDIGUNG DES VERTRAGES
UND ÜBERGANGSREGELUNGEN**

§ 66 Schlichtungsstelle

§ 67 Schiedsamt

§ 68 Kündigungsfrist

§ 69 Inkrafttreten, Übergangsregelungen

Anhang 1 – Verletzungsartenverzeichnis

Anhang 3 – Datenschutz zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger (ÄV) in der ab 1. Januar 2011 gültigen Fassung - Auszug aus dem SGB VII – Datenschutz

Information der Herausgeber: Auf einen Blick: Wer? darf Was? Leisten und Abrechnen?

Arztsatus	Natzaerzt	nicht D-Arzt	HNO-Arzt	Augenarzt	Heutärzt	beauftragter Facharzt	Handchirurg	SAV-Handchirurg § 37 III ÄV	D-Arzt in eigener Praxis	D-Arzt im DAV-Krankenhaus	D-Arzt im VAV-Krankenhaus
versicherung § 9 ÄV (erl. inkl. Sono, Röntgen)	Ja	Ja, inkl. Röntgen und Sono	Ja, inkl. Sono (kein DVT)	Ja, nur bei isolierten Augenerkrankungen § 14 ÄV	Ja, nur bei isolierten HNO-Vorleidungen	Nein, Einleitung nur durch UVR § 11, 13	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja, außer bei VAV+SAV Verletzungen (Ausnahme: Einleitung bei Nr. 8 VAV von "Handchirurg" erlaubt; § 37 II ÄV)	Ja, außer bei SAV Verletzungen	Ja
Einleitung allg. HB erlaubt § 10 ÄV	Nein	Ja, außer bei Vorlesungspflicht § 14 ÄV	Nein	Ja, § 14 ÄV F 1050	Ja, § 40 ÄV F 1040	Ja, § 41 ÄV F 6050	Ja, §§ 27 II, III ÄV F 1010	Ja, §§ 27 II S.3, 39 ÄV F 2900	Ja, § 27 II u. III, 37 II ÄV F 1000	Ja, §§ 27 II S.3, 39 ÄV F 1000	Ja
Einleitung Bes. HB erlaubt § 11 ÄV	Nein	Ja, § 14 ÄV F 1050	Ja, § 40 ÄV F 1030	Ja, § 40 ÄV F 1040	Ja, § 41 ÄV F 6050	Ja, § 37 III ÄV 0,611	Ja, §§ 27 II, III ÄV F 1010	Ja, §§ 27 II S.3, 39 ÄV F 2900	Ja, § 27 II u. III, 37 II ÄV F 1000	Ja, §§ 27 II S.3, 39 ÄV F 1000	Ja
Ersterberichtspflicht	Nein	Ja, § 26 III ÄV F 2900	-	Nein	Ja, bei Haltkreis § 44 ÄV F 6000	Nein	Ja, §§ 27 II, III ÄV F 1010	Ja, §§ 27 II S.3, 39 ÄV F 2900	Ja, § 27 II u. III, 37 II ÄV F 1000	Ja, §§ 27 II S.3, 39 ÄV F 1000	Ja
Ausnahme(n) von Ersterberichtspflicht	-	-	-	Ja	Nein (DGUV Rüs. 0231/2011 v. 20.05.2011)	Nein, außer HNO- und Augenarzt	-	-	-	-	Ja
Ersterberichtsfrist (8 Werkstage) § 57 III ÄV	-	-	-	-	Nein, aber Pflicht über Verlauf zu berichten § 37 IV ÄV	Nein; aber Pflicht über Verlauf zu berichten § 37 IV ÄV	-	-	-	-	Ja
Veraufsichtsrecht bei allg. HB §§ 16, 29 ÄV/Hautschw.	-	-	-	-	Nein; aber Pflicht über Abschluss zu berichten § 37 IV ÄV	Nein; aber Pflicht über Abschluss zu berichten § 37 IV ÄV	-	-	-	-	Ja
Veraufsichtsrecht bei bes. HB § 16 ÄV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Ja
Abschlussentlastungspflicht, nur bei bes. HB § 27 VII ÄV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Ja
BK-Anzeigepflicht des Arztes § 44 ÄV	Nein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Ja
Auskunftsplicht des Arztes § 46 ÄV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Ja
Dokumentationspflicht des Arztes § 50 ÄV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Ja
Ausstellung Auf-Bescheinigung §§ 47, 26 ÄV	Nein	Ja, nur für Unfalltag	-	-	Ja, nur Fachbezogen	-	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja, außer bei VAV+SAV Verletzungen (Ausnahme: Hinzustellen bei Nr. 8 VAV von "Handchirurg" erlaubt)	Ja, außer bei SAV Verletzungen	Ja
Inzieldiagnose u./o. Mittbehandlung § 12 ÄV	-	Nein	-	-	Ja, nur Fachbezogen	-	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja, außer bei VAV+SAV Verletzungen (Ausnahme: Hinzustellen bei Nr. 8 VAV von "Handchirurg" erlaubt)	Ja, außer bei SAV Verletzungen	Ja
Überweisung zur Behandlung § 27 I ÄV	-	-	-	-	Nein	-	Nein	-	-	-	Ja
Beauftragung zur ambulanten Behandlung § 37 II ÄV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Ja
Verordnung häusliche Krankenpflege § 19 ÄV	-	-	-	-	Nein	-	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja
Verordnung Heilmittel (G, Ego etc.) § 20 ÄV	Nein	Ja, nur mit Zustimmung MTR	-	-	Ja, nur Fachbezogen	-	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja, nur § 37 III ÄV i.V.m. Nr. 8 VAV und SAV	Ja
Verordnung EAP § 20 II ÄV/ambulante ABMR	-	-	-	-	Nein	-	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
Verordnung BSSW + stationäre ABMR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Ja
Verordnung KSR, § 54 ÄV + DGUV-Handlungsanleitung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Ja
Verordnungseinschränkung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Ja
Verordnung Arznei-/Nebenmittel § 21 ÄV	Nein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Ja

Auf einen Blick: Erstattung von Berichten – Wer? Muss Was? Berichten?

Vorordnung Hilfsmittel § 22 AV	Nein	Nein	Ja, nur Sehhilfen	Ja, nur Hörhilfen	Nein	Ja, nur fachbezogen	Ja, außer Seh- und Hörhilfen
Vorstellungspflicht bei D-Arzt § 26 AV	Ja	Ja, wenn AUF > 1 Tag o. Behandlung > 1 Wo.	Ja, außer bei isolierten HO- Augenverletzungen	Ja, außer bei isolierten HO- Venletzungen	Nein, bei Hautarztabweisen § 41 AV – sonst Ja	Nein, bei § 37 III AV (V.m. Nr. 8 AV und SAV – sonst Ja)	Nein, bei § 27 III AV (V.m. Nr. 8 AV und SAV – sonst Ja)
Überweisung zum D-Arzt in VAV o. SAV-Krankenhaus § 37 AV					-	Nein, bei § 37 III AV (V.m. Nr. 8 AV und SAV – sonst Ja)	Nein, bei § 27 III AV (V.m. Nr. 8 AV und SAV – sonst Ja)
Vorstellungspflicht bei Augen- o. HO-Arzt § 39 AV					-	Nein, bei § 37 III AV (V.m. Nr. 8 AV und SAV – sonst Ja)	Ja, bei SAV- Verletzungen – sonst Nein
Ja, bei isolierten Augen- oder HO-Verletzungen							
Bestandteile DRG-Rechnung							
Arztliche Leistungen am stat. Aufnahmetag §§ 54, 55 AV							
15 % Minderung bei stat. Belgebehandlung § 56 AV							
Aborechnung bsp.: HB bei Gutachten § 60 AV							
Ja							

I. Allgemeiner Teil

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Gegenstand des Vertrages ist die Durchführung der von den Unfallversicherungsträger 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 der 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.

Arbeitshinweise der UVTr (Ausschnitt)

Zu § 1-3 (Ausschnitt)

1. Der Ärztevertrag regelt die Durchführung der HB, 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 **öffentlicht-rechtlichen bzw. sozialrechtlichen Vertrag** (s. auch Noeske/Franz, Komm.z. ÄV, Erl. zu § 1).

Ab 01.10.2015 wurde das Psychotherapeutenverfahren der UVTr 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 UVTrägern 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 Honoraansprüche 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 vom DGUV-LV von der Beteiligung am Vertrag ausgeschlossen werden (§ 4 Abs. 4). Solche Verstöße sind daher dem LV 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.

I. Allgemeiner Teil

Im Einzelfall (z.B. bei intensivem Schriftverkehr ohne erkennbare Lösung) ist ein telefonischer Kontakt in Betracht zu ziehen.

Kommentar

Zu Abs. 1

Nach § 34 Abs. 3 SGB VII schließen die Spitzenverbände der UVTr sowie die KBV mit Wirkung für ihre Mitglieder Verträge über die Durchführung der HB, die Vergütung für erbrachte Leistungen und die Art und Weise der Abrechnung. Beim ÄV handelt es sich um einen **öffentliche-rechtlichen bzw. sozialrechtlichen Vertrag** (so auch Komm. Noeske/Franz zu § 1 ÄV). Für Streitigkeiten, die sich aus dem ÄV oder der Abrechnung nach UV-GOÄ ergeben, ist das SG zuständig. Strittige Vergütungsansprüche können daher nur vor dem SG eingeklagt werden. Die Einleitung eines zivilrechtlichen Klageverfahrens, z.B. auch ein Mahnbescheid, ist unzulässig.

Häufig wird gegen eine Rechnungskorrektur Widerspruch eingelegt. Die schriftliche Mitteilung über eine Rechnungskorrektur (§ 64 Abs. 3 ÄV) ist aber kein Verwaltungsakt. Ein Widerspruchsverfahren ist damit ausgeschlossen. Dies bedeutet auch, dass der UVTr Rechtsanwaltskosten, die nur bei positivem Ausgang im Widerspruchsverfahren geltend gemacht werden können (§ 63 SGB X), nicht erstattet.

Zu Abs. 2

Die Beteiligung am Psychotherapeutenverfahren erfolgt auf Antrag, der an den regional zuständigen DGUV-LV zu richten ist. Den Antrag können psychologische und ärztliche Psychotherapeuten stellen, nicht aber Heilpraktiker für Psychotherapie. Die Beteiligung erfolgt durch öffentlich-rechtlichen Vertrag (§ 53 SGB X). Die im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens erbrachten Leistungen dürfen nur nach dem GVP in der jeweils gültigen Fassung abgerechnet werden (§ 51 Abs. 3 ÄV). Dies gilt auch für ärztliche Psychotherapeuten, die sonst nach den Sätzen der UV-GOÄ abrechnen (Nrn. 800 ff.).

Rechtsprechung**Forderung eines Verzugsschadens von Klinik gegenüber Unfallversicherung**

Für die GUV gilt nicht der Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 2 SGB V, denn die Unfallversicherung ist keine gesetzliche Krankenkasse. Die Rechtsbeziehung von Ärzten und UVTr ist einem eigenständigen Vertrag geregelt. Die UV-GOÄ ermöglicht es, sämtliche Leistungen eines Krankenhauses mit den UVTr abzurechnen. Die UV-GOÄ ist eine eigenständige, spezielle Regelung, in der keine Zahlungs- oder Fristenbestimmungen getroffen worden sind. Da somit in der UV-GOÄ keine speziellen Regelungen zur Fälligkeit von Forderungen enthalten sind, gilt das allgemeine Zivilrecht. Unter anderem steht dem UVTr gegenüber der Abrechnung einer Klinik ein Zurückbehaltungsrecht, § 273 Abs. 1 S. 1 BGB, zu, da er gegenüber der Klinik einen Auskunftsanspruch zur Abrechnung hat. Dieser Anspruch folgt aus der Auskunftspflicht des behandelnden Arztes, §§ 5 Abs. 1, § 46 UV-GOÄ.

Aktenzeichen: SG Braunschweig, 29.02.2008, AZ: S 22 U 64/06

Entscheidungsjahr: 2008

§ 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.

Arbeitshinweise der UVTr (Ausschnitt)

siehe Arbeitshinweise bei § 1

Kommentar

Diese Bestimmung entspricht dem in § 75 Abs. 1 SGB V (Sicherstellungsauftrag) normierten Gewährleistungsauftrag der KVen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung, d.h. auch dem UVTr gegenüber haben die KVen die Gewähr zu übernehmen, dass die Vertragsärzte die HB nach den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen durchführen.

Während im Rahmen der GKV der Sicherstellungsauftrag nach § 72 SGB V bei den KVen liegt, haben im Rahmen der HB von Unfallverletzten und Berufserkrankten die UVTr und ihre Verbände für eine entsprechende Behandlung zu sorgen. Bei Verstößen gegen vertragliche Pflichten: siehe § 4 Abs. 4.

§ 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.**

Arbeitshinweise der UVTr (Ausschnitt)

siehe Arbeitshinweise bei § 1

Kommentar:

Zu Abs. 1

Die Vertragspartner und ihre Mitglieder sind einerseits auf der Seite der Ärzte die KBV sowie die einzelnen KVen der Länder, auf der Seite der UVTr sind dies die DGUV und der SVLFG – Spitzenverband.

Auch wenn diese Bestimmung nach ihrem Wortlaut nicht unmittelbar die Vertragsärzte verpflichtet, sondern „nur“ die KVen, so sind doch über die Satzungen der KVen die jeweiligen Vertragsärzte verpflichtet, an der Erfüllung des in § 2 normierten Gewährleistungsauftrages mitzuwirken. Schwerpunkt des Interesses der UVTr – und in der Praxis gelegentlich Anlass für entsprechende Beschwerden – ist die Erfüllung der vereinbarten Berichtspflichten.

Zu Abs. 2

Zur Vermeidung streitiger Auseinandersetzungen hinsichtlich der Abrechnung von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen vor dem SG sieht der Vertrag zum einen eine Kommission zur Klärung von Fragen bezüglich des Gebührenverzeichnisses (§ 52) und zum anderen die Bildung einer Clearingstelle auf Bundesebene (§ 66) vor. Wie bisher auch darf die Anrufung der „Schlichtungsgremien“ aber nicht zu einer Verzögerung oder Verweigerung der Erfüllung der übrigen Pflichten aus dem Vertrag führen; den Parteien steht insofern auch kein Zurückbehaltungsrecht zu. Die Praxis zeigt, dass die Inanspruchnahme dieser Schlichtungsgremien – im Gegensatz zu den Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtsachen der Landesärztekammern – keinen großen Raum einnimmt.

Mit „streitigen Auseinandersetzungen“ sind nicht unterschiedliche Auffassungen zu der Rechtmäßigkeit der Korrektur/Kürzung einer einzelnen ärztlichen Leistung oder einer Rechnung gemeint. Diese Fälle werden nicht von den §§ 52 und 66 ÄV erfasst (siehe § 1).

Clearingstelle

Die Clearingstelle auf Bundesebene nach § 66 ÄV dient der einvernehmlichen Klärung von Streitigkeiten zwischen Ärzten, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und den UVTr, die sich aus der Abrechnung ärztlicher und psycho-therapeutischer Leistungen nach dem ÄV einschließlich der Anlage 1 „Gebührenordnung für Ärzte“ (UV- GOÄ) und Anlage 2 „Gebührenverzeichnis Psychotherapeuten“ (GVP) und der Auslegung von Regelungen des ÄV ergeben. (§ 1 der Verfahrensordnung der Clearingstelle nach § 66 ÄV)

§ 4 Beteiligung am Vertrag

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

Kommentar

Zu Abs. 1

An den ÄV sind die Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gebunden. Diese werden vom Zulassungsausschuss der regionalen KV zugelassen (sogen. Kassen- bzw. Vertragsärzte). Der ÄV verpflichtet eigentlich nur die Vertragsparteien; über die Satzungen der KVen, sind aber auch die Vertragsärzte an den Vertragsinhalt gebunden und damit zur Behandlung Unfallverletzter und Berufserkrankter verpflichtet. Auch ein MVZ ist vom ÄV erfasst, da die dort tätigen Ärzte unabhängig von ihrem Status (zugelassen oder angestellt) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Bei den von den UVTr beteiligten Ärzten handelt es sich um D-Ärzte und Handchirurgen. Ärzte ohne Kassenzulassung oder DGUV-Beteiligung, also Privatärzte, dürfen grundsätzlich keine HB im Rahmen des ÄV und somit zu Lasten eines UVTr durchführen. Schließt ein Unfallverletzter/Berufserkrankter mit einem Privatarzt einen Behandlungsvertrag ab, dann verzichtet er gegenüber dem UVTr auf seinen Anspruch auf HB. Das

I. Allgemeiner Teil

Privatarzthonorar muss er dann nach den Sätzen der GOÄ selbst tragen; ein Anspruch auf (anteilige) Honorarerstattung gegenüber dem UVTr besteht nicht. Der Privatarzt selbst hat keinen Vergütungsanspruch gegenüber dem UVTr. Zur privatärztlichen Erstversorgung und Hinzuziehung eines Privatarztes siehe Komm. zu den §§ 9 und 12 ÄV.

Zu Abs. 2

Ärzte, die keine Kassenzulassung haben, weil regional aufgrund des gedeckten Bedarfs kein Kassensitz frei ist oder sie trotz eines freien Kassensitzes keine Zulassung beantragen wollen (z.B. Radiologen), können auf Antrag beim zuständigen DGUV-LV einen Antrag auf Beteiligung stellen.

Zu Abs. 3

Der zuständige DGUV-LV wird die Entscheidung über eine Beteiligung nur in Absprache mit der regional zuständigen KV treffen. Sind z.B. bestimmte gerätetechnische Eigenschaften zu prüfen, wird sich der DGUV-LV an den Voraussetzungen für die Kassenzulassung orientieren.

Zu Abs. 4

In Abs. 4 wurde eine Sanktionsmöglichkeit bei wiederholten oder schwerwiegenden Verstößen in den ÄV aufgenommen. Als schwerwiegender Verstoß ist sicher der Abrechnungsbetrug einzustufen. Minderschwere Verstöße sind z. B. fehlende oder verspätete Berichtserstattung, die Weiterbehandlung trotz Vorstellungspflicht, auffällig häufige Einleitung der bes. HB bei Bagatellverletzungen oder Beanstandungen im Umgang mit Patienten. Der UVTr sollte bei Verstößen unter Beifügung der datenschutzgerecht aufbereiteten Unterlagen, den zuständigen DGUV LV informieren. Hält der zuständige DGUV-LV den Ausschluss eines beteiligten Arztes (z.B. D-Arzt) vom ÄV für erforderlich, so erklärt er den Widerruf der Beteiligung ohne Einschaltung der KV. Bei einem Kassenarzt darf der Widerruf der Beteiligung dagegen nur im Einvernehmen der KV erfolgen.

§ 5 Datenerhebung und -verarbeitung durch Ärzte und Psychotherapeuten; Auskunftspflicht

- (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 einschließlich Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen und Abrechnung der Leistungen erforderlich ist. Ferner erheben, speichern und übermitteln sie die 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 und frühere Erkrankungen des Versicherten zu erteilen, soweit dies für die Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist (§ 203 SGB VII; siehe Anhang 3).

Arbeitshinweise der UVTr (Ausschnitt)

2. Gelegentlich wird von Ärzten die Verpflichtung zur Übermittlung der erhobenen Daten zum Zwecke der **Rechnungsprüfung** bestritten. In diesen Fällen sollte der Arzt 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.

4. Nach dem durch das Patientenrechtegesetz in das Bürgerliche Gesetzbuch eingefügten § 630g BGB ist dem Patienten vom Arzt 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.

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

Wenn der Patient die Einsichtnahme beim Arzt verlangt, kann ihn der Arzt nicht auf das Recht zur Akteneinsicht beim UVTr verweisen. Er muss dem Patienten vielmehr unmittelbar Einsicht gewähren. Rechte des UVTr stehen dem nicht entgegen.

Kommentar:

Zu Abs. 1

Der an der HB beteiligte Arzt/Psychotherapeut ist verpflichtet, nur die den Arbeitsunfall/die BK betreffenden Daten zum Patienten, Unfallhergang, Art und Umfang der Verletzung sowie alle (bild)diagnostischen und therapeutischen Befunde zu erheben, zu speichern und dem UVTr zu übermitteln. Er kann sich nicht auf seine Schweigepflicht als Arzt/Psychologe berufen. Auch ein zur Diagnoseklärung/Mitbehandlung nach § 12 ÄV hinzugezogener Arzt/Psychologe ist Behandler.

Wegen der gerade im Bereich des Sozialrechts besonders strengen Datenschutzbestimmungen ist eine ausdrückliche Normierung der Erhebungs-, Speicherungs- und Übermittlungsbefugnisse unabdingbar. Weil ein UVTr u.U. auch lange Zeit nach Behandlungsabschluss noch Informationen über die seinerzeit durchgeföhrten Maßnahmen (z.B. zur Zusammenhangsbeurteilung, Verschlimmerungs- oder Rechnungsprüfung), benötigen könnte, ist eine sorgfältige Dokumentation erforderlich. Der D-Arzt muss z.B. ärztliche Unterlagen einschließlich Krankenblätter und Röntgenaufnahmen mindestens 15 Jahre aufzubewahren (Nr. 5.6 der D-Arzt-Anforderungen).

Mit der Formulierung „einschließlich Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen und Abrechnung der Leistungen erforderlich ist“ wurde vereinbart, dass der UVTr Dokumentationen auch zum Nachweis der in Rechnung gestellten ärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen anfordern darf. Liegen diese Nachweise (OP-Berichte, vollständiges Narkoseprotokoll, Behandlungsnachweise, psychologische Testergebnisse, Hinzuziehungsbefunde, etc.) nicht vor, kann der UVTr seiner Plicht zur unverzüglich Rechnungsprüfung und -begleichung nicht nachkommen. Er prüft und vergütet dann nur nachgewiesene/unstrittige Leistungen. Für nicht prüfbaren Leistungen besteht kein Vergütungsanspruch, so dass der UVTr diese mit Hinweis auf § 5 Abs. 1 ÄV zurückstellt. Für die angeforderten Dokumente, auch wenn der Arzt einen Bericht nach dem ÄV oder der UV-GOÄ schickt, besteht kein Vergütungsanspruch, da diese Dokumentation nicht der Heilverfahrenssteuerung dient. Darauf sollte der UVTr bei der Anforderung bzw. bei der Rechnungskorrektur ausdrücklich hinweisen.

Zu Abs. 2

Der behandelnde Arzt/Psychotherapeut muss die Daten zu einem Arbeitsunfall/einer BK an den UVTr übermitteln. Der Patient ist von der Übermittlungspflicht an den UVTr zu informieren. Er hat nach dem Wortlaut des § 630g BGB auch einen Rechtsanspruch beim Behandler: „... unverzüglich Einsicht in die vollständige Patientenakte zu nehmen, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder Rechte Dritter entgegenstehen ...“ (so auch Komm. Noeske/Franz zu § 5 ÄV; Randnummer 4).

Zu Abs. 3

Die Regelung stellt klar, dass auch Ärzte, die nicht die HB durchführen oder an ihr nicht beteiligt sind, dem UVTr gegenüber auskunftspflichtig sind. Das gilt nach dem Wortlaut auch für relevante frühere Unfälle und Erkrankungen, die von dem auskunftspflichtigen Arzt auch behandelt wurden. Die Auskunftspflicht erstreckt sich nicht auf Angaben, die der Arzt als Fremdbefunde (z.B. von Krankenhäusern) in seinen Unterlagen hat. Hier muss sich der UVTr an denjenigen wenden, der die Behandlung wirklich durchgeföhr hat. Der Arzt ist aber verpflichtet, den UVTr konkret auf weitere Auskunftsquellen hinzuweisen.

Psychologische Psychotherapeuten werden in Abs. 3 ausdrücklich nicht genannt. Die Datenerhebung bei nicht an der HB beteiligten psychologischen Psychotherapeuten kann der UVTr daher nicht auf § 203 SGB VII stützen. Der UVTr darf daher nur Auskünfte einholen, wenn der Patient zuvor schriftlich sein Einverständnis zur Datenerhebung gegeben hat. Die Einverständniserklärung muss sich konkret auf den betreffenden psychologischen Psychotherapeuten beziehen und ist dem Auskunftsersuchen beizufügen.

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen**§ 6 Heilbehandlung (HB)**

- (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.**

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

- (2) Bei Arbeitsunfällen wird die Heilbehandlung als allgemeine Heilbehandlung (§ 10) oder als besondere Heilbehandlung (§ 11) durchgeführt.
- (3) Die Heilbehandlung als allgemeine Heilbehandlung kann von allen an diesem Vertrag beteiligten Ärzten (§ 4) durchgeführt werden. Besondere Heilbehandlung kann nur durch von den Unfallversicherungsträger gesondert beteiligten oder von diesen im Rahmen des § 12 hinzugezogenen Ärzten durchgeführt werden.

Arbeitshinweise der UVTr (Ausschnitt)

2. Der behandelnde Arzt darf zu Lasten eines UVTr keine allgem. oder bes. HB einleiten, wenn offensichtlich kein Versicherungsfall, insbes. Kein Arbeitsunfall gegeben ist. Die Behandlung muss ggf. zu Lasten der GKV durchgeführt werden.

Der D-Arzt soll in derartigen Fällen gleichwohl dem UVTr 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 von sich aus die Behandlung zu Lasten des UVTr 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.

4. Verstoßt ein Arzt wiederholt oder schwerwiegend gegen die o. g. Verpflichtungen, soll der zuständige LV informiert werden.

5. Erhält der UVTr 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 HB unverzüglich abzubrechen.

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

Aus Zeit- und Beweisgründen ist der Abbruch der HB möglichst per Telefax zu übermitteln.

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

Kommentar

Zu Abs. 1

Der Abs. 1 verpflichtet die UVTr nach Eintritt eines Versicherungsfalles (Arbeitsunfall oder BK, vgl. auch §§ 7, 8, 9 SGB VII) eine frühzeitige und sachgemäße HB zu gewährleisten (§§ 34 ff SGB VII). Als Arbeitsunfälle gelten auch Unfälle, die Kinder während des Besuchs von Kindertagesstätten, Schüler während des Besuchs von Schulen und Schulhorten sowie Studierende während des Besuchs von Hochschulen erleiden. Die in Abs. 1 verankerte Leistungspflicht des UVTr besteht nur, wenn ein Versicherungsfall vorliegt. Stellt der Arzt fest, dass die rechtlichen und/oder medizinischen Voraussetzungen eines Versicherungsfalls nicht vorliegen (z.B. rechtlich: Unfall noch im Wohnhaus oder medizinisch: Unfall aus innerer Ursache oder Gelegenheitsursache), dann ist die HB zu Lasten der GKV/PKV durchzuführen. Die Entscheidung des UVTr eine HB abzubrechen gilt nur für die Zukunft. Die Behandlungskosten sind bis zum Eingang der Entscheidung beim Arzt (beim FAX bis zu diesem Tag; bei Postversand weitere 3 Tage) zu übernehmen. Dies gilt jedoch nicht für Behandlungsmaßnahmen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Zusammenhang mit der unfallbedingten Verletzung nicht erforderlich und zweckmäßig waren. Kann die Behandlung abgegrenzt werden, sind unfall-/BK-fremde Behandlungsmaßnahmen nicht mit dem UVTr abzurechnen (z.B. Distorsion HWS und Infusion für degenerative Bandscheibenvorfall).

Zu Abs. 2

Der Abs. 2 stellt klar, dass bei Arbeitsunfällen die HB nicht als Kassenbehandlung (nach EBM) oder als Privatbehandlung (nach Privat-GOÄ) durchgeführt wird. Der Abs. 2 ist auch nicht auf die HB einer evtl. anzuerkennenden BK oder einer bereits anerkannten BK übertragbar, da die entsprechenden vertraglichen Vereinbarungen in den §§ 41 bis 45 ÄV geregelt sind. Zur Durchführung der allg. HB und bes. HB siehe Kommentar zu den §§ 10 und 11 ÄV.

Zu Abs. 3

Die allg. HB kann von Kassen- und D-Ärzten sowie zugelassenen Handchirurgen durchgeführt werden. Die bes. HB bleibt den gesondert beteiligten D-Arzten und zugelassenen Handchirurgen vorbehalten, die diese aber durch Hinzuziehung (§12 ÄV) auf andere Fachärzte (z.B. Radiologen) übertragen können. Privatärzte dürfen kein allg./bes. HB durchführen.

§ 7 Heilbehandlung weiterer Personen

Die Regelungen des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger gelten entsprechend für die Versorgung geschädigter Personen nach § 15 Abs. 1 Soldatenentschädigungsgesetz (SEG)

Kommentar:

Nach dem Ausscheiden aus dem Wehrdienstverhältnis endet der Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung bei anerkannten körperlichen und psychischen Schädigungsfolgen (§ 14 SEG i.V.m. § 69a BBesG).

Um eine adäquate Versorgung der geschädigten Personen nach dem Wehrdienstverhältnis zu gewährleisten, haben diese Anspruch auf HB nach den Grundsätzen der Leistungserbringung der GUV (§§ 15 und 16 SEG).

§ 8 Ärztliche Behandlung

- (1) **Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit der Ärzte, die nach den Regeln der ärztlichen 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 angeordnet und von ihm verantwortet werden.**

Arbeitshinweise der UVTr

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 bzw. ein für das jeweilige Gebiet kompetenter Facharzt gehört werden. Dieser hat die notwendige Fachkompetenz zu entscheiden, ob die Grenzen der ärztl. Therapiefreiheit im Einzelfall überschritten sind.

Ein Vergütungsanspruch des Arztes 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 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.

Kommentar:

Zu Abs. 1

Nach § 26 SGB VII hat der UVTr mit allen geeigneten Mitteln den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhindern und seine Folgen zu mildern. Die Qualität und Wirksamkeit der ärztlichen Leistungen müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.

Dies ermöglicht dem Arzt eine gewisse Therapiefreiheit. Vergütet werden aber nur Leistungen, die für den konkreten Einzelfall nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich und zweckmäßig sind. Eine ärztliche Leistung ist unwirtschaftlich, wenn das Behandlungsziel durch eine gleichwertig günstigere Versorgung/Therapie erreicht werden kann (z.B. Orthese statt häufigem Tapeverbandswechsel) oder wenn die Wirksamkeit einer Behandlung unwahrscheinlich oder (noch) nicht geklärt ist (z.B. Kinesiotape). Die Übernahme ärztlicher und therapeutischer Maßnahmen darf vom UVTr nicht alleine mit dem Argument der Wirtschaftlichkeit abgelehnt werden. Außenseitermethoden sind daher z.B. bei schweren Erkrankungsverläufen (z.B. Krebs-BK) und/oder hohen Kosten grundsätzlich nicht ausgeschlossen. Die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung sollte aber bei dem zuständigen UVTr vorab eingeholt werden. (vgl. dazu auch Kommentar **Bereiter-Hahn / Mehrtens: SGB VII, § 26 Anm. 6**)

Der medizinischen Kunst entsprechen z.B. Evidenz-basierte Behandlungsmethoden (Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, Medizinische Richtlinien, Expertenmeinungen, Studien, etc.) Die

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

Arbeitshinweise der UVTr zur Bearbeitung von Arztrechnungen (Arb. Hinweise Arztrechnungen) sind unter Beteiligung niedergelassener und an Kliniken tätiger D-Ärzte sowie sonstiger Fachärzte und Facharztgruppen entstanden. Sie berücksichtigen den aktuellen Stand der medizinischen Lehrmeinung und sind teilweise mit Berufsverbänden der Ärzte (z.B. Radiologen, Augenärzte) abgestimmt.

Bestehen Zweifel an der Erforderlichkeit, Zweckmäßigkeit oder Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Behandlung, sollte zur Überprüfung der Einhaltung des § 8 Abs. 1 ÄV die Stellungnahme eines kompetenten Facharztes eingeholt werden.

Zu Abs. 2

Auch für die „BG-Behandlung“ gilt das aus der vertragsärztlichen Versorgung bekannte Gebot der persönlichen Leistungserbringung des Arztes mit den berufsrechtlich zulässigen Möglichkeiten der Delegation an qualifiziertes nichtärztliches Personal (Anlage 24 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

§ 9 Erstversorgung

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

Arbeitshinweis der UVTr

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/-ärztein 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 Verletzungartenverfahren (§ 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, Seite I/17 ff.).

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.

Kommentar

Diese Bestimmung richtet sich an Ärzte, die nicht an der bes. HB teilnehmen, sondern die erste ärztliche Versorgung durchführen (z.B. Not-, Haus- und Kinderärzte). Dies sind Maßnahmen der Ersten Hilfe und ärztlichen Maßnahmen, die nach Lage des Falles keinen Aufschub dulden. Die bildgebenden

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

Verfahren (Röntgen und Sono) sind bei der Erstversorgung grundsätzlich erlaubt, es sei denn, es besteht aufgrund der Verletzung eine Vorstellungspflicht beim D-Arzt (§§ 26 Abs. 1 und 37 Abs. 1 ÄV). Die Erst- bzw. Notfallversorgung umfasst daher nur die Sicherung der Vitalfunktionen und Herstellung der Transportfähigkeit.

Stellt der Nicht-D-Arzt nach der ersten körperlichen Untersuchung fest, dass der Patient einem D-Arzt vorzustellen ist, dann sind weiterführende Maßnahmen (u.a. auch Röntgen) nicht von dem „sofort Notwendigen“ erfasst.

Auch der Privatarzt ist im Notfall rechtlich zur Erstversorgung verpflichtet und hat damit gegenüber dem UVTr einen Vergütungsanspruch; dies aber nur nach den Sätzen der UV-GOÄ (§ 62 ÄV).

§ 10 Allgemeine Heilbehandlung (Allg. HB)

- (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 bedarf.**

Arbeitshinweis der UVTr zu § 10 und § 11

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 allgem. 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 **Einzel-auftrag** 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 Krampfadlerleiden 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 Qualifi-

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

kation 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 bes. HB entspr. Art oder Schwere der Verletzung nicht immer möglich; insoweit verbleibt dem D-Arzt 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.

Allg. HB ist z. B. in aller Regel indiziert 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 bes. HB vertretbar)
- **Nagelkranzfrakturen**

Bes. 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 allgem. 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, apparativtechnischer 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 Rundschr. 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.

Kommentar:

Zu Abs. 1

Diese Regelung ist eine Klarstellung, die durch die Neuordnung der Verfahrensarten (§ 6 Abs. 2 ÄV) bedingt ist. Die allg. HB ist daher grundsätzlich vorrangig gegenüber der bes. HB. Dies gilt insbesondere dann, wenn lediglich der Verdacht auf das Vorliegen einer schweren, die Einleitung der bes. HB begründenden Verletzung besteht, eine Diagnosesicherung aber im Rahmen des ersten Arzt-Patienten-Kontaktes scheinbar noch nicht möglich war (z.B. Zerrung des Kniegelenkes mit Verdacht auf Kniebinnenschaden, der erst durch ein später durchgeführtes MRT bestätigt oder ausgeschlossen wird).

Zu Abs. 2

Die allg. HB kann von allen am Vertrag beteiligten Ärzten (§ 4 ÄV) durchgeführt werden. Sie erfolgt insbesondere bei der Notfallbehandlung (§ 9 ÄV), der Behandlungen ohne D-Arzt-Vorstellungspflicht (§§ 26, 37 ÄV), der Weiterbehandlung nach D-Arzt-Vorstellung (§ 27 ÄV) und im Hautarztverfahren (§§ 41 bis 43 ÄV). In Abs. 2 ist auch vereinbart, dass Unfallverletzungen ärztlich zu versorgen sind. Dies gilt gleichermaßen für die durch den UVTr anerkannten BKen. Gesundheitsschäden, die eindeutig nicht auf einen Unfall oder eine anerkannte BK zurückzuführen sind, dürfen somit nicht zu Lasten eines UVTr behandelt und mit diesem abgerechnet werden.

Das Röntgen und die Sonographie stellen grundsätzlich keinen besonderen apparativ-technischen Aufwand dar. Diese Leistungen dürfen, soweit sie zum Umfang der sofort notwendigen Maßnahmen gehören, grundsätzlich auch schon bei der Erstversorgung erbracht werden. Dies gilt dann nicht, wenn bereits bei der ärztlichen Untersuchung erkennbar ist, dass der Patient einem D-Arzt vorzustellen ist (§§ 26, 37 ÄV).

Zur spezifischen unfallmedizinischen Qualifikation gehören u. a. chirurgische OP-Techniken, Techniken der temporären Ruhigstellung und Fixationsverbände sowie Kenntnisse der Wundheilung und des Wundmanagements. Diese ärztlichen Versorgungen obliegen nur dem D-Arzt.

Die Abgrenzung der allg. HB zur bes. HB wird insbesondere durch den Vertragstext des § 11 Abs. 3 ÄV deutlich.

Rechtsprechung

► **Heilbehandlung (HB) § 10 ff. Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger (ÄV)**

Dem Versicherten steht gegen den UVTr ein Anspruch auf Freistellung von den Kosten der Behandlung der unfallbedingten Kieferbeschwerden durch die Universitätsklinik S zu. Der Freistellungsanspruch folgt im vorliegenden Fall aus § 26 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 1 SGB VII. Nach dieser Vorschrift steht dem Versicherten eine Sachleistungsanspruch auf HB hinsichtlich der durch einen Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschäden zu.

Die HB hat dem Gesundheitsschaden mit allen geeigneten Mitteln und möglichst frühzeitig zu begreifen und ist nicht, wie Leistungen der GKV nach § 12 Abs. 1 SGB V auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung beschränkt; auch Außenseitermethoden können im Einzelfall ein geeignetes Mittel darstellen.

Auf der anderen Seite besteht nur eine eingeschränkte Arztwahl, da die Bestimmung von Art, Umfang und Durchführung der HB gemäß § 26 Abs. 4 Satz 1 SGB VII dem UVTr obliegt. Die UVTr haben den Versicherten die HB damit als Sachleistung zur Verfügung zu stellen, d. h. der Versicherte erhält die HB von den Leistungserbringern, die durch die UVTr hierzu beauftragt wurden, auf Kosten des zuständigen UVTr.

Aktenzeichen: SG Mainz, 19.09.2006, AZ: S 6 U 56/06

Entscheidungsjahr: 2006

► **Entziehung der HB**

Ein UVTr hat das Recht, einem Arzt die Durchführung der allg. HB zu entziehen. Anders als in der GKV besteht bei der GUV für die HB nach einem Unfall nicht die freie Arztwahl. Gemäß § 26 Abs. 5 S. 1 SGB VII ist die freie Arztwahl eingeschränkt, denn dem UVTr obliegt die Bestimmung von Art,

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

Umfang und Durchführung der HB. Dazu gehört auch die Bestimmung des Leistungserbringens (Arzt). Vom UVTr muss der Entzug der HB deutlich und unmissverständlich erklärt werden; unzureichend ist eine Erklärung des Inhaltes, dass der UVTr eine Vorstellung beim D-Arzt verlange.

Aktenzeichen: SG Aachen, 03.02.2010, AZ: S 8 (9) U 2/09

§ 11 Besondere Heilbehandlung (Bes. HB)

- (1) Zur Einleitung besonderer Heilbehandlung berechtigt sind nur
 - der Unfallversicherungsträger,
 - der Durchgangsarzt oder
 - der Handchirurg nach § 37 Abs. 3 bei Vorliegen einer Verletzung nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses.
- (2) Im Durchgangsarzt-Verfahren 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 Rehamaßnahmen mit umfassender Dokumentation aller Daten, die zur Rekonstruktion von Ursache, Ausmaß und Verlauf der Heilbehandlung relevant sind.

Arbeitshinweis der UVTr zu § 10 und § 11 Siehe § 10

Kommentar:

Zu Abs. 1

Wer bes. HB einleiten darf, ist in der Aufzählung des Abs. 1 abschließend geregelt. Die Einleitung der bes. HB ist beim zugelassenen Handchirurg auf die Handverletzungen begrenzt. Nicht zugelassene Handchirurgen dürfen immer nur allg. HB durchführen (§ 10 ÄV). Sofern der D-Arzt bzw. zugelassene Handchirurg Zweifel am Vorliegen eines Versicherungsfalles hat, sollte vor der Einleitung der bes. HB das Einverständnis vom UVTr eingeholt werden (so auch Kommentar Noeske/Franz zu § 11 ÄV Randnummer. 1). Der UVTr leitet selbst bes. HB nach der Anerkennung einer BK ein oder nach Arbeitsunfällen, wenn die Behandlung primär zu Lasten der GKV erfolgt (z.B. Pflege- und Hilfeleistungsunfälle).

Zu Abs. 2

Der Anteil der Verletzungen, die der bes. HB zugeordnet werden, sollte bei jedem D-Arzt ca. 20 % betragen. Der D-Arzt ist angehalten, diesen prozentualen Anteil nicht zu überschreiten. Die DGUV LV überwachen die Einhaltung.

Die Art der einzuleitenden Behandlung bestimmt sich ausschließlich nach Art und Schwere der Verletzung. Dies gilt auch dann, wenn Zweifel am Vorliegen eines Arbeitsunfalls und/oder Zweifel am Zusammenhang mit dem Unfallereignis bestehen (Urteil BGH (VI ZR 208/15) vom 29.11.2016). Für die Einleitung der bes. HB ist der Umfang, der Aufwand und das Ergebnis der Erstuntersuchung (klinische Befunderhebung, Diagnose und Art der Erstversorgung) zunächst unerheblich. Allg. oder bes. HB soll bei der Erstuntersuchung kein Kriterium sein. Aus diesem Grunde erhält nur der D-Arzt für die Erstuntersuchung und die Nachschau bei allg. HB durch einen anderen Arzt!, immer die Sätze der bes. HB.

Der UVTr hat das Recht, der Einleitung der bes. HB zu widersprechen. Dies gilt insbesondere, wenn der D-Arzt oder zugelassene Handchirurg zunächst nur einen **Verdacht** äußert. Die Voraussetzungen für die Einleitung der bes. HB sind nicht gegeben, wenn noch unklar ist, ob eine entsprechende schwere Verletzung (siehe Definition in Abs. 3) vorliegt. Bis dahin gilt der Grundsatz des § 10 ÄV, dass die HB in allg. HB erbracht wird. Erst wenn sich der Verdacht bestätigt (z.B. nach MRT), ist die Einleitung der bes. HB gerechtfertigt.

Erfolgt ein Wechsel von allg. HB auf bes. HB, so erstatten der D-Arzt oder zugelassene Handchirurg einen Verlaufsbericht F 2100 und füllen die entsprechenden Punkte zur bes. HB aus.

Die Erstattung eines Berichtes in freier Form wird nur mit der Gebühr nach Nr. 110 UV-GOÄ vergütet.

Rechtsprechung

► Behandlungsvertrag mit D-Arzt

Ein D-Arzt hatte bei einem Nachschautermin zu beurteilen, ob die allg. HB fortgesetzt werden soll, oder ob zu einer bes. HB überzugehen ist. In diesem Fall liegt kein Behandlungsvertrag des Verletzten mit dem D-Arzt vor; denn dieser Arzt soll sich nur über den Stand der Behandlung vergewissern und

eine Entscheidung über den Fortlauf der Behandlung treffen. Der D-Arzt handelt dabei in Ausübung eines öffentlichen Amtes.

Aktenzeichen: OLG Bremen, 27.03.2009, AZ: 5 U 70/08

Entscheidungsjahr: 2009

► Urteil BGH (VI ZR 208/15) vom 29.11.2016

Auszug:

Wegen des regelmäßig gegebenen inneren Zusammenhangs der Diagnosestellung und der sie vorbereitenden Maßnahmen mit der Entscheidung über die richtige Heilbehandlung sind jene Maßnahmen ebenfalls der öffentlich-rechtlichen Aufgabe des D-Arztes zuzuordnen mit der Folge, dass die UVTr für etwaige Fehler in diesem Bereich haften.

Eine Erstversorgung durch den D-Arzt ist ebenfalls der Ausübung eines öffentlichen Amtes zuzurechnen mit der Folge, dass die UVTr für etwaige Fehler in diesem Bereich haften.

Wirkt sich der Diagnosefehler im Rahmen der D-ärztlichen Erstbehandlung so aus, dass es zu einer unsachgemäßen HB durch den D-Arzt kommt, haftet der UVTr. Der UVTr haftet auch dann, wenn der D-Arzt nicht persönlich die Diagnose stellt und die Erstversorgung durchführt. Dies gilt sowohl für den ständigen Vertreter als auch für Ärzte, die nicht zur ständigen Vertretung bestellt sind. Kommt es nach korrekter Zuordnung in allg. oder bes. HB im Rahmen der weiteren Behandlung zu einem Behandlungsfehler, haftet dann der D-Arzt.

§ 12 Hinzuziehung anderer Ärzte

1. Soweit es zur Klärung der Diagnose und/oder zur ambulanten Mitbehandlung erforderlich ist, sind andere Ärzte oder am Psychotherapeutenverfahren Beteiligte (§ 1 Abs. 2) hinzuziehen. 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 und Handchirurg nach § 37 Abs. 3 der Formtext F 2902 zur Verfügung.

Arbeitshinweise der UVTr (Ausschnitt)

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 eine psychotherapeutische HB erforderlich ist. Psychologische Psychotherapeuten, die nicht am Psychotherapeutenverfahren beteiligt sind, dürfen nicht hinzugezogen werden.

Arbeitshinweise (MERKE) zu §§ 12, 56 Abs. 3

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

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

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

Kommentar:

Zu Abs. 1

Der § 12 ÄV setzt voraus, dass der hinzuziehungsberechtigte Arzt die HB auf seinem Fachgebiet weiterhin selbst durchführt. Nur der D-Arzt darf bei der Mitbeteiligung anderer Organe/Organsysteme die Ärzte entsprechender Fachrichtungen oder Beteiligte Psychotherapeuten hinzuziehen. Er muss die Mitbeteiligung anderer Organe/Organsysteme zuvor nicht gesichert haben, es genügt ein begründeter Verdacht. Alle weiteren hinzuziehungsberechtigten Ärzte dürfen andere Fachärzte nur zur Mitbehandlung/Diagnoseklärung auf Ihrem eigenen Fachgebiet mit einbinden.

Auch die am Psychotherapeutenverfahren beteiligten Psychologen sind berechtigt, Fachärzte zur Diagnoseklärung und Mitbehandlung, Verordnung von Medikamenten sowie Prüfung und Attestierung der Arbeitsunfähigkeit hinzuzuziehen. Gleiches gilt für die zur Behandlung einer BK/Wie-BK nach § 45 ÄV vom UVTr beauftragten Ärzte (z.B. Pneumologe beauftragt eine CT bei Asbestose-BK).

Nicht hinzuziehungsberechtigt ist der Arzt, der:

1. wegen fehlender Vorstellungspflicht (§ 26 ÄV) die allg. HB selbst durchführt und eine Ärztliche Unfallmeldung (Formtext F 1050) erstattet.
2. einen Unfallverletzten vom D-Arzt, zugelassenen Handchirurgen, HNO- oder Augenarzt zur Durchführung der allg. HB (zurück) überwiesen bekommt (§ 27 Abs. 1, § 26 Abs. 2 ÄV).
3. eine anerkannte BK ohne Auftrag des UVTr (§ 45 ÄV) behandelt.

Der nicht hinzuziehungsberechtigte Arzt ist, wenn er die Einbindung eines anderen Arztes für erforderlich hält, vertraglich verpflichtet, den Unfallverletzten (erneut) beim D-Arzt vorzustellen (§ 26 Abs. 1 ÄV). Eine Hinzuziehung unter Verwendung des Vordrucks für die vertragsärztliche Versorgung (Überweisungsschein – Muster 6) ist ihm nicht erlaubt.

Ein hinzugezogener Privatarzt übernimmt mit der Annahme des Auftrages die Rechte und Pflichten aus dem ÄV. Er hat daher nur gegenüber dem UVTr einen Vergütungsanspruch nach den Sätzen der UV-GOÄ (§ 62 ÄV) und ist zur unverzüglichen Befundzusendung an den hinzuziehenden Arzt und den UVTr verpflichtet (§ 61 Abs. 1 ÄV).

Zu Abs. 2

Der D-Arzt oder zugelassene Handchirurg verwendet gemäß Abs. 2 zur Hinzuziehung den Formtext F 2902 „Überweisung D-Arzt/Handchirurg“. Dem hinzuziehungsberechtigten Augen-/HNO-Arzt oder Facharzt (z.B. Neurologe, Lungenarzt etc.) ist die Verwendung des Formtextes F 2902 vertraglich nicht gestattet (§ 12 Abs. 2 ÄV – Umkehrschluss), so dass diese Ärzte zur Hinzuziehung i. d. R. den Vordruck für die vertragsärztliche Versorgung (Überweisungsschein – Muster 6) verwenden.

Der hinzugezogene Arzt ist verpflichtet, die Berechtigung des hinzuziehenden Arztes kritisch zu prüfen. Diese Prüfungspflicht ergibt sich aus den §§ 4, 12 und 62 ÄV. Bei Verwendung des Formtextes F 2902 durch einen D-Arzt oder zugelassenen Handchirurgen ist diese Prüfung unproblematisch. Beim Kassenüberweisungsschein prüft der hinzugezogene Arzt, ob (Verdachts-)Diagnose, Befund, Auftrag und Fachgebiet des hinzuziehenden Arztes den Voraussetzungen des Abs. 1 entsprechen. Dies ist z. B. nicht der Fall, wenn ein Hausarzt FA für Allgemein-/ Innere Medizin einen Radiologen beauftragt, ein unfallverletztes Gelenk im MRT zu Lasten eines UVTr zu untersuchen. Der hinzugezogene Arzt (hier: Radiologe) hat folglich keinen Anspruch auf Vergütung, wenn er trotz der (möglichen) Kenntnis über die Nichtberechtigung des hinzuziehenden Arztes, den Auftrag annimmt.

Sucht ein Unfallverletzter oder Berufserkrankter aus eigenem Antrieb und ohne Überweisungsschein einen Arzt zur Mitbehandlung/Diagnoseklärung auf, so hat dieser ihn wieder an den D-Arzt zu verweisen (§§ 26 Abs. 1, 28 ÄV).

§ 13 Vom Unfallversicherungsträger (UVTr) veranlasste ärztliche Untersuchungen

Die Unfallversicherungsträger können ärztliche Untersuchungen, auch nach Abschluss der Behandlung (z. B. Nachuntersuchungen), durch von ihnen ausgewählte Ärzte veranlassen. Auf Verlangen des Unfallversicherungsträgers leitet der behandelnde Arzt den Unfallverletzten unverzüglich dem vom Unfallversicherungsträger bezeichneten Arzt zur Untersuchung zu.

Kommentar

Die Zuleitung an den bezeichneten Arzt ermöglicht dem UVTr, das Ergebnis der bisherigen Behandlung festzustellen, Fachärzte anderer Fachgebiete in die HB/Diagnoseklärung mit einzubinden und ggf.

durch die gewonnenen Erkenntnisse die zukünftige Behandlung aktiv zu steuern. Der § 13 ÄV dient überwiegend der HVK, so dass der Unfallverletzte/Berufserkrankte nach der veranlassten Untersuchung häufig weiter vom zuleitenden Arzt behandelt wird. Bei orthopädisch-unfallchirurgischen Verletzungen ist der UVTr nicht verpflichtet, die Zuleitung nur bei einem D-Arzt mit gleichwertigem oder höherem Status (z.B. DAV, VAV bzw. SAV) zu veranlassen; er darf den Facharzt frei wählen. In § 13 ÄV wird dem UVTr die Möglichkeit eröffnet, den behandelnden Arzt bei der Zuleitung des Unfallverletzten/Berufserkrankten aktiv einzubeziehen. Der UVTr hat zu gewährleisten, dass der zuleitende Arzt umgehend Kenntnis über das Ergebnis der Untersuchung erhält.

§ 14 Ärztliche Unfallmeldung

- (1) **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. Dies gilt auch in den Fällen der Vorstellungspflicht des Unfallverletzten beim Durchgangsarzt 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.**

Arbeitshinweise

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.

Kommentar

Zu Abs. 1

Behandelnder Arzt ist zunächst jeder Mediziner (Notarzt, Hausarzt, Chirurg etc.), der Unfallverletzte versorgt. Der Notarzt ist von der Berichtspflicht ausgeschlossen, da er ein Notarztprotokoll ausfüllt, das der UVTr vom ersten weiterbehandelnden Arzt oder vom Rettungsdienst anfordern kann. Von der Berichtspflicht sind auch die Ärzte ausgeschlossen, die aufgrund anderer Paragraphen des ÄV zur gesonderten, fachspezifischen (Erst-)Berichtserstattung verpflichtet sind (z.B. D-Arzte, zugelassene Handchirurgen, HNO-Ärzte, Dermatologen etc.).

Die Berichtserstattungspflicht besteht nach erster „Inanspruchnahme“ des Arztes. Hierunter ist ein direkter persönlicher oder digitaler Arzt-Patienten-Kontakt (z.B. in der Praxis, beim Hausbesuch oder per Video) zu verstehen. Der Erstkontakt per Telefon löst dagegen keine Berichtserstattungspflicht aus. Der UVTr hat ein Interesse daran, dass ihn die notwendigen Mitteilungen und Berichte der Behandler schnell erreichen. Dies drückt sich in der sehr kurzen Frist zur Erstattung der ärztlichen Unfallmeldung (F 1050) aus. Diese beginnt nicht automatisch ab dem Unfalltag, sondern ab dem Tag der ersten Inanspruchnahme durch den Unfallverletzten bzw. am nächsten Werktag. Werkstage sind alle Kalendertage, die nicht Sonn- oder Feiertage sind. Die Frist wird in § 57 Abs. 3 ÄV in dem Sinne konkretisiert, dass für die ärztliche Unfallmeldung kein Vergütungsanspruch nach Nr. 125 besteht, wenn diese später als 8 Werkstage nach der Erstbehandlung beim zuständigen oder versehentlich bei einem unzuständigen UVTr eingehet.

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

Die ärztliche Unfallmeldung ist auch dann zu erstatten, wenn eine Vorstellungspflicht nach § 26 ÄV besteht. Die Art der Erstversorgung und die Gründe der Vorstellungspflicht beim D-Arzt sind in der ärztlichen Unfallmeldung zu dokumentieren. Nur dann besteht ein Anspruch auf die Gebühr nach Nr. 125 UV-GOÄ.

Die Erstattung der ärztlichen Unfallmeldung hat nicht zu erfolgen, wenn nach der Erstvorstellung beim D-Arzt oder zugelassenen Handchirurgen der Verletzte zur Durchführung der allg. HB an den erstbehandelnden Arzt zurück oder an den Hausarzt/Kinderarzt weiter überwiesen wird. In diesem Fall rechnet der weiterbehandelnde Arzt seine erbrachten Leistungen ohne Berichtserstattung ab.

Zu Abs. 2

In Abs. 2 wurde vereinbart, wann die Erstattung der ärztlichen Unfallmeldung nach Abs. 1 entfällt. Dies ist aufgrund der Vorstellungspflicht des § 26 Abs. 2 ÄV bei isolierten Augen- und HNO-Verletzungen der Fall.

Die Erstattung der ärztlichen Unfallmeldung hat nicht zu erfolgen, wenn nach der Erstvorstellung beim Augen- oder HNO-Arzt der Verletzte zur Durchführung der allg. HB an den erstbehandelnden Arzt zurück oder an den Hausarzt/Kinderarzt weiter überwiesen wird. In diesem Fall rechnet der weiterbehandelnde Arzt seine erbrachten Leistungen ohne Berichtserstattung ab.

§ 15 Bericht bei Erstversorgung

Der Arzt, der bei einem Unfallverletzten die Erstversorgung leistet, erstattet auf Verlangen des Unfallversicherungsträgers diesem einen Bericht über den Zustand des Unfallverletzten und die Art der geleisteten Versorgung.

Kommentar

Zum Umfang der Erstversorgung vgl. § 9 ÄV. Der an der HB nach § 4 ÄV beteiligte Arzt (D-Arzt; Kassenarzt, HNO-Arzt etc.) erstattet seinen Bericht über die Erstversorgung primär auf Grundlage der §§ 14, 27, 37 und 40 ÄV.

§ 15 ÄV gilt für ihn nur dann, wenn er aus Unkenntnis über das Vorliegen eines Versicherungsfalls handelte oder es versäumte zu berichten. Bei der zweiten Alternative besteht kein Vergütungsanspruch, wenn die Frist des § 57 Abs. 3 ÄV überschritten wurde.

§ 15 ÄV gilt nicht für den erstversorgenden Privatarzt, da er nicht am ÄV beteiligt ist (§ 4 Abs. 1 ÄV) und für ihn somit keine Pflicht zur Erstberichterstattung besteht. Der Privatarzt ist aber gemäß § 203 SGB VII gegenüber dem UVTr zur Auskunft verpflichtet.

Ein Erstbericht und damit ein Anspruch auf Vergütung kommt nur dann in Betracht, wenn der UVTr ihn anfordert. Der UVTr hat dem erstversorgenden Arzt den Berichtsvordruck zuzusenden, die Quelle zum kostenfreien Herunterladen bekannt zu geben sowie die Vergütung nach einer Gebühr der UV-GOÄ (i.d.R. Nr. 110 oder Nr. 118) mitzuteilen.

Der erstversorgende Notarzt dokumentiert seine erbrachten Leistungen im Notarztpunktprotokoll, das vom UVTr z.B. vom erstbehandelnden Krankenhaus-D-Arzt angefordert werden darf. Eine gesonderte Berichtsanforderung vom Notarzt ist somit entbehrlich.

§ 16 Mitteilungen über Besonderheiten des Behandlungsverlaufs

Der behandelnde Arzt 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 prosthetischer Versorgung,
- Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege (siehe § 19),
- Abbruch der Heilbehandlung seitens des Unfallverletzten,
- ungenügende Unterstützung bzw. fehlende Mitwirkung des Unfallverletzten bei der Durchführung der Heilbehandlung.

Arbeitshinweise der UVTr

1. Über die in § 16 genannten Besonderheiten hinaus hat der behandelnde Arzt jeweils auf Anforderung des UVTr 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 anzugeben. 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 Zwischen-oder Abschlussberichte 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 medizinischen Inhalt honoriert werden (zu den einzelnen Berichtsgebühren vgl. Arb.Hinweise zu Nrn. 110 ff. UV-GOÄ).

4. Für EAP-Verordnungen ist eine Gebühr nicht berechenbar.

Kommentar

Der behandelnde Arzt muss den UVTr über die aufgeführten Besonderheiten am Tag der Feststellung (Arzt-Patienten-Kontakt), spätestens am nächsten Werktag benachrichtigen. Dies gilt auch für den Arzt, der vom UVTr mit der Behandlung einer BK beauftragt wurde. Werkstage sind alle Kalendertage, die nicht Sonn- oder Feiertage sind. Der D-Arzt erstattet hierzu den Verlaufsbericht (Formtext F 2100). Fachärzte, für die keine Verlaufsberichte vertraglich vereinbart wurden, informieren den UVTr mittels freien Bericht (Nr. 110). Die Benachrichtigungsfrist wurde gegenüber der vorherigen Fassung präzisiert und die mitteilungspflichtigen Sachverhalte um die Notwendigkeit orthopädischer Schuhversorgung und prosthetischer Versorgung erweitert.

Fragwürdig ist die Erstattung von Verlaufs- oder Abschlussberichten bei Bagatellverletzungen oder vom D-Arzt selbst durchgeföhrter allg. HB.

Hinweis: Vom UVTr müssen nur Berichte mit aussagefähigem medizinischen Inhalt honoriert werden. Sinn und Zweck dieser Regelung ist, dass der UVTr seiner Pflicht der Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens nachkommen kann. Es muss sich daher um Sachverhalte handeln, die für die Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens wesentlich sind und den UVTr somit dazu veranlassen, tätig zu werden. Die Besonderheiten des Behandlungsverlaufes des § 16 ÄV stellen solche Sachverhalte dar.

Weitere Sachverhalte, über die der UVTr durch den behandelnden Arzt zu informieren ist sind:

- die Einleitung einer bes. HB
- neu geplante Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung – die Hinzuziehung anderer Ärzte zur Diagnoseklärung/Mitbehandlung – die Verordnung von Ergotherapie, EAP, BGSW, KSR, ABMR
- der Hinzutritt relevanter unfallunabhängiger gesundheitlicher Beeinträchtigungen – die (vorübergehende) Einschränkung der Ausübung der bisherigen Tätigkeit – die dauerhafte Nichtausübung der bisherigen Tätigkeit
- fehlende Kenntnisse über die konkreten Arbeitsplatzverhältnisse (Tätigkeitsprofil)
- Maßnahmen zur schnelleren Wiedereingliederung (Arbeitshilfen, Hilfsmittel etc.)
- die Erforderlichkeit und der geplante Beginn einer Arbeits- und Belastungserprobung
- der konkrete Anlass zur Beratung durch einen Reha-Manager/Berufshelfer

Die obigen Sachverhalte sind im vom D-Arzt zu verwendenden Verlaufsbericht weitestgehend enthalten. Von besonderem Interesse dürften diese Sachverhalte daher für Augen-/ HNO-Ärzte und hinzugezogene Fachärzte sein, da für diese keine Verlaufsberichte mit entsprechendem Inhalt vereinbart wurden.

Bei geringen Verletzungen im Rahmen der allg. HB sind die oben aufgeführten Sachverhalte und die Besonderheiten im Behandlungsverlauf des § 16 ÄV regelhaft eher nicht gegeben. Eine wesentliche Änderung der Diagnose liegt z.B. vor wenn zunächst von einer Prellung des Handgelenks ausgegangen wurde und sich eine Kahnbeinfraktur herausstellt.

Eine unerwartete Heilkomplikation liegt z.B. dann vor, wenn sich eine zunächst normal heilende Wunde entzündet und die Behandlung dadurch wesentlich verlängert.

Bei dem Merkmal „Abbruch der HB seitens des Unfallverletzten“ muss es sich um Sachverhalte handeln, die eine erforderliche weitere Behandlung bzw. Kontrolle durch den Arzt auch nicht möglich machen. Ist die Behandlung im Grunde beendet und fehlt es an der letzten Kontrolle, ist das Merkmal „Abbruch der HB seitens des Unfallverletzten“ nicht erfüllt.

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

§ 17 Hinweis zur beruflichen Wiedereingliederung

Der behandelnde Arzt gibt dem Unfallversicherungsträger frühzeitig einen Hinweis, wenn eine stufenweise Wiedereingliederung angezeigt ist oder die Einleitung von Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung/schulischen Förderung notwendig erscheint bzw. Probleme bei der beruflichen Wiedereingliederung zu erwarten sind.

Kommentar

Der behandelnde Arzt beurteilt kontinuierlich, ob der Unfallverletzte/Berufserkrankte seine bisherige Tätigkeit zukünftig wieder uneingeschränkt ausüben kann. Hierzu benötigt er Kenntnis über die konkreten Arbeitsplatzverhältnisse, die ggf. vom UVTr durch Anforderung eines Tätigkeitsprofils zu ermitteln und ihm zuzusenden sind. Stellt der behandelnde Arzt Probleme bei der beruflichen Wiedereingliederung fest, informiert er den UVTr frühzeitig.

Der D-Arzt weist den UVTr im Verlaufsbericht (Formtext 2100) auf die in § 17 ÄV genannten Maßnahmen hin. Alle anderen Fachärzte (HNO-, Augenärzte etc.) informieren den UVTr über die in § 17 ÄV genannten Maßnahmen mittels freien Bericht (Vergütung nach Nr. 110).

Die betriebliche Belastungserprobung zielt auf die berufliche Wiedereingliederung des Unfallverletzten/Berufserkrankte an seinem bisherigen Arbeitsplatz ab. Dabei wird in einem vorab festgelegten Zeitraum (4–6 Wochen) die tägliche Arbeitszeit wöchentlich bis zur Vollbelastung gesteigert. Der behandelnde Arzt verwendet zur Einleitung die dafür vereinbarten Formtexte zur Belastungserprobung (F 3110 und F 3112).

Folgende Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung kommen insbesondere in Betracht:

- zur Berufsfindung
- zur Arbeitserprobung und Berufsvorbereitung,
- zur Erlangung bzw. Erhaltung eines entsprechenden Arbeitsplatzes,
- zur beruflichen Anpassung,
- zur beruflichen Aus- und Fortbildung sowie
- Umschulungsmaßnahmen

Schulische Förderung kann eine Sonderbetreuung sein, die während des Schulbesuchs durch das Lehrpersonal nicht übernommen werden kann, oder Ersatzmaßnahmen, da der Schulbesuch unfallbedingt nicht möglich ist. Gleiches gilt für Kinder in Tagesstätten und Studierende.

§ 18 Unterstützungspflicht des Arztes bei besonderen medizinischen Maßnahmen

- (1) **Der behandelnde Arzt unterstützt den Unfallversicherungsträger im Einzelfall auf Verlangen, wenn dieser besondere medizinische Maßnahmen einleiten oder veranlassen will.**
- (2) **Von Anordnungen, die einen Eingriff in seine Behandlung (z. B. Verlegung oder Vorstellung bei anderen Ärzten) bedeuten, ist der Arzt so rechtzeitig zu benachrichtigen, dass er davon nicht später Kenntnis erhält als der Unfallverletzte.**
- (3) **Vom Unfallversicherungsträger im Zusammenhang mit Abs. 1 angeforderte Auskünfte, Berichte und Aufzeichnungen sind diesem innerhalb von drei Tagen zuzuleiten.**

Kommentar

Zu Abs. 1

§ 18 ÄV gilt auch bei der Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten. Im Zusammenhang mit seiner Verpflichtung aus § 6 ÄV, alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig nach dem Versicherungsfall einsetzende und sachgemäße HB gewährleistet wird, kann der UVTr bes. HB-Maßnahmen einleiten oder veranlassen. Da derartige Maßnahmen in der Regel eilbedürftig sind, muss der behandelnde Arzt / Psychologe entsprechende(s) Auskünfte, Berichte, Testergebnisse, Bildmaterial und Aufzeichnungen dem UVTr oder der mit der Maßnahme beauftragten Einrichtung zuzuleiten sind. Die Unterstützung beinhaltet auch ein vom UVTr beauftragtes Arzt-Patienten-Gespräch bzw. Psychologen-Patienten-Gespräch, indem die Vorteile und Ziele der medizinischen bzw. psychotherapeutischen Maßnahme erläutert werden. Nimmt ein Reha-Manager des UVTr an einem Arzt-Patienten-Gespräch teil und werden erstmals weitere Behandlungsmaßnahmen erörtert, vereinbart, veranlasst und schriftlich fixiert, so stellt dies eine Erstellung eines Reha-Plans dar, der den Arzt zur Abrechnung der Nr. 17 berechtigt.

Zu Abs. 2

Mit „Anordnung“ ist das Recht des UVTr gemeint, den Versicherten aufgrund seiner Mitwirkungspflichten zur Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens bei einem anderen Arzt / Psychologen

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

vorzustellen. Abs. 2 stellt sicher, dass Anordnungen des UVTr, die einen Eingriff in die Behandlung des Arztes Arzt / Psychologen bedeuten, diesem so rechtzeitig mitgeteilt werden, dass er zumindest zeitgleich mit dem Unfallverletzten informiert ist. Dem behandelnden Arzt Arzt / Psychologen ist auch der Grund der Verlegung bzw. Vorstellung vom UVTr mitzuteilen. Dies soll gewährleisten, dass das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sowie Arzt und UVTr nicht belastet wird. Auch wenn nicht ausdrücklich erwähnt, gilt Abs. 2 auch bei einer BK / wie-BK.

Zu Abs. 3

Die kurze Zuleitungsfrist des Abs. 3 soll gewährleisten, dass der UVTr die angeforderten Unterlagen sichten und anschließend rechtzeitig an die mit der Maßnahme beauftragte Einrichtung übermitteln kann. Die Form der Zuleitung wurde vertraglich nicht vereinbart, so dass verschiedene datenschutzsichere Übermittlungsformen (Brief, FAX, De-Mail, Datenträger etc.) denkbar sind. Auskünfte und Berichte werden mit den Nrn. 110 bis 118 und Auszüge aus der Krankengeschichte mit Nr. 193 vergütet.

§ 19 Verordnung häuslicher Krankenpflege

Der behandelnde Arzt kann häusliche Krankenpflege (§ 32 SGB VII) verordnen. Er hat hierbei die „Gemeinsamen Richtlinien der Spaltenverbände der Unfallversicherung über häusliche Krankenpflege“ in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

Kommentar:

Durch den Grundsatz des § 32 Abs. 1 SGB VII „häusliche Krankenpflege statt Krankenhausbehandlung“ wird klargestellt, dass der § 19 ÄV nur als Alternative zur stationären HB (z. B. VAV, SAV) zur Anwendung kommt.

Die häusliche Krankenpflege stellt eine Besonderheit im Behandlungsverlauf (§ 16 ÄV) dar. Die Verordnung obliegt dem D-Arzt. Sie ist dem UVTr am gleichen Tag, spätestens am nächsten Werktag mitzuteilen. Werktag sind alle Kalendertage, die nicht Sonn- oder Feiertage sind.

Der Arzt, der allg. HB selbst eingeleitet hat (§14 ÄV) oder dem die allg. HB vom D-Arzt übertragen wurde (§§ 27 Abs. 1 und 26 Abs. 2 ÄV), darf keine häusliche Krankenpflege verordnen. Hält er diese für erforderlich, so ist mit entsprechendem Hinweis (wieder) eine Vorstellung beim D-Arzt zu veranlassen. Ein vom UVTr mit der BK-Behandlung beauftragter Arzt (§ 45 ÄV) darf häusliche Krankenpflege verordnen, wenn die Erkrankung es erfordert (z.B. Onkologe bei Krebs-BK).

Nachfolgender Hinweis auf § 32 SGB VII.

SGB VII § 32 Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann und das Ziel der Heilbehandlung nicht gefährdet wird.
- (2) Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall aufgrund ärztlicher Verordnung erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.
- (3) Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit es einer im Haushalt des Versicherten lebenden Person nicht zuzumuten ist, Krankenpflege zu erbringen. Kann eine Pflegekraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von einer Gestellung abzusehen, sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegekraft in angemessener Höhe zu erstatten.
- (4) Das Nähere regeln die Verbände der Unfallversicherungsträger durch gemeinsame Richtlinien. Für die Einhaltung dieser Bestimmung ist es erforderlich, dass die genannten Richtlinien den behandelnden Ärzten von den Partnern des Vertrages zur Verfügung gestellt werden.

Gemeinsame Richtlinien der Verbände der Unfallversicherungsträger über häusliche Krankenpflege (§ 32 Abs. 4 SGB VII) – (im Internet unter www.dguv.de/inhalt/rehabilitation/documents/pflege.pdf)

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

§ 20 Verordnung von Heilmitteln

- (1) **Heilmittel (§ 30 SGB VII)** können nur der Durchgangsarzt, der Handchirurg nach § 37 Abs. 3 sowie der nach § 12 hinzugezogene Arzt 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 Unfallversicherungsträger vorgesehenen Formtexte zu verwenden (Formtext F 2400 – Verordnung von Leistungen zur KG/ physikalische Therapie – bzw. Formtext F 2410 – EAP-Verordnung).

Arbeitshinweise der UVTr (Ausschnitt)

3. Eine Zustimmung des UVTr 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 UVTr 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 ...“

Kommentar

Zu Abs. 1

Neben der Krankengymnastik (KG) und physikalischen Therapie (PT) gehören auch die Ergo-; Stimm-, Sprech-, Sprach-, Atem- und podologische Therapie zu den Heilmitteln. Für die Verordnung von Ergotherapie (Ergo) ist der mit den UVTr vereinbarte Formtext F 2402 zu verwenden. Ist die Ergo mit oder neben der EAP zu erbringen, so ist neben der EAP-Verordnung zusätzlich auch eine Ergo-Verordnung erforderlich. Die Ergo-Gebühr ist neben der EAP-Gebühr gesondert abrechenbar.

Heilmittel darf grundsätzlich nur der D-Arzt, zugelassene Handchirurg (§ 37 Abs. 3 ÄV), hinzugezogene Arzt (§ 12 ÄV) und verantwortliche BGSW-Arzt verordnen. Die Einführung einer KG-, PT- und Ergo-Langzeitverordnung von bis zu 6 Monaten soll gewährleisten, dass Unfallverletzte beim D-Arzt / zugelassenen Handchirurgen in Behandlung bleiben und keine Verordnungen mehr an Hausärzte versendet werden.

Für die Verordnung von Heilmitteln durch einen nicht berechtigten Arzt im Sinne von des Satz 2 ist eine vorherige Zustimmung des UVTr erforderlich. Diese Regelung dürfte nur noch für den Arzt gelten, der vom UVTr gemäß § 45 ÄV mit der Behandlung einer BK beauftragt wurde. Die UVTr verfügen über KG/PT- und Ergo-Verordnungen, die diese vom DGUV-LV beziehen. Die Verordnungen werden bei einer Zustimmung vom UVTr mit den Daten des Berufserkrankten ausgefüllt und dem beantragenden „anderen Arzt“ zugesandt.

Zu Abs. 2

In Abs. 2 wird klargestellt, dass nur die DGUV-Formtexte bei der Verordnung von KG, PT und EAP zu verwenden sind. Die Verwendung von Privat- oder Kassenverordnungen ist bei diesen Heilmitteln unzulässig. Bei Durchführung einer KG, PT oder Ergo aufgrund einer Privat- oder Kassenverordnung besteht daher kein Vergütungsanspruch.

Eine kurze KG/PT/Ergo-Verordnung gilt längstens 4 Wochen (die Frist beginnt ab Verordnungsdatum, spätestens aber 14 Tage nach der Verordnung) und eine Langzeitverordnung gilt für 6 Monate (die Frist beginnt am Tag der ersten Behandlung). Danach ist eine Kontrolluntersuchung beim verordnenden Arzt erforderlich und ggf. eine weitere Verordnung dem UVTr zu begründen. Medizinische Trainingstherapie (MTT) darf nur mit der EAP-Formtext (F2410) verordnet werden. Die Genehmigung der isolierten MTT durch den UVTr ist nicht erforderlich (Siehe DGUV Rdschr. 0133/2016 vom 01.04.2016 – Handlungsanleitung KG/PT/Ergo).

Ein Vergütungsanspruch besteht nicht, wenn die Vorgaben des Arztes wie Behandlungsbeginn, Zeitabstände, Dosierung und Dauer nicht eingehalten werden (§ 4 Abs. 5 Physiotherapeutenvereinbarung; § 8 Abs. 6 Ergotherapeutenvereinbarung).

Reha-Sport ist kein Heilmittel, sondern eine ergänzende Reha-Leistung, die auf der Grundlage der §§ 39 Abs.1 Nr. 2 SGB VII i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 3, 4 SGB IX als Sachleistung erbracht wird. Die

Maßnahme dient der allgemeinen Stärkung der Leistungsfähigkeit, kommt solange in Betracht, als dadurch das Ziel der Reha gefördert wird und findet unter ärztlicher Aufsicht in Gruppen statt. Dabei ist eine ärztliche Verordnung und vorherige Genehmigung durch UVTr erforderlich. (Siehe DGUV Rdschr. 0459/2012 vom 22.10.2012).

§ 21 Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln

- (1) Der behandelnde Arzt 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 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.

Arbeitshinweise der UVTr zu §§ 21 und 22

2. Mit dem Rdschr. der LV'e vom 3.6.2003 (LVBG 28/2003) wurden die UVTr 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 UVTr 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 HB 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.

Kommentar

Zu Abs. 1

Die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln ist durch alle behandelnden Ärzte möglich und damit nicht auf D- und BK-Ärzte sowie zugelassene Handchirurgen beschränkt. Grundsätzlich sind Arzneimittel zu verordnen, für deren Wirkstoffgruppen ein GKV-Festbetrag festgesetzt wurde, es sei denn das Ziel der HB kann mit einem Festbetragsarzneimittel nicht erreicht werden (z.B. neues Medikament bei einer Krebs-BK). In diesem Fall kann der Arzt auch ein teures Medikament verordnen; dabei ist eine sorgfältige Dokumentation erforderlich.

Zu Abs. 2

In Abs. 2 wurde vereinbart, dass die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln grundsätzlich mit dem Verordnungsblatt der vertragsärztlichen Versorgung (Muster 16) erfolgt und welche Kennzeichnungen bei einem Arbeitsunfall / einer BK im Verordnungsblatt vorzunehmen sind.

Bei Unfällen, die Arbeitsunfällen gleichgestellt sind (z.B. in der Kindertagesstätte, Schule, Hochschule, beim Ehrenamt oder bei der Pflege von Angehörigen), ist ebenfalls das Feld „Arbeitsunfall“ anzukreuzen.

Handschriftliche Änderungen auf der ausgedruckten Verordnung durch den Arzt oder Apotheker sind unzulässig. Der UVTr darf daher bei der Änderung des Leistungsträgers (z.B. Ändern von GKV-Träger auf BG/UK) die Vergütung verweigern.

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

§ 22 Verordnung von Hilfsmitteln

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

Arbeitshinweise der UVTr siehe § 21

Kommentar

Zu Abs. 1

Hilfsmittel darf nur der D-Arzt, zugelassene Handchirurgen oder nach § 12 hinzugezogene Arzt verordnen. Eine Ausnahme gilt für Seh- und Hörhilfen, die nur der Augen- bzw. HNO-Arzt verordnen darf. Mit Ausnahme des DGUV-Vordruckes zur Verordnung von Orthopädischen Schuhen und Einlagen (Formtext F 2404), gelten auch für Hilfsmittel die Formtexte der vertragsärztlichen Versorgung, die jedoch besonders zu kennzeichnen sind (vgl. § 21 Abs. 2 ÄV). Das Ausstellen von Privatverordnungen zu Lasten des UVTr ist somit unzulässig. § 22 ÄV gilt auch für den Arzt, der vom UVTr gemäß § 45 mit der Behandlung einer BK beauftragt wurde.

Keine Hilfsmittel darf der Arzt verordnen, der:

1. wegen fehlender Vorstellungspflicht im Sinne des § 26 ÄV eine allg. HB einleitet, den Versicherten somit selbst behandelt und dem UVTr gemäß § 14 ÄV eine Ärztliche Unfallmeldung (Formtext F 1050) erstattet.
2. einen Unfallverletzten vom D-Arzt, zugelassenen Handchirurgen, HNO- oder Augenarzt zur Durchführung einer allg. HB (zurück) überwiesen bekommt (§ 27 Abs. 1, § 26 Abs. 2 ÄV).
3. eine anerkannte BK ohne Auftrag des UVTr (§ 45 ÄV) behandelt.

Der nicht verordnungsberechtigte Arzt ist, wenn er eine Hilfsmittelversorgung für erforderlich hält, vertraglich verpflichtet, den Unfallverletzten je nach Art des Hilfsmittels (erneut) bei einem der in §§ 26 Abs. 1 und 2; 12 ÄV genannten Ärzte vorzustellen. Eine Hilfsmittelverordnung unter Verwendung des Vordrucks für die vertragsärztliche Versorgung ist ihm nicht erlaubt. Dies wäre ein Verstoß gegen § 3 ÄV.

Zu Abs. 2

Für Seh- und Hörhilfen sind die Formtexte der vertraglichen Versorgung zu verwenden. Die Ausstellung von Privatverordnungen zu Lasten des UVTr ist somit unzulässig. Als Kostenträger ist der UVTr einzutragen. Bei einem Arbeitsunfall sind der Unfalltag und der Unfallbetrieb anzugeben; bei einer BK der Tag des Versicherungsfalls und das Unternehmen, in dem die BK erworben wurde.

UVTr über Hilfsmittel (§ 31 Abs. 2 Satz 2 SGB VII) – im Internet unter www.dguv.de/inhalt/rehabilitation/documents/hilfsm_vo.pdf

Nicht aufgenommen haben die Autoren, die Tatbestände für Kleider- und Wäschemehrverschleiß mit Bewertungszahl, die sich am Ende der Richtlinie befinden. Diese kann jederzeit über die angegebene Internetadresse nachgelesen werden.

1. Rechtsgrundlagen

1.1 Nach Eintritt eines Versicherungsfalles (§ 7 Abs. 1 SGB VII) sind vom UVTr im Rahmen der HB einschließlich Leistungen zur medizinischen Reha, der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft die erforderlichen Hilfsmittel nach Maßgabe der §§ 10, 17, 22, 29 SGB I; §§ 26, 27, 31, 33 Abs. 1, 35 und 39 SGB VII i.V.m. §§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 SGB IX zu bewilligen. Hilfsmittel kommen auch nach § 3 Abs. 1 BKV i.V. m. § 1 SGB IX in Betracht, wenn für einen Versicherten die Gefahr besteht, dass eine BK entsteht, wieder auflebt oder sich verschlimmert. Voraussetzungen, Art und Umfang der Ausstattung mit Hilfsmitteln sind gemäß § 31 Abs. 2 SGB VII durch die Verordnung über die orthopädische Versorgung Unfallverletzter vom 18. Juli 1973 (VO 73) näher geregelt. Für die Versorgung mit Kraftfahrzeugen gelten § 6 Abs. 2 und 3 VO 73, die Verordnung über Kraftfahrzeughilfe zur beruflichen Reha vom 1. Oktober 1987 (KfzHV) sowie die Richtlinien über Kraftfahrzeughilfe in der GUV vom 1. Januar 1997. Als Gesundheitsschaden gilt auch die Beschädigung oder der Verlust eines Hilfsmittels (§ 8 Abs. 3 SGB VII).

1.2 Bei Ausstattung mit Hilfsmitteln im Geltungsbereich des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) bzw. in Staaten, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht, gelten etwaige Sonderregelungen der EWG-Verordnungen oder des jeweiligen Abkommens zur Sachleistungsaushilfe. Im übrigen Ausland gilt § 97 SGB VII.

2. Ziel und Art der Versorgung mit Hilfsmitteln

Die Versicherten sind mit den Hilfsmitteln zu versorgen, die wegen des Gesundheitsschadens erforderlich sind. Diese sollen eine drohende Behinderung abwenden, ausgefallene Körperfunktionen ersetzen, beeinträchtigte ausgleichen und die Auswirkungen im medizinischen, beruflichen, schulischen und sozialen Bereich erleichtern. Hilfsmittel sind insbesondere Kunstglieder, Kunstaugen, Zahnersatz und andere künstliche Körperteile, Stützapparate, orthopädisches Schuhwerk, Stockstützen und andere Gehhilfen, Rollstühle, Kraftfahrzeuge, Hilfsmittel und Geräte zur Unterstützung oder zum Ersatz von Körperfunktionen, Perücken, Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens und technische Arbeitshilfen, die der Überwindung der Verletzungsfolgen dienen, Zubehör, das dem Zweck des Hilfsmittels dient und ohne dass das Hilfsmittel nicht sachgerecht benutzt werden kann, Blindenführhunde.

2.1 Medizinische Reha

Hilfsmittel sollen insbesondere

- eine drohende BK verhüten
- den Erfolg der HB sichern oder die Folgen von Gesundheitsschäden mildern oder ausgleichen und Verschlimmerungen vorbeugen,
- eine körperliche Behinderung ausgleichen,
- die Auswirkungen der Verletzungsfolgen erleichtern und
- die Versicherten, soweit wie möglich, unabhängig von Pflege machen.

2.2 Teilhabe am Arbeitsleben

Hilfsmittel dienen insbesondere

- der Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes,
- der Förderung der Arbeitsaufnahme,
- der individuellen Anpassung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen sowie der Einrichtungen und Geräte an das eingeschränkte Leistungsvermögen des Versicherten,
- dem Erreichen des Arbeits- und Ausbildungsortes,
- der erhöhten Sicherheit auf dem Wege zum und vom Arbeits-/Ausbildungsort und am Arbeitsplatz selbst und
- der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Für Kinder und Jugendliche kommen entsprechende Hilfsmittel in Betracht, um sie auf den Schulbesuch vorzubereiten oder ihnen eine angemessene Schulbildung zu ermöglichen.

2.3 Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Hilfsmittel dienen insbesondere dazu,

- die Wohnung des Versicherten behindertengerecht auszustatten,
- den Versicherten die Versorgung des Haushaltes und sonstige Verrichtungen des täglichen Lebens sowie die Verständigung mit der Umwelt zu erleichtern und

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

– ihre Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben insbesondere die dazu erforderliche Mobilität sicherzustellen.

3. Allgemeine Leistungsgrundsätze

3.1 Versicherte haben einen Rechtsanspruch auf die erforderliche Versorgung mit Hilfsmitteln als Leistung zur Reha und zur Teilhabe.

3.2 Dem UVTr ist hinsichtlich der Art und des Umfanges der Versorgung mit Hilfsmitteln und Hilfen ein Auswahlermessen eingeräumt, soweit nicht die VO 73 eine abschließende Regelung trifft. Der UVTr hat sein Ermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung auszuüben und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einzuhalten (§ 39 SGB I). Die Ausübung des Ermessens hat sich an dem „mit allen geeigneten Mitteln“ anzustrebenden Rehaziel auszurichten. Dabei sind Art und Schwere des Gesundheitsschadens, die persönlichen, familiären, beruflichen und schulischen Verhältnisse der Versicherten, ihr Bedarf, ihre Leistungsfähigkeit, die örtlichen Verhältnisse sowie ihre angemessenen Wünsche zu berücksichtigen (§ 33 SGB I). Die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sind zu beachten (§ 69 SGB IV).

3.3 Die Versicherten sind verpflichtet, sich mit dem Gebrauch der Hilfsmittel vertraut zu machen und sich der dazu etwa erforderlichen Ausbildung auf Kosten des UVTr zu unterziehen. Daneben haben sie auch im Rahmen der §§ 60 ff. SGB I bei der Leistungsfeststellung und –erbringung mitzuwirken. In die Ausbildung sind bei Bedarf betreuende Personen einzubeziehen, mit deren Hilfe die Versicherten in die Lage versetzt werden, das Hilfsmittel sachgerecht zu benutzen.

3.4 Soweit nach § 36 Abs. 2 SGB V für Hilfsmittel Festbeträge festgesetzt sind, gelten die nach § 36 Abs. 1 SGB V festgelegten Leistungsbeschreibungen, sofern mit diesen Hilfsmitteln das Ziel der HB erreicht werden kann (§§ 31 Abs. 1 u. 29 Abs. 1, Satz 2 SGB VII).

4. Leistungsinhalt

4.1 Die Versorgung mit Hilfsmitteln umfasst die Erstausstattung, Instandsetzung, Änderung und Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

4.2 Kosten wegen versicherungsfallbedingt erforderlicher Änderungen an Schuhen, Bekleidung und Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens sowie an Hilfsmitteln sind in angemessenem Umfang zu übernehmen.

4.3 Bei Beschädigung oder Verlust eines Hilfsmittels (§ 8 Abs. 3 SGB VII) ist dieses wiederherzustellen oder zu erneuern (§ 27 Abs. 2 SGB VII).

5. Allgemeine Bestimmungen über Hilfsmittel

5.1 Hilfsmittel sollen dem allgemein anerkannten Stand der technischen Entwicklung entsprechen. Sie sind in der erforderlichen Zahl zur Verfügung zu stellen.

5.2 Vor jeder erstmaligen Bewilligung, größeren Instandsetzung oder Ersatzbeschaffung eines Hilfsmittels soll ein sachverständiger Arzt zugezogen werden, wenn es wegen der Art der Versorgung erforderlich ist. Der Arzt soll das Hilfsmittel nach Fertigstellung, in Anwesenheit der Versicherten, auch auf die Passfähigkeit und die ordnungsgemäße Herstellung (Ausführung der Arbeit, Material, Angemessenheit des Preises usw.) prüfen. Soweit erforderlich, sollen bei Bewilligung von Hilfsmitteln Arbeitsmediziner und ggf. technische Berater beteiligt werden.

5.3 Die Hilfsmittel werden, soweit nichts anderes bestimmt ist, kostenfrei geliefert. Wünschen Versicherte eine besonders kostspielige Ausführung oder Ausstattung, die nach dem Ziel der Reha nicht gerechtfertigt ist, haben sie die zusätzlichen Kosten selbst zu tragen.

5.4 Soweit für Hilfsmittel Festbeträge nach § 31 Abs. 1 SGB VII i.V. m. § 36 Abs. 2 SGB V festgelegt sind, gelten diese, ansonsten sind die vereinbarten Preise (z.B. Bundesprothesenliste, Schuhlisten der Länder u.a.) zugrunde zu legen.

5.5 Haben Versicherte nach den Bestimmungen der Ziff. 6 dieser Richtlinien einen Eigenanteil an einem Hilfsmittel selbst zu tragen, entspricht dessen Höhe dem Betrag, der in der jeweils geltenden Verordnung über die Versorgung mit Hilfsmitteln und über Ersatzleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (Orthopädie-Verordnung) festgesetzt ist. Auf Antrag kann den Versicherten, mit Rücksicht auf ihre wirtschaftlichen Verhältnisse, die Erstattung des Eigenanteils ganz oder zum Teil erlassen werden.

5.6 Haben Versicherte sich Hilfsmittel ohne vorheriges Einverständnis des UVTr beschafft oder in Stand setzen lassen, kann die Übernahme der entstandenen Kosten abgelehnt werden, sofern die Beschaffung oder Instandsetzung nicht dem Ziel der Reha entspricht oder die Kosten unangemessen sind.

5.7 Hilfsmittel sind zu ersetzen, wenn sie unbrauchbar geworden sind und eine Änderung oder Instandsetzung wirtschaftlich nicht vertretbar ist. Die Gebrauchszeit hängt vom funktionsgerechten Verschleiß ab, der von Art und Beschaffenheit des Hilfsmittels, Körperkonstitution sowie Lebensweise und beruflicher Tätigkeit der Versicherten bestimmt wird. Dabei ist die pflegliche Behandlung zu beachten. Die Instandsetzung oder der Ersatz von Hilfsmitteln kann ganz oder teilweise verweigert werden, wenn Versicherte deren Unbrauchbarkeit durch Missbrauch vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben.

5.8 Der UVTr kann sich an wertvollen Hilfsmitteln das Eigentum vorbehalten oder übertragen lassen. Er soll von dieser Möglichkeit bei der Bewilligung und Auftragerteilung gegenüber den Versicherten und Lieferanten durch eine entsprechende Regelung Gebrauch machen, wenn es sich um wieder verwendbare Gegenstände handelt.

5.9 Verursachen die Gesundheitsschäden außergewöhnlichen Verschleiß an Kleidung und Wäsche, sind die dadurch entstehenden Kosten durch einen monatlichen Pauschbetrag zu ersetzen. Für Voraussetzungen und Höhe der Entschädigung für Kleider- und Wäscheverschleiß gilt § 15 Bundesversorgungsgesetz entsprechend. Die einzelnen Verschleißtatbestände ergeben sich aus der Anlage. Ist für das Zusammentreffen von Verschleißtatbeständen, die in der Anlage geregelt sind, kein Pauschbetrag vorgesehen, ist unter Berücksichtigung der Pauschbeträge für die einzelnen Tatbestände ein Gesamtpauschbetrag festzusetzen, der den Höchstbetrag nicht überschreiten darf. Liegen Verschleißtatbestände vor, die in der Anlage einzeln oder in Kombination nicht aufgeführt sind, kann auch ein Pauschbetrag zwischen den Mindest- und Höchstbeträgen festgesetzt werden. Sollte dies den Besonderheiten eines Falles noch nicht Rechnung tragen, ist auch ein Pauschbetrag möglich, der den Höchstbetrag übersteigt, begrenzt auf den tatsächlichen Mehraufwand.

6. Nähere Bestimmungen über Hilfsmittel

6.1 Beinprothesen

6.1.1 Bei der Verordnung und Herstellung von Beinprothesen ist in der Regel die Bundesprothesenliste zugrunde zu legen. So weit Festbeträge nach § 36 SGB V festgesetzt sind, gilt Ziff. 5.4.

6.1.2 Sie sind bei der Erstausstattung in der Regel in doppelter Zahl zu liefern, damit ein Wechsel möglich ist. Die Wechselprothese soll jedoch erst nach Anpassung an die erste Prothese geliefert werden.

6.1.3 Einseitig Beinamputierte erhalten, soweit erforderlich, bei der Erstausstattung zu jeder Prothese außer einem Prothesenschuh (ggf. Konfektionsschuh) einen Schuh für den erhaltenen Fuß kostenfrei mitgeliefert. Bei Versorgung mit einem Prothesenschuh kann auf Antrag für den erhaltenen Fuß ein weiterer Schuh (3er-Ausstattung) bewilligt werden. Bedarf dieser Fuß unabhängig vom Unfall orthopädischer Versorgung (Einlagen, orthopädischer Schuh), werden die dadurch entstehenden Mehrkosten übernommen, falls nicht ein Dritter leistungspflichtig ist.

6.1.4 Prothesenschuhe werden kostenfrei ersetzt. Einseitig Beinamputierten sind dabei Schuhe für den erhaltenen Fuß gegen Erstattung eines Eigenanteils (Ziff. 5.5) mitzuliefern.

6.1.5 Die Kosten der infolge gewöhnlicher Abnutzung erforderlichen Besohlung der Prothesenschuhe sind von dem Versicherten zu tragen.

6.1.6 Einseitig Beinamputierte, die eine Prothese nicht tragen können, erhalten als Erstausstattung für den erhaltenen Fuß Konfektionsschuhe und ein Wechselpaar. Diese Schuhe werden gegen Erstattung eines Eigenanteils (Ziff. 5.5) ersetzt. Abs. 1 gilt auch, wenn der erhaltene Fuß orthopädischer Versorgung bedarf und nicht ein Dritter leistungspflichtig ist. Bei den Kosten für die Konfektionsschuhe soll regelmäßig von einer mittleren Preislage ausgegangen werden.

6.1.7 Eine wasserfeste Gehhilfe (Badeprothese) kann zusätzlich bewilligt werden.

6.2 Armprothesen

6.2.1 Bei der Verordnung und Herstellung von Armprothesen ist in der Regel die Bundesprothesenliste zugrunde zu legen. So weit Festbeträge nach § 36 SGB V festgesetzt sind, gilt Ziff. 5.4.

6.2.2 Bei der Bewilligung von Prothesen (Funktionsprothesen und Kosmetikprothesen), Hand- und Fingerersatzstücken, sind medizinische, berufliche, schulische und soziale Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Voraussetzung für die Bewilligung willkürlich beweglicher Prothesen oder ähnlicher Sonderkonstruktionen ist außerdem die physische Eignung der Versicherten.

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

6.2.3 Armprothesen werden regelmäßig in einfacher Anzahl bewilligt. Aus Gründen der Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Verbesserung der durch den Versicherungsfall geschaffenen Lage kann eine zweite Prothese geliefert werden. Dies soll jedoch erst nach Anpassung an die erste Prothese geschehen.

6.2.4 Künstlicher Ersatz von Fingern oder eines Teiles der Mittelhand ist zu bewilligen, wenn er die Greiffähigkeit verbessert oder aus ästhetischen Gesichtspunkten erforderlich ist.

6.3 Stützapparate

6.3.1 Stützapparate, Schienen und ähnliche Hilfsmittel werden in einfacher, in begründeten Fällen in doppelter Zahl geliefert.

6.4 Orthopädische Schuhe

6.4.1 Bei der Verordnung und Herstellung ist in der Regel die Bundesschuhliste zugrunde zu legen. Soweit Festbeträge nach § 36 SGB V festgesetzt sind, gilt Ziff. 5.4.

6.4.2 Orthopädische Schuhe sind für den einzelnen Fuß nach Maß und Modell angefertigte Schuhe, die zur Bettung, Entlastung und Stützung des geschädigten Fußes, zum Defektausgleich oder zur Korrektur besonders hergerichtet oder mit Feststellungs- und Abrollhilfen versehen und dadurch geeignet sind, das Gehvermögen zu bessern oder Beschwerden zu beheben.

6.4.3 Orthopädische Straßenschuhe sind bei der Erstausstattung in der Regel in doppelter Zahl zu liefern. Die Wechselschuhe sollen jedoch erst nach Anpassung an das erste Paar Schuhe geliefert werden.

6.4.4 Versicherte, die nur einseitig mit orthopädischen Straßenschuhen zu versorgen sind, erhalten bei der Erstausstattung zu jedem orthopädischen Schuh einen Schuh für den nicht verletzten Fuß kostenfrei mitgeliefert. Auf Antrag kann auch für den nicht verletzten Fuß ein weiterer Schuh (3er-Ausstattung) geliefert werden. Bedarf dieser Fuß unabhängig vom Versicherungsfall orthopädischer Versorgung (Einlagen, orthopädischer Schuh), werden die dadurch entstehenden Mehrkosten übernommen, falls nicht ein Dritter leistungspflichtig ist.

6.4.5 Orthopädische Schuhe sind bei Bedarf kostenfrei zu ersetzen. Einseitig Fußverletzten sind dabei Schuhe für den nicht verletzten Fuß gegen Erstattung eines Eigenanteils (Ziff. 5.5) mitzuliefern. Bedarf dieser Fuß unabhängig vom Versicherungsfall orthopädischer Versorgung und ist ein Dritter leistungspflichtig, gilt Satz 2 nur dann, wenn sich der Dritte an den Kosten beteiligt. Die Kosten der infolge gewöhnlicher Abnutzung erforderlichen Besohlung der orthopädischen Schuhe sind von den Versicherten zu tragen.

6.4.6 Die mit orthopädischen Straßenschuhen zu versorgenden Versicherten können zusätzlich orthopädische Hausschuhe, orthopädische Badeschuhe sowie orthopädische Sportschuhe zur Ausübung geeigneter Sportarten erhalten. Sind Versicherte, die mit orthopädischen Straßenschuhen zu versorgen sind, an ihrem Arbeitsplatz auf das Tragen von Sicherheitsschuhen angewiesen, erhalten sie zusätzlich orthopädische Schuhe mit Merkmalen von Sicherheitsschuhen. Diese können bei der Erstausstattung in doppelter Zahl geliefert werden. Orthopädische Hausschuhe, Badeschuhe und Sportschuhe werden bei der Erstausstattung nur einfach gewährt. Dabei wird für den nicht verletzten Fuß ein Schuh kostenlos mitgeliefert. Für Ersatz und Instandsetzung der Schuhe gilt Ziff. 6.4.5 entsprechend.

6.5 Handschuhe

6.5.1 Bei schweren Handverletzungen, die Verstümmelungen, Lähmungen, Versteifungen, erhebliche Durchblutungsstörungen oder ähnliche Folgen verursacht haben, sind als Kälte- oder Narbenschutz oder aus ästhetischen Gesichtspunkten gefütterte oder ungefütterte Handschuhe, auch Arbeitshandschuhe oder -fäustlinge zu bewilligen. Die Handschuhe werden kostenfrei ersetzt. Bedarf die nicht verletzte Hand unabhängig vom Versicherungsfall orthopädischer Versorgung, werden die dadurch entstehenden Kosten übernommen, falls nicht ein Dritter leistungspflichtig ist.

6.5.2 Für die nicht verletzte Hand wird bei Erstausstattung und Ersatz ein Handschuh kostenfrei mitgeliefert. Bedarf diese Hand unabhängig vom Versicherungsfall orthopädischer Versorgung und ist ein Dritter leistungspflichtig, gilt dies für die Ersatzbeschaffung nur dann, wenn sich der Dritte an den Kosten beteiligt.

6.6 Kunstaugen und Sehhilfen

6.6.1 Nach erfolgter Enukleation (Entfernung eines Auges) ist eine Interimsprothese als Ersatzauge zu liefern. Die endgültige Prothese soll nach Abschluss des Heilungsprozesses als Erstausstattung in der Regel in doppelter Zahl geliefert werden.

6.6.2 Brillen, Kontaktlinsen und andere Sehhilfen werden bewilligt, wenn die Sehbehinderung es erfordert.

6.6.3 Zum Ausgleich sonstiger Formen der Sehbehinderung können weitere (ggf. auch elektronische) Hilfsmittel bewilligt werden. Auf die Ziff. 6.13 und 6.14 wird verwiesen.

6.7 Blindenführhund

6.7.1 Ein Blindenführhund wird bewilligt, wenn die persönlichen oder beruflichen Verhältnisse es angezeigt erscheinen lassen und der Blinde sich einer angeordneten Ausbildung unterzieht. Zum Unterhalt eines Blindenführhundes oder zu den Aufwendungen für fremde Führung erhalten Blinde einen monatlichen Zuschuss in Höhe des in § 14 Bundesversorgungsgesetz jeweils festgesetzten Betrages.

6.8 Hörgeräte

6.8.1 Hörgeräte werden bewilligt, wenn die Schwerhörigkeit es erfordert. Hörbrillen oder sonstige Spezialausführungen von elektrischen Hörgeräten kommen in Betracht, wenn mit anderen Hörgeräten keine ausreichende Hörfähigkeit erzielt werden kann oder wenn berufliche, schulische oder soziale Gesichtspunkte die Benutzung erfordern.

6.8.2 Die Energiequellen für Hörgeräte sind bei Bedarf zu ersetzen.

6.9 Zahnersatz

6.9.1 Für die Bewilligung von Zahnersatz gilt das zwischen den Spitzenverbänden der GUV-Träger und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung geschlossene Abkommen in der jeweils geltenden Fassung.

6.10 Gehhilfen

6.10.1 Gehhilfen sind zu bewilligen, wenn die Gehfähigkeit der Versicherten durch den Versicherungsfall erheblich beeinträchtigt ist und die Behinderung durch Körperersatzstücke oder andere orthopädische Hilfsmittel nicht genügend behoben werden kann.

6.11 Handbetriebene und motorisierte Rollstühle

6.11.1 Handbetriebene Rollstühle für den Straßengebrauch (auch Schieberollstühle) sind zu bewilligen, wenn die Gehfähigkeit der Versicherten durch den Versicherungsfall erheblich beeinträchtigt ist und die Behinderung durch Körperersatzstücke oder orthopädische Hilfsmittel nicht genügend behoben werden kann.

6.11.2 Zusätzlich zu handbetriebenen Rollstühlen kann ein Rollstuhl für den Hausgebrauch bewilligt werden.

6.11.3 Die Lieferung motorisierter Rollstühle kann zusätzlich erforderlich sein, falls die Versorgung nach Ziff. 6.11.1 nicht ausreicht.

6.11.4 Rollstühle müssen mit dem erforderlichen Zubehör ausgestattet sein und ggf. den Vorschriften der Straßenverkehrs-Zulassungsordnung entsprechen.

6.11.5 Versicherte erhalten die wegen des Gesundheitsschadens für die Benutzung des Rollstuhls notwendige Ausrüstung.

6.11.6 Versicherte sind für eine sachgemäße und sichere Unterbringung ihres Rollstuhls verantwortlich. Notwendige Aufwendungen, die ihnen dadurch entstehen, sind zu ersetzen.

6.12 Kraftfahrzeughilfe

6.12.1 Kraftfahrzeughilfe zur medizinischen Reha, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist in den „Richtlinien über Kraftfahrzeughilfe in der GUV“ geregelt.

6.13 Hilfsmittel zur Teilhabe am Arbeitsleben

6.13.1 Technische Arbeitshilfen und sonstige Hilfen zur Anpassung an den Arbeitsplatz und des Arbeitsplatzes selbst werden bewilligt, wenn sie wegen des Versicherungsfalls erforderlich sind, um die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zu ermöglichen oder zu erleichtern oder den Umgang mit Arbeitsmitteln sicherer zu machen. Kommen gleichartige Leistungen Dritter in Betracht (z.B. Hauptfürsorgestelle, Arbeitgeber), so ist auf eine Kostenbeteiligung hinzuwirken. Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler und Studierende werden mit den wegen des Gesundheitsschadens notwendigen Unterrichts- und Lernhilfen versorgt, wenn dadurch ihre Fähigkeit zur Teilnahme an einer angemessenen Schul- oder Berufsausbildung gestärkt wird oder das Hilfsmittel auf andere Weise geeignet ist, die Persönlichkeitsentwicklung zu fördern.

6.14 Hilfsmittel zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

III. Besondere Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

6.14.1 Hilfsmittel, die besonders für Behinderte entwickelt worden sind, und Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens in Normalausführung oder in Sonderausführung für Behinderte werden Versicherten, die auf ihren Gebrauch angewiesen sind, bewilligt, wenn sie geeignet sind, nichtberufliche Verrichtungen des täglichen Lebens zu erleichtern. Dazu gehören auch Kommunikations- und Orientierungshilfen für schwer körperlich, sinnes- oder sprachgeschädigte Versicherte.

6.14.2 Sonstige Hilfen werden bewilligt, wenn sie für die Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben erforderlich sind.

III. Besondere Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

§ 23 Verfahrensarten

Verfahrensarten i.S.d. § 34 Abs. 1 Satz 3 SGB VII sind

- das Durchgangsarzt-Verfahren,
- das Verletzungsartenverfahren und
- das Schwerstverletzungsverfahren

Kommentar

Die UVTr können je nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens besondere Verfahren für die HB vorsehen (§ 34 Abs. 1 ÄV). Auf Grundlage dieses Organisationsrechtes haben die UVTr entschieden, die Versorgung von Unfallverletzen nach den besonderen Verfahren ausschließlich auf D-Ärzte zu beschränken. Neben dem ambulanten D-Arzt-Verfahren wurde das stationäre Heilverfahren dreistufig gegliedert. Während die Vertragsparteien das Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) neben dem Verletzungsartenverfahren (VAV) in den § 23 ÄV mit aufgenommen haben, unterblieb dies beim „stationären“ D-Arzt-Verfahren (DAV). In einem vom zuständigen DGUV-LV am DAV beteiligten Krankenhaus dürfen alle Arbeitsunfallverletzungen (stationär) behandelt werden, die nicht zu einer Zuweisung in ein VAV-/SAV-Krankenhaus verpflichten. Die UVTr haben für Handverletzungen das SAV-Hand eingeführt. Diesen Status erhalten auf Antrag handchirurgische Fachkliniken oder Fachabteilungen.

Rechtsprechung:

► **Gesetzliche Unfallversicherung (GUV) – Heilbehandlung (HB) – selbstbeschaffte Leistung – Kostenerstattung analog gem § 13 Abs 3 SGB V**

Verschafft sich ein Versicherter Leistungen der HB außerhalb des gesetzlich vorgesehenen Beschaffungsweges (Sach- und Dienstleistungen) selbst, indem er eine privatärztliche Behandlung in Anspruch nimmt, kommt eine Kostenerstattung nur bei Vorliegen der Voraussetzungen des analog anzuwendenden § 13 Abs 3 SGB V in Betracht. Ein auf Verweigerung der Naturalleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet aus, wenn sich der Versicherte die Leistung selbst beschafft hat, ohne zuvor den UVTr einzuschalten und dessen Entscheidung abzuwarten.

Nach § 26 SGB VII haben Versicherte nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des SGB IX Anspruch auf u.a. HB einschließlich Leistungen zur medizinischen Reha. Zur HB gehört neben ärztlicher Behandlung (§§ 27 Abs. 1 Nr. 2, 28 SGB VII) auch die Versorgung mit Arzneimitteln (§§ 27 Abs. 1 Nr. 4, 29 SGB VII). Leistungen der HB sind nach § 26 Abs. 4 Satz 2 SGB VII als Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen und daher als „Naturalleistung“ zu gewähren; Ausnahmen sollen nur dann gelten, wenn dies im SGB VII oder SGB IX ausdrücklich vorgesehen ist. Eine Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen zur HB und Reha findet allein unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 (SGB V) statt; diese Vorschrift ist in der GUV entsprechend anwendbar, da hier eine Regelungslücke hinsichtlich der Kostenerstattung besteht, die diese Vorschrift sachgerecht ausfüllt (st. Rspr., BSG, 24.02.2000 – B 2 U 12/99 R –).

Der Kläger suchte keinen zugelassenen D-Arzt auf. Er beschaffte sich die Leistungen selbst bei Übernahme der Kosten. Eine Erstattung der vom Kläger selbst getragenen Kosten kommt nur in Betracht, wenn die Voraussetzungen des analog anzuwendenden § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V erfüllt sind, was hier nicht der Fall ist.

Eine Kostenerstattung in der GUV hinsichtlich einer selbstbeschafften Leistung kommt hiernach nur in Betracht, wenn der UVTr (1.) eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn er (2.) eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Zusätzlich muss ein Kausalzusammenhang zwischen dem die Haftung begründenden Umstand (bei der Alternative 1.: Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung; bei Alternative 2.: rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) bestehen (BSG, 24.02.2000 – B 2 U 12/99 R –).

Unaufschiebbare Leistungen im Sinne der ersten Alternative hat Dr. H. nicht erbracht. Die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes wird dadurch abgesichert, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird (BSG, Urteil vom 02.11.2007 – B 1 KR 14/07 R –). In zumutbarer Wohnortnähe des Klägers gibt es mehrere D-Ärzte, die diesem auch bekannt waren. Vielmehr hätte zu den Obliegenheiten des Klägers zumindest gehört, einen zugelassenen D-Arzt persönlich aufzusuchen (vgl. zum Recht der GKV BSG, 02.11.2007 – B 1 KR 14/07 R –). Auch am Wochenende hätte die Möglichkeit bestanden, die Ambulanz eines Krankenhauses aufzusuchen, wäre eine Behandlung wirklich unaufschiebbar gewesen. Ausgehend davon, dass der Kläger nicht sofort ärztliche Behandlung in Anspruch genommen hat, sondern erst nach dem Wochenende, am Montag, den 28.02.2011, vermag der Senat sich nicht die Überzeugung zu bilden, dass die von Dr. H. durchgeführte Behandlung, einschließlich der Verordnung und Beschaffung von Arzneimitteln am 28.02.2011, unaufschiebbar war.

Aktenzeichen: LSG Baden-Württemberg, 27.06.2016, AZ: L 1 U 4032/15

Entscheidungsjahr: 2016

§ 24 Durchgangsarztverfahren (D-Arzt-Verfahren)

- (1) Durchgangsarzte sind Ärzte, die als solche von den Landesverbänden der DGUV beteiligt sind. Über jede Beteiligung und Änderung einer Beteiligung informiert der Landesverband der DGUV die zuständige Kassenärztliche Vereinigung.
- (2) Die von den Durchgangsarzten zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf die fachliche Befähigung, die sächliche und personelle Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten werden in den „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Beteiligung am Durchgangsarzt-Verfahren (Durchgangsarzt-Anforderungen)“ festgelegt.
- (3) Der Durchgangsarzt ist verpflichtet, die Tätigkeit persönlich auszuüben. Dies gilt auch für die Auswertung der Befunde beim Einsatz der Röntgen-Diagnostik und anderer bildgebender Verfahren im unmittelbaren Zusammenhang mit der Beurteilung von Art oder Schwere der Verletzung.
- (4) Der Durchgangsarzt kann sich nach Maßgabe der Durchgangsarzt-Anforderungen und der dazu ergangenen Auslegungsgrundsätze durch einen anderen Arzt vertreten lassen.
- (5) Soweit erforderlich, können von den Landesverbänden der DGUV ständige Durchgangsarzt-Vertreter anerkannt werden. Diese müssen ebenfalls über die fachliche Befähigung nach den Durchgangsarzt-Anforderungen verfügen.

Kommentar

Zu Abs. 1

Die DGUV-LVen sprechen auf Grundlage des § 4 ÄV die Zulassung als D-Arzt an Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Kinderchirurgie aus. Ist der D-Arzt an einem Krankenhaus/einer Klinik tätig oder möchte er als niedergelassener D-Arzt am umfassenden ambulanten Operieren teilnehmen, muss er über die Zusatzbezeichnung „spezielle Unfallchirurgie“ verfügen. Die bisher vereinbarte Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen ist entfallen. Diese wird aber über die Beteiligung informiert.

Zu Abs. 2

Die D-Arzt-Anforderungen an Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Kinderchirurgie können auf dem Internetauftritt der DGUV eingesehen und als PDF heruntergeladen werden. In diesen ist auch die Bestandsschutzregelung für die ehemaligen Facharztbezeichnungen Chirurgie und Unfallchirurgie enthalten.

Zum 01.01.2024 wurden die Anforderungen zur Beteiligung am ambulanten Durchgangsarztverfahren aktualisiert, u.a. zur „Unfallärztlichen Bereitschaft“, der fachlichen Befähigung und der sog. „Auslegungsgrundsätze“; vgl. hierzu:

https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/rundschreiben/lv2_nordwest/archiv_d2023/lv2_d15_2023.pdf

Zu Abs. 3

Bezüglich der Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung gelten strengere Anforderungen als in der vertragsärztlichen Versorgung. Im Gegensatz zum niedergelassenen D-Arzt muss der D-Arzt am Krankenhaus nur die Entscheidung über die Einleitung über die bes. oder allg. HB und die Erstattung von Berichten/Verordnungen im Durchgangsrtverfahren höchstpersönlich durchführen. Weiteren Kernaufgaben darf er an nachgeordnete Ärzte delegieren, die über die gleiche Qualifikation verfügen oder Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit besonderen Kenntnissen und Erfahrung auf dem Gebiet der Behandlung von Unfallverletzungen sind.

III. Besondere Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

Allerdings kann auch der D-Arzt bestimmte Tätigkeiten an nichtmedizinisches Hilfspersonal (z.B. Arzthelferinnen) delegieren. Hier sind die allgemein gültigen Kriterien zu beachten, wie sie von der BÄK zusammen mit der KBV aufgestellt wurden. Grundsätzlich ist der D-Arzt auch verpflichtet, röntgendiagnostische Leistungen persönlich zu erbringen. Eine berufsrechtliche Genehmigung zur Röntgendiagnostik ist erforderlich.

Der D-Arzt ist vertraglich verpflichtet andere Bildbefunde (z. B. MRT, CT, Szintigraphie etc.) auszuwerten. Die Durchführung von MRT-Untersuchungen ist ihm jedoch gemäß der Allg. Best. vor Abschnitt O.III. nicht gestattet, da er nicht über eine Genehmigung zur Durchführung von kernspintomografischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung verfügt.

Die obigen Ausführungen gelten auch für den ständigen oder vorübergehenden D-Arzt-Vertreter (Siehe hierzu Kommentar zu Abs. 4 und 5).

Zu Abs. 4 und 5

Die D-Arzt-Tätigkeit darf im Verhinderungsfall grundsätzlich nur von einem anerkannten ständigen D-Arzt-Vertreter ausgeübt werden, der auch die Delegationsrechte (Siehe Kommentar zu Abs. 3) übernimmt. Der Vertreter muss die gleichen Voraussetzungen erfüllen wie der D-Arzt selbst. Assistenzärzte, z. B. Weiterbildungsassistenten, dürfen die Tätigkeit im D-Arzt-Verfahren nicht durchführen! Die DGUV-LVen sprechen auf der Grundlage des § 4 ÄV daher auch die Anerkennung des ständigen D-Arzt-Vertreters nur an Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie aus. Bei Einzelarztpraxen ist eine nur vorübergehende Vertretung (Urlaub, kurzfristige Erkrankung, Fortbildung) durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit besonderen Kenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Behandlung von Unfallverletzten ohne Beteiligung des DGUV-LV möglich.

Siehe auch: Anforderungen der UVTr nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am D-Arzt-Verfahren (in der Fassung vom 1. Januar 2011 und speziell Kinderchirurgen in der Fassung vom 1.7.2012)

Rechtsprechung**► Anspruch eines Arztes auf Beteiligung am D-Arzt-Verfahren (Unfallversicherung)**

Ein Unfallchirurg war für einen Zeitraum vorläufig von der GUV am D-Arzt-Verfahren beteiligt worden; der Grund lag darin, dass der Arzt die Frage nach dem Vorhandensein eines Röntgenraums offen gelassen hatte. Nachdem festgestellt wurde, dass die Patienten zum Röntgen eine andere radiologische Praxis aufsuchen mussten, wurde der befristete Vertrag mit dem Arzt beendet bzw. gekündigt. Die Beendigung des vorläufigen Vertrages war rechtmäßig.

Ein Arzt hat grundsätzlich keinen Rechtsanspruch auf die Bestellung zum D-Arzt, ständige Rechtsprechung des BSG. Und: die befristete Beteiligung am D-Arzt-Verfahren stellt nur eine vom Art. 12 GG nicht erfasste Erwerbschance dar. Art. 12 GG gewährt aber kein Recht auf Erhaltung des Geschäftsumfangs und die Sicherung weiterer Erwerbsmöglichkeiten (vgl. BVerfG, 28.07.1999, AZ: 1 BvR 1000/99).

Aktenzeichen: LSG Hessen, 22.08.2003, AZ: L 11 U 607/03

Entscheidungsjahr: 2003

► Voraussetzungen nach den D-Arzt-Anforderung-Regelungen idF vom 1.1.2011 - übergangsrechtlicher Anspruch:

1. Auf die Beteiligung als D-Arzt besteht nach § 34 Abs 2 S 1 SGB 7 bei Erfüllung der Voraussetzungen ein Rechtsanspruch. (Rn.22)

2. Zum Nichtvorliegen eines übergangsrechtlichen Anspruchs auf Beteiligung am Durchgangsarztsverfahren aufgrund der früher innegehabten Rechtsstellung der Klägerin als H-Ärztin. (Leitsätze)

Aktenzeichen: Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, 16.01.2019, Az.: L 17 U 90/17

Entscheidungsjahr: 2019

► Haftung des Unfallversicherungsträgers bei Fehlern des Durchgangsarztes im Bereich der Befunderhebung und Diagnose sowie bei Fehlern bei der Erstversorgung – AUFGABE der bisherigen Rechtsprechung zur „doppelten Zielrichtung“ gem. BGH, Urt. v. 9.12.2008, VI ZR 277/07 und 9.12.1974, III ZR 131/72

Die ärztliche Heilbehandlung erfolgt regelmäßig nicht in Ausübung eines öffentlichen Amtes i. S. des Art. 34 GG. Dies gilt grundsätzlich auch für eine vom D-Arzt durchgeführte Heilbehandlung nach einem Arbeitsunfall, sodass der behandelnde D-Arzt für Fehler persönlich haftet. Aber:

1. Wegen des regelmäßig gegebenen inneren Zusammenhangs der **Diagnosestellung** und der sie **vorbereitenden Maßnahmen mit der Entscheidung über die richtige Heilbehandlung** sind jene Maßnahmen ebenfalls der öffentlich-rechtlichen Aufgabe des Durchgangsarztes zuzuordnen mit der

Folge, dass die Unfallversicherungsträger für etwaige Fehler in diesem Bereich haften (Aufgabe der Rechtsprechung zur „doppelten Zielrichtung“, vgl. Senatsurteil vom 9. Dezember 2008, VI ZR 277/07, BGHZ 179, 115 Rn. 23 und BGH, Urteil vom 9. Dezember 1974, III ZR 131/72, BGHZ 63, 265, 273 f.) 2. Eine Erstversorgung durch den Durchgangsarzt ist ebenfalls der Ausübung eines öffentlichen Amtes zuzurechnen mit der Folge, dass die Unfallversicherungsträger für etwaige Fehler in diesem Bereich haften (Aufgabe BGH, Urteil vom 9. Dezember 1974, III ZR 131/72, BGHZ 63, 265) (Leitsätze 1 und 2)

Aktenzeichen: BGH, 29.11.2016, Az.: VI ZR 208/15

Entscheidungsjahr: 2016

Hieran anschließend:

Aktenzeichen: BGH, 20.12.2016, Az.: VI ZR 395/15

Entscheidungsjahr: 2016

► Amtshaftung für Diagnosefehler des vom Durchgangsarzt hinzugezogenen Facharzt

Zur Frage der Haftung eines vom Durchgangsarzt **nach Anordnung** der besonderen Heilbehandlung hinzugezogenen Radiologen für einen Diagnosefehler (Fortführung Senatsurteil vom 29. November 2016 - VI ZR 208/15, BGHZ 213, 120).

Mit der im Durchgangsarztbericht (vgl. zu dessen Maßgeblichkeit Senatsurteil vom 29. November 2016 - VI ZR 208/15, BGHZ 213, 120 Rn. 28) dokumentierten Entscheidung für die besondere Heilbehandlung schafft der Durchgangsarzt die Zäsur zwischen seinen hoheitlichen Pflichten und dem anschließenden privatrechtlichen Behandlungsverhältnis. Die Annahme einer doppelten Zielrichtung der ärztlichen Maßnahme des Durchgangsarztes ist vom Senat aufgegeben worden. (...) Die wesentliche Entscheidung zur Erfüllung der Steuerungsfunktion des Durchgangsarztes ist gemäß § 27 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger an dieser Schnittstelle angesiedelt, an der über die Durchführung einer allgemeinen Heilbehandlung, die Einleitung der besonderen Heilbehandlung oder die Ablehnung einer Heilbehandlung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers zu entscheiden ist. Für Behandlungsfehler des Durchgangsarztes bei der übernommenen Weiterbehandlung kommt danach seine eigene zivilrechtliche Haftung in Betracht. Wäre im Streitfall Dr. W. bei der Auswertung des Kernspintomograms ein Diagnosefehler unterlaufen, wäre seine persönliche Haftung zu erwägen (vgl. Ziegler, GesR 2014, 65, 71). Nichts Anderes gelten kann dann für die Beklagte, die von Dr. W. erst nach der Entscheidung für die besondere Heilbehandlung im Rahmen seiner eigenen - privatrechtlich zu beurteilenden - Weiterbehandlung eingeschaltet worden ist (vgl. Ruhkamp, ArztR 2017, 173, 175 f.).

Aktenzeichen: BGH, 10.03.2020, Az.: VI ZR 281/19

Entscheidungsjahr: 2020

► Rechtsweg beim Rückgriff des Unfallversicherungsträgers gegen einen für ihn tätigen Durchgangsarzt

Bei einem Rückgriff des Unfallversicherungsträgers gegen einen für ihn tätigen Durchgangsarzt wegen einer fehlerhaften Behandlung im Rahmen eines Arbeitsunfalls liegt keine bürgerliche Rechtsstreitigkeit gemäß § 13 GVG, sondern eine grundsätzlich den Sozialgerichten zugewiesene öffentlich-rechtliche Streitigkeit in einer Angelegenheit der gesetzlichen Unfallversicherung gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 3 SGG vor. (Orientierungssatz)

Aktenzeichen: BGH, 09.01.2023, Az.: VI ZB 79/20

Entscheidungsjahr: 2023

§ 25 nicht besetzt

§ 26 Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt (D-Arzt)

- (1) Der Arzt hält den Unfallverletzten an, sich unverzüglich einem Durchgangsarzt 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 zu erfolgen, wenn die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt. Eine Vorstellung beim Durchgangsarzt hat auch dann zu erfolgen, wenn nach Auffassung des behandelnden Arztes 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 Durchgangsarzten.

- (2) Abs. 1 findet keine Anwendung bei

III. Besondere Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

- 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 um einen Handchirurgen i.S.d. § 37 Abs. 3 handelt. In diesen Fällen erstattet der Handchirurg, der nicht Durchgangsarzt 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.

Arbeitshinweise:

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 1.4.2008 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.

Kommentar

Zu Abs. 1

Abs. 1 regelt, wann der Erstbehandler (nicht-D-Arzt), den Unfallverletzten bei einem D-Arzt vorstellen muss. Er soll zudem darauf hinwirken, dass der Unfallverletzte unverzüglich, also möglichst noch am gleichen Tag, den D-Arzt aufsucht. Vorstellungspflicht besteht, wenn

1. die AU über den Unfalltag hinaus anhält; der Verletzte also aufgrund der Unfallfolgen nicht oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes in der Lage ist, seine bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben. Wurde die Arbeit am Unfalltag eingestellt, am Folgetag erstmalig ein Arzt aufgesucht und hält dieser den Verletzten für arbeitsunfähig, dann besteht auch Vorstellungspflicht.

2. die Behandlungsbedürftigkeit mit oder ohne AU prognostisch mehr als eine Woche andauern wird.
Dies gilt auch für Kinder in Tagesstätten, Schüler und Studierende.
3. die Verordnung von Heilmitteln (§ 20 ÄV) erforderlich wird. Hierzu zählen KG, PT, Ergo-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Atem und podologische Therapie sowie EAP.
4. (orthopädischen) Hilfsmittel (§ 22 ÄV) benötigt werden. Ist der Erstbehandler ein Augen- oder HNO-Arzt, darf er die Hilfsmittel auf seinem Fachgebiet verordnen (vgl. Abs. 2).
5. häuslicher Krankenpflege (19 ÄV) notwendig ist.
6. außerhalb der Behandlungsberechtigung ein anderer Facharzt zur Diagnoseklärung (z.B. Radiologe) und/oder Mitbehandlung hinzugezogen werden muss (§ 12 ÄV).
7. sich der Unfallverletzte nach Behandlungsabschluss wegen erneuter Beschwerden beim Arzt vorstellt (Wiedererkrankung).

Der Erstbeandler darf den Unfallverletzten nicht an einen bestimmten D-Arzt verweisen. Durch die freie D-Arzt-Wahl sollte er dem Versicherten die im Umkreis tätigen D-Ärzte nennen, damit dieser eine eigene Auswahl treffen kann. Bei Missachtung der Vorstellungspflicht verliert der Arzt seinen Vergütungsanspruch für alle Leistungen, die über die notwendige Erstversorgung hinaus gehen (§ 9 und § 51 Abs. 3 ÄV). Eine Vorstellungspflicht beim D-Arzt besteht nicht, wenn der Arzt durch den UVTr zur Behandlung eines Unfallverletzten/Berufserkrankten beauftragt wurde (§§ 11, 13 und 45 ÄV). Vorstellungspflicht besteht auch dann, wenn sich nach Einleitung einer allg. HB durch den D-Arzt während der Weiterbehandlung durch den Nicht D-Arzt eine Änderung der Diagnose ergibt.

Zu Abs. 2

Eine Ausnahme zur Vorstellungspflicht des Abs. 1 gilt für Unfallverletzte mit

1. isolierten Augen- oder HNO-Verletzungen, diese sind unmittelbar an einen Augen- oder HNO-Arzt zu überweisen. Liegt keine isolierte Verletzung vor, besteht Vorstellungspflicht beim D-Arzt.
2. Hand-, Handwurzel- oder Handsehnenverletzungen, diese dürfen von einem nach § 37 Ab. 3 zugelassenen Handchirurgen behandelt werden. Ist der Handchirurg D-Arzt erstattet er den D-Bericht; andernfalls den handchirurgischen Erstbericht.

Der HNO-/Augenarzt oder zugelassene Handchirurg ist verpflichtet, den Erstbericht bei einem Mitglied der GKV an dessen GKV-Träger zu senden, damit diese bei einem UV-Heilverfahren nach Ablauf der Entgeltfortzahlung rechtzeitig Verletztengeld im Rahmen des Generalauftrags auszahlen kann.

§ 27 Aufgaben des Durchgangsarztes (D-Arzes)

- (1) Der Durchgangsarzt beurteilt und entscheidet unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Verletzung, ob eine allgemeine Heilbehandlung oder eine besondere Heilbehandlung erforderlich ist. Leitet er eine besondere Heilbehandlung ein, so führt er die Behandlung durch. Leitet er eine allgemeine Heilbehandlung ein, so überweist er den Unfallverletzten an den Arzt, den dieser als seinen behandelnden Arzt benennt. In diesen Fällen hat sich der Durchgangsarzt über den Stand der allgemeinen Heilbehandlung zu vergewissern (§ 29 Abs. 1).
- (1a) Ist nach Beurteilung des Durchgangsarztes eine stationäre Behandlung erforderlich, überweist er den Unfallverletzten unverzüglich an einen Durchgangsarzt, der an einem von den Landesverbänden der DGUV an den besonderen Heilverfahren (stationäres Durchgangsarzt-Verfahren, Verletzungsartenverfahren oder Schwerverletzungsartenverfahren) beteiligten Krankenhaus tätig ist. Die Regelungen des § 37 Abs. 1 bleiben unberührt.
- (2) Der Durchgangsarzt erstattet unverzüglich den Durchgangsarzt-Bericht nach Formtext F 1000. Durchschrift dieses Berichts hat der Durchgangsarzt unverzüglich dem behandelnden Arzt 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 Durchgangsarzt-Bericht nicht zu erstatten, wenn der Unfallverletzte an einen entsprechenden Facharzt weitergeleitet wird.
- (3) Die Absätze 1, 1a und 2 gelten auch bei Wiedererkrankung.
- (4) Bei Unfällen mit Kopfverletzungen mit Gehirnbeteiligung oder Verdacht auf Gehirnbeteiligung erstattet der Durchgangsarzt unverzüglich zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Formtext F 1002 – Ergänzungsbericht Kopfverletzung – Hieron bleibt die alsbaldige Hinzuziehung eines Neurologen unberührt.
- (5) Bei Unfällen mit Verdacht auf Kniebinnenschaden erstattet der Durchgangsarzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Formtext F 1004 – Ergänzungsbericht Knie – in den dort vorgesehenen Fällen.
- (6) Bei Unfällen mit Verdacht auf strukturellen Schulterschaden erstattet der Durchgangsarzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Formtext F 1006 – Ergänzungsbericht Schulter –.

III. Besondere Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

- (7) Bei schweren Verbrennungen (2. und 3. Grades) erstattet der Durchgangsarzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Formtext F 1008 – Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen –.
- (8) Vom Ende einer besonderen Heilbehandlung gibt der Durchgangsarzt dem Unfallversicherungsträger mit Formtext F 2222 – Mitteilung Durchgangsarzt: Veränderungen besondere Heilbehandlung – Nachricht.

Arbeitshinweise zu §§ 27, 29, 51 Abs. 2 (Ausschnitt)

2. Die vom D-Arzt 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 allg. HB - nach den Sätzen der bes. HB abzurechnen (§ 51 Abs. 2). Das gilt auch dann, wenn der D-Arzt die (eigentlich ihm obliegende) Röntgendiagnostik von dem am Krankenhaus tätigen Radiologen oder vom niedergelassenen Radiologen im gleichen Ärztehaus (wird in Ausnahmefällen von den LV bei der D-Arzt-Zulassung akzeptiert) durchführen lässt. Auch der Radiologe kann dann die Gebührensätze der bes. HB abrechnen. Das rechtfertigt sich dadurch, dass der Radiologe über die Kooperation mit dem D-Arzt jederzeit während der unfallärztlichen Bereitschaft für die radiologische Diagnostik im Rahmen der Erstbehandlung zur Verfügung stehen muss und damit die dem D-Arzt obliegen- de Verpflichtung übernimmt. Das gilt nicht für eine weitergehende Diagnostik (CT, MRT), die nicht mehr zu den d-ärztlichen Aufgaben gehört.

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 Kniestrauma, 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 Kniestrauma 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 Kniestrauma ergeben (z.B. Prellungen, Wunden, Distorsionen).

Arbeitshinweise zu §§ 27, 30 (Ausschnitt)

Stellt der D-Arzt aufgrund der Befragung des Versicherten fest, dass es an einem Unfallereignis fehlt oder aus versicherungsrechtlichen Gründen kein Arbeitsunfall vorliegt, ist nur der D-Bericht nach Nr. 132 UV-GOÄ zuzüglich Porto für die Versendung der Berichte an UVTr, GKV und Kassen-/Hausarzt zu vergüten.

(...)

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

(...)

Die Kosten für die weitere Klärung der Beschwerden bzw. die Behandlung gehen zu Lasten der KV.

Kommentar**Zu Abs. 1**

Bei der ersten Vorstellung beim D-Arzt entscheidet dieser, ob bei einem Unfallverletzten eine bes. HB notwendig ist, oder ob eine allg. HB ausreicht.

Wird die allg. HB durch den D-Arzt selbst durchgeführt, so ist von ihm mit Ausnahme der Erstuntersuchung immer allg. HB abzurechnen. Zur primären Klärung des ursächlichen Zusammenhangs können neben den dem D-Arzt obliegenden (eingehenden) Untersuchungen und bildgebenden Verfahren (Röntgen- und Sonographie) auch CT- oder MRT-Untersuchungen (z.B. zur Einstufung von

III. Besondere Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

Innenmeniskusschäden, Rotatorenmanschettenläsionen oder Bandscheibenschäden) erforderlich sein.

Eine HB darf nur eingeleitet werden, wenn ein Arbeitsunfall vorliegt. Der D-Arzt hat dabei auch auf einfache rechtliche Probleme zu achten (z. B. Unfall innerhalb des Wohnhauses, Unterbrechung des Heimweges etc.).

Wenn Zweifel bestehen, ob ein Arbeitsunfall vorliegt, hat der D-Arzt dies dem UVTr mitzuteilen. Die Behandlung ist dann nicht als allg. oder bes. HB i.S.d. §§ 10 oder 11 ÄV durchzuführen, sondern zu Lasten des jeweiligen GKV-Trägers. Die Voraussetzungen für die Einleitung der bes. HB sind regelmäßig nicht gegeben, wenn noch unklar ist, ob eine entsprechende schwere Verletzung vorliegt. Bis dahin gilt der Grundsatz des § 10 ÄV, dass die HB in allg. HB erbracht wird.

Der Verdacht auf eine schwere Verletzung genügt nicht zur Einleitung der bes. HB.

Zu Abs. 1a

In Abs. 1a ist die Vorstellungspflicht des erstbehandelnden D-Arztes in einem für die Behandlung der Verletzung zugelassenen Krankenhaus verankert. Bei Missachtung dieser Vorstellungspflicht verliert der zuweisende D-Arzt seinen Vergütungsanspruch für alle Leistungen, die über die notwendige Erstversorgung hinaus gehen (§ 9 und § 51 Abs. 3 ÄV). Der Abs. 1 gilt auch für den Fall, dass der D-Arzt eines Krankenhauses einer geringeren Versorgungsstufe, den Versicherten aufgrund der Schwere der Verletzung in ein Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe überweisen muss (z. B. Vorstellung oder Verlegung in SAV-Klinik durch den D-Arzt der VAV-Klinik). In Satz 4 wird klargestellt, dass für den D-Arzt bei isolierte Augen- und/oder HNO-Verletzung und Weiterleitung an einen entsprechenden Facharzt keine D-Berichtspflicht und folglich auch kein Vergütungsanspruch auf die D-Berichtsgebühr besteht. Sofern der D-Arzt dennoch einen D-Bericht abrechnet, darf der UVTr die Nr. 132 auf die Überweisungsgebühr der Nr. 145 korrigieren.

Zu Abs. 2

Bei der Verlegung in ein VAV-/SAV-Krankenhaus hat der dort tätige D-Arzt in jedem Fall einen D-Bericht zu erstellen. Dieser ist auch dann vom UVTr zu vergüten, wenn bereits ein anderer D-Bericht vorliegt (DGUV-Rdschr. 579/2012 vom 08.12.2010 und § 37 Abs. 2 ÄV). Der D-Bericht ist nicht mehr unverzüglich erstattet, wenn er später als 8 Tage beim UVTr eingeht (siehe § 57 Abs. 3 ÄV). Der D-Arzt hat eine Durchschrift nur dann an den „behandelnden Arzt“ (in der Regel der Hausarzt) zu senden, wenn er diesen mit der allg. HB beauftragt. Führt der D-Arzt die allg. HB selbst durch, entfällt die Übersendungspflicht an den Hausarzt. Die Übersendung des D-Berichts an den GKV-Träger ist erforderlich, damit diese rechtzeitig nach Ablauf der Entgeltfortzahlung im Rahmen des Generalauftrages Verletztengeld gewähren und zu Unrecht erbrachte Leistungen (z.B. Rettungstransport) zeitnah vom UVTr zurückfordern kann.

Zu Abs. 3

In Abs. 3 wird sichergestellt, dass die Vereinbarungen der Abs. 1, 1a und 2 für den D-Arzt auch bei einer Wiedererkrankung gelten. Eine Wiedererkrankung liegt vor, wenn der Versicherte aufgrund der Unfallfolgen erneut arbeitsunfähig wird und/oder nach Behandlungsabschluss (z.B. aufgrund einer Verschlommierung) erneut Behandlungsbedürftigkeit eintritt. Im Dauerbehandlungsfall (z.B. Querschnittslähmung, Amputation usw.) ist bei regelmäßiger Wiedervorstellung zur Befundkontrolle und Ausstellung von Rezepten und Verordnungen keine D-Berichtserstattung erforderlich. Besonderheiten im Dauerbehandlungsverlauf teilt der D-Arzt daher nur mit dem Verlaufsbericht mit.

Zu Abs. 4

Der Ergänzungsbericht Kopfverletzung bezieht sich ausdrücklich auf Verletzungen mit Gehirnbeteiligung oder einem entsprechenden Verdacht. Es ist Aufgabe des D-Arztes bei entsprechender (Verdachts)Diagnose und vollständigen klinischen Befunden den Vordruck zu erstellen und unverzüglich dem UVTr zuzuleiten. Auch hier gilt, wenn auch nicht in § 57 Abs. 3 ÄV ausdrücklich genannt, die Frist von 8 Tagen, da es sich zweifelsfrei um einen Erstbericht handelt und in der Leistungsbeschreibung „unverzüglich zusätzlich“ steht. Da die dem Bericht zugrunde liegenden Befunde nicht nur am Aufnahmetag, sondern auch im weiteren Verlauf innerhalb von wenigen Tagen erhoben werden (Siehe z.B. Glasgow-Coma-Scale oder Angaben von Gedächtnislücken in Tagen), ist die Erstattung auch nach dem Unfalltag möglich. Die Frist von 8 Tagen beginnt somit spätestens mit der im Bericht vorgesehenen vierten und letzten Erhebung der Glasgow-Coma-Scale. Diesen Bericht in erheblicher zeitlicher Distanz zum D-Bericht zu erstellen macht keinen Sinn, da dieser dann auch nicht mehr der Heilverfahrenssteuerung dienen kann. Sofern es zu einer Verlegung z. B. von einem VAV- in ein SAV-Krankenhaus kommt, ist erneut ein Ergänzungsbericht von dem D-Arzt zu erstatten, der die Behandlung übernimmt.

III. Besondere Regelungen für die Heilbehandlung (HB) bei Arbeitsunfällen

Handelt es sich ausschließlich um eine andere Verletzung am Kopf (Prellung Nase, Wunde am Kinn, etc.) ist dieser Vordruck nicht zu erstellen und damit auch nicht zu vergüten. Der Ergänzungsbericht wird mit Nr. 136 vergütet.

Zu Abs. 5

Der D-Arzt erstattet den Ergänzungsbericht, wenn sich nach der symptomzentrierten /differenzialdiagnostischen und/oder bildgebenden Erstuntersuchung der Verdacht auf einen Knie-binnenschaden erhärtet. Eine Diagnosesicherung z. B. mittels MRT/CT ist daher vor Erstattung des Ergänzungsberichtes nicht erforderlich. Kniebinnenschäden sind Verletzungen der Kreuzbändern, der Menisken, des Gelenkknorpels und der knöchernen Gelenkstrukturen (z. B. Kreuzbandhöcker). Sofern nur Schäden an den das Kniegelenk umgebenden Strukturen, wie Innen- und Außenband, Gelenkkapsel, Muskeln und Sehnen diagnostiziert werden, so ist die der Ergänzungsbericht nicht zu erstatten. Enthält der Ergänzungsbericht ausschließlich Informationen, die bereits im D-Bericht stehen, so fehlen zwangsläufig wesentliche ergänzende Angaben/Befunde. Der Bericht ist somit im Sinne des § 57 Abs. 2 ÄV unvollständig und daher nicht zu vergüten.

Beim Absatz 5 steht nicht der Zusatz unverzüglich „zusätzlich“, so dass dieser daher nicht zusammen mit dem D-Bericht erstattet werden muss. Da beim Knieergänzungsbericht bis auf das Ergebnis einer evtl. bakteriologisch-mikroskopische Untersuchung und/oder der Ermittlung des C-reaktiven-Proteinwertes alle Angaben/Befunde im Rahmen des ersten Arzt-Patienten-Kontaktes erhoben werden, ist dem D-Arzt eine zeitnahe und vollständige Erstattung des Berichtes zuzumuten. Gerade bei schweren Kniebinnenschäden hat der Knieergänzungsbericht im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung/des Reha-Managements für UVTr eine hohe Bedeutung.

Das H-Arzt-Verfahren ist mit Ablauf des 31.12.2015 weggefallen. Für frühere H-Ärzte, die nicht auf Antrag vom zuständigen DGUV-LV zum D-Arzt übergeleitet wurden, gelten bei Knieverletzungen die Regelungen der Vorstellungspflicht nach § 27 ÄV. Der Ergänzungsbericht wird mit Nr. 137 vergütet.

Zu Abs. 6

Der D-Arzt erstattet den Ergänzungsbericht bereits dann, wenn sich nach der symptomzentrierten/differenzialdiagnostischen und/oder bildgebenden Erstuntersuchung der Verdacht auf einen strukturellen Schulterschaden erhärtet. Eine Diagnosesicherung z.B. mittels MRT/CT ist daher vor Erstattung des Ergänzungsberichtes nicht erforderlich. Strukturelle Schulterschäden sind Verletzungen des Muskel- und Sehnengeflechts der Rotatorenmanschette, der knorpeligen Gelenkpflanzenlippe, der knöchernen Gelenkstrukturen, der Kapsel und des Schultereckgelenkes. Der Ergänzungsbericht ist nicht zu erstatten, wenn nur eine Zerrung und/oder Prellung ohne substanzienlen Begleitschaden diagnostiziert wird.

Enthält der Ergänzungsbericht ausschließlich Informationen, die bereits im D-Bericht stehen, so fehlen zwangsläufig wesentliche ergänzende Angaben/Befunde. Der Bericht ist somit im Sinne des § 57 Abs. 2 ÄV unvollständig und daher nicht zu vergüten. Beim Absatz 6 steht nicht der Zusatz unverzüglich „zusätzlich“, so dass dieser daher nicht zusammen mit dem D-Bericht erstattet werden muss. Da fast alle Angaben/Befunde im Rahmen des ersten Arzt-Patienten-Kontaktes erhoben werden, ist dem D-Arzt eine zeitnahe und vollständige Erstattung des Berichtes zuzumuten. Gerade bei schweren Schulterschäden hat der Schulterergänzungsbericht im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung/des Reha-Managements für UVTr eine hohe Bedeutung.

Das H-Arzt-Verfahren ist mit Ablauf des 31.12.2015 weggefallen. Für frühere H-Ärzte, die nicht auf Antrag vom zuständigen DGUV-LV zum D-Arzt übergeleitet wurden, gelten bei Schulterverletzungen die Regelungen der Vorstellungspflicht nach § 27 ÄV. Der Ergänzungsbericht wird mit Nr. 138 vergütet.

Zu Abs. 7

Der Ergänzungsbericht ist bei Verbrennungen ab dem 2. Grad durch den (weiterbehandelnden) D-Arzt zu erstatten. Auch bei Absatz 7 steht nicht der Zusatz unverzüglich „zusätzlich“, so dass dieser daher nicht zusammen mit dem D-Bericht erstattet werden muss. Der Ergänzungsbericht wird mit Nr. 139 vergütet.

Zu Abs. 8

Der Abs. 8 bezieht sich nur auf die Mitteilungspflicht bei Abschluss der bes. HB. Der D-Arzt ist somit vertraglich nicht verpflichtet, das Ende der selbst oder durch einen anderen Arzt durchgeföhrt allg. HB dem UVTr gesondert mitzuteilen. Das Ende der allg. HB ergibt sich ohnehin aus den Angaben des D-Arztes im Verlaufsberichts (F2100). Fordert der UVTr dennoch eine entsprechende Mitteilung zum Abschluss der allg. HB an, so ist diese dem D-Arzt zu vergüten.

Rechtsprechung:

► **Persönliche zivilrechtliche Haftung des D-Arztes: Anordnung der bes. HB und Schädigung des Patienten bei deren Durchführung**

Die Entscheidung, ob eine allg. HB ausreicht oder eine bes. HB erforderlich ist, trifft nach § 27 der von den BGes zugelassene sogenannte D-Arzt. Leitet er eine bes. HB ein, so führt er die Behandlung durch. Leitet er eine allg. HB ein, so überweist er den Unfallverletzten an den vom Verletzten benannten behandelnden Arzt. In diesem Fall hat er nach § 29 Nachschautermine festzusetzen, im Rahmen derer er zu überprüfen hat, ob der Verletzte weiter in der allg. HB verbleiben kann, oder ob eine bes. HB erforderlich ist.

Bei der Entscheidung, ob eine bes. HB erforderlich ist, erfüllt der D-Arzt somit eine dem UVTr obliegende Pflicht. Deshalb ist diese Entscheidung sowohl bei der Erstbeurteilung als auch bei der Nachschau als Ausübung eines öffentlichen Amtes zu betrachten. Ist seine Entscheidung über die Art der HB fehlerhaft und wird der Verletzte dadurch geschädigt, so haftet für die Schäden nicht der D-Arzt persönlich, sondern der UVTr. Gleches gilt, wenn der D-Arzt den Verletzten bei einer die Entscheidung vorbereitenden Untersuchung schädigt (**sog. Amtshaftung** – ständige Rechtsprechung BGH).

Ordnet der D-Arzt hingegen die bes. HB an und schädigt den Patienten bei deren Durchführung aufgrund eines Behandlungsfehlers, so **haftet er persönlich nach zivilrechtlichen Grundsätzen**.

Aktenzeichen: OLG Oldenburg, 30.06.2010, AZ: 5 U 15/10

Entscheidungsjahr: 2010

§ 28 Inanspruchnahme eines nicht zur besonderen Heilbehandlung (bes. HB) zugelassenen Arztes

Wird während der Durchführung einer besonderen Heilbehandlung ein anderer, hierzu nicht zugelassener Arzt 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 der Arzt den Unfallverletzten an den die besondere Heilbehandlung durchführenden Arzt zu verweisen.

Kommentar

Nach § 28 ÄV darf während einer laufenden bes. HB ein anderer, hierzu nicht zugelassener Arzt, z.B. der Hausarzt, nur in Notfällen tätig werden; vgl. hierzu § 9 ÄV. Der § 28 ÄV garantiert dem Arzt für die Notfallversorgung seinen Vergütungsanspruch. Wenn die sachgerechte Notfallversorgung geleistet ist, muss er den Verletzten an den die bes. HB durchführenden D-Arzt oder zugelassenen Handchirurgen (§§ 27 und 37 ÄV) verweisen.

Nicht geregelt ist in der Vorschrift, welche Konsequenzen es für den Arzt hat, wenn er diese Vorschrift missachtet und im Rahmen der bes. HB ohne vorherigen Auftrag behandelt.

Ein Verlust des Vergütungsanspruchs fehlt und wurde auch nicht in § 51 Abs. 3 ÄV aufgenommen. Da im letzten Absatz die Zuweisungspflicht ausdrücklich genannt und eine Vergütung in allg. HB auf das sofort notwendige beschränkt ist, dürfte bei Missachtung der § 51 Abs. 3 ÄV auch hier gelten. Hat ein nicht zugelassener Arzt in Unkenntnis, dass ein Arbeitsunfall oder eine bes. HB vorliegen, eine Behandlung ausgeführt, können diese Leistungen dann abgerechnet werden, wenn der UVTr eine nachträgliche Genehmigung zur Vergütung erteilt. Eine vom UVTr akzeptierte Unkenntnis liegt vor, wenn:

- 1.) der Versicherte im Notfall aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht in der Lage ist, dem Arzt gegenüber Angaben zum Arbeitsunfall, Körperschaden etc. zu machen und auch anwesende Personen (Angehörige, Pflegepersonal etc.) nicht wissen, dass die Behandlung möglicherweise auf einen Arbeitsunfalls zurückzuführen ist.
- 2.) der Versicherte trotz gezielter Fragen des Arztes, einen Arbeitsunfall inkl. Körperschaden etc. verschweigt.

Vergisst der Arzt den Versicherten und/oder im Notfall Anwesende zu befragen, ob die Körperschäden/Unfallfolgen evtl. aus einem Arbeitsunfall resultieren, wozu er vertraglich verpflichtet ist, so kann er sich gegenüber dem UVTr nicht auf seine Unkenntnis berufen.

§ 29 Nachschau

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