

An die beteiligten

- Durchgangsärzte und Durchgangsärztinnen
- VAV-Krankenhäuser
- SAV-Krankenhäuser
- Ärzte und Ärztinnen der handchirurgischen Versorgung Unfallverletzter im Rahmen des VAV

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen: Ze/tg
Ansprechpartner: Herr Ziche
Telefon: 030 / 85 105 - 5223
Fax: 030 / 85 105 - 5225
E-Mail: Gerald.Ziche@dguv.de

Datum: 28. September 2017

Rundschreiben D 15/2017

Erhöhung der Gebührensätze der UV-GOÄ ab 01.10.2017 hier: Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte / Unfallversicherungsträger vom 22.08.2017

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Ständige Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte / Unfallversicherungsträger hat die aus der Anlage ersichtlichen Beschlüsse gefasst. Danach steigen die Gebühren der UV-GOÄ ab dem 01.10.2017 um **8 %** und um **3 %** in den drei Folgejahren (jeweils zum 01.10.). Ausgenommen sind Leistungen, für die in den letzten Jahren die Gebühren bereits angepasst wurden (z. B. ambulantes Operieren) bzw. für die Gebühren, die auf aktuellem Niveau neu vereinbart wurden.

Völlig neu geregelt wurde der Teil D „Anästhesieleistungen“. Hier wurden für die Hauptleistungen (Allgemein- und Regionalanästhesie) Komplexgebühren vereinbart, die im Wesentlichen alle Begleitleistungen, und zwar auch prä- und postoperativ beinhalten. In den Allgemeinen Bestimmungen wurde die Anästhesiedauer für die Allgemeinanästhesie (Nr. 462 UVGOÄ) unter Berücksichtigung der sog. Schnitt-/Naht-Zeit, die im OP-Protokoll zu dokumentieren ist, definiert. Für die Beobachtung und Betreuung in den ersten zwei Stunden wurde eine neue Position (Nr. 448 UV-GOÄ) eingeführt. Weitere Einzelheiten können der Anlage zu den Beschlüssen entnommen werden.

Die neuen Gebühren gelten für Leistungen, die ab 01.10.2017 erbracht werden. Wir bitten Sie, Ihre Leistungen erst dann abzurechnen, wenn Ihre Praxissoftware entsprechend

Seite 1 von 2

umgestellt ist. Dadurch sollen Nachberechnungen möglichst vermieden werden.

Die neue UV-GOÄ finden Sie unter:

<http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/verguetung/documents/uv-goae.pdf>

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Kreutzer
Geschäftsstellenleiterin

Beschlüsse
der Ständigen Gebührenkommission nach
§ 52 des Vertrages Ärzte Unfallversicherungsträger

Die Ständige Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger hat in ihrer Sitzung am 22.08.2017 nachfolgend aufgeführte Änderungen des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses (Anlage 1 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger (ÄV)) beschlossen:

1. Die Gebühren des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses nach § 51 ÄV (Anlage 1 zum ÄV – UV-GOÄ) werden
 - ab 01.10.2017 um 8%,
 - ab 01.10.2018 um 3%,
 - ab 01.10.2019 um 3% und
 - ab 01.10.2020 um 3%erhöht, soweit nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

2. Nicht angepasst werden
 - die Gutachtengebühren der Nummern 146-152, 160, 161 und 165 und die Schreibgebühren nach Nummer 190,
 - die Gebühren für die Hautkrebsbehandlung der Nummern 570, 571, 575, 576, 577, 740a, 753, 754 und 757,
 - die Zuschläge für das ambulante Operieren der Nummern 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448 (neu), 448a (neu), 449 sowie die ambulanten OP-Leistungen der Nummern 2005, 2010, 2031, 2060, 2073, 2105, 2339, 2347, 2348, 2353, 2381, 2382, 2403, 2404, 2405, 2801,
 - die Gebühren für psychologische Testverfahren der Nummern 855-857,
 - die Gebühren für Laboruntersuchungen des Teils M,
 - die Gebühren der Besonderen Heilbehandlung für CT und MRT der Nummern 5369 bis 5380 (ausgenommen Nummern 5370a und 5377) und Nummern 5700 bis 5735 (ausgenommen Nummern 5732 und 5733): Hier werden zunächst nur die Gebühren für die Allgemeine Heilbehandlung angepasst, bis sie die Gebühren der Besonderen Heilbehandlung erreichen. Danach soll nicht mehr zwischen Allgemeiner und Besonderer Heilbehandlung unterschieden werden.

3. Die Leistungsbeschreibungen und Gebühren für anästhesiologische Leistungen der Nummern 462 bis 477a werden ab 01.10.2017 gem. Anlage zu diesem Beschluss in die UV-GOÄ übernommen. Die Gebühren der Nummern 462 bis 476 sind von den Gebührenerhöhungen nach Nummer 1 ausgenommen.
Die Nummern 450, 453, 460, 461, 462, 463, 470, 471, 472, 473, 474 und 475 in der bisherigen Fassung entfallen. Die Nummern 451, 452 und 469 bleiben unverändert und werden gem. Nummer 1 angepasst.

4. In Teil B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen wird ab 01.10.2017 nach Nummer 19 folgende Nummer 19a eingefügt:
„Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt“
Gebühr Allgemeine Heilbehandlung: 13,41 €

Gebühr Besondere Heilbehandlung: 16,70 €

5. Vordrucke werden zum 01.04.2018 wie folgt geändert:

- Unter der Nummer 115 (bisher: Vordruck F 2100 – Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung) wird der neue Vordruck F 2100 – Verlaufsbericht abgerechnet. Gleichzeitig wird die Nummer 134 (Vordruck F 2106 – Nachschaubericht) gestrichen.
- Die Gebühr der Nummer 137 (Vordruck F 1004 – Ergänzungsbericht Knie) wird mit 25,- € festgesetzt. Gleichzeitig tritt der vereinbarte neue Vordruck F 1004 in Kraft.
- Die Gebühr der Nummer 138 (Vordruck F 1006 – Ergänzungsbericht Schulter) wird ab mit 25,- € festgesetzt. Gleichzeitig entfällt der bisher unter dieser Nummer abgerechnete Ergänzungsbericht Stromunfall.
- Die Nummer 145 kann für Überweisungen nach §§ 26, 39 und 41 ÄV abgerechnet werden. Der bisher dafür zu verwendende Vordruck F 2900 entfällt.

Die Gebühren der Nummern 137 und 138 sind von den Gebührenerhöhungen nach Nummer 1 ab dem 01.10.2018 ausgenommen.

6. Die ab 01.10.2017 gültigen Gebühren können für alle Leistungen abgerechnet werden, die ab diesem Datum erbracht werden. Das gilt entsprechend für die später in Kraft tretenden Gebührenanpassungen.
7. Allgemeine Gebührenerhöhungen können bis zum 30.09.2021 nicht gefordert werden. Der Anpassungsbedarf für einzelne Leistungen bleibt hiervon unberührt und kann von jeder Vertragspartei in die Ständige Gebührenkommission nach § 52 ÄV eingebracht werden. Soweit im Zeitraum bis zum 30.09.2021 eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Kraft tritt, nehmen die Vertragspartner Verhandlungen zu einer Übernahme in die UV-GOÄ unter Beachtung des Beschlusses zu Nummer 1 auf.
8. Es besteht Einigung darüber, dass nach Ablauf der linearen Anpassung nach Nummer 1 zeitnah über ein geregeltes Verfahren für kontinuierliche Anpassungen der Gebühren der UV-GOÄ verhandelt wird.

Die Beschlüsse treten mit der Unterzeichnung in Kraft und werden veröffentlicht.

Berlin, den 22. August 2017

Für die Unfallversicherungsträger:



Dr. Joachim Breuer

Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung:



Dr. Andreas Gassen

**Anlage zu den Beschlüssen der Ständigen Gebührenkommission
nach § 52 ÄV vom 22.08.2017**

Nr. UV-GOÄ	Leistung	UV-GOÄ neu Allg. und Bes. Heilbeh.
446	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nummern 469, 473, 476, 477, 478, 497, 498 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen. Der Zuschlag nach Nr. 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 446 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 447 nicht berechnungsfähig.	20,71 €
447	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nummern 462, 470, 481 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen. Der Zuschlag nach Nr. 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 447 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 446 nicht berechnungsfähig.	44,87 €

**Anlage zu den Beschlüssen der Ständigen Gebührenkommission
nach § 52 ÄV vom 22.08.2017**

448 Beobachtung und Betreuung eines Kranken bis zu zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien **35,00 €**
Die Leistung nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 448 ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 10, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummern 448a und 449 nicht berechnungsfähig.

448a Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien **41,41 €**
Die Leistung nach Nummer 448a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 448a ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 10, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummern 448 und 449 nicht berechnungsfähig.

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

Anlage zu den Beschlüssen der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 ÄV vom 22.08.2017

Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt D:

Bei der Anwendung mehrerer Anästhesieverfahren nebeneinander ist nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnungsfähig; eine erforderliche medikamentöse Prämedikation ist Bestandteil dieser Leistung.

Als Dauer der Allgemeinanästhesie (Nr. 462) gilt bei ambulanten Operationen die Dauer von 25 Minuten vor Operationsbeginn bis 25 Minuten nach Operationsende. Als Operationsbeginn und -ende gilt die Schnitt-/Naht-Zeit.

Für die anästhesiologische Durchführung der Allgemein- und Regionalanästhesieverfahren sind die "Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. zu den Mindestanforderungen an den anästhesiologischen Arbeitsplatz" in der jeweils aktuellen Fassung verbindlich zu beachten.

**Anlage zu den Beschlüssen der Ständigen Gebührenkommission
nach § 52 ÄV vom 22.08.2017**

Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder endotrachealer Intubation oder Maske oder Jet einschließlich

- medikamentöser Prämedikation,
- erster peripherer Venenverweilkanüle,
- kontinuierlicher nichtinvasiver Blutdruck- und Frequenzmessung,
- Elektrokardioskopie,
- kontinuierlicher Pulsoxymetrie
- kontinuierlicher CO₂-Messung und/oder Multigasmessung,
- Überwachung der Atemfrequenz und des Atemvolumens,

462 - ggfs. Kehlkopfanaästhesie, **113,98 €**

- ggf. Magensonde
- bis zu einer Anästhesiedauer von 60 Minuten

Neben der Leistung nach Nr. 462 sind die Leistungen nach Nrn. 470, 602, 614, 617, 650 und 670 im Zusammenhang mit der selben Operation nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ.

Die Leistungen nach den Nrn. 602 oder 614, 617 und 650 sind obligate Leistungsbestandteile der Leistung nach Nr. 462. Diese sind nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren.

463 Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für jede weitere angefangene halbe Stunde Anästhesiedauer **38,53 €**

**Anlage zu den Beschlüssen der Ständigen Gebührenkommission
nach § 52 ÄV vom 22.08.2017**

464 Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für die Kombination mit
einer Regionalanästhesie nach Nr. 470 zur postoperativen
Schmerzausschaltung **22,14 €**

Regionalanästhesie nach anästhesiologischem Standard
(rückenmarknahe Leitungsanästhesie
oder Blockade eines Nervengeflechtes auch mittels Katheter
(z.B. Plexus brachialis), und/oder des N. Ischiadicus
und/oder N. Femoralis) und/oder Drei-in-eins-, und/oder
Knie- und/oder Fußblock) auch mittels Katheter, einschließlich
- medikamentöser Prämedikation,
- erster peripherer Venenverweilkanüle
- ggf. Lokalanästhesie,
- kontinuierlicher nichtinvasiver Blutdruck- und Frequenzmessung,
- kontinuierlicher Pulsoxymetrie
- Elektrokardioskopie,
bis zu einer Anästhesiedauer von 60 Minuten.

470 Die Leistung ist nur einmal berechenbar. **70,38 €**
Neben der Leistung nach Nr. 470 sind die Leistungen nach Nrn. 602
oder 614 sowie 650 im Zusammenhang mit der selben Operation
nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ,
sondern obligater Leistungsbestandteil und nach
anästhesiologischem Standard zu dokumentieren. Verfahren zur
Identifikation von Nerven mittels Nervenstimulator sind nicht
gesondert berechenbar. Verfahren zur Identifikation von Nerven
mittels Ultraschall können nach Nr. 410 berechnet werden.
Abrechnungsvoraussetzung ist die nachvollziehbare Dokumentation
und Befundung. Diese ist dem UV- Träger auf Anforderung
nachzuweisen. Neben dieser Leistung ist Nr. 496 nicht berechenbar.

**Anlage zu den Beschlüssen der Ständigen Gebührenkommission
nach § 52 ÄV vom 22.08.2017**

471 Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für jede weitere angefangene halbe Stunde ggf. einschließlich Nachinjektionen des Lokalanästhetikums bis Ende der Anästhesie **22,14 €**

472 Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für die Kombination von zwei oder mehr der benannten Verfahren. Die Berechnung dieses Zuschlages ist begrenzt auf anästhesiologische Leistungen bei Eingriffen an der unteren Extremität. **22,14 €**

473 Standby und / oder Analgosedierung als alleinige anästhesiologische Maßnahme einschließlich
- Überwachung der Vitalfunktionen,
- Elektrokardioskopie,
- kontinuierlicher Pulsoxymetrie,
- nicht invasiver Blutdruckmessung
je angefangene 30 Minuten **38,98 €**
Neben der Leistung nach Nr. 473 sind die Leistungen nach Nrn. 602, 614 und 650 nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ.

474 Zuschlag zu den Leistungen nach 473 für jede weitere angefangene Viertelstunde **19,49 €**

**Anlage zu den Beschlüssen der Ständigen Gebührenkommission
nach § 52 ÄV vom 22.08.2017**

475 Überwachung einer kontinuierlichen
Regionalanästhesie nach Nr. 470 mit Katheter,
zusätzlich zur Leistung nach Nummer
470 für den zweiten und jeden weiteren
Tag, je Tag. Nur berechenbar im Zusammenhang mit Operationen an
der Schulter bei begründeter Indikation. Berechenbar für max. 3
Tage. **49,84 €**

476 Intravenöse Regionalanästhesie und intravenöse
Sympathikusblockade einschließlich
- medikamentöser Prämedikation,
- erster peripherer Venenverweilkanüle
- Anlage einer Doppelstaumanschette,
- nicht invasiver kontinuierlicher Blutdruck- und Frequenzmessung,
- Elektrokardioskopie,
- kontinuierlicher Pulsoxymetrie
Die Leistung ist einmal betrechenbar, unabhängig von der Dauer der
Leistungserbringung. **70,38 €**
Neben der Leistung nach Nr. 476 sind die Leistungen
nach Nrn. 602 oder 614 sowie 650 im Zusammenhang mit der
selben Operation nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä-
und postoperativ, sondern obligater Leistungsbestandteil. Diese
Leistungen sind nach anästhesiologischem Standard zu
dokumentieren und dem UV- Träger im begründeten Einzelfall auf
Anforderung nachzuweisen. Diese Leistung ist nicht berechenbar für
den Arzt, der gleichzeitig Leistungen aus dem Abschnitt L der UV-
GOÄ berechnet.

**Anlage zu den Beschlüssen der Ständigen Gebührenkommission
nach § 52 ÄV vom 22.08.2017**

**Allg. / Bes. Heilbeh.
ab 01.10.2017**

477	Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer soweit der Operateur die Anästhesie selbst durchführt	28,33 € / 35,25 €
477a	Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde	14,16 € / 17,63 €