



**LVBG**

Landesverband Rheinland-Westfalen  
der gewerblichen Berufsgenossenschaften

E-Mail-Rundschreiben Nr. D 17/2004

Düsseldorf, den 13.12.2004

An die  
Damen und Herren  
Durchgangsarzte

Die Rundschreiben unseres  
Landesverbandes finden Sie  
auch im Internet unter:  
[www.lvbg.de/lv/rundsch/lv1.html](http://www.lvbg.de/lv/rundsch/lv1.html)

Bitte neue E-Mail beachten:  
[rundschreiben@krzes.de](mailto:rundschreiben@krzes.de)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum 01.01.2005 treten im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren folgende wesentliche Änderungen ein:

## **1. Neues Verletzungsartenverzeichnis ab 1. Januar 2005**

Mit Wirkung vom 1. Januar 2005 wird ein neues überarbeitetes und auf lediglich zehn Kernbereiche komprimiertes Verletzungsartenverzeichnis (**Anlage 1**) in Kraft treten. Damit wird die unmittelbare ambulante Versorgung des isolierten Risses des vorderen Kreuzbandes auch in der niedergelassenen Praxis möglich sein.

Erstmals wird es außerdem eine Kommentierung in Form gesonderter „Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis“ (**Anlage 2**) geben, die die darin genannten Verletzungen mehr eingrenzen und ihre Zuordnung erleichtern sollen.

In allen Zweifelsfällen, ob eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vorliegt, sollte jedoch grundsätzlich immer die Vorstellung des Unfallverletzten in einem Krankenhaus, das zur Beteiligung an der besonderen stationären Behandlung von Schwereunfallverletzten (Verletzungsartenverfahren - VAV) zugelassen ist, erfolgen. Das neue Verletzungsartenverzeichnis und die Erläuterungen sind beigelegt.

### **2.1 Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung**

Zur Förderung des ambulanten Operierens werden die „Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV)“ eingeführt. Die Grundsätze sind als **Anlage 3** beigelegt. Sie enthalten Regelungen über

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

## 2.2 Honorierung ambulanter Operationsleistungen

Künftig werden für die ambulante Erbringung von Operations- und Anästhesieleistungen Zuschlagsziffern eingeführt.

Darüber hinaus werden die Grundleistungen für acht unfallversicherungsrelevante OP-Leistungen im Schnitt um ca. 35 - 40 %, im Einzelfall sogar bis zu 150 % angehoben.

Die Regelungen zum ambulanten Operieren werden in der UV-GOÄ als Kapitel VIII „Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen“ eingefügt. Die Beschlüsse der ständigen Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger sind als **Anlage 4** beigefügt. Die aktuelle UV-GOÄ kann in Kürze im Internet unter [www.lvbq.de](http://www.lvbq.de) abgerufen werden.

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

Aus aktuellem Anlass wurden die verschiedenen Anforderungen der UV-Träger zur Beteiligung von Ärzten an den Verfahren der gesetzlichen Unfallversicherung zum 01.01.2005 geändert. Die neuen Durchgangsarzt- und VAV-Anforderungen sind als **Anlage 5 und 6** beigefügt. Die wichtigsten Änderungen werden im Folgenden zusätzlich erläutert.

### 3.1 Neuer Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Die Novellierung der Weiterbildungsordnung für Ärzte realisiert die von den Fachgesellschaften beschlossene Zusammenführung von Orthopädie und Unfallchirurgie in einen neuen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie innerhalb des Gebietes Chirurgie.

Für die Beteiligung als Durchgangsarzt wird neben der Facharztqualifikation „Orthopädie und Unfallchirurgie“ die Erfüllung der Zusatzweiterbildung „spezielle Unfallchirurgie“ vorausgesetzt.

Der neue Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ohne Zusatzweiterbildung beinhaltet grundsätzlich die fachliche Qualifikation zur Beteiligung als H-Arzt.

Der verantwortliche Arzt an einem am Verletzungsartenverfahren beteiligten Krankenhaus muss als neuer Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ebenfalls die Zusatzweiterbildung „spezielle Unfallchirurgie“ absolviert haben. Darüber hinaus muss er über die Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzweiterbildung verfügen, die im Regelfall zwei Jahre nicht unterschreiten soll. Mindestens ein weiterer Arzt der Abteilung muss darüber hinaus neben der Facharztbezeichnung über die Zusatzweiterbildung verfügen.

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

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

### **3.2 Elektronischer Datenaustausch (DALE-UV)**

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

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

**Wir bitten um Beachtung.**

Mit freundlichen Grüßen  
Der Geschäftsführer



Kunze



Hauptverband  
der gewerblichen  
Berufsgenossenschaften e.V.



Bundesverband  
der landwirtschaftlichen  
Berufsgenossenschaften e. V.



Bundesverband  
der Unfallkassen e. V.  
(BUK)

### Verletzungsartenverzeichnis\*

(in der Fassung vom 1. Januar 2005)

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

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

#### \*§ 37 Vertrag Ärzte/UV-Träger: Verletzungsartenverfahren

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

(2) Der an diesem Krankenhaus tätige Durchgangsarzt entscheidet nach Art oder Schwere der Verletzung, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich ist. Er kann die Behandlung ambulant durchführen oder einen anderen qualifizierten Arzt mit der ambulanten Behandlung beauftragen.

(3) Eine Überweisung nach Abs. 1 ist in den Fällen der Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses dann nicht erforderlich, wenn es sich bei dem behandelnden Arzt um einen Handchirurgen handelt, der zur Behandlung Unfallverletzter von einem Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften zugelassen ist.

(4) ...



Hauptverband  
der gewerblichen  
Berufsgenossenschaften e.V.



Bundesverband  
der landwirtschaftlichen  
Berufsgenossenschaften e. V.



Bundesverband  
der Unfallkassen e. V.  
(BUK)

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

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

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

1. Alle Amputationsverletzungen, auch der Großzehe und des Daumenendgliedes, ausgenommen Zehen- und Fingerendgliedknochen (siehe auch 8).  
  
Muskelkompressionssyndrome in allen Lokalisationen mit klinischer Symptomatik, Drücken über 30 mm Hg und Operationsnotwendigkeit.  
  
Thermische und chemische Schädigungen einschließlich Stromverletzungen mit einer Ausdehnung über 15 % der Körperoberfläche (2.-gradig), 3.-gradige Schädigungen über 10 % sowie im Gesicht, am Genital und an der Hand, begleitendes Inhalationstrauma, ausgedehnte offene und geschlossene Weichteilabhebungen (Decollement) mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen.  
  
Schwere Weichteilverletzungen mit zu erwartenden Hautverlusten und gegebener bzw. fraglicher Notwendigkeit einer Lappenplastik.
2. Durchtrennungen, Zerreißen und akute traumatische Verschlüsse der großen Gefäße des Körperstammes, der Transportarterien an den Extremitäten einschließlich Unterschenkel und Unterarm (bezüglich Hand siehe Punkt 8) sowie der großen Begleitvenen proximal von Ellenbogen- und Kniegelenk.
3. Verletzungen des Rückenmarks, der Nervenwurzeln und der großen Nervenplexen des Armes und des Beines, Verletzungen der Stammnerven des Armes einschließlich Unterarm (Nervus radialis, Nervus medianus, Nervus ulnaris) und des Beines (Nervus peroneus, Nervus tibialis).
4. Alle offenen Verletzungen mit Hirnbeteiligung, gedeckte Verletzungen klinisch ab SHT Grad II, alle traumatisch bedingten strukturellen Veränderungen und Blutungen in bildgebenden Verfahren, alle operationsbedürftigen Verletzungen (siehe auch Punkt 9).
5. Alle operationsbedürftigen Verletzungen einschließlich Brustkorbdrainagen, alle Verletzungen mit ausgedehnten und transfusionsbedürftigen Blutungen, alle Verletzungen mit Behinderung der Atemmechanik und des Gasaustausches mit drohender oder manifester Beatmungsnotwendigkeit.
6. Auch Verletzungen mit fraglicher oder drohender Operationsbedürftigkeit (Parenchymverletzungen und/oder Organruptur von Leber, Milz und Nieren), Verläufe mit transfusionsbedürftigem Blutverlust, klinischen Zeichen der Bauchfellentzündung und ausgeprägten Störungen der Darmmotilität.
7. Als große Gelenke gelten an der oberen Extremität Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk (bezüglich Hand siehe Punkt 8). An der unteren Extremität Hüft-, Knie-, oberes und unteres Sprunggelenk sowie die anschließenden Gelenkreihen der Fußwurzel (Chopart- und Lisfranc-Gelenk). Auch gelenkbetreffende und gelenknahe Rupturen der großen Sehnen an der oberen (Bizeps- und Trizepssehne) und an der unteren Extremität (Quadrizeps-, Patellar- und Achillessehne) bei gegebenem Kausalzusammenhang. Auch Verletzungen von Kapseln und Bändern mit fraglicher Operationsbedürftigkeit. Alle Brüche mit Gelenkverwerfung auch bei fraglicher Operationsbedürftigkeit (einschließlich Handgelenk).

8. Alle folgenden Verletzungskonstellationen:

Amputationsverletzungen (ausgenommen Fingerendglied) einschließlich Endgliedverletzungen des Daumens.

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

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

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

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

Beugesehnenverletzungen und Verletzungen mehrerer Strecksehnen.

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

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

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

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

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

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

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

Brüche des Oberschenkels bei gegebener oder fraglicher Operationsbedürftigkeit.

Brüche der Kniescheibe mit Instabilität und/oder stärkerer Verschiebung.

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

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

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

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



Hauptverband  
der gewerblichen  
Berufsgenossenschaften e.V.



Bundesverband  
der landwirtschaftlichen  
Berufsgenossenschaften e. V.



Bundesverband  
der Unfallkassen e. V.  
(BUK)

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

### 1 Anwendung des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen und stationärer Eingriffe

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

### 2 Vorrang der ambulanten Leistungserbringung

Die in dem Katalog mit \* gekennzeichneten Leistungen sollen im Regelfall ambulant erbracht werden. Wird die Leistung stationär erbracht, ist dies gesondert zu begründen. Die Entscheidung obliegt dem Durchgangsarzt, dem H-Arzt, dem Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UV-Träger nach Art oder Schwere der Verletzung, bzw. dem entsprechenden Facharzt bei Augen- und/oder HNO-Verletzungen und ggf. dem nach § 25 des Vertrages Ärzte/UV-Träger hinzugezogenen Facharzt auf seinem Fachgebiet. Die Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens (siehe Pt. 4) sind zu beachten.

Eine stationäre Leistungserbringung kann insbesondere in Betracht kommen, wenn die in Anlage 2 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V (Stand: 01.01.2004) genannten „Allgemeinen Tatbestände“ erfüllt sind. Bei der Entscheidung ist darüber hinaus die Gesamtkonstellation der Verletzungsfolgen und deren Auswirkungen auf die individuelle Situation und den Gesundheitszustand des Patienten zu berücksichtigen.

### 3 Anwendung des Vertrages Ärzte/UV-Träger

Die allgemeinen und besonderen Regelungen für die Heilbehandlung bei Arbeitsunfällen nach dem Vertrag Ärzte/UV-Träger, insbesondere über Vorstellungspflichten beim Durchgangsarzt, die Hinzuziehung anderer Ärzte durch den Durchgangsarzt oder H-Arzt sowie Unterstützungs- und Berichtspflichten, bleiben unberührt.

### 4 Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens

Handelt es sich um eine Verletzung des Verletzungsartenverzeichnisses, hat der behandelnde Arzt dafür zu sorgen, dass der Patient unverzüglich in ein von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus überwiesen wird. Der an diesem Krankenhaus tätige Durchgangsarzt entscheidet nach Art oder Schwere der Verletzung, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich ist. Er kann die Behandlung ambulant durchführen oder einen anderen qualifizierten Arzt mit der ambulanten Behandlung beauftragen.

Eine Überweisung in ein beteiligtes Krankenhaus ist in den Fällen der Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses dann nicht erforderlich, wenn es sich bei dem behandelnden Arzt um einen Handchirurgen handelt, der zur Behandlung Unfallverletzter von einem Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften zugelassen ist (§ 37 Vertrag Ärzte/UV-Träger).

### 5 Berechtigung zur Durchführung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen

Zur Durchführung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen in der GUV berechtigt sind in Praxis niedergelassene oder an Krankenhäusern tätige Durchgangsarzte und H-Ärzte bzw. Augen- und HNO-Ärzte und Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UV-Träger bei Verletzungen auf dem jeweiligen Fachgebiet und Ärzte für Anästhesie, wenn sie hierzu von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen sind und/oder die Erklärungen nach § 3 der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationärer Leistungen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V“ (Stand: 01.01.2004) abgegeben haben, die fachlichen und räumlich-apparativen Voraussetzungen erfüllen und die notwendigen Pflichten anerkennen. Durchgangs- und H-Ärzte sind berechtigt Arbeitsunfallverletzte an Ärzte, die zum ambulanten Operieren in der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind, zur ambulanten Leistungserbringung zu überweisen (§§ 25 und 34 Vertrag Ärzte/UV-Träger).

In Zweifelsfällen ist die Erfüllung der Anforderungen gegenüber dem zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften nachzuweisen. Der Landesverband kann verlangen, dass der Arzt/das Krankenhaus die abgegebenen Erklärungen zur Einsichtnahme zur Verfügung stellt.

Der Arzt/das Krankenhaus ermöglicht dem Landesverband, jederzeit die Erfüllung der Anforderungen zu überprüfen.

**Beschlüsse**

**der ständigen Gebührenkommission nach § 52  
des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger  
(Sitzung am 19. Oktober 2004)**



## **1. Regelungen zum ambulanten Operieren**

In Kapitel C wird hinter Abschnitt VII folgender Abschnitt VIII eingefügt:

**„Kapitel VIII - Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen -**

### **Allgemeine Bestimmungen**

#### **1. Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV)**

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

#### **1.2 Vorrang der ambulanten Leistungserbringung**

Die in dem Katalog mit \* gekennzeichneten Leistungen sollen im Regelfall ambulant erbracht werden. Wird die Leistung stationär erbracht, ist dies gesondert zu begründen. Die Entscheidung obliegt dem Durchgangsarzt, dem H-Arzt, dem Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UVTr. nach Art oder Schwere der Verletzung, bzw. dem entsprechenden Facharzt bei Augen- und/oder HNO-Verletzungen und ggf. dem nach § 25 des Vertrages Ärzte/UVTr. hinzugezogenen Facharzt auf seinem Fachgebiet. Die Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens (siehe Pt. 1.4) sind zu beachten.

Eine stationäre Leistungserbringung kann insbesondere in Betracht kommen, wenn die in Anlage 2 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V (Stand: 01.01.2004) genannten „Allgemeinen Tatbestände“ erfüllt sind. Bei der Entscheidung ist darüber hinaus die Gesamtkonstellation der Verletzungsfolgen und deren Auswirkungen auf die individuelle Situation und den Gesundheitszustand des Patienten zu berücksichtigen.

#### **1.3 Anwendung des Vertrages Ärzte/UV-Träger**

Die allgemeinen und besonderen Regelungen für die Heilbehandlung bei Arbeitsunfällen nach dem Vertrag Ärzte/UV-Träger, insbesondere über Vorstellungspflichten beim Durchgangsarzt, die Hinzuziehung anderer Ärzte durch den Durchgangsarzt oder H-Arzt sowie Unterstützungs- und Berichtspflichten, bleiben unberührt.

#### 1.4 Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens

Handelt es sich um eine Verletzung des Verletzungsartenverzeichnisses, hat der behandelnde Arzt dafür zu sorgen, dass der Patient unverzüglich in ein von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus überwiesen wird. Der an diesem Krankenhaus tätige Durchgangsarzt entscheidet nach Art oder Schwere der Verletzung, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich ist. Er kann die Behandlung ambulant durchführen oder einen anderen qualifizierten Arzt mit der ambulanten Behandlung beauftragen.

Eine Überweisung in ein beteiligtes Krankenhaus ist in den Fällen der Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses dann nicht erforderlich, wenn es sich bei dem behandelnden Arzt um einen Handchirurgen handelt, der zur Behandlung Unfallverletzter von einem Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften zugelassen ist (§ 37 Vertrag Ärzte/UV-Träger).

#### 1.5 Berechtigung zur Durchführung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen

Zur Durchführung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen in der GUV berechtigt sind in Praxis niedergelassene oder an Krankenhäusern tätige Durchgangsarzte und H-Ärzte bzw. Augen- und HNO-Ärzte und Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UVTr. bei Verletzungen auf dem jeweiligen Fachgebiet und Ärzte für Anästhesie, wenn sie hierzu von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen sind und/oder die Erklärungen nach § 3 der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationärsersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V“ (Stand 01.01.2004) abgegeben haben, die fachlichen und räumlich-apparativen Voraussetzungen erfüllen und die notwendigen Pflichten anerkennen. Durchgangs- und H-Ärzte sind berechtigt Arbeitsunfallverletzte an Ärzte, die zum ambulanten Operieren in der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind, zur ambulanten Leistungserbringung zu überweisen (§§ 25 und 34 Vertrag Ärzte/UV-Träger).

In Zweifelsfällen ist die Erfüllung der Anforderungen gegenüber dem zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften nachzuweisen. Der Landesverband kann verlangen, dass der Arzt/das Krankenhaus die abgegebenen Erklärungen zur Einsichtnahme zur Verfügung stellt.

Der Arzt/das Krankenhaus ermöglicht dem Landesverband, jederzeit die Erfüllung der Anforderungen zu überprüfen.

2. Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die

erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z.B. Kosten für Operations- und Aufwachräume oder Gebühren bzw. Kosten für wieder verwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden. Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge dann berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.

3. Die Leistungen nach den Nummern 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach Nummern 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach Nummern 446 bis 447 gebundenen Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden. Die Leistungen sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.
4. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Bewertung.
5. Die Leistungen nach den Nummern 448 und 449 sind im Zusammenhang mit derselben Operation nur von einem der an dem Eingriff beteiligten Ärzte und nur entweder neben den Leistungen nach den Nummern 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nummern 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nummern 448 oder 449 darf die Leistung nach Nummern 56 und 57 nicht berechnet werden.
6. Die Zuschläge/Leistungen nach den Nummern 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.

Nr.	Leistung	Gebühr
440	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig	27,60 €
441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung Der Zuschlag nach Nr. 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.	Nr. 441 beträgt 100% des Gebührensatzes für die allgemeine Heilbehandlung der betreffenden Leistungen, jedoch höchstens 79,92 €)
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von	27,60 €

	<p>operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 695, 1011, 1014, 1044, 1085, 1086, 1089, 1097, 1098, 1112, 1113, 1131, 1140, 1292, 1301, 1321, 1356, 1357, 1377, 1428, 1438, 1441, 1445, 1457, 1467, 1468, 1493, 1513, 1527, 1534, 1576, 1586, 1713, 1740, 1741, 1755, 1767, 1816, 2010, 2062, 2065, 2066, 2072, 2080, 2084, 2100, 2122, 2158, 2170, 2250, 2256, 2293, 2295, 2347, 2380, 2381, 2402, 2405, 2430, 2431, 2441, 2660, 2671, 2694, 2800, 2890, 3120, 3220, 3237.</p> <p>Der Zuschlag nach Nr. 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.</p>	
443	<p>Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 1043, 1052, 1099, 1104, 1111, 1120, 1122, 1129, 1135, 1141, 1283, 1299, 1305, 1330, 1331, 1333, 1359, 1446, 1455, 1519, 1528, 1535, 1588, 1622, 1628, 1635, 1738, 1761, 1765, 1802, 2040, 2041, 2045, 2051, 2052, 2073, 2092, 2101, 2105, 2110, 2118, 2120, 2130, 2156, 2210, 2253, 2254, 2279, 2339, 2348, 2382, 2384, 2386, 2393, 2397, 2404, 2410, 2421, 2580, 2650, 2651, 2656, 2657, 2670, 2730, 2751, 2801, 3300.</p> <p>Der Zuschlag nach Nr. 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</p>	51,77 €
444	<p>Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 700, 701, 1041, 1045, 1055, 1060, 1121, 1125, 1155, 1156, 1284, 1302, 1304, 1306, 1311, 1332, 1348, 1353, 1355, 1358, 1360, 1365, 1366, 1384, 1485, 1497, 1597, 1612, 1636, 1756, 1815, 2064, 2074, 2075, 2076, 2081, 2087, 2088, 2091, 2106, 2111, 2134, 2140, 2213, 2273, 2296, 2297, 2349, 2355, 2383, 2392, 2392a, 2396, 2417, 2418, 2420, 2440, 2442, 2583, 2655, 2675, 2881, 3096, 3241, 3283.</p>	89,73 €

	<p>Der Zuschlag nach Nr. 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</p>	
445	<p>Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 1048, 1056, 1126, 1137, 1145, 1159, 1160, 1285, 1346, 1349, 1350, 1351, 1352, 1354, 1361, 1367, 1374, 1375, 1382, 1383, 1447, 1448, 1471, 1595, 1611, 1613, 1614, 1625, 1626, 1637, 1638, 1766, 1768, 1769, 1800, 1827, 1851, 2043, 2044, 2067, 2070, 2082, 2083, 2089, 2112, 2117, 2119, 2121, 2135, 2189, 2190, 2191, 2193, 2260, 2263, 2268, 2269, 2281, 2282, 2354, 2356, 2385, 2390, 2394, 2419, 2570, 2584, 2586, 2587, 2588, 2589, 2682, 2687, 2695, 2699, 2701, 2823, 2882, 2883, 2895, 2896, 2897, 3095, 3097, 3284, 3285.</p> <p>Der Zuschlag nach Nr. 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.</p>	151,85 €
446	<p>Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nummern 453, 469, 476, 478, 480, 497, 498 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen.</p> <p>Der Zuschlag nach Nr. 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.</p>	20,71 €
447	<p>Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nummern 460, 462, 470, 471, 472, 473, 474, 481 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen.</p> <p>Der Zuschlag nach Nr. 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.</p>	44,87 €
448	<p>Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum</p>	41,41 €

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

2. Streichung der Allgemeinen Bestimmungen in Teil I – Augenheilkunde – und Teil J – Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde -

„Die Allgemeinen Bestimmungen in Teil I. - Augenheilkunde - (vor Nummer 1200) und die Allgemeinen Bestimmungen in Teil J. - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde - (vor Nummer 1400) werden gestrichen.“

3. Neufassung der Leistungslegenden der Nrn. 2189, 2190 und 2193

„Die Leistungslegenden der Nummern 2189, 2190 und 2193 werden wie folgt gefasst:

2189	Resezierende arthroskopische Operation eines Gelenkes mit z.B. Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus - gegebenenfalls einschließlich Plicarteilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper -
2190	Arthroskopische erhaltende Operation in einem Gelenk (z. B. Meniskusnaht, Refixation)
2193	Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem großen

	Gelenk bei chronischer Gelenkentzündung - gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten"
--	--

4. Gebührenregelung für die elektronische Übermittlung von Arztberichten im Rahmen des DALE-UV-Verfahrens

Kapitel B Abschnitt VI - Besondere Regelungen - wird um Nr. 192

„- elektronische Übermittlung eines Arztberichts an den UV-Träger - 0,35 Euro ergänzt.“

5. Aufnahme von weiteren Leistungslegenden in das Kapitel E – Physikalisch-medizinische Leistungen –

Kapitel E - Physikalisch-medizinische Leistungen – wird um folgende Leistungen ergänzt:

„Nr. 528.....Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen

(Behandlungszeit 20 Minuten)

allgem. Heilbehandlung: 9,19 Euro; besondere Heilbehandlung: 11,44 Euro

Nr. 529.....Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung, ein Körperabschnitt (Arm, Bein, Schulter, Nacken) auch Fangokneten

(Behandlungszeit 20 Minuten)

allgem. Heilbehandlung: 12,33 Euro; besondere Heilbehandlung: 15,34 Euro

6. Neufassung der Leistungslegende der Nr. 55

Die Leistungslegende der Nr. 55 wird wie folgt neu gefasst:

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

Die bisherige Anmerkung bleibt bestehen.

**7. Ergänzung der Nummer 3 der Allgemeinen Bestimmungen zu Kapitel O. I**

Die Nummer 3 der Allgemeinen Bestimmungen zu Kapitel O. I wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Der UV-Träger erhält eine Kopie; Portokosten sind zu erstatten.“

**8. Redaktionelle Anpassungen am Gebührenverzeichnis**

8.1 Für den in Kapitel B VI Nr. 4 der Allgemeinen Bestimmungen geregelten Kostenersatz kann die Abrechnung als Nummer 193 erfolgen.

8.2 Für den in der Anmerkung zu Nummer 1403 geregelten Kostenersatz kann die Abrechnung als Nummer 194 erfolgen.

8.3 Für den in Kapitel O. Nr. 8 der Allgemeinen Bestimmungen geregelten Kostenersatz kann die Abrechnung als Nummer 195 erfolgen.

8.4 In Kapitel O. wird die Überschrift „I. Strahlendiagnostik“ nach der Nummer 8 der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführt.

**9. Neufestsetzung der Gebührensätze**

„Nachstehende Nummern werden wie folgt vergütet:

<b>UV-GOÄ-Nr.</b>	<b>allgem. Heilbehandlung</b>	<b>bes. Heilbehandlung</b>
2062	34,51 €	42,95 €
2118	44,87 €	55,83 €
2122	38,24 €	47,59 €
2156	44,87 €	55,83 €
2210	41,41 €	51,54 €
2339	63,78 €	79,37 €
2354	63,78 €	79,37 €
2801	44,87 €	55,83 €

**10. Neue Gebührenregelung für „Wundreinigungsbad“**

Kapitel L Abschnitt I wird um Nr. 2016 „Wundreinigungsbad - mit und ohne Zusatz –“ ergänzt.

Allgem. Heilbehandlung: 3,18 Euro; besondere Heilbehandlung: 3,95 Euro



## **11. Protokollnotiz zu dem Beschluss zur Aufnahme von Regelungen zum ambulanten Operieren**

- 11.1** Da die Gebührenordnungen GOÄ und EBM in ihrer Leistungsstruktur nicht kongruent sind und bis zur Einführung die Auswirkungen im Vergleich zum EBM nicht in allen Einzelheiten feststehen, verständigen sich die Vertragspartner auf folgende Vorgehensweise:

Stellen die Vertragspartner nach Aufnahme der Regelungen zum ambulanten Operieren in die UV-GOÄ fest, dass einzelne Leistungen der UV-GOÄ unter Einbeziehung der Zuschläge im Vergleich zum geltenden EBM erheblich unterbewertet sind, sind diese Leistungen nach einer Einführungsphase (6 Monate) durch die Vertragspartner neu zu bewerten.

- 11.2** Die Vertragspartner sind sich darüber einig, die Auswirkungen der Regelungen zum ambulanten Operieren hinsichtlich Kostenentwicklung und Behandlungsqualität zu beobachten und – soweit sich Fehlentwicklungen ergeben – über Korrekturen zu verhandeln.

- 11.3** Fallpauschaliertes Vergütungssystem

Die Vertragspartner beabsichtigen, nach der Einführung eines fallpauschalierten Vergütungssystems in der gesetzlichen Krankenversicherung dessen Übertragung auf die gesetzliche Unfallversicherung zu prüfen.

(Die Änderungen gelten ab dem 01. Januar 2005 und werden veröffentlicht)



Hauptverband  
der gewerblichen  
Berufsgenossenschaften e.V.



Bundesverband  
der landwirtschaftlichen  
Berufsgenossenschaften e. V.



Bundesverband  
der Unfallkassen e. V.  
(BUK)

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

(in der Fassung vom 1. Januar 2005)

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

### 1 Präambel

Am Durchgangsarztverfahren wird ein Arzt beteiligt, der

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

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

1.3 persönlich geeignet ist und

1.4 zur Übernahme der Pflichten nach 5. bereit ist.

### 2 Fachliche Befähigung

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

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

2.3 Erforderlich sind ferner

2.3.1 eingehende Erfahrungen im durchgangsarztlichen Berichtswesen und in der Gutachtenerstellung,

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

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

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

### 3 Personelle Ausstattung

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

### 4 Sächliche Ausstattung

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

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

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

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

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

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

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

4.3.4 Umkleidebereich für Patienten

4.3.5 Ruheraum für Patienten

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

4.3.7 Wartezone

4.3.8 ausreichende Einrichtungen zur Archivierung

### 5 Pflichten

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

Der Durchgangsarzt verpflichtet sich ferner:

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

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

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

5.5 zur Teilnahme am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6. Beteiligung

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

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

Die Beteiligung endet

6.2 mit Vollendung des 68. Lebensjahres,

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

6.4 bei Praxisverlegung oder Praxisaufgabe,

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

6.6 bei Kündigung wegen wiederholter Pflichtverletzung,

6.7 bei Kündigung nach Maßgabe des § 59 SGB X.



Hauptverband  
der gewerblichen  
Berufsgenossenschaften e.V.



Bundesverband  
der landwirtschaftlichen  
Berufsgenossenschaften e. V.



Bundesverband  
der Unfallkassen e. V.  
(BUK)

**Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII  
an Krankenhäuser zur Beteiligung an der besonderen stationären Behandlung  
von Schwer-Unfallverletzten (Verletzungsartenverfahren-VAV)  
(in der Fassung vom 1. Januar 2005)**

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

## 1 Präambel

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

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

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

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

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

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

## 2 Personelle Ausstattung

### 2.1 Verantwortlicher Arzt

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

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

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

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

Tätigkeitszeiten in der

- Gefäßchirurgie
- Visceralchirurgie
- Thoraxchirurgie

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

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

2.1.4 als Durchgangsarzt beteiligt sein,

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

### 2.2 Ärztliche Mitarbeiter

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

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

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

### 2.3 Nichtärztliche Mitarbeiter

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

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

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

### 3 Sächliche Ausstattung

Am Krankenhaus müssen vorhanden sein:

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

#### 3.7 OP-Abteilung

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

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

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

3.7.3 In der OP-Abteilung müssen vorhanden sein:

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

#### 3.8 Weitere Einrichtungen:

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

### 4 Pflichten

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

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

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

Krankenhausträger und Arzt nach 2.1 verpflichten sich ferner:

4.4 die unfallchirurgische Bereitschaft und die stationäre Aufnahme von Schwer-Unfallverletzten ständig sicherzustellen,

4.5 zu gewährleisten, dass Arbeitsunfallverletzte dem unter 2.1 bezeichneten Arzt unverzüglich zugeleitet werden und alle für die Versorgung von Schwer-Unfallverletzten erforderlichen Ärzte jederzeit zugezogen werden können,

4.6 dem zuständigen Landesverband der Berufsgenossenschaften auf Verlangen Einsicht in die nach § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz zu fertigenden Aufzeichnungen zu gewähren,

4.7 Aufforderungen der Unfallversicherungsträger zur Steuerung des Heilverfahrens nachzukommen,

4.8 zur rechtzeitigen Abgabe von Auskünften, Berichten und Gutachten sowie Hinweisen auf Möglichkeiten teilstationären oder häuslichen Krankenpflege an den Unfallversicherungsträger,

4.9 über die Unfallverletzten vollständig Krankenblätter dokumentationsgerecht zu führen und Krankengeschichten, Röntgenbilder etc. jederzeit dem Unfallversicherungsträger zur Verfügung zu stellen,

4.10 den Reha-Berater/Berufshelfer des Unfallversicherungsträgers zu unterstützen,

4.11 zur Teilnahme am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern,

4.12 ärztliche Unterlagen und Röntgenfilme über Schwer-Unfallverletzte mindestens 15 Jahre aufzubewahren,

4.13 an Maßnahmen der Unfallversicherungsträger zur Qualitätssicherung und deren Umsetzung mitzuwirken,

4.14 durch den Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaft jederzeit prüfen zu lassen, ob diese Anforderungen noch erfüllt sind,

4.15 zur Zusammenarbeit mit den von den Unfallversicherungsträgern bezeichneten Einrichtungen für Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BSW) und Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP),

4.16 den zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften rechtzeitig über alle die Beteiligung betreffenden Änderungen, z. B. personeller, organisatorischer oder baulicher Art, insbesondere das Ausscheiden des unter 2.1 genannten Arztes, zu unterrichten,

4.17 sicherzustellen, dass die Einhaltung dieser Anforderungen auch durch externe Anbieter entsprechender Leistungen gewährleistet wird.

### 5 Beteiligung

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

Die Beteiligung endet bei:

5.2 Ausscheiden des unter 2.1 genannten Arztes

5.3 Schließung/Verlegung des unter 1 genannten Krankenhauses oder Standorts des Krankenhauses oder der unfallchirurgischen Abteilung

5.4 Kündigung wegen wiederholter Pflichtverletzung durch Krankenhaus/Arzt

5.5 Kündigung nach Maßgabe des § 59 SGB X

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