

DGUV · Landesverband Südwest · Postfach 10 14 80 · 69004 Heidelberg

An die
Durchgangärztinnen und Durchgangärzte
in Baden-Württemberg und im Saarland

Ihr Zeichen
Ihre Nachricht vom
Unser Zeichen D 1.7/D 91.2/C 53/ D 7
(bitte stets angeben)
Ansprechpartner/in Olaf Ernst
Telefon 06221/523-393
Fax 399
E-Mail olaf.ernst@dguv.de
Internet www.dguv.de/landesverbaende

Datum 01.12.2010

Rundschreiben D 16/2010

Änderungen zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger Änderung der Anforderungen für die Beteiligung am Durchgangsarztverfahren Änderung der Grundsätze zum ambulanten Operieren

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf folgende wesentliche Änderungen im Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung weisen wir hin:

Zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger wurde die Neufassung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger zum 01. Januar 2011 vereinbart (siehe Anlage 1).

Auslaufen des H-Arzt-Verfahrens

Das H-Arzt-Verfahren läuft nach einem Übergangszeitraum von fünf Jahren zum 31.12.2015 aus. Ab 01.01.2011 werden keine neuen H-Ärzte mehr zugelassen (vgl. § 30 Ärztevertrag). Den bisher beteiligten H-Ärzten wird die Möglichkeit eingeräumt, bis 31.12.2014 einen Antrag auf Übernahme in das D-Arzt-Verfahren zu stellen (Ziffer 2.5 der neuen Anforderungen zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren). Durchgangsarzte (auch niedergelassene D-Ärzte) können sich jetzt durch andere Ärzte vertreten lassen (§ 24 Abs. 4 und 5 Ärztevertrag). Hierzu wird auf die unten stehenden Ausführungen (Auslegungsgrundsätze) verwiesen.

Anforderungen zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren

Die ab 01.01.2011 gültigen "Anforderungen zur Beteiligung am D-Arzt-Verfahren" senden wir Ihnen zu (siehe Anlage 2).

**Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)**

Spitzenverband der gewerblichen
Berufsgenossenschaften und der
Unfallversicherungsträger der
öffentlichen Hand

Landesverband Südwest
Kurfürsten-Anlage 62
69115 Heidelberg
Telefon 06221 523-0
Fax 06221 523-399
E-Mail lv-suedwest@dguv.de
Internet www.dguv.de

SEB AG Bonn
Konto 1014 846 000, BLZ 380 101 11
IBAN DE64 3801 0111 1014 8460 00
BIC ESSEDE5F380

USt-ID-Nr. DE 123 382 489
Steuer-Nr. 222/5737/0441
IK 120591481

Kreissparkasse Köln
Konto-Nr. 222323, BLZ 370 502 99
IBAN DE23370502990000222323
BIC COKSDE33

Zu den Punkten

- Fachliche und fachlich-organisatorische Weisungsfreiheit (Ziffer 2.1),
- Persönliche Leistungserbringung (Ziffer 5.2),
- Unfallärztliche Bereitschaft (Ziffer 5.3),
- Mindestfallzahlen (Ziffer 6.5.1) und
- Gefährdung der Versorgung Arbeitsunfallverletzter in der Fläche (Ziffer 6.5.1)

wurden ergänzend zu den Anforderungen verbindliche Auslegungsgrundsätze aufgestellt (siehe Anlage 3).

Es gilt eine Mindestfallzahl von 250 (bisher 150) jährlich erstversorgten Arbeitsunfallverletzten (Ziffer 6.5.1).

Die Verpflichtung zur durchgangsärztlichen Fortbildung wurde um die Bereiche Rehabilitationsmedizin, Rehabilitationsmanagement, Begutachtungswesen sowie Kindertraumatologie erweitert. Es wird auf Ziffer 5.12 und Ziffer 5.13 verwiesen. Hierzu erhalten Sie von uns in Kürze noch weitere Ausführungen.

Die neuen "Anforderungen zur Beteiligung am D-Arzt-Verfahren" sehen besondere Regelungen bei einer Gefährdung der Versorgung Arbeitsunfallverletzter in der Fläche vor (Ziffer 6.3.1, 6.5.1).

Ambulantes Operieren

Weiterhin senden wir Ihnen die ab 01.01.2011 gültigen "Grundsätze ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung" zu (siehe Anlage 4). Hierzu wird auf folgende Besonderheit hingewiesen:

Für Durchgangsärzte ohne spezielle Unfallchirurgie, die ab dem 01.01.2011 beteiligt werden, sowie für H-Ärzte gelten Einschränkungen für die Durchführung ambulanter Operationen. Diese Ärzte dürfen nur solche ambulanten Operationen durchführen, die in den "Grundsätzen ambulantes Operieren" aufgeführt sind. Diese Operationen werden künftig in den Zuschlagsziffern 442 – 445 UV-GOÄ mit einem Stern gekennzeichnet. Wir bitten Sie, uns die Kenntnisnahme dieses Rundschreibens nebst Anlagen durch Unterschrift auf der beigefügten Erklärung zu bestätigen.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Fabian Ritter
Leiter der Geschäftsstelle

Anlagen

1. Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger (Stand: 01.01.2011)
2. Anforderungen zur Beteiligung am D-Arzt-Verfahren (Stand: 01.01.2011)
3. Auslegungsgrundsätze
4. Grundsätze ambulantes Operieren (Stand: 01.01.2011)

bitte zurück an:

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.
Landesverband Südwest
Kurfürstenanlage 62
69115 Heidelberg

FAX: 06221 / 523 - 399

Rundschreiben Nr. D 16/2010 vom 01.12.2010

Ich bestätige hiermit, das Rundschreiben nebst den darin genannten Anlagen zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift

Arztstempel



Spitzenverband der
landwirtschaftlichen
Sozialversicherung



**Vertrag gem. § 34 Abs. 3 SGB VII
zwischen
der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V.
(DGUV), Berlin,
dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversi-
cherung (LSV-SpV), Kassel,
einerseits und
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin,
andererseits
über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung
der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärzt-
lichen Leistungen
(Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger)
gültig ab 1. Januar 2011**

I. Allgemeiner Teil	4
§ 1 Gegenstand des Vertrages	4
§ 2 Gewährleistung	4
§ 3 Erfüllung des Vertrages.....	4
§ 4 Beteiligung am Vertrag.....	4
§ 5 Datenerhebung und -verarbeitung durch Ärzte; Auskunftspflicht	5
II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung bei Arbeitsunfällen	5
§ 6 Heilbehandlung	5
§ 7 nicht besetzt	5
§ 8 Ärztliche Behandlung	6
§ 9 Erstversorgung	6
§ 10 Allgemeine Heilbehandlung.....	6
§ 11 Besondere Heilbehandlung	6
§ 12 Hinzuziehung anderer Ärzte.....	7
§ 13 Vom Unfallversicherungsträger veranlasste ärztliche Untersuchungen	8
§ 14 Ärztliche Unfallmeldung.....	8
§ 15 Bericht bei Erstversorgung.....	8
§ 16 Mitteilungen über Besonderheiten des Behandlungsverlaufs.....	9
§ 17 Hinweis zur beruflichen Wiedereingliederung	9
§ 18 Unterstützungspflicht des Arztes bei besonderen medizinischen Maßnahmen	9
§ 19 Verordnung häuslicher Krankenpflege	9
§ 20 Verordnung von Heilmitteln	10
§ 21 Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln	10
§ 22 Verordnung von Hilfsmitteln	11
III. Besondere Regelungen für die Heilbehandlung bei Arbeitsunfällen	11
§ 23 Verfahrensarten.....	11
§ 24 Durchgangsarztverfahren	11
§ 25 nicht besetzt	12
§ 26 Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt	12
§ 27 Aufgaben des Durchgangsarztes	13
§ 28 Inanspruchnahme eines nicht zur besonderen Heilbehandlung zugelassenen Arztes	14
§ 29 Nachschau	15
§ 30 H-Arztverfahren	15
§ 31 nicht besetzt	16
§ 32 nicht besetzt	16
§ 33 Befreiung von der Vorstellung beim Durchgangsarzt	16
§ 34 nicht besetzt	16
§ 35 Besondere Heilbehandlung durch den H-Arzt	16
§ 36 H-ärztliche Berichterstattung	17
§ 37 Verletzungsartenverfahren	17
§ 38 Feststellung der Transportunfähigkeit	18
IV. Regelungen bei Augen- und Hals-Nasen-Ohren- Verletzungen	18
§ 39 Überweisungspflicht an den Augen-/HNO-Arzt	18
§ 40 Berichterstattung des Augen-/HNO-Arztes.....	18
V. Verfahren zur Früherfassung berufsbedingter Hauterkrankungen (Hautarztverfahren)	19
§ 41 Vorstellungspflicht beim Hautarzt.....	19
§ 42 Wiedervorstellungspflicht	19
§ 43 Hauttestungen	19

VI. Berufskrankheiten.....	19
§ 44 Ärztliche Anzeige einer Berufskrankheit.....	19
§ 45 Mitteilung über die Einleitung einer Behandlung bei Berufskrankheiten.....	20
VII. Auskünfte, Berichte, Aufzeichnungen, Gutachten.....	20
§ 46 Auskunftspflicht des Arztes.....	20
§ 47 Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung.....	20
§ 48 Anforderung von Gutachten.....	20
§ 49 Fristen für Erstattung von Berichten und Gutachten.....	21
§ 50 Ärztliche Aufzeichnungspflichten.....	21
VIII. Allgemeine Regelungen für die Vergütung.....	21
§ 51 Leistungsverzeichnis und Vergütungsregelung.....	21
§ 52 Ständige Gebührenkommission.....	21
§ 53 Zahnärztliche Leistungen von Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen.....	22
§ 54 Regelungen bei stationärer Behandlung.....	22
§ 55 Vergütung ärztlicher Leistungen am Aufnahmetag.....	22
§ 56 Belegärztliche Behandlung.....	22
IX. Regelungen für Auskünfte, Bescheinigungen, Berichte und Gutachten.....	23
§ 57 Berichts- und Gutachtenpauschalen.....	23
§ 58 Vereinbarte Formtexte.....	23
§ 59 Überschreitung der Gebührenhöchstsätze bei Gutachten.....	23
§ 60 Gebühren für die zum Zwecke der Begutachtung vorgenommenen ärztlichen Leistungen.....	24
X. Regelungen bei Hinzuziehung zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung einschließlich Berichterstattung.....	24
§ 61 Berichterstattung.....	24
§ 62 Vergütung ärztlicher Leistungen bei Hinzuziehung zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung.....	24
§ 63 nicht besetzt.....	25
XI. Rechnungslegung und Bezahlung.....	25
§ 64 Rechnungslegung.....	25
§ 65 Zahlungsfrist.....	25
XII. Schlichtungsstelle, Schiedsamt, Inkrafttreten/Kündigung des Vertrages und Übergangsregelungen.....	25
§ 66 Schlichtungsstelle.....	25
§ 67 Schiedsamt.....	26
§ 68 Kündigungsfrist.....	26
§ 69 Inkrafttreten, Übergangsregelungen.....	27
Anhang 1.....	28
Anhang 2.....	29
Anhang 3.....	30

I. Allgemeiner Teil

§ 1 Gegenstand des Vertrages

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

§ 2 Gewährleistung

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

§ 3 Erfüllung des Vertrages

- (1) Die Vertragspartner und ihre Mitglieder sind verpflichtet, diesen Vertrag gewissenhaft zu erfüllen.
- (2) Streitigkeiten über Auslegung und Durchführung des Vertrages sind in den dafür vorgesehenen Verfahren (§§ 52 und 66) auszutragen. Sie berechtigen nicht dazu, die Erfüllung der übrigen vertraglichen Pflichten zu verzögern oder zu verweigern.

§ 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.

§ 5 Datenerhebung und -verarbeitung durch Ärzte; Auskunftspflicht

- (1) Ärzte, 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 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 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).

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung bei Arbeitsunfällen

§ 6 Heilbehandlung

- (1) Die Unfallversicherungsträger sind nach den gesetzlichen Vorschriften verpflichtet, alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig nach dem Versicherungsfall einsetzende und sachgemäße Heilbehandlung und, soweit erforderlich, besondere unfallmedizinische Behandlung (im Folgenden „besondere Heilbehandlung“ genannt) gewährleistet wird.
- (2) Bei Arbeitsunfällen wird die Heilbehandlung als allgemeine Heilbehandlung (§ 10) oder als besondere Heilbehandlung (§ 11) durchgeführt.
- (3) Die Heilbehandlung als allgemeine Heilbehandlung kann von allen an diesem Vertrag beteiligten Ärzten (§ 4) durchgeführt werden. Besondere Heilbehandlung kann nur durch von den Unfallversicherungsträgern gesondert beteiligten oder von diesen im Rahmen des § 12 hinzugezogenen Ärzten durchgeführt werden.

§ 7 nicht besetzt

§ 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.

§ 9 Erstversorgung

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

§ 10 Allgemeine Heilbehandlung

- (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.

§ 11 Besondere Heilbehandlung in der bis zum 31.Dezember 2015 geltenden Fassung

- (1) Zur Einleitung besonderer Heilbehandlung berechtigt sind nur
 - der Unfallversicherungsträger,
 - der Durchgangsarzt,
 - der H-Arzt in den Fällen des § 35 oder
 - der Handchirurg nach § 37 Abs. 3 bei Vorliegen einer Verletzung nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses.
- (2) Im Durchgangsarztverfahren sollen etwa 80 v.H. aller Fälle von Verletzungen der allgemeinen Heilbehandlung zugeordnet werden.
- (3) Besondere Heilbehandlung ist die fachärztliche Behandlung einer Unfallverletzung, die wegen Art oder Schwere besondere unfallmedizinische Qualifikation verlangt. Dazu gehören auch die Erfassung der Zusammenhänge zwischen Arbeitstätigkeit und Unfallereignis, die tätigkeitsbezogene Funktionsdiagnostik, ggf. unter Berücksichtigung von Vorschäden, sowie die prognostische Einschätzung der Unfallverletzung unter dem Gesichtspunkt typischer Komplikationen sowie frühzeitig einzuleitender medizinischer und schulischer/beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen mit umfassender Dokumentation aller Daten, die zur Rekonstruktion von Ursache, Ausmaß und Verlauf der Heilbehandlung relevant sind.

§ 11 Besondere Heilbehandlung in der ab 1. Januar 2016 geltenden Fassung

- (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 Durchgangsarztverfahren sollen etwa 80 v.H. aller Fälle von Verletzungen der allgemeinen Heilbehandlung zugeordnet werden.
- (3) Besondere Heilbehandlung ist die fachärztliche Behandlung einer Unfallverletzung, die wegen Art oder Schwere besondere unfallmedizinische Qualifikation verlangt. Dazu gehören auch die Erfassung der Zusammenhänge zwischen Arbeitstätigkeit und Unfallereignis, die tätigkeitsbezogene Funktionsdiagnostik, ggf. unter Berücksichtigung von Vorschäden, sowie die prognostische Einschätzung der Unfallverletzung unter dem Gesichtspunkt typischer Komplikationen sowie frühzeitig einzuleitender medizinischer und schulischer/beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen mit umfassender Dokumentation aller Daten, die zur Rekonstruktion von Ursache, Ausmaß und Verlauf der Heilbehandlung relevant sind.

§ 12 Hinzuziehung anderer Ärzte in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung

- (1) Soweit es zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung erforderlich ist, sind Ärzte anderer Fachrichtungen hinzuziehen. Dies gilt insbesondere, wenn bei der Art der Verletzung der Verdacht auf Mitbeteiligung eines entsprechenden Organs oder Organsystems besteht. Zur Hinzuziehung sind nur Durchgangsarzte und H-Ärzte 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, H-Arzt und Handchirurg nach § 37 Abs. 3 der Formtext F 2902 zur Verfügung.

§ 12 Hinzuziehung anderer Ärzte in der ab 1. Januar 2016 geltenden Fassung

- (1) Soweit es zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung erforderlich ist, sind Ärzte anderer Fachrichtungen hinzuziehen. Dies gilt insbesondere, wenn bei der Art der Verletzung der Verdacht auf Mitbeteiligung eines entsprechenden Organs oder Organsystems besteht. Zur Hinzuziehung sind nur Durchgangsarzte 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.

§ 13 Vom Unfallversicherungsträger 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.

§ 14 Ärztliche Unfallmeldung in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung

- (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.
- (2) Die Ärztliche Unfallmeldung nach Abs. 1 entfällt
 - in Fällen der Vorstellungspflicht des Unfallverletzten beim Durchgangsarzt nach § 26,
 - im Verletzungsartenverfahren nach § 37,
 - wenn ein H-Arzt-Bericht nach § 36 zu erstatten ist,
 - wenn wegen einer isolierten Augen-/HNO-Verletzung ein Augen-/HNO-Arztbericht nach § 40 zu erstatten ist.

§ 14 Ärztliche Unfallmeldung in der ab 1. Januar 2016 geltenden Fassung

- (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.
- (2) Die Ärztliche Unfallmeldung nach Abs. 1 entfällt
 - in Fällen der Vorstellungspflicht des Unfallverletzten beim Durchgangsarzt nach § 26,
 - im Verletzungsartenverfahren nach § 37,
 - wenn wegen einer isolierten Augen-/HNO-Verletzung ein Augen-/HNO-Arztbericht nach § 40 zu erstatten ist.

§ 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.

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

§ 17 Hinweis zur beruflichen Wiedereingliederung

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

§ 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.

§ 19 Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

§ 20 Verordnung von Heilmitteln in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung

- (1) Heilmittel (§ 30 SGB VII) können nur der Durchgangsarzt, der H-Arzt, 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 Unfallversicherungsträgern vorgesehenen Formtexte zu verwenden (Formtext F 2400 – Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/physikalische Therapie – bzw. Formtext F 2410 – EAP-Verordnung).

§ 20 Verordnung von Heilmitteln in der ab 1. Januar 2016 geltenden Fassung

- (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 Unfallversicherungsträgern vorgesehenen Formtexte zu verwenden (Formtext F 2400 – Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/physikalische Therapie – bzw. Formtext F 2410 – EAP-Verordnung).

§ 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 darauf hinzuweisen, dass er die Mehrkosten selbst zu tragen hat.
- (2) Bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln zulasten eines Unfallversicherungsträgers ist auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16 der Vordruckvereinbarung in der vertragsärztlichen Versorgung) neben der Bezeichnung des Unfallversicherungsträgers auch der Unfalltag und der Unfallbetrieb (ggf. Kindertageseinrichtung, Schule, Hochschule) anzugeben. Weiterhin sind das Ankreuzfeld „Arbeitsunfall“ zu kennzeichnen und der Freivermerk einzutragen.

§ 22 Verordnung von Hilfsmitteln in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung

- (1) Hilfsmittel (§ 31 SGB VII) mit Ausnahme von Seh- und Hörhilfen können nur der Durchgangsarzt, der H-Arzt, 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.

§ 22 Verordnung von Hilfsmitteln in der ab 1. Januar 2016 geltenden Fassung

- (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.

III. Besondere Regelungen für die Heilbehandlung bei Arbeitsunfällen

§ 23 Verfahrensarten in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung

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

- das Durchgangsarztverfahren,
- das H-Arzt-Verfahren und
- das Verletzungsartenverfahren.

§ 23 Verfahrensarten in der ab 1. Januar 2016 geltenden Fassung

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

- das Durchgangsarztverfahren und
- das Verletzungsartenverfahren.

§ 24 Durchgangsarztverfahren

- (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 Durchgangsarztverfahren (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.

§ 25 nicht besetzt

§ 26 Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt

- (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
 - 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.

- (3) Für die Überweisung hat der Arzt den Formtext F 2900 – ÜV – zu verwenden. Im Falle der erstmaligen Vorstellung beim Durchgangsarzt dokumentiert der überweisende Arzt den Grund der Vorstellung durch Ankreuzen auf dem Formtext F 1050 (Ärztliche Unfallmeldung) und rechnet die Kosten der Erstversorgung auf dem Formtext ab. Damit entfällt eine Berichterstattung.

§ 27 Aufgaben des Durchgangsarztes in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung

- (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).
- (2) Der Durchgangsarzt erstattet unverzüglich den Durchgangsarztbericht 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 Durchgangsarztbericht nicht zu erstatten, wenn der Unfallverletzte an einen entsprechenden Facharzt weitergeleitet wird.
- (3) Die Absätze 1 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 -. Hier- von bleibt die alsbaldige Hinzuziehung eines Neurologen unberührt.
- (5) Bei Unfällen mit Knieverletzungen oder Verdacht auf Kniebinnenschaden erstattet der Durchgangsarzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Formtext F 1004 – Ergänzungsbericht Knie – in den dort vorgesehenen Fällen.
- (6) Bei Unfällen durch elektrischen Strom erstattet der Durchgangsarzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Formtext F 1006 – Ergänzungsbericht Stromunfall –.
- (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 D/H-Arzt: Veränderungen besondere Heilbehandlung – Nachricht.

§ 27 Aufgaben des Durchgangsarztes in der ab 1. Januar 2016 geltenden Fassung

- (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).
- (2) Der Durchgangsarzt erstattet unverzüglich den Durchgangsarztbericht 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 Durchgangsarztbericht nicht zu erstatten, wenn der Unfallverletzte an einen entsprechenden Facharzt weitergeleitet wird.
- (3) Die Absätze 1 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 -. Hier- von bleibt die alsbaldige Hinzuziehung eines Neurologen unberührt.
- (5) Bei Unfällen mit Knieverletzungen oder Verdacht auf Kniebinnenschaden erstattet der Durchgangsarzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Formtext F 1004 – Ergänzungsbericht Knie – in den dort vorgesehenen Fällen.
- (6) Bei Unfällen durch elektrischen Strom erstattet der Durchgangsarzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Formtext F 1006 – Ergänzungsbericht Stromunfall –.
- (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 D-Arzt: Veränderungen besondere Heilbehandlung – Nachricht.

§ 28 Inanspruchnahme eines nicht zur besonderen Heilbehandlung 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 Leistun-

gen werden nach den Sätzen der allgemeinen Heilbehandlung vergütet. Im Übrigen hat der Arzt den Unfallverletzten an den die besondere Heilbehandlung durchführenden Arzt zu verweisen.

§ 29 Nachschau in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung

- (1) Bei den nicht in eigener Behandlung verbleibenden Unfallverletzten hat der Durchgangsarzt Nachschautermine im Durchgangsarztbericht bzw. Nachschaubericht zu dokumentieren und dem Unfallverletzten mitzuteilen.
- (2) Der Durchgangsarzt erstattet unverzüglich einen Nachschaubericht nach Formtext F 2106, wenn zwischenzeitlich eine Behandlung durch einen anderen Arzt stattgefunden hat. Durchschrift dieses Berichtes übersendet der Durchgangsarzt unverzüglich dem behandelnden Arzt.
Ist der Unfallverletzte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, erhält diese gleichfalls unverzüglich die für sie bestimmte, den Belangen des Datenschutzes angepasste Durchschrift.
- (3) Der behandelnde Arzt kann von sich aus jederzeit eine Nachschau veranlassen.
- (4) Eine Nachschau entfällt, wenn die Behandlung durch einen H-Arzt erfolgt.

§ 29 Nachschau in der ab 1. Januar 2016 geltenden Fassung

- (1) Bei den nicht in eigener Behandlung verbleibenden Unfallverletzten hat der Durchgangsarzt Nachschautermine im Durchgangsarztbericht bzw. Nachschaubericht zu dokumentieren und dem Unfallverletzten mitzuteilen.
- (2) Der Durchgangsarzt erstattet unverzüglich einen Nachschaubericht nach Formtext F 2106, wenn zwischenzeitlich eine Behandlung durch einen anderen Arzt stattgefunden hat. Durchschrift dieses Berichtes übersendet der Durchgangsarzt unverzüglich dem behandelnden Arzt.
Ist der Unfallverletzte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, erhält diese gleichfalls unverzüglich die für sie bestimmte, den Belangen des Datenschutzes angepasste Durchschrift.
- (3) Der behandelnde Arzt kann von sich aus jederzeit eine Nachschau veranlassen.

§ 30 H-Arztverfahren in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung

- (1) H-Ärzte sind Ärzte, die als solche von den Landesverbänden der DGUV bis zum 31. Dezember 2010 beteiligt worden sind.
- (2) Die von den H-Ärzten zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf fachliche Befähigung, die sächliche und persönliche Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten werden in den „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Beteiligung am H-Arztverfahren“ festgelegt.

- (3) Der H-Arzt 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) Ab 1. Januar 2011 werden keine Ärzte mehr als H-Ärzte beteiligt. H-Ärzte, die bis zum 31. Dezember 2010 beteiligt worden sind, werden auf Antrag nach Maßgabe der Durchgangsarzt-Anforderungen in der Fassung vom 1. Januar 2011 als Durchgangsarzt beteiligt. Wird die in den Anforderungen genannte Mindestfallzahl nicht erreicht, kann gleichwohl eine Beteiligung als Durchgangsarzt erfolgen, wenn dies zur Vermeidung der Gefährdung der Versorgung Arbeitsunfallverletzter in der Fläche erforderlich ist.

§ 30 ab 1. Januar 2016: nicht besetzt

§ 31 nicht besetzt

§ 32 nicht besetzt

§ 33 Befreiung von der Vorstellung beim Durchgangsarzt in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung

Der H-Arzt ist von der Vorstellung des Unfallverletzten beim Durchgangsarzt befreit.

§ 33 ab 1. Januar 2016: nicht besetzt

§ 34 nicht besetzt

§ 35 Besondere Heilbehandlung durch den H-Arzt in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung

Der H-Arzt ist berechtigt, in den im Anhang 2 aufgeführten Fällen eine besondere Heilbehandlung durchzuführen, soweit es sich nicht um eine im Verletzungsartenverzeichnis (siehe Anhang 1) aufgeführte Verletzung handelt.

§ 35 ab 1. Januar 2016: nicht besetzt

§ 36 H-ärztliche Berichterstattung in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung

- (1) Der H-Arzt erstattet unverzüglich einen H-Arzt-Bericht nach Formtext F 1020. Das gilt auch bei Wiedererkrankung. Ist der Unfallverletzte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, hat der H-Arzt dieser die den datenschutzrechtlichen Belangen angepasste Durchschrift des Berichtes unverzüglich zu übersenden.
- (2) Bei Unfällen mit Kopfverletzungen und Gehirnbeteiligung oder Verdacht auf Gehirnbeteiligung erstattet der H-Arzt unverzüglich zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Formtext F 1002 – Ergänzungsbericht Kopfverletzung -. Hiervon bleibt die alsbaldige Hinzuziehung eines Neurologen unberührt.
- (3) Bei Unfall mit Knieverletzungen oder Kniebinnenschaden erstattet der H-Arzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Formtext F 1004 – Ergänzungsbericht Knie – in den dort vorgesehenen Fällen.
- (4) Bei Unfällen durch elektrischen Strom erstattet der H-Arzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Formtext F 1006 – Ergänzungsbericht Stromunfall -.
- (5) Bei schweren Verbrennungen (2. und 3. Grades) erstattet der Arzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Formtext F 1008 – Ergänzungsbericht schwere Verbrennung -.
- (6) Besteht wegen der Unfallverletzung über den 14. Tag nach Behandlungsbeginn hinaus Arbeitsunfähigkeit, erstattet der H-Arzt unverzüglich - und in entsprechenden Zeitfolgen - einen Bericht nach Formtext F 2108 – Verlaufsbericht H-Arzt -. Bei Kindern in Kindertageseinrichtungen, Schülern und Studierenden gilt dies entsprechend bei noch bestehender Behandlungsbedürftigkeit.
- (7) Vom Ende einer besonderen Heilbehandlung gibt der H-Arzt dem Unfallversicherungsträger mit Formtext F 2222 – Mitteilung D/H-Arzt: Veränderungen besondere Heilbehandlung – Nachricht.

§ 36 ab 1. Januar 2016: nicht besetzt

§ 37 Verletzungsartenverfahren

- (1) In Fällen, in denen eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis (siehe Anhang 1) vorliegt, hat der behandelnde Arzt dafür zu sorgen, dass der Unfallverletzte unverzüglich in ein von den Landesverbänden der DGUV am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus überwiesen wird.
- (2) Der an diesem Krankenhaus tätige Durchgangsarzt erstattet einen Durchgangsarztbericht nach Formtext F 1000 und entscheidet nach Art oder Schwere der Verletzung, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich ist. Er kann die Behandlung ambulant durchführen, den zuweisenden oder einen anderen qualifizierten Arzt mit der ambulanten Behandlung beauftragen.

- (3) Eine Überweisung nach Absatz 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 an der Behandlung Unfallverletzter von einem Landesverband der DGUV beteiligt ist.
- (4) Der Arzt nach Absatz 2 Satz 2 oder der behandelnde Handchirurg nach Absatz 3 berichtet dem Unfallversicherungsträger unverzüglich über Übernahme, Verlauf und Abschluss der Behandlung. Die Berichte sind zu vergüten. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgt bei ambulanter Behandlung unmittelbar durch den Unfallversicherungsträger nach den Gebührensätzen der besonderen Heilbehandlung.

§ 38 Feststellung der Transportunfähigkeit

Hält der behandelnde Arzt den Unfallverletzten für transportunfähig, so hat er darüber auf Verlangen des Unfallversicherungsträgers eine Bescheinigung, in der die Transportunfähigkeit zu begründen ist, auszustellen.

IV. Regelungen bei Augen- und Hals-Nasen-Ohren- Verletzungen

§ 39 Überweisungspflicht an den Augen-/HNO-Arzt

- (1) Bei Vorliegen einer Verletzung im Bereich von Augen oder Hals, Nasen, Ohren ist der Arzt verpflichtet, den Unfallverletzten unverzüglich einem entsprechenden Facharzt zur Untersuchung vorzustellen.
- (2) Diese Vorstellung ist nicht erforderlich, wenn sich durch die vom zuerst in Anspruch genommenen Arzt geleistete Erstbehandlung eine weitere fachärztliche Behandlung erübrigt.
- (3) Für die Überweisung hat der Arzt den Formtext F 2900 – ÜV – zu verwenden.

§ 40 Berichterstattung des Augen-/HNO-Arzt

- (1) Der Augen- oder HNO-Arzt untersucht und behandelt den Unfallverletzten auf seinem Fachgebiet und erstattet dem Unfallversicherungsträger unverzüglich ohne besondere Anforderung den Augenarztbericht nach Formtext F 1030 bzw. den Hals-Nasen-Ohren-Arzt-Bericht nach Formtext F1040 und übersendet der Krankenkasse die den datenschutzrechtlichen Belangen angepasste Durchschrift des Berichtes, sofern der Unfallverletzte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.
- (2) Abs. 1 gilt auch bei Wiedererkrankungen.

V. Verfahren zur Früherfassung berufsbedingter Hauterkrankungen (Hautarztverfahren)

§ 41 Vorstellungspflicht beim Hautarzt

- (1) Jeder Arzt ist verpflichtet, einen Versicherten mit krankhaften Hautveränderungen, bei dem die Möglichkeit besteht, dass daraus eine Hauterkrankung durch eine berufliche Tätigkeit im Sinne der Berufskrankheitenverordnung entsteht, wieder auflebt oder sich verschlimmert, unverzüglich einem Hautarzt mit Formtext F 2900 – ÜV – vorzustellen.
- (2) Der Hautarzt untersucht den Versicherten. Er erstattet unverzüglich den Hautarztbericht – Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention nach Formtext F 6050 - dem Unfallversicherungsträger und übersendet Durchschriften dem behandelnden Arzt und der Krankenkasse.
- (3) Der Unfallversicherungsträger teilt dem Hautarzt unverzüglich mit, ob und ab welchem Zeitpunkt Heilbehandlung zulasten des Unfallversicherungsträgers durchzuführen ist.

§ 42 Wiedervorstellungspflicht

Soweit es aus Gründen der Diagnostik erforderlich ist, hat der Hautarzt den Krankheitsverlauf durch Wiedervorstellung des Versicherten zu überwachen. Er hat unverzüglich den Hautarztbericht – Behandlungsverlauf nach Formtext F 6052 - dem Unfallversicherungsträger zu erstatten und Durchschriften dem behandelnden Arzt und der Krankenkasse zu übersenden.

§ 43 Hauttestungen

- (1) Der Hautarzt ist berechtigt, Tests durchzuführen, die zur Klärung des Ursachenzusammenhangs zwischen der Hauterkrankung und der beruflichen Tätigkeit erforderlich sind.
- (2) Testungen sind auf das für die Erstattung des Hautarztberichts erforderliche Maß zu beschränken. Darüber hinausgehende Testungen bedürfen der Zustimmung des Unfallversicherungsträgers.

VI. Berufskrankheiten

§ 44 Ärztliche Anzeige einer Berufskrankheit

- (1) Hat ein Arzt den begründeten Verdacht, dass bei einem Versicherten eine Berufskrankheit besteht, so erstattet er dem Unfallversicherungsträger unverzüglich die nach § 202 SGB VII vorgesehene Anzeige.

- (2) Der Arzt hat den Versicherten über den Inhalt der Anzeige zu unterrichten und ihm den Unfallversicherungsträger und die Stelle zu nennen, denen er die Anzeige übersendet (vgl. § 202 Satz 2 SGB VII).

§ 45 Mitteilung über die Einleitung einer Behandlung bei Berufskrankheiten

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

VII. Auskünfte, Berichte, Aufzeichnungen, Gutachten

§ 46 Auskunftspflicht des Arztes

- (1) Der Arzt, der die Erstversorgung geleistet oder den Versicherten behandelt hat (§ 34 SGB VII), erstattet dem Unfallversicherungsträger die Auskünfte, Berichte und Gutachten, die dieser im Vollzuge seiner gesetzlichen Aufgaben von ihm einholt (§ 201 SGB VII). Die Auskunftspflicht nach § 201 SGB VII beschränkt sich auf die Daten über die Behandlung und den Zustand des Versicherten sowie andere personenbezogene Daten, soweit sie für Zwecke der Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen einschließlich Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen und Abrechnung der Leistungen erforderlich sind.
- (2) Die Auskunftspflicht der Ärzte, die nicht an der Heilbehandlung nach § 34 SGB VII beteiligt sind, bestimmt sich nach § 203 SGB VII.

§ 47 Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung

- (1) Der zulasten eines Unfallversicherungsträgers behandelnde Arzt ist verpflichtet, die Bescheinigungen, die der Unfallverletzte zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit benötigt, auszustellen.
- (2) Er ist weiterhin verpflichtet, dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung unverzüglich die Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über den Befund und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu übersenden.

§ 48 Anforderung von Gutachten

- (1) Der Unfallversicherungsträger entscheidet darüber, ob das vereinbarte Formulargutachten oder ob ein freies Gutachten zu erstellen ist.

(2) Der Versicherte ist vom Arzt zu unterrichten über:

1. den Erhebungszweck der Daten und die Auskunftspflicht gegenüber dem Unfallversicherungsträger und
2. das Recht, vom Unfallversicherungsträger verlangen zu können, über die von den Ärzten übermittelten Daten unterrichtet zu werden (vgl. § 201 SGB VII).

§ 49 Fristen für Erstattung von Berichten und Gutachten

- (1) Der Arzt ist im Interesse des Unfallverletzten zu pünktlicher Berichterstattung verpflichtet. Die Frist beträgt vom Tage des Eingangs der Anforderung ab gerechnet für Auskünfte und Berichte längstens acht Werktage. § 18 Abs. 3 bleibt unberührt.
- (2) Für Gutachten gilt eine Frist von längstens drei Wochen. Für den Fall, dass es dem mit der Begutachtung beauftragten Arzt nicht möglich ist, das Gutachten innerhalb der genannten Frist bzw. des im Gutachtenauftrag genannten Termins zu erstatten, ist der Unfallversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen.

§ 50 Ärztliche Aufzeichnungspflichten

Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über die Entstehung der Unfallverletzung, den Befund und den Verlauf der Heilbehandlung zu machen.

VIII. Allgemeine Regelungen für die Vergütung

§ 51 Leistungsverzeichnis und Vergütungsregelung

- (1) Die Vergütung für ärztliche Leistungen richtet sich nach dem vereinbarten Leistungs- und Gebührenverzeichnis (Anlage zum Vertrag). Landesrechtliche Vorschriften über die Vergütung von Notarzteinsätzen bleiben unberührt.
- (2) Ärztliche Leistungen des Durchgangsarztes nach den §§ 27 und 29 werden nach den Gebührensätzen der besonderen Heilbehandlung vergütet.
- (3) Für Behandlungsleistungen, die ein Arzt unter Missachtung der in den §§ 26, 37, 39 und 41 geregelten Vorstellungs- und Überweisungspflichten selbst durchführt, besteht kein Vergütungsanspruch.

§ 52 Ständige Gebührenkommission

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

Kommission zuständig.

- (2) Die Beschlüsse der ständigen Kommission sind von den Vertragspartnern bekanntzugeben.
- (3) Die bekanntgegebenen Beschlüsse der ständigen Kommission sind bis zur Beschlussfassung über die förmliche Änderung des Vertrages für die Vertragspartner bindend.

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

Erbringen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen zahnärztliche Leistungen, die in dem Leistungs- und Gebührenverzeichnis dieses Vertrages nicht aufgeführt sind, so werden diese Leistungen nach den Regelungen des Vertrages zwischen den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung in der jeweils geltenden Fassung vergütet.

§ 54 Regelungen bei stationärer Behandlung

Für die Unfallversicherungsträger gelten bei stationärer Behandlung (§ 33 Abs. 1 SGB VII) die Regelungen der Bundespflegesatzverordnung und des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung. Das gilt auch für die Vergütungsregelungen zur vor- und nachstationären Behandlung.

§ 55 Vergütung ärztlicher Leistungen am Aufnahmetag

- (1) Die stationäre Behandlung beginnt mit der Aufnahme in das Krankenhaus. Die am Aufnahmetag im Krankenhaus erbrachten ärztlichen Leistungen gelten als stationäre Leistungen.
- (2) Für im Rahmen stationärer Behandlung außerhalb des Krankenhauses erbrachte Leistungen besteht gegenüber dem Unfallversicherungsträger kein Vergütungsanspruch, soweit diese Leistungen als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem aktuellen DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes abgegolten sind.

§ 56 Belegärztliche Behandlung

- (1) Soweit bei belegärztlicher Behandlung nach dem aktuellen DRG-Entgelttarif die ärztliche Behandlung nicht abgegolten ist, kann der Belegarzt seine ärztlichen Leistungen nach diesem Vertrag unter entsprechender Anwendung der Minderungspflicht des § 6a der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen.
- (2) Die belegärztliche Behandlung beginnt mit der Aufnahme in die Belegabteilung. Die am Aufnahmetag erbrachten ärztlichen Leistungen gelten als belegärztliche Leistungen, es sei denn, dass diese außerhalb des Krankenhauses erbracht werden.

- (3) Ein Belegarzt darf für eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung oder eine Mitbehandlung einen Arzt hinzuziehen, wenn das betreffende Fach am Krankenhaus nicht vertreten ist.
- (4) Zugezogene Ärzte rechnen ihre ärztlichen Leistungen gegenüber dem Unfallversicherungsträger nach diesem Vertrag direkt ab. Bei Leistungserbringung im Krankenhaus gilt die Minderungspflicht entsprechend § 6a GOÄ.

IX. Regelungen für Auskünfte, Bescheinigungen, Berichte und Gutachten

§ 57 *Berichts- und Gutachtenpauschalen*

- (1) Die Gebühren für Auskünfte, Bescheinigungen, Formtexte, Berichte und Gutachten sind nach den Nrn. 110 ff. des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses zu zahlen.
- (2) Unvollständige Auskünfte, Bescheinigungen, Berichte und Gutachten werden nicht vergütet.
- (3) Für Ärztliche Erstberichte (Formtexte F 1000, F 1010, F 1020, F 1030, F 1040, F 1050, F 6050), die nicht unverzüglich erstattet werden, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf die Berichtsgebühr. Eine unverzügliche Berichterstattung liegt jedenfalls dann nicht mehr vor, wenn der Bericht später als acht Werktage beim Unfallversicherungsträger eingeht. Die Frist beginnt mit der Erstbehandlung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers.
- (4) Bei elektronischer Übermittlung gilt die Sendebestätigung als Versandnachweis.

§ 58 *Vereinbarte Formtexte*

- (1) Andere als zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Formtexte dürfen nicht verwendet werden.
- (2) Beim Einsatz DV-gestützter Textverarbeitung muss sichergestellt sein, dass die Ausdrücke mit den vereinbarten Formtexten identisch sind.
- (3) Soweit auf Kopien von vereinbarten Formtexten, die für Dritte bestimmt sind, aus Gründen des Datenschutzes Datenfelder durch Schwärzungen unkenntlich gemacht sind, ist beim Einsatz DV-gestützter Textverarbeitung sicherzustellen, dass auf den für die dritten Stellen bestimmten Ausdrucken die entsprechenden Daten unterdrückt werden.

§ 59 *Überschreitung der Gebührenhöchstsätze bei Gutachten*

Die Höchstsätze für frei erstattete Gutachten (Nrn. 160, 161, 165 des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses) dürfen bei Vorliegen besonderer Gründe und mit vorheriger Zustimmung des Unfallversicherungsträgers überschritten werden. Lehnt dieser

einen dahingehenden vom Arzt gestellten Antrag ab, so ist das Gutachten zu den Sätzen nach Nr. 160 bzw. 161 bzw. 165 des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses zu honorieren. Falls der Arzt damit nicht einverstanden ist, gibt er den Gutachtenauftrag unverzüglich an den Unfallversicherungsträger zurück.

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

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

X. Regelungen bei Hinzuziehung zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung einschließlich Berichterstattung

§ 61 Berichterstattung

- (1) Ein Arzt, der nach § 12 hinzugezogen wird, erstattet unverzüglich einen Befundbericht. Dieser ist dem hinzuziehenden Arzt zu übersenden. Der Unfallversicherungsträger erhält eine Kopie. Entsprechendes gilt auch für den vom Belegarzt nach § 56 Abs. 3 hinzugezogenen Arzt.
- (2) Der Befundbericht ist Bestandteil der Leistung. Für eine im begründeten Einzelfall erforderliche weitergehende Berichterstattung gelten die Nrn. 110 ff. UV-GOÄ.

§ 62 Vergütung ärztlicher Leistungen bei Hinzuziehung zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung

Bei Hinzuziehung nach § 12 im Rahmen ambulanter Behandlung richtet sich die Höhe der Vergütung (Gebührensatz der allgemeinen oder besonderen Heilbehandlung) nach Maßgabe der Einstufung des Behandlungsfalles durch den Durchgangsarzt, den H-Arzt und den Handchirurgen nach § 37 Abs. 3. Entsprechendes gilt bei Hinzuziehung im Rahmen belegärztlicher Behandlung. In allen anderen Fällen erfolgt die Vergütung nach den Gebührensätzen der allgemeinen Heilbehandlung. Bei Leistungserbringung im Krankenhaus gilt die Minderungspflicht entsprechend § 6a GOÄ.

§ 62 Vergütung ärztlicher Leistungen bei Hinzuziehung zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung in der ab 1. Januar 2016 geltenden Fassung

Bei Hinzuziehung nach § 12 im Rahmen ambulanter Behandlung richtet sich die Höhe der Vergütung (Gebührensatz der allgemeinen oder besonderen Heilbehandlung) nach Maßgabe der Einstufung des Behandlungsfalles durch den Durchgangsarzt und den Handchirurgen nach § 37 Abs. 3. Entsprechendes gilt bei Hinzuziehung im Rahmen belegärztlicher Behandlung. In allen anderen Fällen erfolgt die Vergütung nach den Gebührensätzen der allgemeinen Heilbehandlung. Bei Leistungserbringung im Krankenhaus gilt die Minderungspflicht entsprechend § 6a GOÄ.

§ 63 nicht besetzt

XI. Rechnungslegung und Bezahlung

§ 64 Rechnungslegung

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

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

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

- (2) Die Forderung der Vorauszahlung der Gebühr und die Erhebung durch Nachnahme sind unzulässig.
- (3) Änderungen von Rechnungen sind vom Unfallversicherungsträger dem Arzt gegenüber zu begründen.

§ 65 Zahlungsfrist

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

XII. Schlichtungsstelle, Schiedsamt, Inkrafttreten/Kündigung des Vertrages und Übergangsregelungen

§ 66 Schlichtungsstelle

- (1) Zur einvernehmlichen Klärung von Fragen, die sich aus der Auslegung des Vertrages ergeben, werden - soweit nicht die Ständige Gebührenkommission nach § 52 zuständig ist - Schlichtungsstellen bei den Landesverbänden der DGUV für deren Gebiet gebildet.

- (2) Eine Schlichtungsstelle besteht aus je vier Vertretern der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und des zuständigen Landesverbandes der DGUV. Jede Partei bestimmt ihre Vertreter. Die Schlichtungsstelle gibt sich eine Verfahrensordnung.
- (3) Die Schlichtungsstelle wird auf Antrag einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der DGUV tätig.
- (4) Die Entscheidungen der Schlichtungsstelle sind für die Betroffenen verbindlich, wenn sie ihr nicht widersprechen. Kann eine Einigung nicht einvernehmlich herbeigeführt werden, ist die Schlichtungsstelle verpflichtet, die Partner dieses Vertrages zu informieren, damit eine Regelung getroffen werden kann.
- (5) Entscheidungen der Schlichtungsstellen sind den Partnern dieses Vertrages bekanntzugeben.

§ 67 Schiedsamt

- (1) Gemäß § 34 Abs. 6 SGB VII bilden die Vertragspartner ein Schiedsamt.
- (2) Das Schiedsamt besteht aus 3 Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und 3 Vertretern der Verbände der Unfallversicherungsträger sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und 2 weiteren unparteiischen Mitgliedern. § 89 Abs. 3 SGB V sowie die auf Grund des § 89 Abs. 6 SGB V erlassenen Rechtsverordnungen gelten entsprechend.
- (3) Das Schiedsamt entscheidet auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Verbände der Unfallversicherungsträger in Fällen des nicht Zustandekommens oder teilweise nicht Zustandekommens eines Vertrages nach § 34 Abs. 3 SGB VII. Das Schiedsamt legt in diesen Fällen mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von 3 Monaten den Vertragsinhalt fest.
- (4) Die Geschäftsführung für das Schiedsamt obliegt der DGUV e.V.

§ 68 Kündigungsfrist

- (1) Der Vertrag kann mit sechsmonatiger Frist zum Schluss eines jeden Kalenderjahres, das Leistungs- und Gebührenverzeichnis (§ 51) mit einer Frist von sechs Wochen zum Schluss eines jeden Kalenderhalbjahres gekündigt werden.
- (2) Wird der Vertrag gekündigt, ist dies dem zuständigen Schiedsamt (§ 67) schriftlich mitzuteilen.
- (3) Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag ganz oder teilweise nicht zustande, setzt ein Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten nach Vertragsablauf den neuen Inhalt fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Entscheidung des Schiedsamts vorläufig weiter.

§ 69 Inkrafttreten, Übergangsregelungen

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. Die zwischen dem 1. April 2008 und dem 31. Dezember 2010 gefassten Beschlüsse der Gebührenkommission nach § 52 sowie die geänderten „Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung“ werden ab 1. Januar 2011 verbindlicher Bestandteil des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses nach § 51 (Anlage zum Vertrag). Gleichzeitig tritt der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger vom 1. April 2008 außer Kraft, soweit nicht in Abs. 2 etwas anderes bestimmt ist.
- (2) Die §§ 11 Abs. 1, 12, 14 Abs. 2, 20 Abs. 1, 22 Abs. 1, 23, 27 Abs. 8, 29 Abs. 4, 33, 35, 36 und 62 gelten in der Fassung vom 1. April 2008 bis zum 31. Dezember 2015 weiter.
- (3) § 30 in der Fassung vom 1. Januar 2011 tritt am 1. Januar 2016 außer Kraft.
- (4) Die bis einschließlich 31.12.2010 erbrachten Leistungen sind nach den Vorschriften des Vertrages in der Fassung vom 1. April 2008 abzurechnen.

Protokollnotiz zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Die Vertragspartner des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger vereinbaren, nach Unterzeichnung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger gültig ab 1. Januar 2011 unverzüglich eine Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages einzuberufen, um über den Bedarf für Gebührenerhöhungen einzelner Leistungen, auch aus dem Bereich der allgemeinen Heilbehandlung (z. B. Berichtsgebühren) zu verhandeln und ggf. entsprechende Beschlüsse über Gebührenanpassungen zu fassen.

Berlin/Kassel, den 30. September 2010

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R.

Anhang 1 (Verletzungsartenverzeichnis)

zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger in der ab 1. Januar 2011 gültigen Fassung

Verletzungsartenverzeichnis

- 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.

Anhang 2 (besondere Heilbehandlung H-Arzt)

zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger in der ab 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2015 gültigen Fassung

Bei Vorliegen einer der nachfolgend aufgeführten Verletzungen kann der H-Arzt besondere Heilbehandlung durchführen, soweit es sich nicht um eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis (siehe Anhang 1) handelt:

1. Offene, scharfrandige bis in die Muskulatur hineinreichende Weichteilverletzungen ohne Nerven- und Sehnenbeteiligung
2. Lokalisierte, oberflächennahe, einschmelzende Entzündungen nach Unfallverletzungen, ohne Gelenkbeteiligung
3. Ausgedehnte Verbrennungen zweiten Grades oder kleinflächige Verbrennungen dritten Grades
4. Muskelrisse, die keine operative Behandlung erfordern
5. Schwere Prellungen, Quetschungen, Stauchungen und Zerrungen von Gelenken mit intraartikulärer oder stark periartikulärer Blutung mit Ausnahme von Schulter- und Kniegelenk
6. Knochenbrüche mit Ausnahme von Gelenkfrakturen und gelenknahen Frakturen bei Kindern
7. Verrenkungen mit Ausnahme von Verrenkungen des Schulter- und Kniegelenkes

Anhang 3 (Datenschutz)

zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger in der ab 1. Januar 2011 gültigen Fassung

Auszug aus dem SGB VII - Datenschutz

§ 201 Datenerhebung und Datenverarbeitung durch Ärzte

- (1) Ärzte und Zahnärzte, die an einer Heilbehandlung nach § 34 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 durchzuführen, maßgeblich waren. Der Versicherte kann vom Unfallversicherungsträger verlangen, über die von den Ärzten übermittelten Daten unterrichtet zu werden. § 25 Abs. 2 SGB X gilt entsprechend. Der Versicherte ist von den Ärzten über den Erhebungszweck, ihre Auskunftspflicht nach den Sätzen 1 und 2 sowie über sein Recht nach Satz 3 zu unterrichten.
- (2) Soweit die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen und die Krankenkassen Daten nach Absatz 1 zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen, dürfen die Daten auch an sie übermittelt werden.

§ 203 Auskunftspflicht von Ärzten

- (1) Ärzte und Zahnärzte, die nicht an einer Heilbehandlung nach § 34 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. Der Unfallversicherungsträger soll Auskunftsverlangen zur Feststellung des Versicherungsfalls auf solche Erkrankungen oder auf solche Bereiche von Erkrankungen beschränken, die mit dem Versicherungsfall in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können. § 98 Abs. 2 Satz 2 SGB X gilt entsprechend.
- (2) Die Unfallversicherungsträger haben den Versicherten auf ein Auskunftsverlangen nach Absatz 1 sowie auf das Recht, auf Verlangen über die von den Ärzten übermittelten Daten unterrichtet zu werden, rechtzeitig hinzuweisen. § 25 Abs. 2 SGB X gilt entsprechend.



**Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII
zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren**
(in der Fassung vom 1. Januar 2011)

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 „Orthopädie und Unfallchirurgie“ berechtigt und als solcher fachlich und fachlich-organisatorisch weisungsfrei tätig sein.

2.2. Der Durchgangsarzt muss zudem nach der Facharztanerkennung mindestens ein Jahr in einer Abteilung zur Behandlung Schwer-Unfallverletzter eines zum Verletzungsverfahren zugelassenen Krankenhauses vollschichtig unfallchirurgisch tätig gewesen sein. Dies ist durch ein qualifiziertes Zeugnis des für diese Abteilung verantwortlichen Durchgangsarztes nachzuweisen.

2.3 Ist der Durchgangsarzt an einem Krankenhaus oder einer Klinik tätig, muss er darüber hinaus über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen.*

2.4 Ärzte mit der Facharztbezeichnung „Chirurgie“ und der deutschen Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ werden dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ gleichgestellt.

2.5 H-Ärzte werden bis spätestens 31.12.2015 auf Antrag als Durchgangsarzt beteiligt, wenn sie die unter 3. bis 6. genannten Anforderungen erfüllt haben. Der Antrag ist spätestens bis 31.12.2014 zu stellen.

2.6 Ein Arzt, der die Voraussetzungen nach 2.1, 2.3 und 2.4 erfüllt, diese aber im Ausland erworben hat, muss für die Beteiligung als Durchgangsarzt zum Erwerb der Kenntnisse nach 2.7.2 und 2.7.3 nach der Facharztanerkennung ein Jahr bei einem Durchgangsarzt tätig gewesen sein.

2.7 Erforderlich für eine Beteiligung als Durchgangsarzt sind ferner

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

2.7.2 eingehende Erfahrungen im durchgangsarztlichen Berichtswesen und in der Gutachtenerstellung

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

2.7.4 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 muss 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, wobei einer dieser Räume als OP-Raum im Sinne der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b SGB V genutzt werden

* Gleiches gilt für niedergelassene Durchgangsarzte, die umfassend am ambulanten Operieren teilnehmen wollen (vgl. Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung in der Fassung vom 1. Januar 2011)

kann.

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

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

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 (Arztevertrag) 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 mit der Möglichkeit durchgangsarztlicher Vertretungsregelungen 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 bei der Behandlung von arbeitsunfallverletzten Kindern oder Jugendlichen regelmäßig die Notwendigkeit der Hinzuziehung eines Kinderchirurgen oder eines Facharztes mit der Gebietsbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ zu prüfen.

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

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

5.12 in dem Fünf-Jahres Zeitraum nach 6.4 an jeweils einer der nachfolgend genannten, grundsätzlich von den Landesärztekammern zertifizierten, Fortbildungen erfolgreich teilzunehmen:

- Fortbildungen in den Bereichen „Rehabilitationsmanagement“ und Rehabilitationsmedizin“
- Fortbildung im Bereich Begutachtungswesen
- Fortbildung im Bereich Kindertraumatologie

5.13 in dem Fünf-Jahres-Zeitraum nach 6.4 an zwei unfallmedizinischen Tagungen der DGUV-Landeverbände teilzunehmen.

5.14 jede Änderung in den die Tätigkeit betreffenden Verhältnissen umgehend dem zuständigen Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) mitzuteilen (z. B. Praxisverlegung, räumliche Praxisumgestaltung, Änderung der Rechtsform, Umstrukturierung der Klinik),

5.15 jederzeit durch den Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) die Erfüllung der Anforderungen überprüfen zu lassen,

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

5.17 die Reha-Manager/Berufshelfer der Unfallversicherungsträger zu unterstützen.

6. Beteiligung

6.1 Die Beteiligung am Durchgangsarztverfahren erfolgt auf Antrag des Arztes durch Verwaltungsakt des zuständigen Landesverbandes der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

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

6.3 Die Beteiligung endet (auflösende Bedingungen)

6.3.1 mit Vollendung des 68. Lebensjahres. Hiervon kann der zuständige Landesverband eine Ausnahme zulassen, wenn die Beendigung der Beteiligung zu einer Gefährdung der Versorgung Arbeitsunfallverletzter in der Fläche führt.

6.3.2 bei Praxisverlegung oder Praxisaufgabe,

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

6.4 Die Beteiligung wird jeweils nach fünf Jahren überprüft. Der erste Fünf-Jahres-Zeitraum beginnt mit dem auf die Beteiligung folgenden Kalenderjahr.

6.5 Die Beteiligung wird widerrufen,

6.5.1 wenn in dem Fünf-Jahres-Zeitraum nach 6.4 jährlich weniger als 250 Arbeitsunfallverletzte von dem Durchgangsarzt erstversorgt wurden. Die Fallzahl von 250 gilt als erreicht, wenn sie im Jahresdurchschnitt oder in den letzten drei Jahren des Fünf-Jahres-Zeitraumes jeweils erreicht wurde. Von einem Widerruf der Beteiligung kann abgesehen werden, wenn dieser zu einer Gefährdung der Versorgung Arbeitsunfallverletzter in der Fläche führen kann.

6.5.2 wenn der Durchgangsarzt in dem Fünf-Jahres-Zeitraum nach 6.4 die unter 5.11 bis 5.13 beschriebenen Fortbildungspflichten nicht erfüllt hat.

6.5.3 wenn die personelle und sächliche Ausstattung nicht mehr den unter 3 und 4 genannten Anforderungen entspricht.

6.5.4 bei schwerwiegender oder wiederholter Pflichtverletzung.

6.6 Wurde die Beteiligung nach 6.5 widerrufen, ist eine erneute Beteiligung nicht möglich. Hiervon kann der Landesverband eine Ausnahme zulassen, wenn wesentliche Änderungen der Verhältnisse eingetreten sind, die einen Wegfall der Widerrufsgründe erwarten lassen.



Auslegungsgrundsätze

zu den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren

in der Fassung vom 01.01.2011

Ziffer 2.1 (Fachliche und fachlich-organisatorische Weisungsfreiheit)

Die fachliche und fachlich-organisatorische Weisungsfreiheit des angestellten Durchgangsarztes ist insbesondere an folgende Voraussetzungen geknüpft:

- Freie Entscheidungsmöglichkeit über die anzuwendenden Behandlungsmethoden.
- Eigener Personalpool, über den eine direkte Weisungsbefugnis besteht. Hierfür muss dem Durchgangsarzt Assistenzpersonal in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.
- Freie Dispositionsmöglichkeiten über notwendige Räume und Sachmittel.

Ziffer 5.2 (Persönliche Leistungserbringung)

➤ Niedergelassener Durchgangsarzt

Die Kernaufgaben durchgangsarztlicher Tätigkeit hat der niedergelassene Durchgangsarzt persönlich zu erfüllen. Hierzu zählen insbesondere:

- Anamnese,
- Indikationsstellung,
- Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen,
- Stellen der Diagnose, einschließlich Auswertung der Befunde beim Einsatz der Röntgen-Diagnostik und anderer bildgebender Verfahren im unmittelbaren Zusammenhang mit der Beurteilung von Art oder Schwere der Verletzung,
- Aufklärung und Beratung des Patienten,
- Entscheidung über die Therapie,
- Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe,
- Entscheidung über besondere und allgemeine Heilbehandlung,
- Erstattung der Berichte und Verordnungen im Durchgangsarztverfahrens

Kann der Durchgangsarzt diese Leistungen nicht selbst erbringen, muss er sich ggf. von einem vom Landesverband anerkannten Ständigen Vertreter mit der Qualifikation zum Durchgangsarzt vertreten lassen.

Eine vorübergehende Vertretung in der Praxis des Durchgangsarztes (Urlaub, kurzfristige Erkrankung, Fortbildung) durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder einen Facharzt für Chirurgie mit besonderen Kenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Behandlung von Unfallverletzungen ist möglich.

➤ **Durchgangsarzt am Krankenhaus**

Die Kernaufgaben durchgangsarztlicher Tätigkeit hat der Durchgangsarzt am Krankenhaus persönlich zu erfüllen. Hierzu zählen insbesondere:

- Anamnese,
- Indikationsstellung,
- Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen,
- Stellen der Diagnose, einschließlich Auswertung der Befunde beim Einsatz der Röntgen-Diagnostik und anderer bildgebender Verfahren im unmittelbaren Zusammenhang mit der Beurteilung von Art oder Schwere der Verletzung,
- Aufklärung und Beratung des Patienten,
- Entscheidung über die Therapie,
- Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe,

Die vorgenannten Leistungen können auf nachgeordnete Ärzte delegiert werden. Diese müssen über die gleiche fachliche Qualifikation verfügen oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit besonderen Kenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Behandlung von Unfallverletzungen sein. Hiervon bleibt die Verantwortung des D-Arztes unberührt!

Die nachfolgend genannten Leistungen sind höchstpersönlich vom Durchgangsarzt selbst oder durch einen vom zuständigen Landesverband anerkannten Ständigen Vertreter zu erbringen:

- Entscheidung über die besondere und allgemeine Heilbehandlung
- Erstattung der Berichte und Verordnungen im Durchgangsarztverfahren

Ziffer 5.3 (Unfallärztliche Bereitschaft)

Der Begriff „Unfallärztliche Bereitschaft“ erfordert grundsätzlich die Präsenz des Durchgangsarztes in der Praxis.

Bei kurzzeitiger Abwesenheit des Durchgangsarztes muss die Praxis geöffnet sein und der Durchgangsarzt muss diese innerhalb kürzester Zeit erreichen können.

Innerhalb der unfallärztlichen Bereitschaftszeit besteht die Möglichkeit, sich an einem ganzen oder zwei halben Tagen in der Woche durchgangsarztlich vertreten zu lassen. Primär anzustreben ist eine ständige Vertretung in der Praxis. Ist dies nicht möglich, be-

steht die Möglichkeit der Vertretung durch den nächstgelegenen Durchgangsarzt, sofern dessen Praxis nicht weiter als 5 km entfernt oder innerhalb 15 Minuten erreichbar ist. Diese Vertretungsregelung ist durch Absprache mit dem vertretenden Arzt sicherzustellen. Auf diese Vertretungsregelung ist durch Aushang am Praxiseingang, Ansage auf dem Anrufbeantworter und ggf. Eintrag auf der Internet-Homepage hinzuweisen.

Soweit am Praxisstandort mehr als ein Durchgangsarzt tätig ist, ist die unfallärztliche Bereitschaft innerhalb der Praxis zu gewährleisten.

Ziffer 6.5.1 (Gefährdung der Versorgung Arbeitsunfallverletzter in der Fläche)

- Die Fallzahl von 250 erstversorgten Arbeitsunfallverletzten pro Jahr wird standortbezogen, nicht arztbezogen, ermittelt.
- Von einer Gefährdung der Versorgung Arbeitsunfallverletzter in der Fläche ist dann auszugehen, wenn
 - sich das Verhältnis von Durchgangsarzten zu Versicherten in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt schlechter als 1:30.000 darstellt
 - oder
 - in einer Region innerhalb von 30 Minuten kein Durchgangsarzt zu erreichen ist.



**Grundsätze
Ambulantes Operieren
in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV)**
in der Fassung vom 1. Januar 2011

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 1.01.2004) für Versicherung 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 ausschließlich dem Durchgangsarzt bzw. dem H-Arzt nach Art oder Schwere der Verletzung, bzw. dem entsprechenden Facharzt bei Augen- und/oder HNO-Verletzungen. 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 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 Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) 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 Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zugelassen ist (§ 37 Vertrag Ärzte/UV-Träger).

5 Berechtigung zur Durchführung ambulanter Operationen

Zur Durchführung ambulanter Operationen in der GUV berechtigt sind in Praxis niedergelassene oder an Krankenhäusern tätige Durchgangsarzte, die als solche bis zum 31.12.2010 von einem Landesverband beteiligt worden sind, andere nur, wenn sie über die Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ bzw. über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen. bzw. Augen- und HNO-Ärzte bei Verletzungen auf dem jeweiligen Fachgebiet, 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“ abgegeben haben, die fachlichen und räumlich-apparativen Voraussetzungen erfüllen und die notwendigen Pflichten anerkennen. Durchgangsarzte ohne Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ bzw. Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ und H-Ärzte dürfen nur solche ambulanten Operationen durchführen und abrechnen, die in den Gebühren-Nrn. 442 bis 445 mit einem „*“ gekennzeichnet sind, andere Leistungen nur mit vorheriger Genehmigung durch den Unfallversicherungsträger. Durchgangs- und H-Ärzte sind berechtigt, Arbeitsunfallverletzte an Ärzte, die zum ambulanten Operieren in der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind, zur ambulanten Leistungserbringung zu überweisen (§§ 12 Vertrag Ärzte/UV-Träger).

Im Einzelfall ist die Erfüllung der Anforderungen gegenüber dem zuständigen Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) 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.

Liste der zuschlagsberechtigten ambulanten Operationen (Nrn. 442 – 445 UV-GOÄ), die Durchgangszärzte ohne Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ bzw. Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ und H-Ärzte durchführen und abrechnen dürfen:

Nr. UV-GOÄ	Leistung
2010	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen
2040	Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z.B. Hämangiom)
2051	Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk
2052	Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk
2073	Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht – ggf. einschließlich Versorgung einer frischen Wunde
2100	Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenkes
2256	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen
2353	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen – auch Stellschraubenentfernung aus großen Röhrenknochen
2380	Überpflanzung von Epidermisstücken
2381	Einfache Hautlappenplastik
2397	Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung
2402	Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)
2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z.B. Ganglion, Faziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neuron)
2405	Entfernung eines Schleimbeutels
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses
2800	Venaesectio