

# Änderungen/Ergänzungen/Kommentar bei den Leistungen ab 08.01.2018

## Buch S. 142

### Nr. 115 = Änderung im Kommentar:

~~Ein D-Arzt oder nach § 37 Abs. 3 ÄV zugelassener Handchirurg, der bisher allgemeine Heilbehandlung durchgeführt hat und nun die Einleitung einer besonderen Heilbehandlung für erforderlich hält, erstattet einen Verlaufsbericht (Formtext F 2100), vermerkt die Einleitung der besonderen Heilbehandlung und füllt die Felder bei Einleitung oder Fortführung besonderer Heilbehandlung dieses Berichtes entsprechend aus. Bereits die Übernahme in die besondere Heilbehandlung wird mit der höhere Gebühr nach Nr. 115 vergütet.~~

**Der Vordruck F 2106 – Nachschaubericht fällt zum 01.07.2018 weg und wird durch den Verlaufsbericht – F2100 ersetzt.**

**Der neue Verlaufsbericht kann vom D-Arzt und nach § 37 Abs. 3 ÄV zugelassenen Handchirurgen als Bericht bei allgemeiner Heilbehandlung, bei der Übernahme in die besondere Heilbehandlung, bei der Fortführung der besonderen Heilbehandlung und bei Besonderheiten im Behandlungsverlauf nach § 16 ÄV verwendet werden. Die Vergütung erfolgt nach Nr. 115.**

**Der Arzt vermerkt auf dem neuen Verlaufsbericht den Anlass für die Berichterstattung. Dafür stehen ihm bei allgemeiner und besonderer Heilbehandlung folgende Varianten zur Verfügung:**

- **Wiedervorstellung durch anderen Arzt**
- **Wiedervorstellung auf eigene Veranlassung Versicherten**
- **Anforderung durch den UV-Träger**
- **Übernahme in besondere Heilbehandlung ab**
- **Besonderheiten im Heilverlauf (§ 16, auch während stationärer Behandlung)**

**Die Berichterstattung bei Wiedervorstellung aus eigener Veranlassung ist nur dann erforderlich und zu erstatten, wenn sich daraus eine Besonderheit im Behandlungsverlauf nach § 16 ÄV ergibt, da diese für den UV-Träger für die Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens von Bedeutung ist.**

**Wenn der D-Arzt die allgemeine Heilbehandlung selbst durchführt, ist gemäß § 29 ÄV grundsätzlich keine Berichtserstattung vorgesehen, es sei denn, es treten Besonderheiten im Behandlungsverlauf gemäß § 16 ÄV auch bei stationärer Behandlung auf oder dem UV-Träger sind Hinweise zur beruflichen Wiedereingliederung gemäß § 17 ÄV zu geben. Dann sind die Felder zum Anlass der Berichtserstattung und der allgemeinen Heilbehandlung auszufüllen.**

Die Verwaltungs-BG (V-BG) hat ab dem 01.01.2016 für drei Jahre ein Modellprojekt zur ganzheitlichen sportmedizinischen Betreuung versicherter Sportler („Mannschafts-Arzt-Verfahren“) eingeführt. Der „M-Arzt“ erhält von der V-BG für den M-Arzt-Verlaufsbericht ebenfalls die Gebühr nach Nr. 115.

~~Der Verlaufsbericht bei Einleitung oder Fortführung der besonderen Heilbehandlung kann auch in freier Form erstattet werden. Folgende Angaben müssen – wie im Formtext der DGUV – auch im freien Verlaufsbericht bei Einleitung oder Fortführung der besonderen Heilbehandlung enthalten sein:~~

~~– aktuelle Beschwerden/Klagen~~

- ~~Behandlungsverlauf (OP-Berichte sind nachzusenden)~~
- ~~aktuelle klinische Untersuchungsbefunde~~
- ~~Ergebnis zusätzlicher bildgebender Diagnostik (wie z.B. MRT, CT etc.)~~
- ~~aktuelle Diagnose/Konkretisierungen der bisherigen Diagnose~~
- ~~ob eine VAV-/SAV-Verletzung vorliegt und nach welcher Ziffer~~
- ~~zu weiteren Maßnahmen zur Diagnostik/Heilbehandlung; und ggf. welche)~~
- ~~durch wen erfolgt die Weiterbehandlung mit Namen/Anschrift des Arztes~~
- ~~Hinweise zu psychischen Gesundheitsschäden und ggf. welche~~
- ~~vom Unfall unabhängige Gesundheitsschäden, die für die Beurteilung des~~
- ~~medizinischen Ursachenzusammenhanges von Bedeutung sein könnten.~~
- ~~erforderliche Reha-Maßnahmen (z.B. Physiotherapie, EAP, ABMR, BGSW)~~
- ~~erforderliche besondere Maßnahmen (z.B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung,~~
- ~~Hilfsmittel)~~
- ~~prognostische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit~~
- ~~bestehende Bedenken, ob die bisherige Tätigkeit weiter ausgeübt werden kann~~
- ~~erforderliche stufenweise Wiedereingliederung (Belastungserprobung)~~
- ~~Bemerkungen (Beratung der Reha-Manager des UV-Trägers, Kontextfaktoren,~~
- ~~besondere Umstände~~

Sofern die obigen Punkte im freien Verlaufsbericht bei Einleitung oder Fortführung der besonderen Heilbehandlung nicht enthalten sind, besteht kein Anspruch auf Vergütung nach Nr. 115, da der Bericht unvollständig ist. Sofern aber wesentliche Angaben im Bericht enthalten sind, wird die Vergütung wie eine Behandlungsauskunft nach Nr. 110 empfohlen.

**Die Gebühr für den Verlaufsbericht wird nur bei der Zusendung des Formtextes F 2100 vergütet. Wenn der D-Arzt eine Behandlungsauskunft in freier Form als Verlaufsbericht bezeichnet, so besteht unabhängig vom inhaltlichen Umfang kein Vergütungsanspruch nach Nr. 115. In diesen Fällen empfehlen wir den Bericht nach Nr. 110 zu vergüten.**

## **Buch S. 148**

### **Nr. 134 = Änderung der Legende und Streichung Kommentar und Arbeitshinweise**

**134**            ~~Vordruck F 2106 – Nachschaubericht 8,41 weggefallen zum~~  
**01.07.2018**

#### ~~Arbeitshinweise (Ausschnitt):~~

~~4. Eine weitere Nachschau wird immer dann erforderlich, wenn an dem vom D-Arzt festgesetzten Termin noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.~~

#### ~~Kommentar~~

~~Wenn der D-Arzt die allgemeine Heilbehandlung selbst durchführt, ist gemäß § 29 ÄV grundsätzlich keine Berichtserstattung vorgesehen, es sei denn, es treten Besonderheiten im Behandlungsverlauf gemäß § 16 ÄV auch bei stationärer Behandlung auf oder dem UV-Träger sind Hinweise zur beruflichen Wiedereingliederung gemäß § 17 ÄV zu geben. Dann sind die Felder zum Anlass der Berichtserstattung und der allgemeinen Heilbehandlung auszufüllen.~~

~~Der Verlaufsbericht ist bei allgemeiner Heilbehandlung auch zu erstatten, wenn die Vorstellung durch andere Ärzte erfolgt, die Vorstellung auf eigene Veranlassung des Versicherten erfolgt oder der Verlaufsbericht durch den UV-Träger angefordert wird.~~

~~Ein D-Arzt oder nach § 37 Abs. 3 ÄV zugelassener Handchirurg, der bisher allgemeine Heilbehandlung durchgeführt hat und nun die Einleitung einer besonderen Heilbehandlung für erforderlich hält, erstattet den Verlaufsbericht (Formtext F 2100), vermerkt die Einleitung der besonderen Heilbehandlung und füllt die Felder bei Einleitung oder Fortführung besonderer Heilbehandlung dieses Berichtes entsprechend aus. Bereits die Übernahme in die besondere Heilbehandlung wird mit der höhere Gebühr nach Nr. 115 vergütet. Der Verlaufsbericht bei allgemeiner Heilbehandlung kann auch in freier Form erstattet werden. Folgende Angaben müssen — wie im Formtext der DGUV — auch im freien Verlaufsbericht bei allgemeiner Heilbehandlung enthalten sein:~~

- ~~— aktueller Befund~~
- ~~— bisheriger Verlauf/ ggf. Behandlungsvorschlag~~
- ~~— durch wen erfolgt die Weiterbehandlung mit Namen/Anschrift des Arztes~~
- ~~— prognostische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit~~
- ~~— Wiedervorstellungstermin, bei weiterer Arbeitsunfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit~~

~~Sofern die obigen Punkte im freien Verlaufsbericht bei allgemeiner Heilbehandlung nicht enthalten sind, besteht kein Anspruch auf Vergütung nach Nr. 134, da der Bericht unvollständig ist. Dem D-Arzt sollte Gelegenheit gegeben werden, die fehlenden Angaben nachzureichen, um nachträglich die Berichtgebühr zu erhalten.~~

## **Buch S. 149**

### **Nr. 136 = Änderung am Schluß des Kommentars:**

(...)

Die Erstattung des **Ergänzungsbogensberichtes** berechtigt zur Abrechnung der Nrn. 6 - 10.

## **Buch S. 149**

### **Nr. 137 = Änderung am Schluß des Kommentars:**

(...)

Die Erstattung des **Ergänzungsbogensberichtes** berechtigt zur Abrechnung der Nrn. 6 - 10.

## **Buch S. 149**

### **Nr. 138 = neuer Kommentar:**

**Kommentar:**

**Der Ergänzungsbericht bei Schulterverletzungen ist vom D-Arzt gemäß §§ 27 Abs. 6; 37 Abs. 4 ÄV zwar zusätzlich, jedoch nicht unverzüglich zu erstatten. Der Berichtseingang innerhalb von 8 Tagen beim UV-Träger (§ 57 Abs. 3 ÄV) zur Wahrung des Vergütungsanspruches ist somit nicht erforderlich.**

**Die Erstattung des Ergänzungsberichtes berechtigt zur Abrechnung der Nrn. 6 - 10.**

## **Buch S. 149**

### **Nr. 139 = Änderung am Schluß des Kommentars:**

(...)

Die Erstattung des **Ergänzungsbogensberichtes** berechtigt zur Abrechnung der Nrn. 6 - 10.

## **Buch S. 150**

### **Nr. 143 = Änderungen im Kommentar:**

Die Leistung kann ausschließlich für das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung angesetzt werden. Der zur Erstattung der ärztlichen Unfallanzeige nach § 14 ÄV berechnete Arzt darf die Arbeitsunfähigkeit gemäß § 26 Abs.1 ÄV zunächst nur für den Unfalltag bescheinigen und abrechnen. Leitet der D-Arzt allgemeine Heilbehandlung ein, so darf der behandelnde Arzt weitere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bis zu dem im **Verlaufsbericht F 2100 Nachschaubericht** unter **Nr. 3** vorgegebenen Termin ausstellen. Liegt darüber hinaus Arbeitsunfähigkeit vor, muss der Arzt den Versicherten erneut beim D-Arzt vorstellen und darf keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen. Der Arzt darf ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen, wenn der D-Arzt im **Verlaufsbericht F 2100 Nachschaubericht** die Arbeitsunfähigkeit mit Nein ankreuzt.

...

## **Buch S. 157**

### **Nr. 192 = neuer Kommentar**

**Kommentar:**

**Die elektronische Übermittlung kann z.B. via DALE-UV, Fax oder E-Mail erfolgen.**

## **Buch S. 216**

### **Nr. 375 = Kommentarergänzung:**

Gemäß Nr. 2 der Allg. Best. zu Abschnitt C.V. sind erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung in der Leistung enthalten, so dass die Verweilgebühr nach den Nrn. 56 und 57 nicht berechnungsfähig ist.

**Die DGUV teilte in ihrem Rundschreiben 0079/2018 vom 05.03.2018 mit, dass angesichts der seitens der UV-Träger kaum möglichen Nachprüfbarkeit der Erforderlichkeit einer Simultanimpfung oder einer „Boosterung“ der GFK-Ausschuss Rehabilitation in seiner Sitzung 4/2017 aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität beschlossen hat, dass die Kosten für eine im Zusammenhang mit der Unfallverletzung erforderliche Tetanusimpfung grundsätzlich von den UV-Trägern übernommen werden.**

**Es bleibt danach bei der generellen Kostenübernahme für die Tetanusimpfung auch als Kombiimpfung soweit nach Empfehlung der Ständigen Impfkommision (STIKO) nach einem Arbeitsunfall eine Tetanusprophylaxe (Passiv- und/oder Aktivimmunsierung) erforderlich ist. Die Entscheidung hierüber trifft der Arzt im konkreten Behandlungsfall.**

**Bloße Auffrischungsimpfungen „bei Gelegenheit des Arztbesuchs“ und spätere Folgeimpfungen zum Aufbau der Grundimmunsierung werden dagegen von den UV-Trägern nicht übernommen, da sie nicht im Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall stehen.**

**Die Durchgangsarzte werden per Rundschreiben von den Landesverbänden entsprechend informiert. Bereits mit dem DGUV-Rundschreiben 0298/2017 vom**

**31.07.2017 wurde empfohlen, die vollen Kosten für den Tetanol-Impfstoff und vorläufig ggf. auch für den Kombiimpfstoff gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten zu übernehmen.**

#### **Buch S. 216**

##### **Nr. 378 = Kommentarergänzung:**

Gemäß Nr. 2 der Allg. Best. zu Abschnitt C.V. sind erforderliche Nachbeobachtungen am

Tag der Impfung in der Leistung enthalten, so dass die Verweilgebühr nach den Nrn. 56 und 57 nicht berechnungsfähig ist.

**Die DGUV teilte in ihrem Rundschreiben 0079/2018 vom 05.03.2018 mit, dass angesichts der seitens der UV-Träger kaum möglichen Nachprüfbarkeit der Erforderlichkeit einer Simultanimpfung oder einer „Boosterung“ der GFK-Ausschuss Rehabilitation in seiner Sitzung 4/2017 aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität beschlossen hat, dass die Kosten für eine im Zusammenhang mit der Unfallverletzung erforderliche Tetanusimpfung grundsätzlich von den UV-Trägern übernommen werden.**

**Es bleibt danach bei der generellen Kostenübernahme für die Tetanusimpfung auch als Kombiimpfung soweit nach Empfehlung der Ständigen Impfkommision (STIKO) nach einem Arbeitsunfall eine Tetanusprophylaxe (Passiv- und/oder Aktivimmunsierung) erforderlich ist. Die Entscheidung hierüber trifft der Arzt im konkreten Behandlungsfall.**

**Bloße Auffrischungsimpfungen „bei Gelegenheit des Arztbesuchs“ und spätere Folgeimpfungen zum Aufbau der Grundimmunsierung werden dagegen von den UV-Trägern nicht übernommen, da sie nicht im Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall stehen.**

**Die Durchgangsarzte werden per Rundschreiben von den Landesverbänden entsprechend informiert. Bereits mit dem DGUV-Rundschreiben 0298/2017 vom 31.07.2017 wurde empfohlen, die vollen Kosten für den Tetanol-Impfstoff und vorläufig ggf. auch für den Kombiimpfstoff gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten zu übernehmen.**

#### **Buch S. 252**

##### **Nr. 488 = neuer Kommentar und Streichung in Ausschluss:**

###### **Kommentar**

**Die Gebührenziffer ist im Rahmen einer Sitzung (Arzt-Patienten-Kontakt) auch nur einmal abrechenbar, wenn neben der Anästhesie der Harnröhre auch die der Harnblase erfolgt.**

###### **Ausschluss**

Neben Nr. 488 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, ~~1700~~, 1728, 1729, 1730-1733

#### **Buch - S. 265**

##### **Nr. 567 = Ergänzung des Kommentars:**

Eine Sitzung ist ein Arzt-Patienten-Kontakt, der mehrere Stunden andauern und die Behandlung mehrerer Areale beinhalten kann. Die Gebühr ist daher nur einmal pro Behandlungstag abrechenbar.

**Gemäß des DGUV – Rundschreiben Nr. 0083/2018 vom 08.03.2018 wurden zwischenzeitlich PDTn zugelassen, bei denen als Lichtquelle das Tageslicht genutzt wird. Diese Tageslicht-PDT oder Natural Daylight PDT (NDL-PDT) sind weniger aufwändig als die herkömmliche PDT mit photodynamischer Lichtbestrahlung, deren Vergütung nach den Nrn. 570 und 571 erfolgt. Die DGUV empfiehlt daher, die Tageslicht-PDT bzw. NDL-PDT mit Nr. 753 (medikamentöse Behandlung aktinischer Keratosen) zu vergüten. Sofern das für die Tageslicht-PDT bzw. NDL-PDT erforderliche Tageslicht technisch simuliert wird (Simulierte Daylight PDT bzw. SDL-PDT), so empfiehlt die DGUV den zusätzlichen Aufwand für die Nutzung einer künstlichen Lichtquelle zusätzlich mit Nr. 567 zu vergüten.**

### **Buch S. 267**

#### **Nr. 570 = Ergänzung am Schluß des Kommentars:**

(...)

3. besondere Kosten des Schmerzmanagements der Nrn. 490 und Nr. 491 für die subkutane Infiltrationsanästhesie oder der Nr. 493 für die lokale Nervenblockade bei der Schmerztherapie.

**Gemäß des DGUV – Rundschreiben Nr. 0083/2018 vom 08.03.2018 wurden zwischenzeitlich PDTn zugelassen, bei denen als Lichtquelle das Tageslicht genutzt wird. Diese Tageslicht-PDT oder Natural Daylight PDT (NDL-PDT) sind weniger aufwändig als die herkömmliche PDT mit photodynamischer Lichtbestrahlung. Die DGUV empfiehlt daher, die Tageslicht-PDT bzw. NDL-PDT mit Nr. 753 (medikamentöse Behandlung aktinischer Keratosen) zu vergüten. Sofern das für die Tageslicht-PDT bzw. NDL-PDT erforderliche Tageslicht technisch simuliert wird (Simulierte Daylight PDT bzw. SDL-PDT), so empfiehlt die DGUV den zusätzlichen Aufwand für die Nutzung einer künstlichen Lichtquelle zusätzlich mit Nr. 567 zu vergüten.**

### **Buch S. 268**

#### **Nr. 571 = Ergänzung am Schluß des Kommentars:**

(...)

3. besondere Kosten des Schmerzmanagements der Nrn. 490 und Nr. 491 für die subkutane Infiltrationsanästhesie oder der Nr. 493 für die lokale Nervenblockade bei der Schmerztherapie.

**Gemäß des DGUV – Rundschreiben Nr. 0083/2018 vom 08.03.2018 wurden zwischenzeitlich PDTn zugelassen, bei denen als Lichtquelle das Tageslicht genutzt wird. Diese Tageslicht-PDT oder Natural Daylight PDT (NDL-PDT) sind weniger aufwändig als die herkömmliche PDT mit photodynamischer Lichtbestrahlung. Die DGUV empfiehlt daher, die Tageslicht-PDT bzw. NDL-PDT mit Nr. 753 (medikamentöse Behandlung aktinischer Keratosen) zu vergüten. Sofern das für die Tageslicht-PDT bzw. NDL-PDT erforderliche Tageslicht technisch simuliert wird (Simulierte Daylight PDT bzw. SDL-PDT), so empfiehlt die DGUV den zusätzlichen Aufwand für die Nutzung einer künstlichen Lichtquelle zusätzlich mit Nr. 567 zu vergüten.**

## **Buch S. 290**

### **Nr. 753 = Ergänzung am Schluß des Kommentars:**

(...)

Die Nrn. 753 und 754 sind gemäß Leistungsbeschreibung für das gleiche Behandlungsareal nicht mit den Nr. 575 bis 577 kombinierbar/abrechnungsfähig.

**Gemäß des DGUV – Rundschreiben Nr. 0083/2018 vom 08.03.2018 wurden zwischenzeitlich PDTn zugelassen, bei denen als Lichtquelle das Tageslicht genutzt wird. Diese Tageslicht-PDT oder Natural Daylight PDT (NDL-PDT) sind weniger aufwändig als die herkömmliche PDT mit photodynamischer Lichtbestrahlung, deren Vergütung nach den Nrn. 570 und 571 erfolgt. Die DGUV empfiehlt daher, die Tageslicht-PDT bzw. NDL-PDT mit Nr. 753 (medikamentöse Behandlung aktinischer Keratosen) zu vergüten. Sofern das für die Tageslicht-PDT bzw. NDL-PDT erforderliche Tageslicht technisch simuliert wird (Simulierte Daylight PDT bzw. SDL-PDT), so empfiehlt die DGUV den zusätzlichen Aufwand für die Nutzung einer künstlichen Lichtquelle zusätzlich mit Nr. 567 zu vergüten.**

## **Buch S. 307**

### **Nr. 1001 = neuer Kommentar**

**Kommentar:**

**Gemäß der Zusatzbestimmung zu Nr. 1003 darf neben der externen und/oder internen kardiokographischen Untersuchung der Nrn. 1002 und 1003 die tokographische Untersuchung nach Nr. 1001 nicht abgerechnet werden**

## **Buch S. 307**

### **Nr. 1002 = Änderungen im Kommentar:**

**Kommentar:**

**Gemäß der Zusatzbestimmung zu Nr. 1003 darf neben der externen kardiokographischen Untersuchung der Nrn. 1002 die tokographische Untersuchung nach Nr. 1001 nicht abgerechnet werden.**

Auch wenn eine Dauerüberwachung mit CTG erforderlich ist, kann die Leistung nach Nr. 1002 trotzdem nur einmal ~~am Tage~~ **pro Sitzung** berechnet werden. **Eine Sitzung ist eine Arzt-Patientin-Begegnung, die wartezeitbedingt auch mehrere Stunden andauern kann.**

**In der Leistungsbeschreibung der internen tokographischen Untersuchung nach Nr. 1003 ist verankert, dass eine im zeitlichen Zusammenhang des Geburtsvorganges vorausgegangene externe tokographische Untersuchung nach Nr. 1002 Bestandteil der Leistung nach Nr. 1003 ist. Ein zeitlicher Zusammenhang liegt nicht vor, wenn die Sitzung bereits beendet war und die Patienten wegen des Einsetzens des Geburtsvorgangs den Arzt am gleichen Tag erneut aufsucht.**

## **Buch S. 307**

### **Nr. 1003 = Änderung im Kommentar:**

**Kommentar:**

**Gemäß der Zusatzbestimmung darf neben der internen kardiotokographischen Untersuchung der Nrn. 1003 die tokographische Untersuchung nach Nr. 1001 nicht abgerechnet werden.**

Auch wenn eine Dauerüberwachung mit CTG erforderlich ist, kann die Leistung nach Nr. 1002 trotzdem nur einmal ~~am Tage~~ **pro Sitzung** berechnet werden. **Eine Sitzung ist eine Arzt-Patientin-Begegnung, die wartezeitbedingt auch mehrere Stunden andauern kann.**

**In der Leistungsbeschreibung ist verankert, dass eine im zeitlichen Zusammenhang des Geburtsvorganges vorausgegangene externe tokographische Untersuchung nach Nr. 1002 Bestandteil der Leistung ist. Ein zeitlicher Zusammenhang liegt nicht vor, wenn die Sitzung bereits beendet war und die Patienten wegen des Einsetzens des Geburtsvorgangs den Arzt am gleichen Tag erneut aufsucht.**

### **Buch S. 307**

**Nr. 1010 = neuer Kommentar:**

**Kommentar:**

**Die Fruchtwasserspiegelung nach Nr. 1010 ist Leistungsbestandteil der Nr. 1014 - Blutentnahme beim Fetus mittels Amniskopie, Diese beiden Gebührensnummern dürfen daher nicht nebeneinander abgerechnet werden.**

### **Buch S. 307**

**Nr. 1011 = Einfügung am Anfang des Kommentars:**

**Kommentar:**

**Neben der Gebührensnummer für die Punktion der Fruchtblase dürfen keine weiteren Punktionsgebührensnummern wie z.B. die Nr. 307 oder Nr. 315 abgerechnet werden. Die zur Lage der Punktionsnadel erforderliche Ultraschallkontrolle (Nr. 410) und der Wundverband (Nr.200) sind Bestandteil der Leistung und daher nicht gesondert abrechenbar, Kein Bestandteil der Leistung und damit gesondert abrechenbar sind die evtl. örtliche Betäubung an der Entnahmestelle (Nrn. 490/491) und die besonderen Kosten des Wundverbandes (Nr. 200).**

Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 abrechenbar.

### **Buch S. 307**

**Nr. 1012 = bitte „Auf einen Blick“ einfügen**

**Auf einen Blick – Blutentnahme beim Fetus**

<b>Blutentnahme beim Fetus</b>	<b>ohne Amniskopie</b>	<b>mit Amniskopie</b>
<b>ohne pH-Messung(en) im Blut</b>	<b>1012</b>	<b>1014</b>
<b>mit pH-Messung(en) im Blut</b>	<b>1013</b>	<b>1014</b>

### **Buch S. 307**

**Nr. 1012 = neuer Kommentar:**



**Kommentar:**

**Diese Blutentnahme beim Fetus erfolgt ohne Fruchtwasserspiegelung (Amniskopie) und ohne pH-Messung(en) im Blut. Werden zusätzlich pH-Messungen im Blut durchgeführt, dann ist die höher vergütete Nr. 1013 abzurechnen. Bei der Blutentnahme mittels Amniskopie ist die höher vergütete Nr. 1014 abrechenbar.**

**Neben der Gebührenziffer zur Blutentnahme dürfen keine weiteren Entnahmegebührenziffern wie z.B. die Nrn. 250, 250a oder 251 abgerechnet werden.**

## **Buch S. 307**

**Nr. 1013 = neuer Kommentar und Einfügung im Ausschluss:**

**Kommentar:**

**Diese Blutentnahme beim Fetus erfolgt ohne Fruchtwasserspiegelung (Amniskopie). Werden keine pH-Messungen im Blut durchgeführt, dann ist die geringer vergütete Nr. 1012 abzurechnen. Bei der Blutentnahme mittels Amniskopie ist dagegen die höher vergütete Nr. 1014 abrechenbar.**

**Neben der Gebührenziffer zur Blutentnahme dürfen keine weiteren Entnahmegebührenziffern wie z.B. die Nrn. 250, 250a oder 251 abgerechnet werden.**

**Ausschluss:**

**Neben Nr. 1013 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 250, 250a, 251, 307, 315, 410, 1012, 1014, 3710**

## **Buch S. 307**

**Nr. 1014 = Einfügung am Anfang des Kommentars:**

**Kommentar:**

**Diese Blutentnahme beim Fetus erfolgt mit Fruchtwasserspiegelung (Amniskopie). Die Nr. 1014 darf auch abgerechnet werden, wenn keine pH-Messungen im Blut erfolgen.**

**Bei der Blutentnahme ohne Amniskopie aber mit pH-Messungen im Blut ist die geringer vergütete Nr. 1013 abzurechnen. Bei der Blutentnahme ohne Amniskopie und ohne pH-Messungen im Blut ist die noch geringer vergütete Nr. 1012 in Rechnung zu stellen.**

**Neben der Gebührenziffer zur Blutentnahme dürfen keine weiteren Entnahmegebührenziffern wie z.B. die Nrn. 250, 250a oder 251 abgerechnet werden.**

**Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 abrechenbar.**

## **Buch S. 307**

**Nr. 1020 = neuer Kommentar:**

**Kommentar:**

**Bei der instrumentalen Einleitung einer Geburt (Nr. 1050), der Beendigung einer Fehlgeburt durch inneren Eingriff (Nr. 1052), dem Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. SSW (Nr. 1055) bzw. ab der 13. SSW (Nr. 1056) sowie der Ausräumung einer missed abortion (Nr. 1060) ist die**

**Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung Bestandteil dieser Leistungen und damit nicht gesondert mit Nr. 1020 abrechenbar.**

### **Buch S. 308**

#### **Nr. 1021 = Ergänzung am Schluß des Kommentars:**

Kommentar:

...

**Durch das Wort „ausschließlich“ in der Leistungsbeschreibung wird klargestellt, dass die ärztliche Kunsthilfe der Nrn. 1025 bis 1030 nicht Bestandteil des ärztlichen Beistandes der Nr. 1021 ist und daher zusätzlich abgerechnet werden darf. Gemäß der Zusatzbestimmung zu Nr. 1030 darf entweder die Beistandsgebühr nach Nr. 1021 oder nach Nr. 1022 zusätzlich zur ärztlichen Kunsthilfe in Rechnung gestellt werden.**

### **Buch S. 308**

#### **Nr. 1022 = Ergänzung am Schluß des Kommentars:**

Kommentar:

...

**Durch das Wort „ausschließlich“ in der Leistungsbeschreibung wird klargestellt, dass die ärztliche Kunsthilfe der Nrn. 1025 bis 1030 nicht Bestandteil des ärztlichen Beistandes der Nr. 1022 ist und daher zusätzlich abgerechnet werden darf. Gemäß der Zusatzbestimmung zu Nr. 1030 darf entweder die Beistandsgebühr nach Nr. 1021 oder nach Nr. 1022 zusätzlich zur ärztlichen Kunsthilfe in Rechnung gestellt werden.**

### **Buch S. 308**

#### **Nr. 1025 = neuer Kommentar**

Kommentar:

**Gemäß der Zusatzbestimmung zu Nr. 1030 darf neben der Entbindung durch Manualextraktion am Beckenende jeweils eine der Beistandsleistungen der Nrn. 1021 oder Nr. 1022 zusätzlich berechnet werden. Bei vorliegendem Mutterkuchen zusätzlich Nr. 1030 abrechnen.**

### **Buch S. 308**

#### **Nr. 1026 = neuer Kommentar:**

Kommentar:

**Gemäß der Zusatzbestimmung zu Nr. 1030 darf neben der Entbindung durch Vakuumextraktion jeweils eine der Beistandsleistungen der Nrn. 1021 oder Nr. 1022 zusätzlich berechnet werden. Bei vorliegendem Mutterkuchen zusätzlich Nr. 1030 abrechnen.**

### **Buch S. 308**

#### **Nr. 1027 = neuer Kommentar:**

Kommentar:

**Gemäß der Zusatzbestimmung zu Nr. 1030 darf neben der Entbindung durch Zange jeweils eine der Beistandsleistungen der Nrn. 1021 oder Nr. 1022 zusätzlich berechnet werden. Bei vorliegendem Mutterkuchen zusätzlich Nr. 1030 abrechnen.**

### **Buch S. 308**

#### **Nr. 1028 = neuer Kommentar:**

**Kommentar:**

**Gemäß der Zusatzbestimmung zu Nr. 1030 darf neben der äußeren Wendung jeweils eine der Beistandsleistungen der Nrn. 1021 oder Nr. 1022 zusätzlich berechnet werden. Bei vorliegendem Mutterkuchen zusätzlich Nr. 1030 abrechnen.**

### **Buch S. 308**

#### **Nr. 1029 = neuer Kommentar:**

**Kommentar:**

**Gemäß der Zusatzbestimmung zu Nr. 1030 darf neben der inneren oder kombinierten Wendung jeweils eine der Beistandsleistungen der Nrn. 1021 oder Nr. 1022 zusätzlich berechnet werden. Bei vorliegendem Mutterkuchen zusätzlich Nr. 1030 abrechnen.**

### **Buch S. 308**

#### **Nr. 1030 = Ergänzung der Leistungslegende und neuer Kommentar:**

**1030 Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich zu Nr. 1025 - 1029**

**Kommentar:**

**Gemäß der Zusatzbestimmung darf jeweils eine der Beistandsleistungen der Nrn. 1021 oder Nr. 1022 zusätzlich berechnet werden.**

### **Buch S. 309**

#### **Nr. 1040 = Änderung im Kommentar:**

**Kommentar:**

**Statt der Nr. 1040 kann im Rahmen einer Reanimation die höher bewertete Nr. 429 angesetzt werden (**Brück**). Ein Ansatz beider Nrn. nebeneinander ist nicht möglich. Der Leistungsinhalt der Nr. 1040 ist nicht so umfassend ~~wir wie~~ der der Nr. 429 und schon erfüllt, wenn eine Maskenbeatmung des Neugeborenen durchgeführt wird.**

### **Buch S. 309**

#### **Nr. 1044 = Einfügung am Anfang des Kommentars:**

**Kommentar:**

**Die Gebührenziffer darf nur einmal abgerechnet werden, auch wenn mehrere der in der Leistungsbeschreibung verankerten Nähte durchgeführt werden.**

**Gemäß der Zusatzbestimmung zu Nr. 1045 darf die Nr. 1044 neben dieser nicht zusätzlich berechnet werden. Bei Naht eines vollkommenen Dammrisses (III).**

**Grades) Nr. 1045 abrechnen.** Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 abrechenbar.

### **Buch S. 309**

#### **Nr. 1045 = Einfügung am Anfang des Kommentars:**

Kommentar:

**Bei Naht eines Dammrisses I. oder II. Grades darf nur die geringer vergütete Nr. 1044 abgerechnet werden. Gemäß der Zusatzbestimmung darf die Nr. 1044 neben der Nr. 1045 nicht zusätzlich berechnet werden.** Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 abrechenbar.

### **Buch S. 312**

#### **Nr. 1096 = neuer Kommentar**

Kommentar:

**Gemäß der Zusatzbestimmung zu Nr. 1044 ist die Dehnung des Gebärmutterhalses Bestandteil dieser Leistung und daher nicht zusätzlich mit Nr. 1096 abrechenbar.**

### **Buch S. 353**

#### **Nr. 1700 = Ergänzung des Kommentars und Streichung in**

##### **Ausschluss:**

Nach *Wezel / Liebold* kann eine Spülung, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung erforderlich ist, nicht zusätzlich nach Nr. 1700 berechnet werden. **Die Gebührenziffer ist auch nur einmal abrechenbar, wenn neben einer Spülung auch (mehrere) Arzneimittel tropfenweise appliziert werden. Eine Lokalanästhesie ist grundsätzlich nicht erforderlich, so dass die Durchführung gesondert zu begründen und dann mit Nr. 488 abzurechnen ist.** Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1798 ist neben den Nrn. 1793, 1794 und 1798 die Nr. 1700 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss

Neben Nr. 1700 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 488, 1701, 1702, 1703, 1704, 1713, 1728, 1732, 1785–1790, 1793, 1794, 1798

### **Buch S. 353**

#### **Nr. 1701 = Kommentaränderung**

Kann eine Zystoskopie nicht ohne Dehnung der Harnröhre durchgeführt werden, weil aufgrund krankhaft entstandener oder angeborener Verengung vor der Zystoskopie eine Dehnungsbehandlung nach den Nrn. 1701 oder 1702 erforderlich ist, so können diese Leistungen zusätzlich zur Zystoskopie berechnet werden. ~~Es ist dabei zu raten~~ **Wir empfehlen**, für die zusätzliche Berechnung der Nrn. auch eine ~~entsprechende~~ **entsprechende** Diagnose anzugeben. **Die Gebührenziffer ist auch nur einmal abrechenbar, wenn neben einer Spülung auch (mehrere) Arzneimittel tropfenweise appliziert werden. Sollte eine Lokalanästhesie erforderlich sein, so ist diese entsprechend zu begründen und mit Nr. 488 abzurechnen.**

### **Buch- S. 353**

#### **Nr. 1703 = neuer Kommentar und Ergänzung im Ausschluss: Kommentar**

**Die Lokalanästhesie ist mit Nr. 488 abrechenbar.**

Ausschluss

Neben Nr. 1703 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1700, 1704 (**bei gleichem Fremdkörper**), 2009 und 2010

### **Buch S. 353) Nr. 1704 = neuer Kommentar und Ergänzung im Ausschluss:**

**Kommentar**

**Die Lokalanästhesie ist mit Nr. 488 abrechenbar.**

Ausschluss

Neben Nr. 1704 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1700, **1703 (bei gleichem Fremdkörper)**, 1723, **2010**

### **Buch S. 353**

#### **Nr. 1708 = neuer Kommentar:**

**Kommentar**

**Die Kalibrierung der Harnröhre unter Lokal- oder Allgemeinanästhesie vor und zur Kontrolle nach einer Meatomie = Meatotomie (Nr. 1737) ist nicht Bestandteil der operativen Leistung und daher gesondert abrechenbar.**

**Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1798 ist neben den Nrn. 1793, 1794 und 1798 die Nr. 1701 nicht berechnungsfähig.**

### **Buch S. 353**

#### **Nr. 1709 = neuer Kommentar:**

**Kommentar**

**Die Kalibrierung der Harnröhre unter Lokal- oder Allgemeinanästhesie vor und zur Kontrolle nach einer Meatomie = Meatotomie (Nr. 1737) ist nicht Bestandteil der operativen Leistung und daher gesondert abrechenbar.**

### **Buch S. 353**

#### **Nr. 1710 = Kommentarergänzung:**

..., die die zusätzliche Berechnung nach Nr. 1710 erforderlich macht.

**Die Gebührenziffer ist während einer Sitzung auch nur einmal abrechenbar, wenn neben einer Spülung auch (mehrere) Arzneimittel tropfenweise appliziert werden. Eine Sitzung umfasst einen Arzt-Patienten-Kontakt, der nach der Beschaffenheit des Behandlungsfalls auch über mehrere Stunden andauern kann. Der Arzt muss dabei nicht kontinuierlich anwesend sein.**

**Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1798 ist neben den Nrn. 1793, 1794 und 1798 die Nr. 1710 nicht berechnungsfähig.**

## **Buch S. 354**

### **Nr. 1714 = neuer Kommentar:**

#### **Kommentar**

**Die Gebührenziffer ist auch bei der Entfernung mehrerer Geschwülste nur einmal abrechenbar.**

## **Buch S. 354**

### **Nr. 1728 = Kommentarergänzung:**

... Einmalharnblasenkatheter sind gemäß Ziff. 4.1.5. zu Abschnitt A und § 2 Abs. 1, 3 Nr. 5 BG-NT nicht gesondert abrechenbar. **Gemäß der Leistungsbeschreibung zu Nr. 1732 ist die Katheterisierung nach Nr. 1728 nicht abrechenbar, wenn ein Verweilkatheter eingelegt wird.**

**Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1798 ist neben den Nrn. 1793, 1794 und 1798 die Nr. 1728 nicht berechnungsfähig.**

## **Buch S. 355**

### **Nr. 1729 = Kommentarergänzung:**

... Einmalharnblasenkatheter sind gemäß Ziff. 4.1.5. zu Abschnitt A und § 2 Abs. 1, 3 Nr. 5 BG-NT nicht gesondert abrechenbar. **Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1798 ist neben den Nrn. 1793, 1794 und 1798 die Nr. 1729 nicht berechnungsfähig.**

## **Buch S. 355**

### **Nr. 1730 = Kommentarergänzung:**

... Einmalharnblasenkatheter sind gemäß Ziff. 4.1.5. zu Abschnitt A und § 2 Abs. 1, 3 Nr. 5 BG-NT nicht gesondert abrechenbar. **Gemäß der Leistungsbeschreibung zu Nr. 1732 ist die Katheterisierung nach Nr. 1730 nicht abrechenbar, wenn ein Verweilkatheter eingelegt wird.**

**Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1798 ist neben den Nrn. 1793, 1794 und 1798 die Nr. 1730 nicht berechnungsfähig.**

## **Buch S. 355**

### **Nr. 1731 = Kommentarergänzung:**

... Einmalharnblasenkatheter sind gemäß Ziff. 4.1.5. zu Abschnitt A und § 2 Abs. 1, 3 Nr. 5 BG-NT nicht gesondert abrechenbar. **Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1798 ist neben den Nrn. 1793, 1794 und 1798 die Nr. 1731 nicht berechnungsfähig.**

## **Buch S. 355**

### **Nr. 1732 = Kommentarergänzung:**

Siehe Kommentar zu Nr. 1728.

**Gemäß der Leistungsbeschreibung zu Nr. 1732 ist die Katheterisierung der Harnblase bei einem Mann nach Nr. 1728 oder bei einer Frau nach Nr. 1730 Bestandteil der Verweilkathetereinlegung und daher nicht gesondert**

abrechenbar. Die zusammen mit der Einlegung durchgeführten Spülungen und/oder Instillationen nach Nr. 1733 sind gemäß Zusatzbestimmung zu Nr. 1732 Bestandteil der Leistung und daher nicht gesondert abrechenbar. Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1798 ist neben den Nrn. 1793, 1794 und 1798 die Nr. 1732 nicht berechnungsfähig.

### **Buch S. 355**

#### **Nr. 1733 = Kommentarergänzung:**

Siehe Kommentar zu Nr. 1728.

Die zusammen mit der Verweilkathetereinlegung durchgeführte Spülung und/oder Instillation ist gemäß Zusatzbestimmung zu Nr. 1732 Bestandteil der Leistung und daher nicht gesondert mit Nr. 1733 abrechenbar. Die Gebührenziffer Nr. 1733 darf nur einmal abgerechnet werden, wenn im Rahmen einer Sitzung eine Harnblasenspülung und eine Instillation erfolgt. Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1798 ist neben den Nrn. 1793, 1794 und 1798 die Nr. 1733 nicht berechnungsfähig.

### **Buch S. 355**

#### **Nr. 1737 = neuer Kommentar und Ausschluss:**

Kommentar

Die Kalibrierung der Harnröhre unter Lokal- oder Allgemeinanästhesie vor und zur Kontrolle nach einer Meatomie = Meatotomie ist nicht Bestandteil der operativen Leistung und daher gesondert mit Nr. 1708 (bei männlicher Harnröhre) oder Nr. 1709 (bei weiblicher Harnröhre) abrechenbar.

Evtl. zur Blutstillung erforderliche Nähte sind in der Vergütung der Nr. 1737 enthalten (so auch Brück et al) und daher nicht zusätzlich mit den Nrn. 2001 bis 2005 abrechenbar.

Die operative Erweiterung der Harnröhrenöffnung ist ein selbständiger Zieleingriff und daher nicht Bestandteil einer evtl. anschließend indizierten Zystoskopie (Nrn. 1785 bis 1790) oder Urethroskopie (Nrn. 1712/1713).

Ausschluss

Neben Nr. 1737 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2001 – 2005

### **Buch S. 355**

#### **Nr. 1739 = neuer Kommentar:**

Kommentar

Die Gebührenziffer ist nur einmal abrechenbar, auch wenn in einer Sitzung eine Paraphimose unblutig beseitigt und eine Vorhautverklebung gelöst wird.

### **Buch S. 356**

#### **Nr. 1746 = neuer Kommentar:**

Kommentar

Erfolgt als Voroperation eine operative Aufrichtung des Penis, so ist die Nr. 1745 zusätzlich abrechenbar.

## **Buch S. 357**

**vor Nr. 1755 = „Auf einen Blick“ einfügen**

**Auf einen Blick: (Re-)Vasektomie / OP der Samenleiter**

<b>OP-Areal/Eingriff</b>	<b>Unterbindung-OP</b>	<b>Wiederherstellungs-OP</b>
<b>ein Samenleiter, als selbständige Leistung</b>	<b>1755</b>	<b>1758</b>
<b>beide Samenleiter, als selbständige Leistung</b>	<b>1756</b>	<b>2 x 1758</b>
<b>Beide Samenleiter in Verbindung mit anderer OP</b>	<b>1757</b>	<b>2 x 1758</b>

## **Buch S. 357**

**Nr. 1755 = Kommentarergänzung:**

Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 abrechenbar.

**Werden beide Samenleiter als selbständige Leistung unterbunden, so ist die Nr. 1756 abzurechnen. Erfolgt die beidseitige Unterbindung in Verbindung mit einer anderen OP, so darf nur die Nr. 1757 angesetzt werden.**

## **Buch S. 357**

**Nr. 1756 = Kommentarergänzung:**

... Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar! **Werden beide Samenleiter in Verbindung mit einer anderen OP unterbunden, so ist die Nr. 1757 abzurechnen.**

## **Buch S. 357**

**Nr. 1757 = neuer Kommentar:**

**Kommentar**

**Werden beide Samenleiter als selbständige Leistung unterbunden, so ist die höher vergütete Nr. 1756 abzurechnen.**

## **Buch S. 357**

**Nr. 1758 = neuer Kommentar:**

**Kommentar**

**Wird die Durchgängigkeit beider Samenleiter operativ wiederhergestellt, so darf die Gebührenziffer zweimal abgerechnet werden.**

## **Buch S. 357**

**Nr. 1763 = neuer Kommentar:**

**Kommentar**

**Wird beidseitig eine Hodenprothese implantiert, so ist die Nr. 1763 zweimal abrechenbar.**



## Buch S. 357

### Nr. 1764 = neuer Kommentar:

Kommentar

Wird beidseitig eine Hodenprothese entfernt, so ist die Nr. 1764 zweimal abrechenbar.

## Buch S. 357

### vor Nr. 1765 = „Auf einen Blick“ einfügen:

Auf einen Blick: Hodenoperationen

OP-Areal/ Eingriff	Freilegungs-OP	Entfernungs-OP	Leistenhoden-OP
ein Hoden ohne Nebenhoden	1767	1765	1768
ein Hoden mit Nebenhoden derselben Seite		1765	
ein Hoden mit Nebenhoden Gegenseite		1765 + 1771	
beide Hoden ohne Nebenhoden	2 x 1767	1766	1769
beide Hoden mit einem Nebenhoden		1766	
beide Hoden mit beiden Nebenhoden		1766	
ein Nebenhoden		1771	
beide Nebenhoden		1772	

## Buch- S. 357

### Nr. 1765 = Kommentarergänzung und Ergänzung im Ausschluss:

Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 abrechenbar. Die Gebührenziffer beinhaltet auch die Entfernung des Nebenhodens auf derselben Seite, so dass die Nr. 1771 dafür nicht zusätzlich abrechenbar ist. Sofern aber der Nebenhoden auf der Gegenseite entfernt wird, ist die Nr. 1771 zusätzlich neben Nr. 1765 abrechenbar.

### Ausschluss

Neben Nr. 1765 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 1766, 1767, 1771 (gleiche Seite), 1772

## Buch S. 357

### Nr. 1766 = Kommentarergänzung:

Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 abrechenbar. **Die Gebührensnummer beinhaltet auch die Entfernung einer oder beider Nebenhoden, so dass die Nrn. 1771 und 1772 nicht zusätzlich abrechenbar sind.**

### **Buch S. 357**

#### **Nr. 1767 = Kommentarergänzung:**

Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 abrechenbar. **Die Gebührensnummer ist zweimal abrechenbar, wenn beide Hoden freigelegt werden. Die Freilegung des Hodens ist ein erforderlicher operativer Einzelschritt bei der Hodenentfernung und daher nicht neben den Nrn. 1765 und 1766 abrechenbar. Die Entnahme von Gewebematerial ist in der Vergütung der Nr. 1767 enthalten und daher nicht zusätzlich mit Nr. 2402 abrechenbar.**

### **Buch S. 358**

#### **Nr. 1768 = Kommentarergänzung:**

Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 abrechenbar.

**Bei der OP eines beidseitigen Leistenhodens ist die hierfür vereinbarte Nr. 1769 anzusetzen.**

### **Buch S. 358**

#### **Nr. 1771 = neuer Kommentar und Ausschlussergänzung:**

##### **Kommentar**

**Bei der isolierten Entfernung beider Nebenhoden ist die hierfür vereinbarte Nr. 1772 abzurechnen. Erfolgt die Nebenhodenentfernung zusammen mit einer Hodenentfernung auf derselben Seite, so ist die Nr. 1765 abzurechnen.**

##### **Ausschluss**

Neben Nr. 1771 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1765 (**gleiche Seite**), 1766, 1772

### **Buch S. 358**

#### **Nr. 1772 = neuer Kommentar:**

##### **Kommentar**

**Erfolgt die ein- oder beidseitige Nebenhodenentfernung zusammen mit einer beidseitigen Hodenentfernung, so ist die Nr. 1766 abzurechnen.**

### **Buch- S. 358**

#### **Nr. 1777 = neuer Kommentar:**

##### **Kommentar**

**Wir empfehlen bei alternativen Verfahren zur Elektroresektion der benignen Prostatahyperplasie (BHP) der Abrechnung nach Nr. 1777 zuzustimmen, wenn diese zu einer teilweisen Entfernung von Prostatagewebe führen. Diese Empfehlung gilt auch für die transurethrale Laserresektion oder interstitielle Laserkoagulation.**

Zur Behandlung eines Prostatakarzinoms mit hochintensiven fokussierenden Ultraschallwellen (HIFU) hat das OLG Frankfurt am 23.10.2008 (AZ: 3 U 145/07) entschieden, dass diese mit den GOÄ-Nrn. 1777, 1778 und 706 abgerechnet werden kann. Bei einem als BK-Folge anerkanntem Prostatakarzinom, empfehlen wir die HIFU – Behandlung mit den entsprechenden UV-GOÄ Ziffern und den höheren Sätzen der besonderen Heilbehandlung zu akzeptieren.

#### **Buch S. 358**

##### **Nr. 1778 = neuer Kommentar:**

###### **Kommentar**

Zur Behandlung eines Prostatakarzinoms mit hochintensiven fokussierenden Ultraschallwellen (HIFU) hat das OLG Frankfurt am 23.10.2008 (AZ: 3 U 145/07) entschieden, dass diese mit den GOÄ-Nrn. 1777, 1778 und 706 abgerechnet werden kann. Bei einem als BK-Folge anerkanntem Prostatakarzinom, empfehlen wir die HIFU – Behandlung mit den entsprechenden UV-GOÄ Ziffern und den höheren Sätzen der besonderen Heilbehandlung zu akzeptieren.

#### **Buch S. 358**

##### **Nr. 1779 = neuer Kommentar:**

###### **Kommentar**

Für die Entfernung der Prostata dürfen neben Nr. 1779 keine weiteren Resektionsgebührezziffern wie die Nrn. 1777, 1778 abgerechnet werden. Bei zusätzlicher pelviner Lymphknotenausräumung ist die hierfür vereinbarte und höher vergütete Nr. 1784 abzurechnen. Eine Abrechnung der pelvinen Lymphknotenausräumung nach Nr. 1783 neben der Prostataentfernung nach Nr. 1779 ist somit unzulässig.

#### **Buch S. 358**

##### **Nr. 1780 = neuer Kommentar:**

###### **Kommentar**

Bei Implantation eines künstlichen Schließmuskels zur operativen Behandlung einer Harninkontinenz die höher vergütete Nr. 1781 abrechnen.

#### **Buch S. 359**

##### **Nr. 1784 = neuer Kommentar:**

###### **Kommentar**

Für die Entfernung der Prostata dürfen neben Nr. 1784 keine weiteren Resektionsgebührezziffern wie die Nrn. 1777 bis 1779 abgerechnet werden. Da die pelvine Lymphknotenausräumung Bestandteil der Gebührezziffer nach Nr. 1784 ist, darf diese nicht zusätzlich mit Nr. 1783 abgerechnet werden.

#### **Buch S. 359**

##### **Nr. 1785 = Kommentarergänzung und Ergänzung im Ausschluss:**

Siehe Kommentar zu Nr. 1701 und 1710

**Bei der ergänzenden Entnahme von Gewebematerial ist die hierfür vereinbarte und höher vergütete Nr. 1786 abzurechnen. Eine Abrechnung der Gewebeentnahme nach Nr. 2402 neben der Zystoskopie ist unzulässig. Bei zusätzlicher Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougie Nr. 1827 abrechnen.**

#### **Ausschluss**

Neben Nr. 1785 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: ..., 1803, **2402**

#### **Buch S. 359**

##### **Nr. 1786 = Kommentarergänzung:**

Siehe Kommentar zu Nr. 1701 und 1710

**Die Entnahme von Gewebematerial ist in der Vergütung der Nr. 1786 enthalten und daher nicht zusätzlich mit Nr. 2402 abrechenbar. Bei zusätzlicher Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougie Nr. 1827 abrechnen.**

#### **Buch S. 359**

##### **Nr. 1787 = Kommentarergänzung:**

Siehe Kommentar zu Nr. 1701 und 1710

**Bei zusätzlicher Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougie Nr. 1827 abrechnen.**

#### **Buch S. 359**

##### **Nr. 1788 = Kommentarergänzung:**

Siehe Kommentar zu Nr. 1701 und 1710

**Bei einer einseitigen Harnleitersondierung mit Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmitteln in das Nierenbecken ist die höher vergütete Nr. 1790 abrechenbar. Die Nr. 1790 ist auch bei beidseitiger Harnleitersondierung abzurechnen, wenn keine Medikamente und/oder Kontrastmittel in das Nierenbecken eingebracht werden. Die zweimalige Abrechnung der Nr. 1788 ist in diesem Fall nicht möglich, weil das nur einmalige Einbringen des Zystoskops nicht doppelt vergütet werden darf. Wir empfehlen die Abrechnung der Nr. 1788 auch bei transvesikaler Nierenbeckendrainage bei Nierenstauung zu akzeptieren.**

#### **Buch- S. 359**

##### **Nr. 1789 = Kommentarergänzung:**

Siehe Kommentar zu Nr. 1701 und 1710

**Intravenöse Injektionen nach Nr. 253 sind in der Vergütung der Nr. 1789 erhalten und daher nicht zusätzlich abrechenbar.**

#### **Buch S. 359**

##### **Nr. 1790 = Kommentarergänzung:**

Siehe Kommentar zu Nr. 1701 und 1710

Die Nr. 1790 ist auch bei beidseitiger Harnleitersondierung abzurechnen, wenn keine Medikamente und/oder Kontrastmittel in das Nierenbecken eingebracht werden. Die zweimalige Abrechnung mit der Nr.1788 ist in diesem Fall nicht möglich, weil das nur einmalige Einbringen des Zystoskops nicht doppelt vergütet werden darf. Die Einbringung von Medikamenten (Nr. 253) und/oder von Kontrastmitteln (Nrn. 344 bis 347, 370) ist in der Vergütung der Nr. 1790 enthalten und daher nicht zusätzlich abrechenbar.

#### **Buch- S. 359**

##### **Nr. 1791 = neuer Kommentar:**

###### **Kommentar**

Die Gebührensnummer ist auch nur einmal abrechenbar, wenn in einer Sitzung eine tonographische Untersuchung der Harnblase und eine Funktionsprüfung des Schließmuskels erfolgt. Da gemäß Leistungsbeschreibung die Katheterisierung ebenfalls Bestandteil der Leistung ist, dürfen die Nrn. 1728 bis 1733 nicht zusätzlich zu Nr. 1791 abgerechnet werden.

#### **Buch S. 359**

##### **Nr. 1793 = neuer Kommentar:**

###### **Kommentar**

Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1794, ist neben der Nr. 1794 die Nr. 1793 nicht berechnungsfähig.

Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1798 sind neben den Nrn. 1793, 1794 und 1798 die Nrn. 1700, 1701, 1710 und 1728 bis 1733 nicht berechnungsfähig.

#### **Buch- S. 360**

##### **Nr. 1794 = neuer Kommentar:**

###### **Kommentar**

Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1794, ist neben der Nr. 1794 die Nr. 1793 nicht berechnungsfähig.

Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1798 sind neben den Nrn. 1793, 1794 und 1798 die Nrn. 1700, 1701, 1710 und 1728 bis 1733 nicht berechnungsfähig.

#### **Buch S. 360**

##### **Nr. 1795 = Kommentarergänzung:**

Ein Katheter-Wechsel oder -Entfernung können nach Nr. 1833 berechnet werden, da eine andere Gebührensnummer in der UV-GOÄ für die Leistung nicht enthalten ist. **Die Punktion der Harnblase nach Nr. 318 und die Kathetereinlegung nach Nr. 1732 sind Bestandteil der Leistung und dürfen daher nicht zusätzlich abgerechnet werden. Die operative Anlegung einer Harnblasenfistel wird mit der höher vergüteten Nr. 1796 vergütet.**

#### **Buch- S. 360**

## **Nr. 1798 = neuer Kommentar:**

### **Kommentar**

Nach der ergänzenden Leistungsbeschreibung zu Nr. 1798 sind neben den Nrn. 1793, 1794 und 1798 die Nrn. 1700, 1701, 1710 und 1728 bis 1733 nicht berechnungsfähig.

## **Buch- S. 361**

### **Nr. 1800 = Kommentarergänzung:**

... Da die gesetzliche Unfallversicherung keine Steigerungsfaktoren oder analoge Bewertungen kennt, sind die Kosten nach Nr. 1800 im Rahmen der höher vergüteten besonderen Heilbehandlung zu übernehmen, sofern dem Antrag des Arztes entsprochen wird.

**Eine Sitzung umfasst einen Arzt-Patienten-Kontakt, der nach der Beschaffenheit des Behandlungsfalls auch über mehrere Stunden andauern kann. Der Arzt muss dabei nicht kontinuierlich anwesend sein.**

**Die ESWT-Kostenübernahme durch den UV-Träger erfolgt nur beim Einsatz von Großgeräten mit Ortungseinrichtung und potentiell hochenergetischer Energiedichte. Der OP-Zuschlag nach Nr. 445 ist bei einer ESWT nicht abrechenbar.**

Voraussetzungen für die Kostenübernahmen sind:

- die gesicherte Diagnose einer Pseudoarthrose
- **eine chronisch schmerzhaft und durch herkömmliche Behandlung nicht beherrschbare Erkrankung von Sehnenansätze (nur bei Anerkennung einer BK nach Nr. 2101 der BK-Liste)**
- der verordnender Arzt (D-Arzt) besitzt besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der Traumatologie...

## **Buch S. 361**

### **Nr. 1801 = neuer Kommentar:**

#### **Kommentar**

Die Gebührenziffer ist auch nur einmal abrechenbar, wenn mehrere der aufgezählten Eingriffe während einer OP durchgeführt werden.

Die ggf. erforderliche Anlegung eines Fistelkatheters ist Bestandteil der Leistung nach Nr. 1801 und daher nicht gesondert mit den Nrn. 1732, 1795 oder 1796 abrechenbar.

## **Buch S. 383**

### **Nr. 2009 = Einfügung in Ausschluss**

Neben Nr. 2009 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 270–282, 285–289, 1428, 1508, 1528, **1703**, 2000–2005 (für dieselbe Wunde), 2006, 2008, 2031, 2104–2106, 2110–2113, 2118, 2119.

## **Buch S. 385**

### **Nr. 2010 = Einfügungen in Ausschluss:**

Neben Nr. 2010 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1428, 1508, 1528, **1703, 1704**, 2000–2005 (für dieselbe Wunde), 2006, 2008, 2030, 2031, 2072, 2073, 2104–2106, 2110–2113, 2118, 2119, 2189 sowie keine Wundverbände.

## **Buch S. 457**

### **Nr. 2402 = Ergänzung im Kommentar:**

Bei dieser Leistung handelt es sich um eine ambulante Operation, die Durchgangsärzte ohne Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ bzw. Zusatzbezeichnung „spezielle Unfallchirurgie“ nach den Grundsätzen „Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) in der Fassung vom 1. Januar 2011“ durchführen dürfen. Bei Probeexzisionen aus Mamma, weichem Darm oder Tonsillen sind nach **Lang, Schäfer, Stiel** und **Vogt** die Leistung nach Nr. 2402 abzurechnen. **Für die Prostata-Stanzbiopsie ist nur die Nr.319 abrechenbar.** Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 abrechenbar.

## **Buch S. 665**

### **III. Sonstige Leistungen, Obduktionen = Einfügung eines grauen Kastens und Änderung der Nrn. 9900 – 9910:**

III. Sonstige Leistungen, Obduktionen

#### **Beschlüsse des Ständigen Ausschusses BG-NT vom 06.12.2017**

**Der BG-Nebenkostentarif (BG-NT), zuletzt geändert durch die Beschlüsse des Ständigen Ausschusses BG-NT vom 04.10.2017, wird im Kapitel S III („Sonstige Leistungen, Obduktionen“) wie folgt geändert:**

**1 . Die Gebührennummern 9900 bis einschließlich 9910 entfallen.**

**2. Anstelle der Gebührennummern gemäß Nr. 1 findet als Vergütungsgrundlage bei als Krankenhausleistungen im Auftrag des Unfallversicherungsträgers erbrachten**

- **Leichenöffnungen und damit in Zusammenhang stehender Leistungen,**
- **der Entnahme von Körperflüssigkeiten bei Leichen ohne Leichenöffnung**
- **sowie von Einbalsamierungen**

**die Vereinbarung zwischen der DGUV und SVLFG einerseits sowie dem Berufsverband Deutscher Pathologen e.V. und dem Berufsverband Deutscher Rechtsmediziner e.V. andererseits („Vereinbarung UV/Pathologen“) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.**

**3. Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.01.2018 in Kraft.**

9800 ~~Pauschalgebühr bei Hämodialyse zum ärztlichen Honorar zusätzlich 333,93~~  
**(nicht besetzt)**

9900 ~~Leichenöffnung (Eröffnung der 3 Körperhöhlen) 2 242,21~~ **(nicht besetzt)**

9901 ~~Leichenöffnung, zeitraubend und schwierig (bei Eröffnung des Rückenmarkkanals und/ oder ausgedehnter Untersuchung des Knochen-, Gefäß-~~

~~oder Nervensystems oder von Organen bei fortgeschrittener Zersetzung mit bereits wesentlichen Fäulniserscheinungen 2314,01 (nicht besetzt)~~

~~9902 Leichenöffnung einer beerdigten Leiche oder Wasserleiche 2 399,41 (nicht besetzt)~~

~~9902a Makroskopie, neuropathologische Untersuchung des Zentralnervensystems (Gehirn, Rückenmark) zusätzlich zu T-Nrn. 9900, 9901, 9902 41,30 (nicht besetzt)~~

~~9903 Obduktionsraumbenutzung einschließlich Gestellung eines Sektionsgehilfen 72,36 (nicht besetzt)~~

~~9904 Obduktionsraumbenutzung 18,99 (nicht besetzt)~~

~~9905 Leichenhallenbenutzung 3 8,07 (nicht besetzt)~~

~~9906 Kühlzellenbenutzung 3 11,73 (nicht besetzt)~~

~~9907 Dampfdesinfektion, Einzelbenutzung 8,07 (nicht besetzt)~~

~~9908 (unbesetzt)~~

~~9909 (unbesetzt)~~

~~9910 Leichenschau und Ausstellung einer Totenbescheinigung 4 (nicht besetzt)~~