

**Beschlüsse**  
**der Ständigen Gebührenkommission nach**  
**§ 52 des Vertrages Ärzte Unfallversicherungsträger**

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

1. Die Gebühren des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses nach § 51 ÄV (Anlage 1 zum ÄV – UV-GOÄ) werden
  - ab 01.10.2017 um 8%,
  - ab 01.10.2018 um 3%,
  - ab 01.10.2019 um 3% und
  - ab 01.10.2020 um 3%erhöht, soweit nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.
  
2. Nicht angepasst werden
  - die Gutachtengebühren der Nummern 146-152, 160, 161 und 165 und die Schreibgebühren nach Nummer 190,
  - die Gebühren für die Hautkrebsbehandlung der Nummern 570, 571, 575, 576, 577, 740a, 753, 754 und 757,
  - die Zuschläge für das ambulante Operieren der Nummern 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448 (neu), 448a (neu), 449 sowie die ambulanten OP-Leistungen der Nummern 2005, 2010, 2031, 2060, 2073, 2105, 2339, 2347, 2348, 2353, 2381, 2382, 2403, 2404, 2405, 2801,
  - die Gebühren für psychologische Testverfahren der Nummern 855-857,
  - die Gebühren für Laboruntersuchungen des Teils M,
  - die Gebühren der Besonderen Heilbehandlung für CT und MRT der Nummern 5369 bis 5380 (ausgenommen Nummern 5370a und 5377) und Nummern 5700 bis 5735 (ausgenommen Nummern 5732 und 5733): Hier werden zunächst nur die Gebühren für die Allgemeine Heilbehandlung angepasst, bis sie die Gebühren der Besonderen Heilbehandlung erreichen. Danach soll nicht mehr zwischen Allgemeiner und Besonderer Heilbehandlung unterschieden werden.
  
3. Die Leistungsbeschreibungen und Gebühren für anästhesiologische Leistungen der Nummern 462 bis 477a werden ab 01.10.2017 gem. Anlage zu diesem Beschluss in die UV-GOÄ übernommen. Die Gebühren der Nummern 462 bis 476 sind von den Gebührenerhöhungen nach Nummer 1 ausgenommen.  
Die Nummern 450, 453, 460, 461, 462, 463, 470, 471, 472, 473, 474 und 475 in der bisherigen Fassung entfallen. Die Nummern 451, 452 und 469 bleiben unverändert und werden gem. Nummer 1 angepasst.
  
4. In Teil B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen wird ab 01.10.2017 nach Nummer 19 folgende Nummer 19a eingefügt:  
„Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt“  
Gebühr Allgemeine Heilbehandlung: 13,41 €

Gebühr Besondere Heilbehandlung: 16,70 €

5. Vordrucke werden zum 01.04.2018 wie folgt geändert:

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

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

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

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

Berlin, den 22. August 2017

Für die Unfallversicherungsträger:



Dr. Joachim Breuer

Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung:



Dr. Andreas Gassen

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

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

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

<b>448</b>	Beobachtung und Betreuung eines Kranken bis zu zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien Die Leistung nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 448 ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 10, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummern 448a und 449 nicht berechnungsfähig.	<b>35,00 €</b>
<b>448a</b>	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien Die Leistung nach Nummer 448a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 448a ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 10, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummern 448 und 449 nicht berechnungsfähig.	<b>41,41 €</b>
<b>449</b>	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien Die Leistung nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 449 ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 10, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummern 448 und 448a nicht berechnungsfähig.	<b>62,12 €</b>

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

Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt D:

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

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

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

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

462	Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder endotrachealer Intubation oder Maske oder Jet einschließlich - medikamentöser Prämedikation, - erster peripherer Venenverweilkanüle, - kontinuierlicher nichtinvasiver Blutdruck- und Frequenzmessung, - Elektrokardioskopie, - kontinuierlicher Pulsoxymetrie - kontinuierlicher CO <sub>2</sub> -Messung und/oder Multigasmessung, - Überwachung der Atemfrequenz und des Atemvolumens, - ggfs. Kehlkopfanaästhesie, - ggf. Magensonde - bis zu einer Anästhesiedauer von 60 Minuten Neben der Leistung nach Nr. 462 sind die Leistungen nach Nrn. 470, 602, 614, 617, 650 und 670 im Zusammenhang mit der selben Operation nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ. Die Leistungen nach den Nrn. 602 oder 614, 617 und 650 sind obligate Leistungsbestandteile der Leistung nach Nr. 462. Diese sind nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren.	113,98 €
463	Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für jede weitere angefangene halbe Stunde Anästhesiedauer	38,53 €

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

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

Regionalanästhesie nach anästhesiologischem Standard (rückenmarknahe Leitungsanästhesie oder Blockade eines Nervengeflechtes auch mittels Katheter (z.B. Plexus brachialis), und/oder des N. Ischiadicus und/oder N. Femoralis) und/oder Drei-in-eins-, und/oder Knie- und/oder Fußblock) auch mittels Katheter, einschließlich

- medikamentöser Prämedikation,
- erster peripherer Venenverweilkanüle
- ggf. Lokalanästhesie,
- kontinuierlicher nichtinvasiver Blutdruck- und Frequenzmessung,
- kontinuierlicher Pulsoxymetrie
- Elektrokardioskopie,

bis zu einer Anästhesiedauer von 60 Minuten.

470 Die Leistung ist nur einmal berechenbar. 70,38 €

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

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

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

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

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

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



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

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

Intravenöse Regionalanästhesie und intravenöse  
Sympathikusblockade einschließlich  
- medikamentöser Prämedikation,  
- erster peripherer Venenverweilkanüle  
- Anlage einer Doppelstauamanschette,  
- nicht invasiver kontinuierlicher Blutdruck- und Frequenzmessung,  
- Elektrokardioskopie,  
- kontinuierlicher Pulsoxymetrie

Die Leistung ist einmal betrechenbar, unabhängig von der Dauer der  
Leistungserbringung. **70,38 €**  
Neben der Leistung nach Nr. 476 sind die Leistungen  
nach Nrn. 602 oder 614 sowie 650 im Zusammenhang mit der  
selben Operation nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä-  
und postoperativ, sondern obligater Leistungsbestandteil. Diese  
Leistungen sind nach anästhesiologischem Standard zu  
dokumentieren und dem UV- Träger im begründeten Einzelfall auf  
Anforderung nachzuweisen. Diese Leistung ist nicht berechenbar für  
den Arzt, der gleichzeitig Leistungen aus dem Abschnitt L der UV-  
GOÄ berechnet.

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

Allg. / Bes. Heilbeh.  
ab 01.10.2017

477 Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer soweit der Operateur die Anästhesie selbst durchführt

28,33 € / 35,25 €

477a Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde

14,16 € / 17,63 €