



Honorare in der Berufsdermatologie

Ein Leitfaden für die Abrechnung von A bis Z

Impressum

Honorare in der Berufsdermatologie

Ein Leitfaden für die Abrechnung von A bis Z

Erstveröffentlichung 10/2011, Stand 11/2017

© 2017 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)

Herausgeber

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)

Glinkastraße 40

10117 Berlin

Redaktion

Otmar Lenz (DGUV)

Steffen Krohn (DGUV)

Gestaltung und Satz

Raufeld Medien GmbH

Paul-Lincke-Ufer 42/43

10999 Berlin

Internet: www.raufeld.de

Honorare in der Berufsdermatologie

Ein Leitfaden für die Abrechnung von A bis Z

Inhalt

Impressum.....	2
Vorwort.....	5
I Rechtliche Grundlagen und Allgemeine Bestimmungen	7
II Abrechnung von A bis Z.....	14
1. Berichte und Bescheinigungen.....	14
2. Freie Gutachten	17
3. Heilbehandlung.....	20
4. Laborleistungen	23
5. Operative Leistungen sowie photodynamische Therapie (PDT), Lasertherapie und medikamentöse Behandlung bei Hautkrebserkrankungen.....	27
6. Testungen und Untersuchungen	33
III Häufig gestellte Fragen (FAQ)	38
IV Abrechnungsbeispiele	40
V Anlagen	
Anlage 1 Auszüge aus Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und UV-GOÄ	44
Anlage 2 Basistherapie/Basispflege bei arbeitsbedingten Hauterkrankungen	51
Anlage 3 Fotodokumentation in der gesetzlichen Unfallversicherung	52
Stichwortverzeichnis.....	56

Vorwort

Dieser Leitfaden bietet Dermatologen und Dermatologinnen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von UV-Trägern Hilfe und Orientierung bei der Anwendung der UV-GOÄ für arbeitsbedingte Hauterkrankungen.

Der Dank für die Idee und die erste Umsetzung gebührt Herrn Dr. Arno Köllner (niedergelassener Hautarzt) und Herrn Prof. Stephan Brandenburg (Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) und seiner Mitarbeiterin Frau Bettina Lindemann sowie vielen ungenannten Autorinnen und Autoren sowie Mitwirkenden u. a. auch aus der Berufsgenossenschaft Holz und Metall und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.

Nachdem der Leitfaden seit der letzten Ausgabe im Mai 2016 nunmehr als Gemeinschaftswerk unter dem Dach der DGUV fortgeführt wird, hat sich innerhalb kurzer Zeit ein erneuter Aktualisierungsbedarf ergeben.

Im Vordergrund stehen dabei z. B. umfassende Informationen zu arbeitsbedingten Hautkreberkrankungen sowie die zum 01.01.2017 geänderten UV-GOÄ-Nummern zur Therapie von aktinischen Keratosen. Die Empfehlungen für Epikutantestungen bei verschiedenen Berufsgruppen sind jetzt in nur einer Tabelle übersichtlich zusammengefasst. Als Anlagen hinzugekommen sind die „Definition der Basistherapie bei arbeitsbedingten Hauterkrankungen“ sowie der „DGUV Indikationskatalog für die Fotodokumentation“.

Die Aktualisierung nach nur einem Jahr zeigt die Dynamik vor allem bei der noch „jungen“ BK-Nr. 5103 sowie unser Streben, Ihnen mit dem Leitfaden eine aktuelle und verlässliche Arbeitshilfe für die tägliche Praxis zu bieten. Wir hoffen, dass auch das nunmehr etwas umfangreichere Werk Ihre Erwartungen erfüllt.

Berlin, im April 2017



Dr. Edlyn Höller
Abteilungsleiterin Versicherung und Leistungen der DGUV

I Rechtliche Grundlagen und Allgemeine Bestimmungen

Rechtliche Grundlagen zur Durchführung der Heilbehandlung und der Abrechnung bei Patientinnen und Patienten, deren Kostenträger Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind:

1. Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – UV-GOÄ

Grundlage für die rechtlichen Beziehungen zwischen Ärztinnen, Ärzten und Unfallversicherungsträgern bei Versicherungsfällen der gesetzlichen Unfallversicherung ist der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, der nach § 34 Abs. 3 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) zwischen den Verbänden der Unfallversicherungsträger und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossen worden ist. Dieser Vertrag enthält neben Regelungen zur Durchführung der Heilbehandlung Vorgaben für die Art und Weise der Abrechnung und zur Vergütung ärztlicher Leistungen. Die Vergütung für ärztliche Leistungen richtet sich nach § 51 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger, im Einzelnen nach dem vereinbarten Leistungs- und Vergütungsverzeichnis (Anlage zu dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, „UV-GOÄ“).

2. Unterschiede zur amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Der Aufbau der UV-GOÄ entspricht in weiten Teilen dem der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Es gibt allerdings einige wesentliche Unterschiede bezüglich der Berechnung des Honorars:

- Die Vergütung wird nicht als Punktzahl, sondern als Betrag in Euro angegeben.
- Die Leistungen werden als Einzelleistungen vergütet.
- Es gibt keine Steigerungsfaktoren. Bei der Höhe des Honorars wird nur danach unterschieden, ob die Behandlung als allgemeine oder als besondere Heilbehandlung erbracht wird (hierzu mehr unter Punkt 4 „Heilbehandlung“).
- Behandlungsfall ist nach den Allgemeinen Bestimmungen Nr. 1 zum Teil B des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen die gesamte ambulante Versorgung, die von derselben Ärztin oder demselben Arzt nach der ersten Inanspruchnahme innerhalb von drei Monaten an derselben Patientin oder demselben Patienten zulasten desselben gesetzlichen Unfallversicherungsträgers vorgenommen worden ist.

3. Wen bindet der Vertrag?

An den Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sind alle Ärztinnen und Ärzte gebunden, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ärztinnen und Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, können auf Antrag am Versorgungsbereich des Vertrages beteiligt werden. Der Antrag ist an den jeweils zuständigen Landesverband der DGUV zu richten.

Der Vertrag verpflichtet die Vertragspartner dazu, die Pflichten aus dem Vertrag gewissenhaft zu erfüllen. Bei wiederholten oder schwerwiegenden Verstößen gegen diese Pflichten kann eine Ärztin oder ein Arzt von der Beteiligung an dem Vertrag, das heißt von der Versorgung von Patientinnen und Patienten, für deren Behandlung Unfallversicherungsträger Kostenträger sind, ausgeschlossen werden.

4. Heilbehandlung

Die Unfallversicherungsträger sind verpflichtet, bei einem Versicherungsfall, das heißt einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit, für eine möglichst frühzeitige und sachgemäße Heilbehandlung für ihre Versicherten zu sorgen (§ 34 Abs. 1 SGB VII). Versicherte haben nach Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) einen rechtlichen Anspruch auf die Behandlung der im Anerkennungsbescheid als BK-Folge genannten Erkrankungen gegenüber dem Unfallversicherungsträger. Besteht die Gefahr, dass eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, haben die Unfallversicherungsträger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken (§ 3 Abs. 1 Berufskrankheitenverordnung, BKV).

Die Heilbehandlung bei einer Verletzung durch einen Arbeitsunfall, wie etwa eine Verbrennung oder Verätzung bei der betrieblichen Tätigkeit, wird in der Regel als allgemeine Heilbehandlung erbracht, vergleiche § 10 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger.

Heilbehandlung in Form der besonderen Heilbehandlung darf bei der Behandlung einer bei einem Arbeitsunfall verletzten Person nur durch den Unfallversicherungsträger selbst, eine Durchgangsärztin oder einen Durchgangsarzt oder von Handchirurgen und Handchirurginnen eingeleitet werden (§ 11 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger). Dies geschieht, wenn die Unfallverletzung wegen ihrer Art oder ihrer Schwere besondere unfallmedizinische Qualifikation verlangt (§ 11 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger).

Heilbehandlung bei einer (drohenden) Berufskrankheit wird ebenfalls in der Regel als allgemeine Heilbehandlung gewährt.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt im Einzelfall etwa wegen der Art und der Schwere der Erkrankung eine besondere Heilbehandlung als angezeigt ansehen, muss dies mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger abgestimmt werden.

(Siehe zur Frage allgemeine und besondere Heilbehandlung auch die Vorbemerkungen in Kapitel II Nr. 3.)

Heilbehandlung zulasten der gesetzlichen Unfallversicherung im Zusammenhang mit Berufskrankheiten setzt die Erteilung eines Behandlungsauftrages voraus.

5. Das Hautarztverfahren (nur bei BK-Nr. 5101)

Besondere Bedeutung für Dermatologinnen und Dermatologen haben die Bestimmungen zum Hautarztverfahren, die in den §§ 41, 42 und 43 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger festgelegt sind.

Durch das Hautarztverfahren wurde eine Grundlage dafür geschaffen, dass durch die Zusammenarbeit zwischen Hautärztinnen und -ärzten und Unfallversicherungsträgern schnelle und wirksame Maßnahmen für die Versicherten veranlasst werden können, die einer Berufskrankheit vorbeugen und Betroffene in die Lage versetzen sollen, dass diese ihre berufliche Tätigkeit weiter ausüben können.

Das Hautarztverfahren wird eingeleitet, wenn sich eine Patientin oder ein Patient mit krankhaften Hautveränderungen vorstellt, bei der bzw. dem die Möglichkeit besteht, dass daraus eine Hauterkrankung durch eine berufliche Tätigkeit im Sinne einer Berufskrankheit Nr. 5101 der Anlage 1 zur BKV (schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können) entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert.

Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen haben Patienten in diesem Fall unverzüglich einer Hautärztin oder einem Hautarzt vorzustellen (§ 41 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger).

Die Hautärztin oder der Hautarzt untersucht die versicherte Person und erstattet unverzüglich unter Verwendung des Formtextes F 6050 (Stand 2017) den Hautarztbericht. Durchschriften des Hautarztberichtes sind an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu senden.

Im Rahmen der Erstellung des Hautarztberichtes kann die Hautärztin oder der Hautarzt die diagnostischen Maßnahmen durchführen, die zur Klärung des Ursachenzusammenhanges zwischen der Hauterkrankung und der beruflichen Tätigkeit im konkreten Einzelfall erforderlich sind (§ 43 Abs. 1 und 2 des Vertrages Ärzte/UV-Träger).

Die Testungen sind dabei auf das für die Erstattung des Hautarztberichtes erforderliche Maß zu beschränken. Der Umfang der zulässigen Testungen bezieht sich auf das abzuklärende berufliche Tätigkeitsfeld.

Zulässig sind danach:

- Testungen, bezogen auf das abzuklärende berufliche Tätigkeitsfeld (zu Einzelheiten hinsichtlich des Umfanges von Testungen siehe die Ausführungen zu Frage Nr. 4 unter Punkt III „Häufig gestellte Fragen“)
- gegebenenfalls eine orientierende Atopie-Diagnostik (zum Beispiel Pricktestung mit bis zu 14 ubiquitären Allergenen plus Kontrollen)
- gegebenenfalls bei entsprechendem klinischen Befund und Anhaltspunkten für eine berufliche Verursachung eine mykologische Diagnostik

Nicht indiziert sind danach etwa:

- breite, auch außerberufliche Einwirkungen umfassende Epikutantestungen
- Hautfunktionsuntersuchungen, für die keine standardisierten Methodikvorgaben und evaluierten Normwerte existieren, insbesondere die Messung basaler hautphysiologischer Werte
- ECP-Test (Bestimmung des Eosinophilen kationischen Proteins)

Bei Testungen, die den Rahmen des Erforderlichen überschreiten, kann eine Kürzung der ärztlichen Honorarrechnung durch den Unfallversicherungsträger die Folge sein.

Die Erstellung eines Hautschutzplanes ist zum Zeitpunkt der Erstellung des Hautarztberichtes nicht vorgesehen, kann aber nach Rücksprache mit dem UV-Träger erfolgen (siehe Nummer 17a).

Ist eine Therapie für die Patientin oder den Patienten notwendig, so ist mit dem Hautarztbericht ein Behandlungsauftrag zu beantragen.

Die Behandlung der Patientin oder des Patienten auf Rechnung des Unfallversicherungsträgers kann erst nach Erteilung des Behandlungsauftrages durch den Unfallversicherungsträger erfolgen.

Der Unfallversicherungsträger ist nach § 41 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger verpflichtet, der Hautärztin oder dem Hautarzt unverzüglich mitzuteilen, ob und ab welchem Zeitpunkt Heilbehandlung zulasten des Unfallversicherungsträgers durchzuführen ist.

Bis zur Erteilung des Behandlungsauftrages sind Behandlungsleistungen zulasten der

gesetzlichen Krankenversicherung (oder als Privatleistungen bei einer privat versicherten Patientin oder einem privat versicherten Patienten) zu erbringen.

Nach Vorliegen des Behandlungsauftrages können vorbehaltlich der Einschränkungen im einzelnen Behandlungsauftrag alle geeigneten und leitliniengerechten therapeutischen Maßnahmen im Rahmen des § 3 BKV durchgeführt werden; die leitliniengerechte Behandlungspflege/Basistherapie sollte integraler Bestandteil der Therapie sein. Im Zweifelsfall ist eine vorherige Abstimmung mit dem Unfallversicherungsträger vorzunehmen. (Teil V Anlage 2 „Basistherapie“, Seite 51)

Grundsätzlich nicht Gegenstand des Behandlungsauftrages ist die Verordnung erforderlicher Hautreinigungs-, -schutz- und -pflegepräparate für die Verwendung am Arbeitsplatz. Diese sind von Arbeitgeberin oder Arbeitgeber zu stellen. Sofern die Hautärztin oder der Hautarzt die Versorgung der Patientin bzw. des Patienten mit derartigen Präparaten für erforderlich erachtet (z. B. weil nach den Angaben der versicherten Person die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber solche nicht zur Verfügung stellt oder diese für die versicherte Person nicht geeignet sind), ist eine enge Abstimmung mit dem UV-Träger erforderlich. Es liegt im alleinigen Ermessen des UV-Trägers, inwieweit gleichwohl für eine begrenzte Zeit die Kosten für Hautschutz und Hautpflege als Maßnahme der Individualprävention übernommen werden.

Haben eine Ärztin oder ein Arzt den begründeten Verdacht, dass bei einer Versicherten oder einem Versicherten eine Berufskrankheit besteht, so erstatten sie dem Unfallversicherungsträger unverzüglich die nach § 202 SGB VII vorgesehene Anzeige (§ 44 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger). Siehe hierzu auch Kommentar zur Nummer 141, Seite 15.

Nach Anerkennung einer Berufskrankheit sind Befund- und Behandlungsberichte in der Regel frei zu erstatten (zur Abrechnung dieser Berichte siehe Kommentar zu den Nummern 110 bis 119, Seite 14). Der erneute Beginn eines Hautarztverfahrens mit dem Ziel der Einleitung von vorbeugenden Maßnahmen kommt dagegen in Betracht, wenn die Versicherte oder der Versicherte wieder eine Tätigkeit aufnimmt und es hierdurch zu einem Wiederaufleben oder einer Verschlimmerung der Erkrankung kommt.

6. Hautkrebserkrankungen (Meldung, Heilbehandlung, Berichtswesen)

Besteht der begründete Verdacht auf das Vorliegen einer arbeitsbedingten Hautkrebserkrankung, ist diese mit der ärztlichen BK-Verdachtsanzeige (Vordruck F6000) an den zuständigen UV-Träger zu melden. Bei der BK-Nr. 5103 umfasst der begründete Verdacht das Vollbild der Erkrankung und liegt bei aktinischen Keratosen z. B. erst dann vor, wenn diese multipel im Sinne der Berufskrankheiten-Verordnung auftreten (mehr als 5 im Jahr oder Feldkanzerisierung größer 4 cm²). Daneben muss eine relevante arbeitsbedingte Sonnenexposition bestanden haben, als Basis reicht zum Zeitpunkt der Meldung eine grobe Schätzung.

Arbeitsbedingte Hautkrebserkrankungen fallen nicht unter das Hautarztverfahren (§ 41 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/UV-Träger). Die Meldung des BK-Verdachts mit dem Hautarztbericht (Formtext F6050) ist daher nicht möglich. Ärztliche Leistungen oder Testungen sind zum Zeitpunkt der BK-Meldung nicht abrechnungsfähig. Einzige Ausnahme bildet die Fotodokumentation (s. Teil V Anlage 3 „DGUV Indikationskatalog zur Fotodokumentation“, Seite 52).

Das Einverständnis der Versicherten ist für die BK-Anzeige nicht erforderlich, da eine gesetzliche Pflicht zur BK-Anzeige besteht (§ 202 SGB VII). Der/die anzeigende Arzt/

Ärztin hat die Betroffenen jedoch über den Inhalt der BK-Anzeige zu unterrichten und den UV-Träger zu nennen, dem die BK-Anzeige übersandt wird (vgl. § 202 Satz 2 SGB VII).

Nach Eingang der BK-Anzeige prüft der UV-Träger, ob es sich bei der Erkrankung des/r Versicherten um eine Berufskrankheit handelt. Dabei dienen die Informationen in der ärztlichen BK-Anzeige nur der ersten Orientierung, so dass bei Hautkrebserkrankungen in der Regel weiterführende Rückfragen zur Diagnose und zum Erkrankungsverlauf erforderlich sind. Für diese Rückfragen werden von den UV-Trägern verschiedene Formtexte verwendet. Diese dürfen nur auf Anforderung des UV-Trägers erstattet werden.

Die ärztliche Behandlung ist während der laufenden Ermittlungen des UV-Trägers weiterhin zulasten der Krankenversicherung durchzuführen, da diese erst nach Anerkennung einer Berufskrankheit von den UV-Trägern zu übernehmen ist. Der UV-Träger wird dann einen Behandlungsauftrag erteilen und die weitere Heilbehandlung und Nachsorge gemeinsam mit dem/r Betroffenen und dem/r behandelnden Arzt/Ärztin koordinieren.

Nach Anerkennung einer Berufskrankheit sind Befund- und Behandlungsberichte in der Regel frei zu erstatten (zur Abrechnung dieser Berichte siehe Kommentar zu den Nummern 110 bis 119, Seite 14). Speziell für die BK-Nr. 5103 empfiehlt die DGUV zur Dokumentation des Krankheitsverlaufs, der leitliniengerechten Nachsorge sowie der Kontrolle die Verwendung des Formtextes F6122 „Nachsorgebericht BK 5103“. Auch dieser Formtext ist nur auf Anforderung des UV-Trägers zu erstatten. Einzelheiten zur Nachsorge sowie zur Kostenübernahme für bestimmte Behandlungsmethoden sind im Behandlungsauftrag des UV-Trägers geregelt bzw. sind mit dem zuständigen UV-Träger abzustimmen. Sollten aus ärztlicher Sicht individualpräventive Maßnahmen sinnvoll erscheinen, sollte der UV-Träger informiert werden.

7. Einzelheiten zur Art und Weise der Abrechnung

Bei der Abrechnung von Leistungen, die zulasten eines Unfallversicherungsträgers erbracht wurden, gelten grundsätzlich nur die Bestimmungen der UV-GOÄ.

Die Vorschriften des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) zur gesetzlichen Krankenversicherung haben keine Geltung. Werden Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung auf Rechnung der gesetzlichen Unfallversicherung behandelt, fallen deshalb keine Zuzahlungen für sie an.

Für Behandlungen beim Verdacht einer Berufskrankheit gilt dies aber erst ab der Erteilung des Behandlungsauftrages durch den Unfallversicherungsträger.

Bis dahin sind die Leistungen zulasten der jeweiligen Krankenkasse bzw. der Betroffenen zu erbringen.

Berechnung der ärztlichen Vergütung

Die Vergütung für ärztliche Leistungen richtet sich nach dem vereinbarten Leistungs- und Gebührenverzeichnis (Anlage zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, vergleiche § 51 des Vertrages). Als Vergütung stehen der Ärztin oder dem Arzt nach Maßgabe der vorgenannten Regelungen Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.

Ärztliche Gebühren

Die ärztlichen Leistungen sind grundsätzlich nach den Sätzen für die allgemeine Heilbehandlung abzurechnen, es sei denn, sie werden – im Ausnahmefall – als besondere

Heilbehandlung gewährt (Erläuterungen zur Unterscheidung von allgemeiner und besonderer Heilbehandlung und zu den Voraussetzungen für die Einleitung besonderer Heilbehandlung siehe oben unter I Nr. 4 und FAQ Frage 3, Seite 39).

Eine Sonderregelung gilt in Bezug auf ärztliche Leistungen, die zum Zweck der Begutachtung vorgenommen werden. Solche Leistungen werden nach den Gebührensätzen für die besondere Heilbehandlung vergütet (§ 60 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger).

Für die Vergütung von Auskünften, Bescheinigungen, Berichten und Gutachten ist besonders auf die Regelungen in § 57 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger hinzuweisen: Nach den Vorgaben in § 57 Abs. 2 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger wird keine Vergütung gezahlt für Auskünfte, Berichte, Bescheinigungen und Gutachten, die unvollständig sind. Das Gleiche gilt grundsätzlich nach § 57 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger für ärztliche Erstberichte, die nicht unverzüglich erstattet werden. Eine Berichterstattung ist dann nicht mehr unverzüglich, wenn der Bericht später als acht Werktage nach der Erstbehandlung, die zulasten des Unfallversicherungsträgers erfolgt, beim Unfallversicherungsträger eingeht.

Bei elektronischer Übermittlung gilt nach § 57 Abs. 4 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger die Sendebestätigung als Nachweis.

Die als Fristbeginn genannte Erstbehandlung kann auf den F 6050 jedoch nicht angewendet werden, weil zum Zeitpunkt der Berichterstattung des F6050 (Erstbericht im Hautarztverfahren) noch kein Behandlungsauftrag des UV-Trägers vorliegt. Daher sollte auf den Zeitpunkt abgestellt werden, zu dem der Bericht frühestens erstattet werden kann. Das ist in der Regel entweder der Tag der Untersuchung oder, soweit am Untersuchungstag Hauttestungen durchgeführt werden, der Tag, an dem das Ergebnis der Hauttestungen dem Arzt oder der Ärztin vorliegt.

Falls keine Testfähigkeit vorliegt (z. B. aufgrund florider Hautveränderungen), soll der Hautarztbericht F6050 erstellt und die Testergebnisse können mit dem Verlaufsbericht F6052 nachgereicht werden (s. a. Hinweis zur UV-GOÄ Nr. 131). Nur auf diese Weise ist gewährleistet, dass der Unfallversicherungsträger schnell und effektiv geeignete Maßnahmen ergreifen kann.

Ersatz von Auslagen/besonderen Kosten

Mit den Gebühren für die ärztlichen Leistungen sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten grundsätzlich abgegolten. Auslagen dürfen, soweit im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger nichts anderes bestimmt ist, neben den Gebühren nur in bestimmten Fällen in der angefallenen Höhe berechnet werden.

Dies sind unter anderem (Auszug aus den Bestimmungen in Teil A des Gebührenverzeichnisses):

- Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die die Patientin oder der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind. Ausgenommen sind jedoch unter anderem: Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge, Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie, Desinfektions- und Reinigungsmittel, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel, zur sofortigen Anwendung bestimmte Einmalartikel, unter anderem Einmalhandschuhe und Einmalspritzen.
- Alternativ zur Berechnung der angefallenen Kosten können die Pauschalen nach dem BG-Nebenkostentarif berechnet werden. Diese sind in der Spalte 4 des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses aufgeführt (siehe zu weiteren Einzelheiten insbesondere die Regelungen in § 2 des BG-Nebenkostentarifs, abgedruckt unter V Anlagen).
- Die Berechnung von Entschädigungen wie etwa Wegegeld richtet sich nach den Nrn. 71–91 UV-GOÄ.

Rechnungslegung und Bezahlung

Die Vorgaben zur Erstellung der Rechnung für die ärztlichen Leistungen finden sich in § 64 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger. Die Rechnung der Ärztin oder des Arztes an den Unfallversicherungsträger muss nach § 64 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger danach unter anderem enthalten:

- die Personaldaten der Unfallverletzten bzw. des Unfallverletzten
- das Datum der Erbringung der Leistung
- die (der erbrachten Leistung) entsprechende Nummer im Leistungs- und Gebührenverzeichnis
- den jeweiligen im Leistungs- und Gebührenverzeichnis aufgeführten Betrag

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

Der Unfallversicherungsträger ist verpflichtet, Rechnungen unverzüglich, spätestens innerhalb einer Frist von vier Wochen, zu begleichen. Ist dies aus besonderen Gründen nicht möglich, so hat er die Ärztin oder den Arzt unter Angabe der Gründe zu benachrichtigen (§ 65 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger).

Ändert der Unfallversicherungsträger die Rechnung, das heißt, streicht er etwa Abrechnungsposten, so hat er dies ebenfalls der Ärztin oder dem Arzt gegenüber zu begründen.

II Abrechnung von A bis Z

In diesem Teil wird eine Auswahl der wichtigsten Abrechnungsnummern, die in der berufsdermatologischen Praxis relevant sind, aufgeführt und zum Teil durch Erläuterungen ergänzt. Es handelt sich nicht um eine abschließende Auflistung. Die Abrechnungsnummern sind einzelnen Bereichen ärztlicher Leistungen bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten zugeordnet. Ergänzend werden die derzeit abrechenbaren Beträge (Stand 01.01.2017) in Euro genannt.

Erörterungen zur Abrechnung der durch die Hautärztin oder den Hautarzt erbrachten Leistungen erfolgen im Einzelnen zu diesen Bereichen:

1. Berichte und Bescheinigungen
2. Freie Gutachten
3. Heilbehandlung
4. Laborleistungen
5. Operative Leistungen, photodynamische Therapie (PDT), Lasertherapie
6. Testungen und Untersuchungen

1. Berichte und Bescheinigungen

Nummer: 110
Vordruck F 1100

Auskunft Behandlung	8,68 Euro
---------------------	-----------

Nummer: 119
Vordruck F 1114

Ausführliche Auskunft	22,33 Euro
-----------------------	------------

Kommentar: Nummern 110 und 119

Die Berechnung der Berichte erfolgt je nach Aufwand, Zweck und Inhalt. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht sind mit der Gebühr für die zugrunde liegende Leistung abgegolten. Schreibgebühren für Arztvordrucke können nach Nummer 190 (nur für die dort genannten Berichte, das heißt die Nummern 117 bis 124 und die genannten Gutachten) berechnet werden. Auslagen für Porto und Kopien für die Übersendung von Krankenunterlagen können nach Nummer 193 in Rechnung gestellt werden.

Nummer: 128

Vollständige Dokumentation des Erlanger Atopie-Score nach vorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger	17,43 Euro
--	------------

Nummer: 130
Vordruck F 6050

Hautarztbericht – Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention	54,00 Euro
---	------------

Mit der Gebühr ist/sind die Untersuchungsleistung(en) abgegolten.

Kommentar:

Eine gesonderte Berechnung der Nummern Nr. 1 bis 10 ist nicht möglich. Schreibgebühren können nicht berechnet werden. Portoauslagen können dagegen gesondert angesetzt werden.

(Zum Umfang der im Rahmen des Hautarztverfahrens zulässigen Testungen vgl. Kapitel I Nr. 5 und Kapitel III, Fragen 4 und 5.)

Voraussetzung für die Liquidation ist die Vollständigkeit des Berichtes. Hierzu zählen insbesondere auch die Beurteilung der klinischen Relevanz von festgestellten Sensibilisierungen und Präventionsempfehlungen.

Nummer: 131
Vordruck F 6052

Hautarztbericht – Behandlungsverlauf	29,16 Euro
--------------------------------------	------------

Mit der Gebühr ist/sind die Untersuchungsleistung(en) abgegolten.

Kommentar:

Eine gesonderte Berechnung der Nummern Nr. 1 bis 10 ist nicht möglich. Schreibgebühren können nicht berechnet werden. Portoauslagen können dagegen gesondert angesetzt werden.

Liegt der Ärztin oder dem Arzt eine Ermächtigung zur Heilbehandlung vor, sind nur die ärztlichen Untersuchungs- und Beratungsleistungen (Nummern 1 bis 10) mit dem Bericht abgegolten, die sich auf die letzte Vorstellung der versicherten Person beziehen. Berichtet die Ärztin oder der Arzt zum Beispiel mit dem Vordruck F 6052 über zwei Wiedervorstellungen der Versicherten oder des Versicherten, kann sie bzw. er die ärztlichen Untersuchungs- und Beratungsleistungen der ersten Konsultation berechnen.

Liegt zum Zeitpunkt der Erstvorstellung keine Testfähigkeit vor (z. B. aufgrund florider Hautveränderungen), können die Testergebnisse mit dem Verlaufsbericht F6052 nachgereicht werden.

Dabei soll auch eine Bewertung der klinischen Relevanz von Sensibilisierungen erfolgen, z. B. im Feld „6. Diagnose“ des F 6052. Die Patientenaufklärung zu den Testergebnissen sowie ggf. die Ausstellung eines Allergiepasses sind mit der Berichtsgebühr abgegolten.

Bei Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit ist in der Regel ein Verlaufsbericht (Hautarztbericht – Verlaufsbericht F6052) zu erstatten.

Nummer: 141
Vordruck F 6000

Ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit (§ 44 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	16,44 Euro
--	------------

Kommentar:

Ärztliche Leistungen oder Testungen sind im Rahmen der ärztlichen Anzeige über eine Berufskrankheit nicht berechnungsfähig. Erstattet die Hautärztin oder der Hautarzt den Vordruck F 6050 zur Einleitung des Hautarztverfahrens an den Unfallversicherungsträger, ist die zeitgleiche Erstattung der ärztlichen Anzeige über eine Berufskrankheit nicht sinnvoll.

Nummer: 143

Vordruck Bescheinigung zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (§ 47 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	2,96 Euro
--	-----------

Nummer: 145

Vordruck F 2900

Überweisungsvordruck ÜV (§§ 26, 39 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	3,77 Euro
---	-----------

Nummer: 190

Schreibgebühren für Arztvordrucke nach den Nummern 117 bis 124 und Gutachten nach den Nummern 146 bis 154, 155 (...), 160, 161, 165 je Seite	4,50 Euro
--	-----------

Kommentar:

In allen anderen Fällen sind Schreibgebühren Bestandteil des Berichtshonorars.

Nummer: 191

je verlangte Kopie	0,18 Euro
--------------------	-----------

Kommentar:

Dies bezieht sich nur auf die in Nummer 190 genannten Fälle.

Nummer: 192

Elektronische Übermittlung eines Arztberichtes an den UV-Träger	0,38 Euro
---	-----------

Nummer: 196

Bei Bedarf im Hautarztverfahren und in der dermatologischen Begutachtung gefertigte Fotos, die den im jeweiligen Bericht oder im Gutachten beschriebenen Hautbefund nachvollziehbar dokumentieren und auf CD/DVD (einschließlich der Herstellung, Verpackung, zuzüglich Porto) zur Verfügung gestellt werden, unabhängig von der Anzahl der Fotos. Eine darüber hinausgehende notwendige Fotodokumentation kann durch den UV-Träger nach Rücksprache genehmigt werden.	9,18 Euro
--	-----------

Kommentar:

Die Anfertigung einer Fotodokumentation kann in besonderen Fällen sinnvoll sein, u. a. auch bei der Anzeige von Hautkrebserkrankungen. Sie ist nicht in jedem Einzelfall erforderlich. Weitere Einzelheiten s. a. „DGUV Indikationskatalog zur Fotodokumentation von arbeitsbedingten Hautkrankheiten“ (Teil V Anlage 3, Seite 52)

2. Freie Gutachten

Nummer: 160

Begutachtungsmaterie mit normalem Schwierigkeitsgrad. Abhandlungen in Fachliteratur und Begutachtungs-Standardwerken bzw. von den Fachgesellschaften herausgegebene Begutachtungsempfehlungen sind regelmäßig vorhanden. Es sind keine sich widersprechenden Vorgutachten zum Kausalzusammenhang zu berücksichtigen.

280,00 Euro

Nummer: 161

Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad. Es existieren keine konsentierten Begutachtungsempfehlungen bzw. trotz Vorliegens einer solchen setzt die Begutachtung eine anspruchsvolle medizinische Bewertung voraus. Regelmäßig sind deshalb verschiedene medizinische Quellen und diverse Fachliteratur zu sichten bzw. bedarf es einer Literaturrecherche oder entsprechender fundierter Fachkenntnisse oder es ist eine umfassende Auseinandersetzung mit Vorgutachten notwendig.

490,00 Euro

Zu den Höchstätzen nach Nrn. 160, 161 gilt §59 des Vertrags Ärzte/UV-Träger

Nummer: 165

Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad und sehr hohem zeitlichen Aufwand zu speziellen Kausalzusammenhängen und/oder differenzialdiagnostischen Problemstellungen. Es gibt nur wenig gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse bzw. die Erkenntnislage ist unübersichtlich oder es liegen divergierende Auffassungen in der Fachliteratur vor. Die Begutachtung bedarf umfangreicher Recherchen und tiefgehender eigener wissenschaftlich fundierter Überlegungen und Begründungen. Zusätzlich ist das Gutachten mit einem deutlich überdurchschnittlichen Zeitaufwand verbunden, zum Beispiel durch aufwändige Anamnese, Auswertung umfangreicher Voruntersuchungen, weit überdurchschnittlichen Aktenumfang etc.

700,00 Euro

Auszug aus Dermatologie in Beruf und Umwelt, Jahrgang 63, Nr. 3/2015, S. 96 – 99:

Tab.1: Anwendung der Leistungsnummern bei berufsdermatologischen Fallkonstellationen im Gutachten.

Erläuterungen zur Tabelle: Der UV-Träger soll mit Erteilung des Gutachtenauftrages auch mitteilen, welcher Gebührennummer das Gutachten zuzuordnen ist. Wird dies vom Gutachter anders beurteilt, ist vor der Begutachtung mit dem UV-Träger eine Einigung über eine ggf. andere Zuordnung zu erzielen oder der Gutachtenauftrag ist zurückzugeben.

Analoge Anwendung der Tabelle für Begutachtungen unter weiteren Berufskrankheiten-Nrn., unter die berufsbedingte Hauterkrankungen fallen können (z. B. BK-Nr. 1108, BK-Nr. 2402, BK-Nr. 3101, BK-Nr. 3102, BK-Nr. 3104; s.a. Bamberger Empfehlung).

Nr.	[A] Allgemeine Leistungslegende freie Gutachten	[B1] Erläuterungen der Leistungslegende für dermatologische Gutachten: BK-Nr. 5101 (Hauterkrankungen außer Hautkrebs)	[B2] Erläuterungen der Leistungslegende für dermatologische Gutachten: BK-Nr. 5102/5103 (Hautkrebs)
160	<p>Begutachtungsmaterie mit normalem Schwierigkeitsgrad. Abhandlungen in Fachliteratur und Begutachtungs-Standardwerken bzw. von den Fachgesellschaften herausgegebene Begutachtungsempfehlungen sind regelmäßig vorhanden. Es sind keine sich widersprechenden Vorgutachten zum Kausalzusammenhang zu berücksichtigen.</p>	<p>Gutachten zur Anerkennung/Ablehnung einer BK-Nr. 5101 in <u>einfachen</u> Fällen. Die Hauterkrankung ist bereits vollbeweislich gesichert und der UV-Träger hat bei der Beauftragung zum Ausdruck gebracht, dass der Kausalzusammenhang zwischen der Hauterkrankung und der beruflichen Einwirkung für ihn zweifelsfrei geklärt ist.</p> <p>Ist dieser Kausalzusammenhang bei Erhalt des Gutachtauftrages für den Gutachter nicht plausibel und wird eine differenzierte Diskussion und Bewertung der (ggf. weiteren) Krankheitsursachen für erforderlich gehalten, hat der Gutachter dies dem UV-Träger <u>vor</u> Erstellung des Gutachtens unverzüglich mitzuteilen.</p> <p><u>Beispiele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Zu klärende Fragestellungen beziehen sich auf den Aufgabezwang bei häufigen/typischen berufsdermatologischen Fallkonstellationen (normaler Schwierigkeitsgrad). – Fälle mit gesicherter berufsbedingter, schwerer Kontaktallergie (z. B. aero-genes allergisches Kontaktekzem bei Epoxidharz-Sensibilisierung) mit ausschließlicher Fragestellung zu den BK-Folgen und der MdE. – Fälle, die das Verfahren Haut einschließlich einer stationären Heilbehandlung (TIP-Maßnahme) vollständig aktuell durchlaufen haben mit erfolgter Klärung des Zusammenhangs und der Frage des objektiven Unterlassungszwanges, ggf. im Anschluss an einen Arbeitsversuch (berufliche Re-Exposition unter optimalem Hautschutz) nach TIP. <p>oder</p> <p>(isolierte) MdE-Bewertung bei bereits dem Grunde nach anerkannter Berufskrankheit.</p> <p><u>Beispiel:</u></p> <p>Im Ergebnis des Feststellungsverfahrens wurden alle Tatbestände der BK-Nr. 5101 nachgewiesen und die Tätigkeit wurde aufgegeben. Für die Höhe der Kompensationsleistungen ist die MdE nach den Vorgaben der Bamberger Empfehlung einzuschätzen.</p> <p>oder</p> <p>Nachuntersuchungsgutachten bei anerkannten Berufskrankheiten soweit der Erkrankungsverlauf keine Besonderheiten aufzeigt, die eine ungewöhnlich ausführliche und intensive Diskussion von z. B. konkurrierenden Ursachen fordern (Ausnahme s. Nr. 161).</p>	<p>Gutachten zur Anerkennung/Ablehnung einer BK-Nr. 5102/5103 in <u>einfachen</u> Fällen. Die Hautkrebserkrankung ist bereits vollbeweislich gesichert und der UV-Träger hat bei der Beauftragung zum Ausdruck gebracht, dass der Kausalzusammenhang zwischen der Hautkrebserkrankung und der beruflichen Einwirkung für ihn zweifelsfrei geklärt ist.</p> <p>Ist dieser Kausalzusammenhang bei Erhalt des Gutachtauftrages für den Gutachter nicht plausibel und wird eine differenzierte Diskussion und Bewertung der (ggf. weiteren) Krankheitsursachen für erforderlich gehalten, hat der Gutachter dies dem UV-Träger <u>vor</u> Erstellung des Gutachtens unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>oder</p> <p>(isolierte) MdE-Bewertung bei im Vorfeld feststehender Abgrenzung arbeitsbedingter und nicht arbeitsbedingter Hautkrebserkrankungen.</p> <p>oder</p> <p>Nachuntersuchungsgutachten bei anerkannter Berufskrankheit soweit der Erkrankungsverlauf keine Besonderheiten aufzeigt, die eine ungewöhnlich ausführliche und intensive Diskussion von z. B. konkurrierenden Ursachen erfordern (Ausnahme s. Nr. 161).</p>

161	<p>Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad. Es existieren keine konsentierten Begutachtungsempfehlungen bzw. trotz Vorliegens einer solchen setzt die Begutachtung eine anspruchsvolle medizinische Bewertung voraus. Regelmäßig sind deshalb verschiedene medizinische Quellen und diverse Fachliteratur zu sichten bzw. bedarf es einer Literaturrecherche oder entsprechender fundierter Fachkenntnisse oder es ist eine umfassende Auseinandersetzung mit Vorgutachten notwendig.</p>	<p>Gutachten zur Feststellung einer Berufskrankheit nach den Vorgaben der Bamberger Empfehlungen mit Diagnosesicherung, Kausalitätsbewertung unter Betrachtung der beruflichen und außerberuflichen Ursachen, Klärung der besonderen BK-Tatbestände (schwere, wiederholte Rückfälligkeit, Aufgabezwang) einschließlich der Krankheitsfolgenbewertung sowie Vorschlägen zur weiteren Heilbehandlung der chronischen Krankheitsfolgen und Vorschlägen zu Maßnahmen der Individualprävention.</p> <p>oder</p> <p>Nachuntersuchungsgutachten bei anerkannten Berufskrankheiten in schwierigen Fällen.</p> <p><u>Beispiel:</u> – Nach Anerkennung einer Berufskrankheit haben sich die Hauterscheinungen nachhaltig verschlimmert. Im Vergleich zu den anerkannten BK-Folgen sind neue Sensibilisierungen hinzugetreten. Die Kausalität sowie mögliche Auswirkungen auf die MdE sind zu bewerten.</p>	<p>Gutachten zur Feststellung einer Berufskrankheit nach den Vorgaben der Bamberger Empfehlung mit retrospektiver Betrachtung lebenslanger Einwirkungen und Kausalitätsbewertung unter Berücksichtigung der beruflichen und außerberuflichen Ursachen einschließlich Krankheitsfolgenbewertung, Vorschlägen zur weiteren Heilbehandlung der chronischen Krankheitsfolgen und Vorschlägen zu Maßnahmen der Individualprävention.</p> <p>oder</p> <p>Nachuntersuchungsgutachten bei anerkannten Berufskrankheiten in schwierigen Fällen.</p> <p><u>Beispiel:</u> – Nach Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nummer 5103 ist BK-unabhängig eine Immunsuppression erfolgt und im Verlauf sind zahlreiche Feldkanzerisierungen an arbeitsbedingt und an nicht arbeitsbedingt sonnenexponierten Hautarealen aufgetreten. Die Kausalität sowie mögliche Auswirkungen auf die MdE sind zu bewerten.</p>
165	<p>Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad und sehr hohem zeitlichen Aufwand zu speziellen Kausalzusammenhängen und/oder differentialdiagnostischen Problemstellungen. Es gibt nur wenig gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse bzw. die Erkenntnislage ist unübersichtlich oder es liegen divergierende Auffassungen in der Fachliteratur vor. Die Begutachtung bedarf umfangreicher Recherchen und tiefgehender eigener wissenschaftlich fundierter Überlegungen und Begründungen. Zusätzlich ist das Gutachten mit einem deutlich überdurchschnittlichen Zeitaufwand verbunden, z. B. durch aufwändige Anamnese, Auswertung umfangreicher Voruntersuchungen, weit überdurchschnittlichen Aktenumfang etc.</p>	<p>Alle Gutachten mit einem Aufwand entsprechend der Leitungslegende zur Nummer 165 [A], welcher somit entsprechend über den unter [B1] zu Nummer 161 dargestellten Aufwand hinausgeht.</p> <p>Hauterkrankungen, die keiner Berufskrankheiten-Nr. in der Berufskrankheiten-Liste der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (z. B. BK-Nummern. 5101, 5102 oder 5103) zuzuordnen sind:</p> <p>Gutachten zum Vorliegen einer Erkrankung nach § 9 Abs. 2 SGB VII (Wie-Berufskrankheit), wenn eine wissenschaftliche Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirates „Berufskrankheiten“ des Bundesministerium für Arbeit und Soziales nicht existiert und daher der wissenschaftliche Erkenntnisstand ermittelt und dargestellt werden muss und dieser anschließend fallbezogen anzuwenden ist.</p>	<p>Alle Gutachten mit einem Aufwand entsprechend der Leistungslegende zur Nummer 165 [A], welcher entsprechend über den unter [B2] zu Nummer 161 dargestellten Aufwand hinausgeht.</p>

Diagnostische Leistungen können mit den Sätzen der besonderen Heilbehandlung abgerechnet werden. Schreibgebühren und Auslagen werden nach den Nummern 190 bis 193 erstattet.

Nummer: 193

Übersendung von Krankengeschichten gemäß Teil B. VI Allgemeine Bestimmungen Nr. 4 (zuzüglich Porto)

13,36 Euro

Kommentar:

Die Unterlagen müssen von der übersendenden Ärztin bzw. vom übersendenden Arzt durchgesehen und ihre Richtigkeit von ihnen bescheinigt werden.

13,36 Euro pauschal, also ungeachtet des Umfangs. Die Übersendung von Kopien von Untersuchungs- und Befundberichten erfüllt nicht die Voraussetzungen der Nummer 193.

3. Heilbehandlung

Vorbemerkung

Eine besondere Heilbehandlung kann im Einzelfall, zeitlich begrenzt, angezeigt sein, wenn ein erhöhter Beratungs- und Betreuungsaufwand erforderlich ist. Kriterien hierfür können zum Beispiel die Komplexität oder Schwere der Hauterscheinungen, lang andauernde Behandlungsbedürftigkeit (länger als sechs Monate) und/oder wiederholte Rückfälligkeit beziehungsweise akut drohender Zwang zur Tätigkeitsaufgabe sein.

Die Behandlung von aktinischen Keratosen, Feldkanzerisierungen und Plattenepithelkarzinomen wird in der Regel in der allgemeinen Heilbehandlung durchgeführt. Besondere Heilbehandlungen bei der Behandlung von Hautkrebserkrankungen sind aus heutiger Sicht nur in sehr schweren Fällen denkbar, z. B. bei metastasierten Plattenepithelkarzinomen oder bei Karzinomen, die durch eine Operation nicht vollständig reseziert werden konnten und einer weiteren tumorspezifischen Therapie bedürfen.

Für die besondere Heilbehandlung bei Erkrankungen der BK-Nr. 5101 wird von der behandelnden Ärztin bzw. von dem behandelnden Arzt eine besondere berufsdermatologische Qualifikation gefordert (z. B. die Zertifizierung Berufsdermatologie der ABD, die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin oder Allergologie).

Die besondere Heilbehandlung muss mit entsprechender Begründung, abgestellt auf den Einzelfall, beim Unfallversicherungsträger beantragt werden. Bei besonderer Heilbehandlung wird in der Regel eine engmaschige Überwachung der Patientin oder des Patienten erforderlich sein.

Im Hautarztverfahren (BK-Nr. 5101) sollten in diesen Fällen Wiedervorstellungen in zweiwöchigen und die Folgeberichterstattung mit F 6052 in vierwöchigen Abständen erfolgen.

Behandlungsfall im Sinne der UV-GOÄ ist die gesamte ambulante Versorgung, die von derselben Ärztin bzw. demselben Arzt nach der ersten Inanspruchnahme innerhalb von drei Monaten an derselben Patientin bzw. demselben Patienten zulasten desselben gesetzlichen Unfallversicherungsträgers vorgenommen worden ist (siehe UV-GOÄ, Teil B, Allgemeine Bestimmungen, Nummer 1).

Nummer: 1

Symptomzentrierte Untersuchung bei Unfallverletzungen oder bei Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit einschließlich Beratung

Allgemeine Heilbehandlung	6,71 Euro
Besondere Heilbehandlung	8,35 Euro

Kommentar:

*Die Leistung nach Nummer 1 ist neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O (des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen) im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
Die Leistung nach Nummer 1 ist neben der Leistung nach Nummer 6 nicht berechnungsfähig.*

Nummer: 6

Umfassende Untersuchung verbunden mit nach Umfang und Zeit besonderem differenzialdiagnostischem Aufwand und/oder Beteiligung mehrerer Organe einschließlich Klärung oder Überprüfung des Zusammenhangs mit der Berufstätigkeit sowie der notwendigen Beratung

Allgemeine Heilbehandlung	15,66 Euro
Besondere Heilbehandlung	19,48 Euro

Kommentar:

Die Leistung kann pro Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechnet werden. Im Hautarztverfahren ist die Abrechnung der Nummer 6 nur in besonders gelagerten Fallkonstellationen möglich. Voraussetzung für den Ansatz der Nummer 6 ist die vollständige Erfüllung der Leistungsdefinition. Die Untersuchung der Haut, verbunden mit einer umfangreichen Erörterung des Zusammenhangs zwischen der Hauterkrankung und der beruflichen Tätigkeit, kann den Ansatz der Nummer 6 rechtfertigen. Es ist jedoch zu beachten, dass mit der Abrechnung der Nummern 130 für den Hautarztbericht und 131 für einen Folgebericht die Untersuchungs- und Beratungsleistungen jeweils abgegolten sind (vergleiche zur Abrechnung der Nummer 6 auch die weiteren Erläuterungen unter Kapitel III zur Frage 2).

Bei Konstellationen im Hautarztverfahren, bei denen die Nummer 6 üblicherweise zutreffen könnte, ist in der Regel die Erstattung eines Verlaufsberichtes (F 6052) angezeigt.

Nummer: 11

Beratung – auch mittels Fernsprecher – als alleinige Leistung

Allgemeine Heilbehandlung	2,68 Euro
Besondere Heilbehandlung	3,34 Euro

Nummer: 16

Aushändigen von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen – auch mittels Fernsprecher – durch die Arzthelferin oder den Arzthelfer als alleinige Leistung

Allgemeine Heilbehandlung	2,24 Euro
Besondere Heilbehandlung	2,79 Euro

Nummer: 17a

Erstellung eines individuellen Hautschutzplanes nach vorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger. Die Leistung beinhaltet auch die Besprechung des Hautschutzplanes mit dem oder der Erkrankten.

Allgemeine Heilbehandlung	22,37 Euro
Besondere Heilbehandlung	27,83 Euro

Nummer: 19

Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung einer chronisch erkrankten Person

Allgemeine Heilbehandlung	22,37 Euro
Besondere Heilbehandlung	27,83 Euro

Kommentar:

Die Leistung darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.

Die in der Leistungsbeschreibung genannten Voraussetzungen müssen kumuliert erfüllt sein.

Dies wird im Rahmen des Hautarztverfahrens regelmäßig nicht der Fall sein.

Nummer: 552A

Leitungswasser-Iontophorese

Allgemeine Heilbehandlung	6,57 Euro
Besondere Heilbehandlung	8,16 Euro

Nummer: 565

Photochemotherapie
je Sitzung

Allgemeine Heilbehandlung	8,94 Euro
Besondere Heilbehandlung	11,13 Euro

Kommentar:

Für die lokale Photochemotherapie (Bade- beziehungsweise Creme-PUVA) kann zusätzlich die Nummer 567 abgerechnet werden. Darüber hinausgehende Nummern oder Kosten sind nicht abrechenbar, siehe hierzu Kapitel I Nr. 6 zur Abrechnung von Kosten sowie die Regelungen in §2 des BG-Nebenkostentarifs, abgedruckt in Kapitel V Nr. 3.

Nummer: 567

Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum
je Sitzung

Allgemeine Heilbehandlung	6,78 Euro
Besondere Heilbehandlung	8,45 Euro

4. Laborleistungen

Serologische Untersuchungen

Nummer: 250

Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene

Allgemeine Heilbehandlung	2,98 Euro
Besondere Heilbehandlung	3,72 Euro

Nummer: 3572

Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden

Allgemeine Heilbehandlung	17,26 Euro
Besondere Heilbehandlung	17,26 Euro

Nummer: 3890

Allergenspezifisches Immunglobulin (zum Beispiel IgE), Mischallergentest (zum Beispiel RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – qualitativ, bis zu vier Mischallergenen je Mischallergen

Allgemeine Heilbehandlung	17,26 Euro
Besondere Heilbehandlung	17,26 Euro

Nummer: 3891

Allergenspezifisches Immunglobulin (zum Beispiel IgE), Einzelallergentest (zum Beispiel RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – bis zu zehn Einzelallergenen je Allergen

Allgemeine Heilbehandlung	17,26 Euro
Besondere Heilbehandlung	17,26 Euro

Nummer: 3892

Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (zum Beispiel IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger
je Träger

Allgemeine Heilbehandlung	13,80 Euro
Besondere Heilbehandlung	13,80 Euro

Nummer: 3893

Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (zum Beispiel IgE), Einzelallergentest mit mindestens neun deklarierten Allergenen auf einem Träger, und Differenzierung nach Einzelallergenen – gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE insgesamt

Allgemeine Heilbehandlung	34,51 Euro
Besondere Heilbehandlung	34,51 Euro

Nummer: 3894

Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (zum Beispiel IgE), Einzelallergentest mit mindestens zwanzig deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen – gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE insgesamt

Allgemeine Heilbehandlung	62,12 Euro
Besondere Heilbehandlung	62,12 Euro

Mykologie

Nummer: 298

Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung

Allgemeine Heilbehandlung	2,98 Euro
Besondere Heilbehandlung	3,72 Euro

Kommentar:

Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.

Nummer: 4710

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial je Material

Allgemeine Heilbehandlung	5,52 Euro
Besondere Heilbehandlung	5,52 Euro

Nummer: 4711

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial nach Präparation (zum Beispiel Kalilauge) oder aufwendigerer Anfärbung (zum Beispiel Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung)
je Material

Allgemeine Heilbehandlung	8,28 Euro
Besondere Heilbehandlung	8,28 Euro

Nummer: 4712

Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung
je Antiserum

Allgemeine Heilbehandlung	20,02 Euro
Besondere Heilbehandlung	20,02 Euro

Nummer: 4713

Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (zum Beispiel Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve
je Untersuchung

Allgemeine Heilbehandlung	17,26 Euro
Besondere Heilbehandlung	17,26 Euro

Nummer: 4715

Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (zum Beispiel Sabouraud-Agar)
je Nährmedium

Allgemeine Heilbehandlung	6,90 Euro
Besondere Heilbehandlung	6,90 Euro

Kommentar:

Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

Nummer: 4716

Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf aufwendigeren Nährmedien (zum Beispiel Antibiotika-, Wuchsstoffzusatz)

Allgemeine Heilbehandlung	8,28 Euro
Besondere Heilbehandlung	8,28 Euro

Kommentar:

Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

Nummer: 4717

Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien (zum Beispiel Harnstoff-, Stärkeagar) je Nährmedium

Allgemeine Heilbehandlung	8,28 Euro
Besondere Heilbehandlung	8,28 Euro

Kommentar:

Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.

Nummer: 4720

Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhren- oder Mehrkammerverfahren bis zu fünf Reaktionen je Pilz

Allgemeine Heilbehandlung	8,28 Euro
Besondere Heilbehandlung	8,28 Euro

Nummer: 4721

Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhren- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen je Pilz

Allgemeine Heilbehandlung	17,26 Euro
Besondere Heilbehandlung	17,26 Euro

Nummer: 4722

Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze – einschließlich Anfärbung (zum Beispiel Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) je Untersuchung

Allgemeine Heilbehandlung	8,28 Euro
Besondere Heilbehandlung	8,28 Euro

5. Operative Leistungen sowie photodynamische Therapie (PDT), Lasertherapie und medikamentöse Behandlung bei Hautkrebserkrankungen

Operative Leistungen

Hinsichtlich der operativen Leistungen sind die Grundsätze „Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung“ in der Fassung vom 01.01.2016 zu beachten (abzurufen unter:

www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/medien/documents/info_aop2.pdf,

Fassung vom 01. Januar 2016.) Hinsichtlich der Abrechnungsnummern zu ambulanten

Operationen sind verschiedene Begriffe der Leistungsbeschreibungen wie etwa „klein“ oder „ausgedehnt“ im Rahmen der allgemeinen Bestimmungen der UV-GOÄ zum Teil L „Chirurgie“ näher definiert worden. Die entsprechenden Bestimmungen sind im Kapitel V Anlage Nr. 2 abgedruckt.

Nummer: 200

Verband – ausgenommen Schnellverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreieckstücher

Allgemeine Heilbehandlung	3,50 Euro
Besondere Heilbehandlung	4,36 Euro

Nummer: 203 A

Kompressionsverband/auch Schaumstoffkompressionsverband

Allgemeine Heilbehandlung	7,08 Euro
Besondere Heilbehandlung	8,81 Euro

Nummer: 490

Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke

Allgemeine Heilbehandlung	4,55 Euro
Besondere Heilbehandlung	5,66 Euro

Nummer: 491

Infiltrationsanästhesie großer Bezirke – auch Parazervikalanästhesie

Allgemeine Heilbehandlung	9,02 Euro
Besondere Heilbehandlung	11,22 Euro

Nummer: 493

Leitungsanästhesie, perineural – auch nach Oberst

Allgemeine Heilbehandlung	4,55 Euro
Besondere Heilbehandlung	5,66 Euro

Nummer: 614

Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks

Allgemeine Heilbehandlung	11,18 Euro
Besondere Heilbehandlung	13,91 Euro

Nummer: 750

Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie)
je Sitzung

Allgemeine Heilbehandlung	8,94 Euro
Besondere Heilbehandlung	11,13 Euro

Nummer: 2007

Entfernung von Fäden oder Klammern

Allgemeine Heilbehandlung	2,98 Euro
Besondere Heilbehandlung	3,72 Euro

Nummer: 2401

Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (zum Beispiel Haut, Schleimhaut, Lippe)

Allgemeine Heilbehandlung	9,91 Euro
Besondere Heilbehandlung	12,33 Euro

Nummer: 2402

Probeexzision aus tiefliegender Körpergewebe (zum Beispiel Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (zum Beispiel Zunge)

Allgemeine Heilbehandlung	27,58 Euro
Besondere Heilbehandlung	34,32 Euro

Kommentar:

Bei ambulanter OP gegebenenfalls Zuschlag nach Nummer 442 in Höhe von 27,60 Euro – Dieser Zuschlag ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig und neben den Zuschlägen nach den Nummern 442a, 443 bis 445 nicht berechnungsfähig (Text abgedruckt im Kapitel V).

Nummer: 2403

Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst auch am Kopf und an den Händen

Allgemeine Heilbehandlung	9,18 Euro
Besondere Heilbehandlung	11,42 Euro

Kommentar:

Bei ambulanter OP ggf. Zuschlag nach Nummer 442a in Höhe von 15,00 Euro – Dieser Zuschlag ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig und neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig (Text abgedruckt im Kapitel V).

Nummer: 2404

Exzision einer größeren Geschwulst (zum Beispiel Ganglion, Faszien- geschwulst, Fett- geschwulst, Lymphdrüse, Neurom). Operationsbericht und histologischer Befund sind dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen.

Allgemeine Heilbehandlung	72,55 Euro
Besondere Heilbehandlung	90,69 Euro

Kommentar:

Bei ambulanter OP ggf. Zuschlag nach Nummer 443 in Höhe von 51,77 Euro – Dieser Zuschlag ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig und neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig. Die Definition von „groß“ gemäß Kapitel L UV- GOÄ ist zu beachten (Text abgedruckt im Kapitel V).

Nummer: 2381

Einfache Hautlappenplastik

Allgemeine Heilbehandlung	72,02 Euro
Besondere Heilbehandlung	90,03 Euro

Kommentar:

Bei ambulanter OP ggf. Zuschlag nach Nummer 442 in Höhe von 27,60 Euro – Dieser Zuschlag ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig und neben den Zuschlägen nach den Nummern 442a, 443 bis 445 nicht berechnungsfähig (Text abgedruckt im Kapitel V).

Nummer: 2382

Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation

Allgemeine Heilbehandlung	72,02 Euro
Besondere Heilbehandlung	90,03 Euro

Kommentar:

Bei ambulanter OP ggf. Zuschlag nach Nummer 443 in Höhe von 51,77 Euro – Dieser Zuschlag ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig und neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig (Text abgedruckt im Kapitel V).

Nummer: 2383

Vollhauttransplantation – auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle

Allgemeine Heilbehandlung	74,54 Euro
Besondere Heilbehandlung	92,77 Euro

Kommentar:

Bei ambulanter OP ggf. Zuschlag nach Nummer 444 in Höhe von 89,73 Euro – Dieser Zuschlag ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig und neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig (Text abgedruckt im Kapitel V).

Nummer: 570

Photodynamische Therapie (PDT) von Hautläsionen inkl. photodynamischer Lichtbestrahlung, Aufklärung und Beratung, Erstellung des Behandlungsplans, vorbereitender Maßnahmen (z. B. Kürettage, Kryotherapie, Debridement) und Auftragen des Photosensibilisators, Okklusiv-Verband inkl. adäquatem Schmerzmanagement, ggf. Anwendung einer Kaltpackung inkl. Dokumentation.

Eine ggf. durchgeführte photodynamische Diagnostik ist nicht gesondert abrechenbar. Die Leistung kann nur mit Zustimmung des UV-Trägers erbracht werden. Leistungen nach Nrn. 1 und 6 sind enthalten und nicht gesondert abrechenbar.

Die Gebühr umfasst die PDT-Behandlung von bis zu 100 cm² der im Behandlungsplan festgestellten Gesamtfläche¹, ggf. auch in mehreren Sitzungen. Die PDT-Behandlung des darüber hinausgehenden Teils der Gesamtfläche ist nach Nr. 571 abzurechnen.

¹ Die Gesamtfläche ist die Summe aller Flächen mit Hautläsionen, die im Zeitpunkt der Therapieentscheidung mit dem jeweiligen Verfahren zu behandeln sind.

Allgemeine Heilbehandlung	100,61 Euro
Besondere Heilbehandlung	100,61 Euro

Kommentar:

Die UV-GOÄ Nr. 570 gilt nicht für die Tageslicht – PDT.

Nummer: 571

Leistung nach Nr. 570 für jeweils weitere angefangene 100 cm² der vom Behandlungsplan zu Nr. 570 erfassten Gesamtfläche, ggf. auch in weiteren Sitzungen.

Allgemeine Heilbehandlung	50,00 Euro
Besondere Heilbehandlung	50,00 Euro

Nummer: 575

Laserbehandlung von aktinischen Keratosen bis zu 7 cm² Gesamtfläche¹ inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen (inkl. Fotodokumentation)

Allgemeine Heilbehandlung	55,22 Euro
Besondere Heilbehandlung	68,72 Euro

Nummer: 576

Laserbehandlung von aktinischen Keratosen > 7 cm² bis 21 cm² Gesamtfläche¹ inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen (inkl. Fotodokumentation)

Allgemeine Heilbehandlung	76,62 Euro
Besondere Heilbehandlung	95,35 Euro

Nummer: 577

Laserbehandlung von aktinischen Keratosen > 21 cm² Gesamtfläche¹ nur nach nachgewiesenem, dokumentiertem Versagen anderer Therapieformen (PDT und selbst-applizierbare Flächentherapie) inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen (inkl. Fotodokumentation)

Allgemeine Heilbehandlung	191,20 Euro
Besondere Heilbehandlung	237,93 Euro

¹ Die Gesamtfläche ist die Summe aller Flächen mit Hautläsionen, die im Zeitpunkt der Therapieentscheidung mit dem jeweiligen Verfahren zu behandeln sind.

Nummer: 740 a

Kryochirurgische Therapie aktinischer Keratosen.
Die Leistung kann einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden.

Allgemeine Heilbehandlung	12,90 Euro
Besondere Heilbehandlung	12,90 Euro

Nummer: 753

Medikamentöse Behandlung aktinischer Keratosen in einem Behandlungsareal von bis zu 100 cm², Aufklärung und Beratung; Erstellung eines Behandlungsplans, Rezeptur eines für die Behandlung aktinischer Keratosen zugelassenen selbstapplizierbaren Flächentherapeutikums und Dokumentation, ggf. vorbereitende Maßnahmen. Das Auftragen von Fertigarzneimitteln kann nicht abgerechnet werden. Abrechnung einmalig pro rezeptiertem Therapiezyklus.

Leistungen nach Nrn. 1 und 6 sind enthalten und nicht gesondert abrechenbar. Die Leistung ist nicht kombinierbar mit den Leistungen nach Nrn. 575 bis 577

Allgemeine Heilbehandlung	25,00 Euro
Besondere Heilbehandlung	25,00 Euro

Nummer: 754

Vorbereitende Maßnahmen bei AK Grad 3 nach Olsen (z. B. Küretage / Debridement)
Die Leistung kann nur in Kombination mit der Leistung nach Nr. 753 abgerechnet werden.

Allgemeine Heilbehandlung	12,00 Euro
Besondere Heilbehandlung	12,00 Euro

6. Testungen und Untersuchungen

Zum Umfang von Testungen vergleiche Kapitel I Nr. 5 und Kapitel III, Frage 4. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass Untersuchungen, die in der sogenannten „Negativliste“ der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (siehe „Negativliste: Hautirritabilitäts- und Hautfunktionsdiagnostik zur Erfassung und Bewertung irritativer Hautschäden“, abgedruckt in: Dermatologie in Beruf und Umwelt, Nr. 3/2006, S. 108 – 111) aufgeführt sind, als nicht relevant für die berufsdermatologische Routinediagnostik bewertet werden. Sie werden deshalb als nicht abrechenbar angesehen.

Mit einer Kostenablehnung durch den UV-Träger ist auch für Hauttestungen zu rechnen, die nicht leitliniengemäß lege artis durchgeführt werden. Dies erfordert unter anderem eine Ablesung mindestens nach 24 und/oder 48 sowie obligat nach 72 Stunden.

Hinweis:

Eine routinemäßige apparative Überwachung von Patientinnen und Patienten zur Kreislaufkontrolle bei dermalen Testungen im Hautarztverfahren, zum Beispiel Pulsoxymetrie, Nummer 602, transkutane Messung des Sauerstoffpartialdrucks, Nummer 614, sowie Venen- und/oder Arterienpulsschreibung, Nummer 638, gehört nach der Leitlinie „Hauttests zur Diagnostik von allergischen Soforttypreaktionen“ der DGAKI nicht zum Standarduntersuchungsumfang und ist daher nicht abrechenbar.

Für die Anfertigung und Übersendung von Kopien der Hauttestprotokolle wird nach den Allgemeinen Hinweisen für Impfungen und Testungen (UV-GOÄ, Teil C, Abschnitt V., Allgemeine Bestimmungen Nr. 6) ein Betrag von 2,87 Euro zuzüglich Porto erstattet. Der Betrag ist mit der UV-GOÄ Nr. 194 abrechenbar.

Die Ablesung der Testungen ist mit der Gebühr für die Testungen abgegolten und kann nicht gesondert – etwa als Untersuchung – berechnet werden.

Eine ggf. notwendige Aufklärung über das Testergebnis einschließlich z. B. der Ausgabe des Allergiepasses ist mit der Berichtsgebühr (F 6050 bzw. F 6052) abgegolten. Aussagen zur klinischen Relevanz der Testergebnisse sind in den Berichten zu vermerken.

Epikutantestungen

Nummer: 380

Epikutantest
je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)

Allgemeine Heilbehandlung	2,24 Euro
Besondere Heilbehandlung	2,79 Euro

Nummer: 381

Epikutantest
je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)

Allgemeine Heilbehandlung	1,49 Euro
Besondere Heilbehandlung	1,86 Euro

Nummer: 382

Epikutantest
je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall)

Allgemeine Heilbehandlung	1,12 Euro
Besondere Heilbehandlung	1,39 Euro

Kommentar: Nummern 380 bis 382

Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig. Diese Begrenzung gilt nicht bei erforderlichen Testungen im Rahmen von Begutachtungen.

Für alle berufsspezifischen Testreihen können pro Allergen außerhalb der Standardreihe zusätzlich 2,00 Euro je Test berechnet werden (siehe auch Abrechnungsbeispiel Kapitel IV, Nr. 2).

Tipp für Dermatologinnen und Dermatologen: Es kann sinnvoll sein, eine eigene Zuschlagsnummer in die Praxissoftware aufzunehmen.

Nummer: 379

Testung mit patienteneigenen Substanzen nach vorheriger Beauftragung durch den Unfallversicherungsträger. Für die Vorbereitung der Testsubstanz werden zusätzlich 5,60 € (ohne spezifische Aufbereitung, nativ) bzw. 11,20 € (mit spezifischer Aufbereitung) vergütet.

Allgemeine Heilbehandlung	2,24 Euro
Besondere Heilbehandlung	2,79 Euro

Kommentar:

Siehe hierzu auch Kapitel III, Frage 5. Bei Testungen mit patienteneigenen Substanzen sind die Hinweise zur Epikutantestung mit Berufsstoffen vom Arbeitsplatz des Patienten von DKG und ABD zu beachten. http://abd.dermis.net/content/e03abd/e08FormulareLeitlinien/e1085/Berufsstoff_Testung_ABD_DKG_aktuell2011.pdf

Pricktestungen**Nummer: 385**

Pricktest

je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)

Allgemeine Heilbehandlung	3,36 Euro
Besondere Heilbehandlung	4,18 Euro

Nummer: 386

Pricktest

je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall)

Allgemeine Heilbehandlung	2,24 Euro
Besondere Heilbehandlung	2,79 Euro

Nummer: 387

Pricktest

je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall)

Allgemeine Heilbehandlung	1,49 Euro
Besondere Heilbehandlung	1,86 Euro

Kommentar: Nummern 385 bis 387

Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig. Pricktestungen im Rahmen des Hautarztverfahrens, zum Beispiel als Atopie-Screening, sollten ein angemessenes Maß nicht überschreiten, vergleiche hierzu die Ausführungen in Kapitel I Nr. 5. Das Hautarztverfahren bezieht sich nicht auf Atemwegserkrankungen. Die diagnostische Abklärung einer Rhinitis oder von asthmatischen Beschwerden kann nicht im Hautarztverfahren abgerechnet werden.

Nummer: 388

Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest

je Test (bis zu 10 Tests im Behandlungsfall)

Allgemeine Heilbehandlung	2,61 Euro
Besondere Heilbehandlung	3,25 Euro

Nummer: 389

Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest

jeder weitere Test

Allgemeine Heilbehandlung	1,87 Euro
Besondere Heilbehandlung	2,32 Euro

Nummer: 390

Intrakutantest
je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)

Allgemeine Heilbehandlung	4,47 Euro
Besondere Heilbehandlung	5,56 Euro

Nummer: 391

Intrakutantest
jeder weitere Test

Allgemeine Heilbehandlung	2,98 Euro
Besondere Heilbehandlung	3,72 Euro

Kommentar: Nummern 390 und 391

Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig. Im Rahmen des Atopie-Screenings sind Intrakutantestungen im Regelfall nicht indiziert.

Hautfunktionstestungen

Nummer: 760

Alkaliresistenzbestimmung (Tropfmethode)

Allgemeine Heilbehandlung	9,02 Euro
Besondere Heilbehandlung	11,22 Euro

Hinweis:

Bei der Erstdiagnostik zur Einleitung des Hautarztverfahrens ist die Durchführung von mehr als einer Alkaliresistenzbestimmung in der Regel nicht indiziert. Wird mehr als eine Alkaliresistenzbestimmung durchgeführt, ist eine ausführliche, auf den Einzelfall abgestimmte Begründung erforderlich. Es empfiehlt sich hier ggf. die vorherige Abstimmung mit dem Unfallversicherungsträger.

Eine Kostenerstattung für im Hautarztverfahren in regelmäßigen Abständen durchgeführte Alkaliresistenzbestimmung erfolgt nicht. Über die Erstuntersuchung hinaus sind routinemäßige Kontrollen dieses Parameters nicht indiziert.

Nummer: 831

Vegetative Funktionsdiagnostik – auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (zum Beispiel Minor'scher Schwitzttest) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen

Allgemeine Heilbehandlung	5,96 Euro
Besondere Heilbehandlung	7,42 Euro

Kommentar:

Der Dermalux-Test zum Aufdecken von Hautpflegefehlern kann mit der Nummer 831 (analog) abgerechnet werden.

III Häufig gestellte Fragen (FAQ)

1) Können ärztliche Untersuchungs- und Beratungsnummern neben dem Hautarzt-erstbericht (F6050) und dem Hautarztfolgebericht (F6052) abgerechnet werden?

Bei dem Hautarztbericht/Einleitung des Hautarztverfahrens F 6050 wird Ärztin oder Arzt im Regelfall noch keine Behandlungsermächtigung durch den Unfallversicherungsträger vorliegen. Die Behandlung kann daher nicht im Rahmen der UV-GOÄ abgerechnet werden. Die ärztliche Untersuchungsleistung ist in der Gebühr des Hautarztberichtes enthalten. Kostenträger der Behandlung wird bei Einleitung des Hautarztverfahrens die Krankenkasse oder die Patientin bzw. der Patient sein, vergleiche Kapitel I Nr. 5.

Liegt eine Behandlungsermächtigung des UV-Trägers vor, so ist die letzte Untersuchungsleistung, über die berichtet wird, mit der Berichtsgebühr abgegolten. Die vorausgegangenen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen können in Rechnung gestellt werden. Wird im Rahmen der Heilbehandlung zum Beispiel über drei Konsultationen berichtet, so können die ärztlichen Beratungs- und Untersuchungsleistungen für zwei Konsultationen neben der Berichtsgebühr abgerechnet werden.

2) Unter welchen Bedingungen ist die Nummer 6 im Rahmen der Heilbehandlung abrechenbar?

Die Nummer 6 ist in besonderen Fallkonstellationen im Rahmen der dermatologischen berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung abrechenbar. Die Abrechnung setzt die vollständige Erfüllung der Leistungslegende voraus. Danach erfordert eine Abrechnung der Nummer 6, dass eine gründliche und umfassende Untersuchung, verbunden mit besonderem differenzialdiagnostischen Aufwand einschließlich Klärung oder Überprüfung des Zusammenhangs mit der beruflichen Tätigkeit und Beratung zu z. B. Hautschutz- und Hautpflegemaßnahmen, erfolgt ist. Dies ist gesondert zu begründen.

Untersuchungen in kurzen Abständen weniger Tage, insbesondere ohne dass zwischenzeitlich eine Behandlung durchgeführt wurde, die eine wesentliche Befundänderung erwarten ließ, erfüllen grundsätzlich nicht die Voraussetzungen der Nummer 6.

Für Ärztinnen und Ärzte empfiehlt es sich, den Umfang der Beratung/Untersuchung zu dokumentieren, um bei Rückfragen oder Einsprüchen gegen Abrechnungskürzungen die erbrachte Leistung nachvollziehbar darstellen zu können.

Bei Konstellationen im Hautarztverfahren (BK-Nr. 5101), bei denen die Nummer 6 üblicherweise zutreffen könnte, ist in der Regel die Erstattung eines Verlaufsberichtes (F 6052) angezeigt. In diesen Fällen sind die Untersuchungs- und Beratungsleistungen mit der Berichtsgebühr abgegolten.

3) Wann liegt allgemeine Heilbehandlung, wann die besondere Heilbehandlung vor?

Im Regelfall gelten die Sätze der allgemeinen Heilbehandlung. Bei bestimmten Voraussetzungen kann (siehe Kapitel II Nr. 3) besondere Heilbehandlung im Einzelfall angezeigt sein, wenn ein erhöhter Beratungs- und Betreuungsaufwand erforderlich ist. Kriterien hierfür können z. B. die Komplexität oder Schwere der Hauterscheinungen, lang andauernde Behandlungsbedürftigkeit (> 6 Monate) und/oder wiederholte Rückfälligkeit bzw. akut drohender Zwang zur Tätigkeitsaufgabe sein. Bei Hautkrebserkrankungen ist eine besondere Heilbehandlung in sehr schweren Fällen denkbar, z. B. bei metastasierten Plattenepithelkarzinomen oder bei Karzinomen, die durch eine Operation nicht vollständig reseziert werden konnten und einer weiteren tumorspezifischen Therapie bedürfen.

Die Entscheidung über die Gewährung der Heilbehandlung als besondere Heilbehandlung liegt im Ermessen des Unfallversicherungsträgers.

Bei Gutachten gelten die Sätze der besonderen Heilbehandlung.

4) Welche Testreihen können bei bestimmten Berufsgruppen im Hautarztverfahren epikutan getestet werden?

Der Umfang der Testung soll sich nach den besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles richten. Einerseits soll die Testung den notwendigen Umfang nicht überschreiten, andererseits sollten wichtige, berufsrelevante Allergene in die Testung eingeschlossen werden. Einen Anhalt bieten die Empfehlungen der Fachgesellschaften, zum Beispiel die der Deutschen Kontaktallergiegruppe, etwa unter: <http://dkg.ivdk.org/dkgblo.html>.

Die Zusammensetzung und Benennung von Berufsstoffreihen kommerzieller Anbieter von Allergenzubereitungen weichen zum Teil von den DKG-Testreihen ab, ggf. ist eine Anpassung erforderlich. (Zum Umfang der Testungen siehe auch die Ausführungen in Kapitel I Nr. 5.)

5) Es sollen patienteneigene Substanzen epikutan getestet werden. Was muss dabei beachtet werden?

Die Testung von patienteneigenen Substanzen setzt eine vorherige Beauftragung durch den Unfallversicherungsträger voraus. Hierfür ist erforderlich, dass zuvor durch die Dermatologin bzw. den Dermatologen die Anzahl der geplanten Testungen sowie die zu testenden patienteneigenen Substanzen mitgeteilt werden.

Die Aufbereitung und Testung der Eigenstoffe soll sich nach den Empfehlungen von DKG und ABD zur Epikutantestung mit Berufsstoffen vom Arbeitsplatz des Patienten richten (http://abd.dermis.net/content/e03abd/e08FormulareLeitlinien/e1085/Berufsstoff_Testung_ABD_DKG_aktuell2011.pdf). Der testende Arzt bzw. die testende Ärztin muss gemäß Arzneimittelgesetz (§ 67 AMG) der zuständigen Überwachungsbehörde (einmalig) anzeigen, dass er oder sie nicht zur Epikutantestung zugelassene Substanzen (Eigenstoffe) epikutan testet. Nähere Hinweise dazu finden sich auf den Websites der DKG und der ABD (<http://dkg.ivdk.org/dkgblo.html> und www.abd.dermis.net).

IV Abrechnungsbeispiele

1) Eine Hautärztin oder ein Hautarzt erstellt einen Hautarztbericht – Einleitung Hautarztverfahren. Im Rahmen der Atopie-Diagnostik wurde ein Prick-Test mit 14 Allergenen und 2 Kontrollen durchgeführt.

Nummer 130 Hautarztbericht F 6050			54,00 Euro
Nummer 385 Pricktestung 14 Allergene + 2 Kontrollen	3,36 Euro	x 16	53,76 Euro
Nummer 194 Übersendung der Testprotokolle	2,87 Euro		2,87 Euro
Porto Versendung der Berichte an UV-Träger und Krankenkasse	1,45 Euro	x 2	2,90 Euro
Summe:			113,53 Euro

2) Eine Dermatologin bzw. ein Dermatologe hat einen Epikutantest mit den Testreihen „Standardreihe“ (30 Substanzen) und „Kühlschmierstoffe“ (18 Substanzen) durchgeführt. Die Testergebnisse werden zusammen mit einem Hautarztbericht – Behandlungsverlauf dem Unfallversicherungsträger zugestellt.

Nummer 380 (1. – 30. Test)	2,24 Euro	x 30	67,20 Euro
Nummer 381 (31. – 50. Test)	1,49 Euro	x 18	26,82 Euro
Zuschlag für Allergene außerhalb der Standardreihe	2,00 Euro	x 18	36,00 Euro
Nummer 131 Hautarztbericht F 6052			29,16 Euro
Nummer 194 Übersendung der Testprotokolle	2,87 Euro		2,87 Euro
Porto	1,45 Euro		1,45 Euro
Summe:			163,50 Euro

Siehe hierzu auch Kapitel II. Nr. 6. Testungen und Untersuchungen, Seite 30.

3) Die Ermächtigung zur allgemeinen Heilbehandlung liegt vor. Im Hautarztverfahren wird nach 2 Monaten über insgesamt 3 Konsultationen berichtet.

Nummer 131 Hautarztbericht F 6052			29,16 Euro
Nummer 1	6,71 Euro	x 2	13,42 Euro
Porto	1,45 Euro		1,45 Euro
Summe:			44,03 Euro

4) Die Ermächtigung zur allgemeinen Heilbehandlung liegt vor. Es wurden insgesamt 12 Sitzungen einer PUVA-Bestrahlung der Hände durchgeführt. Es wurde 2 x eine persönliche Untersuchung und Beratung vorgenommen.

Nummer 567 Phototherapie mit sel. UV-Licht	6,78 Euro	x 12	81,36 Euro
Nummer 565 Photochemotherapie	8,94 Euro	x 12	107,28 Euro
Nummer 1	6,71 Euro	x 1	6,71 Euro
Nummer 131 Hautarztbericht F 6052			29,16 Euro
Porto	1,45 Euro		1,45 Euro
Summe:			225,96 Euro

5) Die Versicherte bzw. der Versicherte leidet unter multiplen aktinischen Keratosen als Folge beruflicher UV-Lichtexposition. Die Erkrankung wurde als Berufskrankheit nach Nr. 5103 anerkannt. Die Ermächtigung zur Heilbehandlung liegt vor. Zwei neu aufgetretene kleine Veränderungen werden operativ entfernt und histologisch untersucht.

Nummer 1 Untersuchung und Beratung	Allgem.H. Besond.H	6,71 Euro 8,35 Euro	x 1	6,71 Euro 8,35 Euro
Nummer 750 Auflichtmikroskopie der Haut	Allgem.H. Besond.H	8,94 Euro 11,13 Euro	x 1	8,94 Euro 11,13 Euro
Nummer 2403 Exzision einer kleinen Geschwulst	Allgem.H. Besond.H	9,18 Euro 11,42 Euro	x 2	18,36 Euro 22,84 Euro
Nummer 442a Zuschlag ambulante OP		15,00 Euro		15,00 Euro
Nummer 490 Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	Allgem.H. Besond.H	4,55 Euro 5,66 Euro	x 2	9,10 Euro 11,32 Euro
Porto		1,45 Euro		1,45 Euro
Allgemeine Heilbehandlung			Summe:	59,56 Euro
Besondere Heilbehandlung			Summe:	70,09 Euro

6) Berufskrankheit Nr. 5103 wurde anerkannt, die Ermächtigung zur Heilbehandlung liegt vor. Im Rahmen der leitliniengerechten Nachsorge wurde eine Feldkanzerisierung festgestellt (Fläche ca. 85 cm²) und eine PDT soll durchgeführt werden.

Nummer 1 Untersuchung und Beratung ¹	Allgem.H. Besond.H	6,71 Euro 8,35 Euro	x 1	6,71 Euro 8,35 Euro
Nummer 750 Auflichtmikroskopie der Haut	Allgem.H. Besond.H	8,94 Euro 11,13 Euro	x 1	8,94 Euro 11,13 Euro
Nummer 570 PDT	Allgem.H. Besond.H	100,61 Euro 100,61 Euro	x 1	100,61 Euro 100,61 Euro
Kosten Photosensibilisator				²
Nummer 1 - Folgekonsultation	Allgem.H. Besond.H	6,71 Euro 8,35 Euro	x 1	6,71 Euro 8,35 Euro
In Abhängigkeit von den Vorgaben des Behandlungsauftrages ggf. Aus- kunft Behandlung (kurz) F1100		8,68 Euro	x 1	8,68 Euro
Porto		1,45 Euro		1,45 Euro
Allgemeine Heilbehandlung			Summe:	133,10 Euro
Besondere Heilbehandlung			Summe:	138,57 Euro

¹ nicht abrechenbar, wenn am gleichen Tag eine Leistung erbracht wird, die bereits die Nr. 1 oder 6 enthält.

² gesondert berechnungsfähig nach §2 Abs. 3 Nr. 1 des BG Nebenkostentariifs oder verordnungsfähig zu Lasten des UV-Trägers

7) Berufskrankheit Nr. 5103 wurde anerkannt, die Ermächtigung zur Heilbehandlung liegt vor. Im Rahmen der leitliniengerechten Nachsorge wurden neue aktinische Keratosen (AK III) festgestellt, die mit einem Flächentherapeutikum behandelt werden sollen. Die aktinischen Keratosen sollen vorbehandelt werden.

Nummer 1 Untersuchung und Beratung ¹	Allgem.H. Besond.H	6,71 Euro 8,35 Euro	x 1	6,71 Euro 8,35 Euro
Nummer 750 Auflichtmikroskopie der Haut	Allgem.H. Besond.H	8,94 Euro 11,13 Euro	x 1	8,94 Euro 11,13 Euro
Nummer 754 Vorbereitende Maßnahmen bei AK III	Allgem.H. Besond.H	12,00 Euro 12,00 Euro		12,00 Euro 12,00 Euro
Nummer 753 Medikamentöse Behandlung akti- nischer Keratosen in einem Behand- lungsareal von bis zu 100 cm ²	Allgem.H. Besond.H	25,00 Euro 25,00 Euro	x 1	25,00 Euro 25,00 Euro
In Abhängigkeit von den Vorgaben des Behandlungsauftrages ggf. Aus- kunft Behandlung (kurz) F1100		8,68 Euro	x 1	8,68 Euro
Porto		1,45 Euro		1,45 Euro
Nummer 1 - Folgekonsultation	Allgem.H. Besond.H	6,71 Euro 8,35 Euro	x 1	6,71 Euro 8,35 Euro
Allgemeine Heilbehandlung			Summe:	69,49 Euro
Besondere Heilbehandlung			Summe:	74,96 Euro

¹ nicht abrechenbar, wenn am gleichen Tag eine Leistung erbracht wird, die bereits die Nr. 1 oder 6 enthält.

5) Die Tabelle bietet eine Übersicht über den empfohlenen Testumfang bei häufig betroffenen Berufsgruppen.

Sie lehnt sich an die aktuellen Empfehlungen der Deutschen Kontaktallergie-Gruppe an.

Werden mehrere Epikutantestungen durchgeführt und enthalten diese gleiche Testsubstanzen, sind Doppeltestungen zu vermeiden.

Die in der Tabelle mit (B) gekennzeichneten Testungen sind zu begründen und sollen nur bei anamnestischem Hinweis auf eine entsprechende Sensibilisierung bzw. entsprechende Exposition erfolgen. In Einzelfällen können weitere Testungen zur Abklärung des beruflichen Tätigkeitsfeldes erforderlich sein. Auch diese sind gesondert zu begründen.

Epikutantestungen	Anzahl der Testsubstanzen	Friseur	Masseur	Krankpflege/ Arzthelferin/-helfer	Altenpflege	Zahnarzthelferin/-helfer	Raumpflege/Küchenhilfe/ Reinigungskraft	Kfz-Mechaniker	Bäcker/Koch	Bauberufe (Maurer, Bauarbeiter, Betonbauer, Fliesenleger u.Ä.)	Metallarbeiter	Maler/Lackierer
DKG Standardreihe	30	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
DKG Externa – Inhaltsstoffe	13	x	x	x	x	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)
DKG Konservierungsstoffe (z. B. in Externa)	11	x	x	x	x	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)	(B)
DKG Aufschlüsselung Duftstoff-Mix	9	(B)	x	(B)	(B)	(B)	(B)		(B)			
DKG Aufschlüsselung Duftstoff-Mix II	5	(B)	x	(B)	(B)	(B)	(B)		(B)			
DKG weitere Duftstoffe und ätherische Öle	18	(B)	x	(B)	x	(B)	(B)					
DKG sonstige deklarationsfähige Duftstoffe	12	(B)	x	(B)	x	(B)	(B)					
DKG Desinfektionsmittel	5	(B)	x	x	x	x	x		(B)			
DKG Gummireihe	18	x	(B)	x	x	x	(B)	(B)	(B)	x	(B)	(B)
DKG Kunstharze/Kleber	24							(B)				(B)
DKG Industrielle Biozide	11											(B)
DKG Bau-Hauptgewerbe	16									x		
DKG Friseurstoffe	18	x										
DKG Dentalmetalle	8					(B)						
DKG Zahntechniker Hauptreihe	13					(B)						
DKG Kühlschmierstoffe	18										x	
mitgebrachte Stoffe	nur nach vorheriger Genehmigung/Absprache mit dem Unfallversicherungsträger											
Prick-Testungen/Atopie-Screening (bis zu 14 Prick- und 2 Kontrollteste)	nur bei anamnestischen Hinweisen											
Gesamt-IgE	nur bei anamnestischen Hinweisen											
spezifische IgE Diagnostik mit Berufsallergenen	nur bei anamnestischen Hinweisen											
Alkaliresistenzbestimmung	x											

X Testungen anzuerkennen

(B) Testung im begründeten Einzelfall bei anamnestischem Hinweis auf eine entsprechende Sensibilisierung bzw. entsprechender Exposition anzuerkennen

V Anlagen

Anlage 1

Auszüge aus Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und UV-GOÄ

1. Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Vertrag gemäß § 34 Abs. 3 SGB VII zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV), Berlin, dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (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 ärztlichen Leistungen (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) gültig ab 1. Januar 2011.

zuletzt geändert durch Änderungsvereinbarung

zum 01.10.2015

Stand: 01.01.2017

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 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, apparativtechnischen Aufwandes noch einer spezifischen unfallmedizinischen Qualifikation des Arztes bedarf.

§ 11 Besondere Heilbehandlung

- (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.

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 BK 5101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können) entsteht, wiederauflebt 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.

§ 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 Gutachtauftrag genannten Termins zu erstatten, ist der Unfallversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen.

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) Die Vergütung der Leistungen der am Psychotherapeutenverfahren Beteiligten richtet sich nach dem vereinbarten Gebührenverzeichnis (Anlage 2 zum Vertrag).
- (4) Für Behandlungsleistungen, die ein Arzt unter Missachtung der in den §§ 26, 37, 39 und 41 geregelten Vorstellungs- und Überweisungspflichten selbst durchführt, besteht kein Vergütungsanspruch.

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.

§ 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.

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.

2. UV-GOÄ, Zuschläge für bestimmte ambulante Operationen – Auszug

441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung <i>Nr. 441 beträgt 100 % des Gebührensatzes für die allgemeine Heilbehandlung der betreffenden Leistungen, jedoch höchstens</i> <i>Der Zuschlag nach Nr. 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>	79,92 Euro
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nummern 695, 1011, 1014, 1044, 1085, 1086, 1089, 1097, 1098, 1112, 1113, 1131, 1140, 1292, 1301, 1321, 1356, 1357, 1377, 1428, 1438, 1441, 1445, 1457, 1467, 1468, 1493, 1513, 1527, 1534, 1576, 1586, 1713, 1740, 1741, 1755, 1767, 1816, 2005*, 2010*, 2031*, 2060*, 2062, 2065, 2066, 2072, 2080, 2084, 2100*, 2122, 2158, 2170, 2250, 2256*, 2293, 2295, 2380*, 2381*, 2402*, 2405*, 2430*, 2431, 2441, 2660, 2671, 2694, 2800, 2890, 3120, 3220, 3237. <i>Der Zuschlag nach Nr. 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442a bis 445 nicht berechnungsfähig.</i>	27,60 Euro
442a	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 2008*, 2009*, 2063* und 2403* <i>Der Zuschlag nach Nr. 442a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nr. 442a ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442 und 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.</i>	15,00 Euro
443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nummern 1043, 1052, 1099, 1104, 1111, 1120, 1122, 1129, 1135, 1141, 1283, 1299, 1305, 1330, 1331, 1333, 1359, 1446, 1455, 1519, 1528, 1535, 1588, 1622, 1628, 1635, 1738, 1761, 1765, 1802, 2040*, 2041, 2045, 2051*, 2052*, 2073*, 2092, 2101, 2105, 2110, 2118, 2120, 2130, 2156, 2210, 2253, 2254, 2279, 2339, 2347, 2348, 2382, 2384, 2386, 2393, 2397*, 2404*, 2410, 2421, 2580, 2650, 2651, 2656, 2657, 2670, 2730, 2751, 2801, 3300. <i>Der Zuschlag nach Nr. 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442 a, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>	51,77 Euro

444	<p>Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nummern 700, 701, 1041, 1045, 1055, 1060, 1121, 1125, 1155, 1156, 1284, 1302, 1304, 1306, 1311, 1332, 1348, 1353, 1355, 1358, 1360, 1365, 1366, 1384, 1485, 1497, 1597, 1612, 1636, 1756, 1815, 2064, 2074, 2075, 2076, 2081, 2087, 2088, 2091, 2106, 2111, 2134, 2140, 2213, 2273, 2296, 2297, 2349, 2353, 2355, 2383, 2392, 2392a, 2396, 2417, 2418, 2420, 2440, 2442, 2583, 2655, 2675, 2881, 3096, 3241, 3283.</p> <p><i>Der Zuschlag nach Nr. 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442 a, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i></p>	89,73 Euro
-----	--	------------

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen Teil L. Chirurgie, Orthopädie

Allgemeine Bestimmungen – Auszug

Für die Abgrenzung der Begriffe „klein“/„groß“ bzw. „ausgedehnt“ bei operativen Eingriffen gilt:

Länge: kleiner/größer 3 cm
 Fläche: kleiner/größer 4 cm²
 Volumen: kleiner/größer 1 cm³
 ausgedehnt: größer 4 cm² oder größer 1 cm³

Nicht anzuwenden ist der Begriff „klein“ bei Eingriffen am Kopf und an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag, soweit zu der jeweiligen Leistung nichts anderes bestimmt ist.

3. BG-Nebenkostentarif – Auszug

§ 2 Besondere Kosten

- (1) Soweit in diesem Tarif nichts anderes bestimmt ist, sind mit den Beträgen der Spalte 4 (Besondere Kosten) die Kosten für Anästhetika bei Leistungen des Teiles D, Verbandmittel, Gewebeklebstoff, Materialien, Gegenstände und Stoffe, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, abgegolten.
- (2) Weder in den Besonderen Kosten (Spalte 4) enthalten noch gesondert berechnungsfähig sind:
 1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandsspray, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge.
 2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
 3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
 4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und Arzneimittel, deren Aufwand je Mittel unter 1,02 Euro liegt zur sofortigen Anwendung sowie
 5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.

- (3) Nicht mit den Besonderen Kosten (Spalte 4) abgegolten und damit gesondert berechnungsfähig sind:
1. Arzneimittel (einschließlich Salben, Blutkonserven, Blutderivate, Blutersatzmittel, Sera u. ä.), wenn der Aufwand je Arzneimittel 1,02 Euro übersteigt,
 2. Blutspenden,
 3. Gummi-Elastikbinden, Gummistrümpfe u. ä.,
 4. Knochennägel, Knochenschrauben, Knochenspäne, Stahlsehndrähte, Gelenkschienen, Schienen bei Kieferbruchbehandlung, Gehbügel, Abrollsohlen, Gefäßprothesen, Endoprothesen, Dauerkanülen, Herzschrittmacher, Kunststoffprothesen, Kunststofflinsen, alloplastisches Material,
 5. Einmalinfusionsbestecke, Einmalbiopsienadeln, Einmalkatheter (ausgenommen Einmalharnblasenkatheter), Einmalsaugdrainagen
 6. fotografische Aufnahmen, Vervielfältigungen,
 7. Telefon-, Telefax- und Telegrammkosten sowie Versand- und Portokosten u. ä.,
 8. Versand- und Portokosten können nur von demjenigen berechnet werden, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Abschnitten M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt. Für die Versendung der Rechnung dürfen Versand oder Portokosten nicht berechnet werden.
 9. Die bei der Anwendung radioaktiver Stoffe und deren Verbrauch entstandenen Kosten.
 10. Die Kosten der inkorporierten Stoffe einschließlich Kontrastmittel, soweit in diesem Tarif nichts anderes bestimmt ist.

Anlage 2

Basistherapie/Basispflege bei arbeitsbedingten Hauterkrankungen

Definition für die Praxis der gesetzlichen Unfallversicherung

Basistherapeutika sind „pflegende/rückfettende Externa“, die als Bestandteil des Behandlungskonzeptes einer Hauterkrankung (z. B. bei berufsbedingtem Kontakt-ekzem im Rahmen des Hautarztverfahrens) verordnet werden. Sie helfen, z. B. durch konsequente Anwendung die gestörte Barrierefunktion der Haut wiederherzustellen und lindern erkrankungsbedingte Beschwerden bzw. Symptome.

Der Einsatz von Basistherapeutika ist bei jedem Schweregrad der Ekzeme sinnvoll, auch in symptomfreien Intervallen, da eine vollständige funktionelle Wiederherstellung der Barrierefunktion erst mehrere Wochen nach klinischer Abheilung eines Kontakt-ekzems zu erwarten ist¹. Insoweit dienen Basistherapeutika auch der Rezidivprophylaxe. Basistherapeutika sind frei von bestimmten spezifischen Wirkstoffen (wie z. B. Kortison, Antibiotika, Antimykotika, Calcineurininhibitoren) und werden unter Beachtung der Art der Erkrankung, eventuell bestehender kutaner Sensibilisierungen und Akzeptanz des Erkrankten individuell eingesetzt².

In der Regel handelt es sich um nicht verschreibungspflichtige Präparate. Zur Basistherapie/-pflege gehören auch alle Fertigpräparate, sog. wirkstofffreie Basiscremes/-lotionen und -salben, die eine Zulassung als Arzneimittel (AM) haben und in der Roten Liste mit dem Kürzel „Ap“ gekennzeichnet sind, sowie in der Apotheke anzufertigende AM, d. h. Magistral- bzw. Individualrezepturen. Der weitaus größere Teil der in Deutschland verfügbaren Basisexterna besitzt keine Arzneimittelzulassung (nicht-apothekenpflichtige Arzneimittel, Medizinprodukte, Kosmetika).

Es ist auch denkbar, dass in konkreten Fällen das berufliche Hautpflegemittel (vom Arbeitgeber gestellt) identisch mit dem verordneten Basistherapeutikum ist, weil es hier keine klare Trennung der Produkte gibt.

Im Rahmen des Hautarztverfahrens sind nur Basistherapeutika zu Lasten des UV-Trägers zu verordnen, die Bestandteil des Behandlungskonzeptes der arbeitsbedingten Hauterkrankung sind. Nicht zur Basistherapie im Rahmen des Hautarztverfahrens gehören:

- Externa zur Anwendung an nicht arbeitsbedingt belasteten Arealen
- Externa, die lediglich aufgrund rein kosmetischer Aspekte verordnet werden
- Produkte, deren bestimmungsgemäßer Verwendungszweck die Hautreinigung bzw. der Hautschutz (vor bestimmten schädlichen Außeneinwirkungen) ist (z. B. Waschlotionen, Shampoos, industrielle Hautreiniger, Hautschutzpräparate).

Basistherapeutika sollen im Hautarztbericht angegeben werden. Mit Ablauf des erteilten Behandlungsauftrages endet auch die Kostenübernahme für Basistherapeutika.

1 AWMF Leitlinie Kontaktekzem S. 10

2 AWMF Leitlinie „Management von Handekzemen“ (Gültigkeit abgelaufen)

Anlage 3

Fotodokumentation in der gesetzlichen Unfallversicherung

Indikationskatalog zur Fotodokumentation von arbeitsbedingten Hautkrankheiten

1. Allgemeines

Grundlage für die Entscheidungen der Unfallversicherungsträger (UV-Träger) sind ärztliche Befundbeschreibungen in Berichten oder Gutachten. Eine Fotodokumentation soll diese Befundbeschreibung nicht ersetzen, denn Befundbeschreibungen bezeichnen die relevanten Krankheitsfolgen. Diese werden z. B. in Leistungsbescheiden aufgenommen. Darüber hinaus sind sie eine wichtige Grundlage für die Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Fotos illustrieren Befundbeschreibungen und präzisieren z. B. Lokalisationen oder Verläufe. Sie können damit zur Qualitätssicherung in der Praxis beitragen.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine Fotodokumentation bei Hauterkrankungen in definierten Fällen grundsätzlich sinnvoll. Voraussetzung ist dabei immer, dass die Fotos allen Beteiligten auf einfachem Wege zugänglich sind und in guter Qualität zur Verfügung stehen. Ideal wäre hier eine vollständige elektronische Erfassung, Übertragung, Verarbeitung und damit auch Nutzung von digitalen Aufnahmen. Hierfür liegen die technischen Voraussetzungen zurzeit noch nicht vor. Die existierenden Medienbrüche führen zu deutlichen Qualitätsverlusten in der Darstellung und in der Verfügbarkeit der Fotos. Perspektivisch werden in der gesetzlichen Unfallversicherung Fotodokumentation vollständig auf elektronischem Wege erfolgen. Die Umsetzung wird im Rahmen eines DGUV Projektes geprüft.

Zurzeit wird eine Fotodokumentation in Fällen empfohlen, in denen eine Beweissicherung aus versicherungsrechtlichen Gründen notwendig ist. Fotos für die Verlaufsdokumentation in versicherungsrechtlich unstrittigen bzw. klar abgrenzbaren Fällen sind nicht erforderlich. Hier genügt in der Regel die alleinige und ausführliche schriftliche Befundbeschreibung in den ärztlichen Berichten bzw. Gutachten. Selbstverständlich bleiben besondere Vereinbarungen zwischen einzelnen UV-Trägern und Ärzten hiervon unberührt.

Der vorliegende Indikationskatalog geht über die bisher in den „DGUV Arbeitshinweisen zur Bearbeitung von Arztrechnungen“ (Stand August 2014) genannten Indikationen hinaus. Mit der Erweiterung der Indikationen sollen nun weitere Erfahrungen im Umgang mit der Fotodokumentation gesammelt werden.

2. Indikationen für die Berufskrankheit Nr. 5101

Im Hautarztverfahren (s.a. „DGUV Verfahrensbeschreibung Hautarztverfahren“) ist eine Fotodokumentation unter den jetzigen Rahmenbedingungen nur in besonderen Fällen erforderlich. Solche Fallkonstellationen liegen immer dann vor, wenn über die bloße Verlaufsdokumentation hinaus eine Beweissicherung aus versicherungsrechtlichen Gründen notwendig erscheint.

Eine Indikation im Hautarztverfahren kann daher gegeben sein bei:

- schweren Dermatosen, bei denen unmittelbar der Zwang zur Tätigkeitsaufgabe droht
- Erkrankungen, bei denen eine weitere differentialdiagnostische Einordnung bzw. eine Abgrenzung zu nicht arbeitsbedingten Erkrankungen (z. B. Rosazea, seborrhoischem Ekzem, perioraler Dermatitis, atopischem Ekzem) erforderlich ist
- Verdacht auf Artefakt/Simulation
- divergierender Einschätzung der Schwere des Hautbefundes zwischen Ärztin bzw. Arzt und den Versicherten (z. B. marginaler klinischer Befund, der subjektiv aus der Sicht der Versicherten aber jegliche berufliche Tätigkeit ausschließt).
- Epikutantests zur Dokumentation von besonders heftigen einzelnen oder kombinierten Reaktionen (Angry back). Das Gleiche gilt für Reaktionen auf die Testung von Berufsstoffen, einschließlich von Testungen mittels Verdünnungsreihen oder von Berufssubstanzen

- schweren, langandauernden oder rezidivierenden Erkrankungen zum Nachweis zur Dokumentation des Verlaufs und der Wirksamkeit von z. B. stationären Heilverfahren

Im diesem Sinne kann auch eine Fotodokumentation bei Begutachtungen hilfreich sein, wenn sie dazu dient, versicherungsrechtliche Voraussetzungen zu dokumentieren.

3 Indikationen für Hautkrebserkrankungen

Plattenepithelkarzinome und multiple aktinische Keratosen können, wenn sie durch natürliche UV-Strahlung verursacht wurden, als Berufskrankheit anerkannt werden (s.a. DGUV Arbeitshilfe zum Hautkrebs durch UV-Strahlung). Als multipel im rechtlichen Sinne gelten aktinische Keratosen dann, wenn sie in einer Zahl von > 5 pro Jahr auftreten bzw. wenn eine Feldkanzerisierung von $> 4 \text{ cm}^2$ vorliegt.

Zur Dokumentation des Vorliegens der medizinischen Anerkennungs Voraussetzungen (Anzahl oder Fläche von aktinischen Keratosen) sind der Befund und die Lokalisationen zu beschreiben. Darüber hinaus kann für die Beweissicherung eine Fotodokumentation vor Therapiebeginn und damit vor Entfernung der aktinischen Keratosen hilfreich sein. Soweit im Rahmen der leitliniengerechten Behandlung zu Lasten der GKV eine histologische Sicherung erfolgt, sollte das Ergebnis der BK-Anzeige beigelegt werden.

Eine Fotodokumentation kann auch erforderlich sein zur Dokumentation von kosmetischen Entstellungen oder Narben nach Ende der Therapie.

Bei Hautkrebserkrankungen nach anderen BK-Nummern (1108 Arsen, 2402 ionisierende Strahlen, 5102 Ruß, Teer etc.) kann eine Fotodokumentation aus den gleichen Gründen hilfreich sein.

4. Technische Anforderungen

Bei der Fotodokumentation von Hauterkrankungen müssen die Hautbefunde detailgenau und in realistischer Farbe wiedergegeben werden. Hierfür sind u.a. eine gute Bildschärfe, eine hohe Auflösung und ein guter Kontrast im Sinne der nachfolgenden Empfehlungen erforderlich. Eine Standardisierung kann dabei die Vergleichbarkeit von Aufnahmen unterschiedlicher Aufnahmezeitpunkte sicherstellen und damit neben einer Befunddokumentation auch die Beurteilung des Krankheitsverlaufs ermöglichen. Der Krankheitsverlauf ist bei der BK-Nr. 5101 oft entscheidend für die Kausalitätsbeurteilung im Einzelfall.

Eine standardisierte Fotodokumentation kann in der hautärztlichen Praxis mit einfachen Mitteln umgesetzt werden. Die nachfolgenden Empfehlungen können eine Hilfestellung geben: (Orientierung u.a. am Verfahrensstandard „Digitale Fotodokumentation“ des überregionalen Wundnetzes „Wundzentrum Hamburg“ Stand 12.03.2013):

- **Hardware (Digitalkamera) / Software**

Es genügt eine handelsübliche Kamera für Übersichtsaufnahmen, die auch über eine Makrofunktion für Nahaufnahmen (z. B. bei Hautkrebserkrankungen) verfügt. Ideal ist darüber hinaus eine spezielle Software zur Fotodokumentation, die Archivierungsfunktionen und Suchfunktionen umfasst.

- **Bildqualität**

Die Bildgröße sollte bei mindestens 1600x1200 Pixeln (= 2 Megapixel = 1,47 MB Speicherbedarf) liegen. Höhere Auflösungen ermöglichen ein Zoomen und damit eine verbesserte Diagnostik und Dokumentation. Sehr große Bilddateien (z. B. über 5 MB) können dagegen zu Einschränkungen bei einer elektronischen Übertragung führen. Die realistische Farbwiedergabe und Bildschärfe ist vor Speicherung des Bildes auf einem größeren PC-Bildschirm zu prüfen, da auf dem Display der Kamera Mängel oftmals nicht erkennbar sind.

- **Position / Abstand / Beleuchtung**

Der Abstand zwischen Objektiv und dem zu dokumentierenden Hautareal sollte bei Übersichtsaufnahmen ca. 50 cm betragen. Es wird empfohlen, mit Hilfe eines handelsüblichen Abstandhalters für Digitalkameras oder eines Stativs diesen Abstand sicherzustellen. Folgeaufnahmen zur Verlaufsdokumentation sollten immer mit der gleichen Position, den gleichen Lichtverhältnissen, gleichem Abstand und gleichem Winkel wie bei der Erstaufnahme erfolgen. Zu vermeiden sind Schattenbildungen und bei Nutzung des Blitzes Reflexionen. Eine optimale Ausleuchtung wird in der Regel durch das Verwenden von zwei Lichtquellen oder durch z. B. die Nutzung eines Ringblitzes erreicht.

- **Bildhintergrund / Maßstab**

Arbeitsbedingte Hauterkrankungen betreffen weit überwiegend die Hände. Es wird empfohlen, beim Fotografieren der Hände als Unterlage einen einfarbigen Hintergrund zu verwenden (z. B. grünes OP-Tuch, Handtuch, Laken). Dies kann die Farbwiedergabe verbessern. Ein Millimeterpapier ist als Unterlage besonders geeignet, um gleichzeitig einen Maßstab abzubilden. Durch den helleren Untergrund besteht jedoch die Gefahr einer Über- bzw. Unterbelichtung, die durch die entsprechenden Kameraeinstellungen auszugleichen ist. Alternativ kann als Maßstab z. B. auch ein Lineal oder ein Einmalmaßband verwendet werden. Hierdurch werden, insbesondere bei Verlaufsaufnahmen, Größenänderungen im Erkrankungsbild besser dokumentiert.

- **Besonderheiten bei Hautkrebserkrankungen**

Bei Hautkrebserkrankungen sollte zusätzlich zur Aufnahme der einzelnen Läsionen auch eine Übersichtsaufnahme erfolgen, damit eine Zuordnung der Läsion zum betroffenen Körperteil möglich ist. Für Nahaufnahmen wird - wenn möglich - ein Vergrößerungsfaktor bzw. eine (optisch, nicht digital) gezoomte Aufnahme empfohlen. Aus den Fotos sollten die Größenverhältnisse hervorgehen, z. B. durch die Abbildung eines Lineals im Bildausschnitt. Die Fotodokumentation ersetzt nicht die nach den AWMF-Leitlinien notwendige histologische Diagnosesicherung.

- **Bildbeschreibung**

Es ist sicherzustellen, dass die Fotos den Patienten eindeutig zuzuordnen sind. Hierzu müssen das Erstellungsdatum, der Patientennamen sowie das Geburtsdatum vermerkt werden. Dies kann z. B. durch Einblendung direkt in das Foto, durch nachträgliche Einarbeitung des Datums bzw. durch Kenntlichmachung des Datums im Dateinamen des Fotos etc. erfolgen. Beim Abspeichern der Fotos sollte darauf geachtet werden, dass üblicherweise durch digitale Systeme vermerkte Aufnahmedatum zu bewahren und nicht durch Löschen der „Eigenschaften“ vor Versenden der Fotos zu entfernen.

- **Einverständnis der Patienten**

Die Patienten sind über Zweck und Verbleib der Fotoaufnahmen aufzuklären. Das Einverständnis zur Fotodokumentation ist schriftlich festzuhalten.

- **Aufbewahrungsdauer**

Die Fotos müssen in digitaler Form für 10 Jahre entsprechend der üblichen Aufbewahrungsdauer ärztlicher Unterlagen aufbewahrt werden.

Stichwortverzeichnis

A

Alkaliresistenztest, Nummer 760	S. 36
allergenspezifische Immunglobuline, Nummern 3890 – 3894	S. 23, 24
allgemeine Heilbehandlung	S. 12 ff., 39
ambulante Operationen	S. 27 ff., 48
Anzeige über eine Berufskrankheit	S. 15
Arbeitsunfähigkeit, Bescheinigung, Nummer 143	S. 15
Atopie-Diagnostik	S. 9, 40
Atopie-Score	S. 14
Auflichtmikroskopie, Nummer 750	S. 28, 41 ff.
Auskunft, Vordrucke F 1100, F 1114	S. 14
Auslagen	S. 12

B

Begutachtung	S. 12, 17 ff.
Behandlungsauftrag	S. 9 ff.
Behandlungsfall	S. 8, 20
Beratung, Nummern 1,6	S. 20, 21
Berufskrankheit	S. 8, 15, 17 ff., 46
Bescheinigungen	S. 12, 14 ff., 47
besondere Heilbehandlung	S. 12 ff., 20 ff., 39
Blutentnahme, Nummer 250	S. 23

D

Dermalux-Test, Nummer 831	S. 36
---------------------------	-------

E

ECP-Test	S. 9
Entfernung von Fäden oder Klammern, Nummer 2007	S. 28
Entnahme vom Material zur mikrobiolog. Untersuchung, Nummer 298	S. 24
Epikutantestung, Nummer 380 – 382	S. 34
Exzision, große Geschwulst, Nummer 2404	S. 29
Exzision, kleine Geschwulst, Nummer 2403	S. 29

F

Fotodokumentation Nummer 196	S. 16
------------------------------	-------

G

Gebühren	S. 7, 12
Gesamt-IgE, Nummer 3572	S. 23
Gutachten, Nummer 160 – 165	S. 17

H

Hautarztbericht, Behandlungsverlauf, Nummer 131	S. 15
Hautarztbericht, Einleitung des Hautarztverfahrens, Nummer 130	S. 15
Hautarztverfahren	S. 8, 45
Hautfunktionsuntersuchungen	S. 9, 33, 36
Hautlappenplastik, Nummer 2381, 2382	S. 29
Hautschutzplan	S. 9, 21
Heilbehandlung, allgemeine – besondere	S. 12 ff., 20 ff., 39

I

Immunglobulin E (Gesamt IgE), Nummer 3572	S. 23
Infiltrationsanästhesie, Nummern 490, 491	S. 27
Intrakutantestung, Nummern 390, 391	S. 36

K	
Kompressionsverband, Nummer 203 A	S. 27
Kopie, Nummer 191	S. 16
Kosten, Ersatz von Auslagen	S. 12
L	
Lasertherapie	S. 27
Leitungsanästhesie, Nummer 493	S. 27
Leitungswasser-Iontophorese, Nummer 552 A	S. 22
lichtmikroskopische Untersuchungen, Nummern 4710, 4711, 4712	S. 24, 25
M	
Minor'scher Schwitztest, Nummer 831	S. 36
Mykologische Untersuchungen	S. 24
P	
patienteneigene Substanzen, Epikutantestung, Nummer 379	S. 34
Photochemotherapie, Nummer 565	S. 22
Photodynamische Therapie (PDT) Nummern 570, 571	S. 30
Phototherapie, Nummer 567	S. 22
Pricktestung, Nummern 385 – 387	S. 35
Probeexzision, Nummern 2401, 2402	S. 28
R	
Rechnungslegung	S. 11, 47
Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, Nummern 388, 389	S. 35
S	
Schreibgebühren	S. 14 ff.
Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), (Geltung)	S. 11
Steigerungsfaktoren	S. 7
T	
Testprotokolle, Gebühr für Übersendung, Nummer 194	S. 33
Testreihen	S. 34 ff.
transkutane Messung des Sauerstoffpartialdruckes, Nummer 614	S. 28
U	
Übersendung von Krankengeschichten, Nummer 193	S. 19
Überweisungsvordruck F 2900, Nummer 145	S. 16
Untersuchung, Nummern 1, 6	S. 20, 21
V	
vegetative Funktionsdiagnostik, Nummer 831	S. 36
Verband, Nummer 200	S. 27
Versicherungsfall (der gesetzlichen Unfallversicherung)	S. 7 ff.
Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger	S. 7 ff., 44
Vordrucke F 6000, F 6050, F 6052	S. 15
W	
Wiederholungsrezept, Nummer 16	S. 21

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastraße 40

10117 Berlin

Telefon: 030 28 87 63 800

Fax: 030 28 87 63 808

E-Mail: info@dguv.de

Internet: www.dguv.de