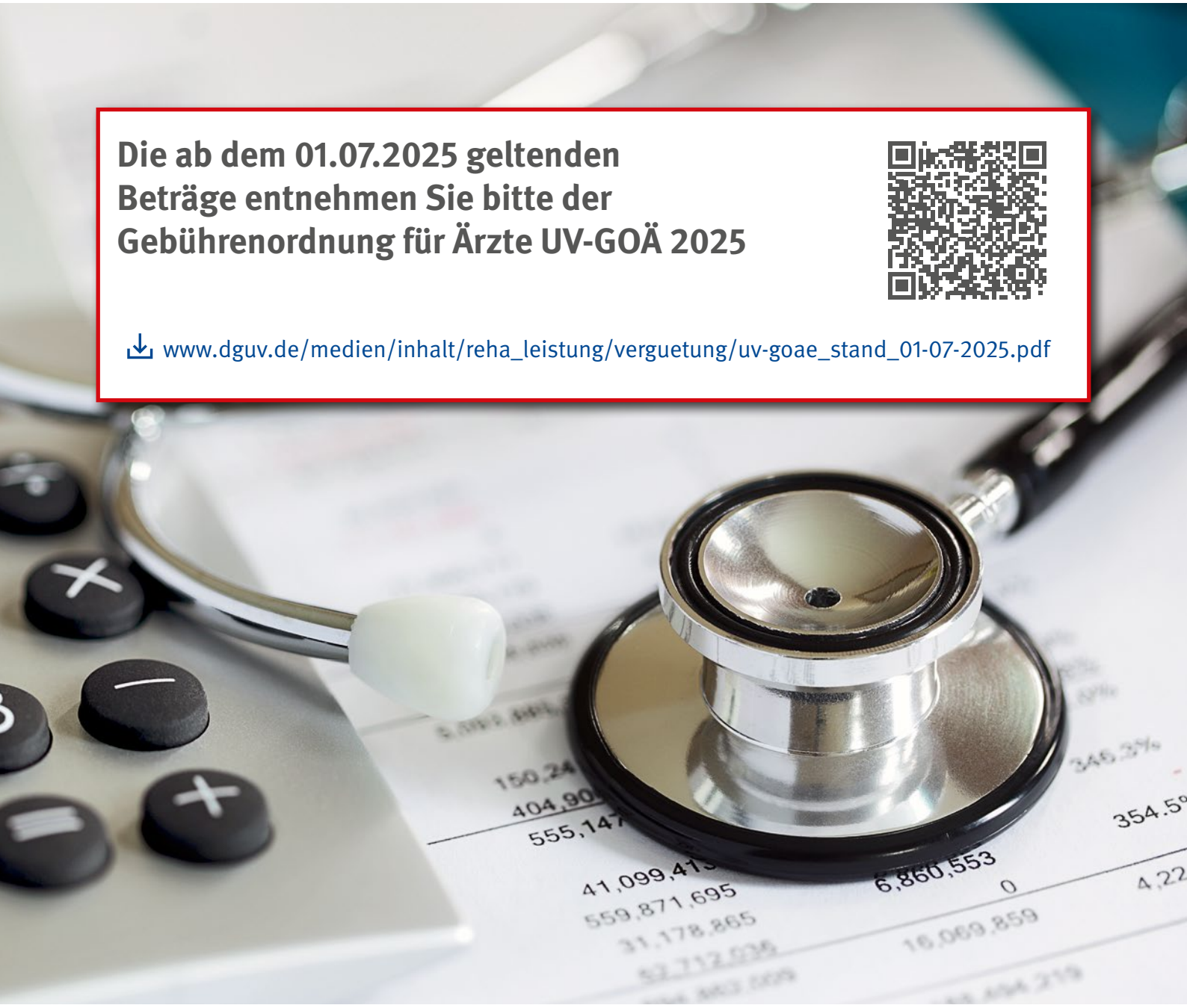
DGUV
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Spitzenverband



Die ab dem 01.07.2025 geltenden Beträge entnehmen Sie bitte der Gebührenordnung für Ärzte UV-GOÄ 2025

www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/verguetung/uv-goae_stand_01-07-2025.pdf

Honorare in der Berufsdermatologie

Ein Leitfaden für die Abrechnung von A bis Z

Impressum

Herausgegeben von: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)
Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

Redaktion: Claudia Haisler (DGUV), Steffen Krohn (DGUV)

Ausgabe: Erstveröffentlichung 10/2011, Stand 02/2025

Satz und Layout: DGUV

Bildnachweis: Titelbild © Brian Jackson – Fotolia

Copyright: Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt.
Die Vervielfältigung, auch auszugsweise, ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.

Bezug: www.dguv.de/publikationen › Webcode: 012510

Honorare in der Berufsdermatologie

Ein Leitfaden für die Abrechnung von A bis Z

Inhaltsverzeichnis

Seite

Vorwort ... **5**

I Rechtliche Grundlagen und Allgemeine Bestimmungen ... **6**
1 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – UV-GOÄ ... 6
2 Unterschiede zur amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ... 6
3 Wen bindet der Vertrag? ... 6
4 Heilbehandlung ... 7
5 Das Hautarztverfahren (nur bei BK-Nr. 5101) ... 7
6 Hautkrebserkrankungen (Meldung, Heilbehandlung, Berichtswesen) ... 10
7 Einzelheiten zur Art und Weise der Abrechnung ... 11

II Abrechnung von A bis Z ... **14**
1 Berichte und Bescheinigungen ... 14
2 Freie Gutachten ... 18
3 Heilbehandlung ... 22
4 Laborleistungen ... 27
5 Operative Leistungen sowie photodynamische Therapie (PDT), Lasertherapie und medikamentöse Behandlung bei Hautkrebserkrankungen ... 32
6 Testungen und Untersuchungen ... 40

III Häufig gestellte Fragen (FAQ) ... **45**
1 Können ärztliche Untersuchungs- und Beratungsnummern neben dem Hautarzterstbericht (F6050) und dem Hautarztfolgebericht (F6052) abgerechnet werden? ... 45
2 Unter welchen Bedingungen ist die Nummer 6 im Rahmen der Heilbehandlung abrechenbar? ... 45
3 Wann liegt allgemeine Heilbehandlung, wann die besondere Heilbehandlung vor? ... 45
4 Welche Testreihen können bei bestimmten Berufsgruppen im Hautarztverfahren epikutan getestet werden? ... 46
5 Es sollen patienteneigene Substanzen epikutan getestet werden. Was muss dabei beachtet werden? ... 46

IV Abrechnungsbeispiele ... **47**

Anlage 1
Auszüge aus Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und UV-GOÄ ... 52

Anlage 2
Basistherapie/Basispflege bei arbeitsbedingten Hauterkrankungen ... 60

Anlage 3
Fotodokumentation in der gesetzlichen Unfallversicherung ... 61

Anlage 4
Testbogen Arbeitsstoffe ... 65

Stichwortverzeichnis ... **67**

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 Hautkrebserkrankungen 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 UV-Trägern bei Versicherungsfällen der gesetzlichen Unfallversicherung ist der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, der nach § 34 Abs. 3 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) zwischen den Verbänden der UV-Träger 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 UV-Trägers 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 UV-Träger Kostenträger sind, ausgeschlossen werden.

4 Heilbehandlung

Die UV-Träger 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 UV-Träger. Besteht die Gefahr, dass eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, haben die Unfallversicherungsträger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken (§ 3 Abs. 1 Berufskrankheiten-Verordnung, 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 UV-Träger 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 UV-Träger 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 UV-Trägern 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) 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“
- eine orientierende Atopie-Diagnostik, wenn der Atopie-Status anamnestisch und/oder klinisch nicht sicher bestimmbar ist. Die Diagnostik soll sich an geltenden Leitlinien orientieren und primär durch Pricktestungen mit bis zu 14 ubiquitären Allergenen zzgl. Kontrollen erfolgen. Sind Hauttestungen nicht möglich oder besteht eine Diskrepanz zwischen Anamnese und dem Ergebnis der Hauttestungen kann eine IgE-Bestimmung indiziert sein. Diese soll das Gesamt IgE sowie einen IgE-Suchtest umfassen.
- 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 UV-Träger 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 17 a).

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 UV-Träger 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 UV-Trägers 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 UV-Träger vorzunehmen. (Teil V Anlage 2 „Basistherapie“, Seite 56)

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 UV-Träger unverzüglich die nach § 202 SGB VII vorgesehene Anzeige (§ 44 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger). Siehe hierzu auch Kommentar zur Nummer 141, Seite 16.

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 118, 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 cm^2). 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 57).

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, sodass bei Hautkrebserkrankungen in der Regel weiterführende Rückfragen zur Diagnose und zum Erkrankungsverlauf erforderlich sind. Für diese Rückfragen wird von den UV-Trägern der Formtext F6120 verwendet. Dieser darf 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 118, 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 UV-Trägers 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 UV-Träger.

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 s. a. I Nr. 4, Seite 7, und FAQ Frage 3, Seite 41).

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 UV-Trägers erfolgt, beim UV-Träger 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 UV-Träger 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 Anlage 1).
- 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 UV-Träger 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 UV-Träger 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 UV-Träger 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 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	12,90 Euro

Nummer: 118

Ausführlicher Befundbericht auf Anforderung des UV-Trägers	35,70 Euro

Kommentar: Nummern 110 und 118

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 UV-Träger	20,83 Euro

Nummer: 130
Vordruck F 6050

Hautarztbericht – Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention	64,57 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	34,86 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 Hautverän-derungen), 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: 135
Vordruck F 6120

Bericht Hautkrebs BK-Nr. 5103	32,83 Euro

Der Bericht ist nur auf Anforderung des UV-Trägers zu erstatten.

Nummer: 135a
Vordruck F 6122

Nachsorgebericht Hautkrebs BK-Nr. 5103	54,72 Euro

Der Bericht ist nur auf Anforderung des UV-Trägers zu erstatten.
Mit der Gebühr ist/sind die Untersuchungsleistung(en) abgegolten.

Nummer: 141
Vordruck F 6000

Ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit (§ 44 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	19,66 Euro

Kommentar:
Ärztliche Leistungen oder Testungen sind im Rahmen der ärztlichen Anzeige über eine Berufskrankheit nicht berechnungsfähig.Umsatzsteuerpflicht: Die BK-Anzeige ist nicht umsatzsteuerbefreit, da die Anzeige nicht primär (steuerbefreiten) therapeutischen Zwecken dient, sondern der Einleitung eines Feststellungsverfahrens. Ärztinnen und Ärzte können daher bei Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen für die Umsatzsteuerpflicht die Umsatzsteuer in Rechnung stellen. 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 entbehrlich, §5 Abs. 2 UVAV..

Nummer: 143

Bescheinigung zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (§ 47 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	3,69 Euro

Nummer: 180

Befüllung der elektronischen Patienten- oder Gesundheitsakte mit medizinischen Informationen, inklusive Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten.
Die Leistung kann im Behandlungsfall nur einmal abgerechnet werden.
Hinzugezogene Ärzte können diese Leistung nicht abrechnen.

Allgemeine Heilbehandlung:	5,00 €
Besondere Heilbehandlung:	5,00 €“

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	4,93 Euro

Kommentar:
In allen anderen Fällen sind Schreibgebühren Bestandteil des Berichtshonorars.

Nummer: 191

je verlangte Kopie	0,23 Euro

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

Nummer: 192

Elektronische Übermittlung eines Arztberichtes an den UV-Träger	0,45 Euro

Nummer: 196

Zu Hautkrankheiten gefertigte Fotos (Indikationen zur Fotodokumentation s. DGUV Honorarleitfaden, Anlage 3), die den im jeweiligen Bericht oder im Gutachten beschriebenen Hautbefund nachvollziehbar dokumentieren und auf einem Speichermedium (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.	10,97 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 57)

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.

361,12 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.

623,76 Euro

Zu den Höchstsätzen 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.

919,22 Euro

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

Tabelle 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	Begutachtungsmaterie mit normalem Schwierigkeitsgrad. Abhandlungen in Fachliteratur und Begutachtungs-Standardwerken bzw. von den Fachgesell-schaften herausgegebene Begutachtungsempfehlungen sind regelmäßig vorhanden. Es sind keine sich widersprechenden Vorgutachten zum Kausalzusammenhang zu berücksichtigen.	Gutachten zur Anerkennung/Ablehnung einer BK-Nr. 5101 in einfachen 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. Ist dieser Kausalzusammenhang bei Erhalt des Gutachtenauftrages 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 vor Erstellung des Gutachtens unverzüglich mitzuteilen. **Beispiele:** • Fälle mit gesicherter berufsbedingter, schwerer Kontaktallergie (z. B. aerogenes 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 einer ggf. erforderlichen Tätigkeitsaufgabe, ggf. im Anschluss an einen Arbeitsversuch (berufliche Re-Exposition unter optimalem Hautschutz) nach TIP.	Gutachten zur Anerkennung/ Ablehnung einer BK-Nr. 5102/5103 in einfachen 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. Ist dieser Kausalzusammenhang bei Erhalt des Gutachtenauftrages für den Gutachter nicht plausibel und wird eine differenzierte Diskussion und Bewertung der (ggf. weiteren) Krankheitsursa-chen für erforderlich gehalten, hat der Gutachter dies dem UV-Träger vor Erstellung des Gutachtens unverzüglich mitzuteilen. oder (isolierte) MdE-Bewertung bei im Vorfeld feststehender Abgrenzung arbeitsbedingter und nicht arbeitsbedingter Hautkrebserkrankungen. oder 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).

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)
		oder (isolierte) MdE-Bewertung bei bereits dem Grunde nach anerkannter Berufskrankheit. **Beispiel:** 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. oder 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).	
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.	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) einschließlich der Krankheitsfolgenbewertung sowie Vorschlägen zur weiteren Heilbehandlung der chronischen Krankheitsfolgen und Vorschlägen zu Maßnahmen der Individualprävention. oder Nachuntersuchungsgutachten bei anerkannten Berufskrankheiten in schwierigen Fällen. **Beispiel:** • 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.	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. oder Nachuntersuchungsgutachten bei anerkannten Berufskrankheiten in schwierigen Fällen. **Beispiel:** • 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 sonnen-exponierten Hautarealen aufgetreten. Die Kausalität sowie mögliche Auswirkungen auf die MdE sind zu bewerten.

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)
165	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.	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.	Alle Gutachten mit einem Aufwand entsprechend der Leistungslegende zur Nummer 165 [A], welcher entsprechend über den unter [B2] zu Nummer 161 dargestellten Aufwand hinausgeht.
		Hauterkrankungen, die keiner Berufskrankheiten-Nr. in der Berufskrankheiten-Liste der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (z. B. BK-Nummern. 5101, 5102 oder 5103) zuzuordnen sind: 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.	

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)	15,98 Euro

Kommentar:
Die Unterlagen müssen von der übersendenden Ärztin bzw. vom übersendenden Arzt durchgesehen und ihre Richtigkeit von ihnen bescheinigt werden.
15,98 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 UV-Träger beantragt werden. Bei besonderer Heil- behandlung 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 UV-Trägers 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	8,02 Euro
Besondere Heilbehandlung	9,99 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
Neben der Leistung nach Nummer 6 ist die Leistung nach Nummer 826 nicht berechnungsfähig. Die Leistung kann pro Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechnet werden.

Allgemeine Heilbehandlung	18,73 Euro
Besondere Heilbehandlung	23,28 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: 6b

Leistung nach Nr. 6 bei Ganzkörperuntersuchungen der Haut im Rahmen der leitliniengemäßen Nachsorge von Plattenepithelkarzinomen. Soweit eine Auflichtmikroskopie erforderlich wird, ist diese zusätzlich nach UV-GOÄ-Nr. 750 berechnungsfähig.

Allgemeine Heilbehandlung	18,73 Euro
Besondere Heilbehandlung	18,73 Euro

Kommentar:
Sind zum Zeitpunkt der Ganzkörperuntersuchung im Sinne der Nr. 6B gleichzeitig auch Therapien erforderlich, können diese neben der Nr. 6B abgerechnet werden.

Nummer 10b

Telemedizinische Beratungsleistungen nach Nummer 10 bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren.
Bei der Behandlung von Berufskrankheiten sowie damit ggf. verbundenen Maßnahmen der Individualprävention und im Hautarztverfahren gelten die Beschränkung auf den Behandlungsfall, eine vorherige Kostenzusage, die Verlaufsberichterstattung sowie die Dokumentationspflicht nicht.
Die Leistung ist nicht neben den Nummern 10 – 10a und 10c berechnungsfähig.

Besondere Heilbehandlung:	8,40 €
Allgemeine Heilbehandlung:	8,40 €

Nummer 10c

Telemedizinische Beratungsleistungen nach Nummer 10 bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren von mehr als 10 Minuten.
Bei der Behandlung von Berufskrankheiten sowie damit ggf. verbundenen Maßnahmen der Individualprävention und im Hautarztverfahren gelten die Beschränkung auf den Behandlungsfall, eine vorherige Kostenzusage, die Verlaufsberichterstattung sowie die Dokumentationspflicht nicht.
Die Leistung ist nicht neben den Nummern 10 – 10b berechnungsfähig.

Besondere Heilbehandlung:	16,80 €
Allgemeine Heilbehandlung:	16,80 €

Nummer: 11

Beratung – auch mittels Fernsprecher – als alleinige Leistung

Allgemeine Heilbehandlung	3,21 Euro
Besondere Heilbehandlung	3,99 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	2,68 Euro
Besondere Heilbehandlung	3,34 Euro

Nummer: 17a

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

Allgemeine Heilbehandlung	26,74 Euro
Besondere Heilbehandlung	33,28 Euro

Nummer: 19

Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken .
Die Leistung nach Nr. 19 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.

Allgemeine Heilbehandlung	26,74 Euro
Besondere Heilbehandlung	33,28 Euro

Kommentar:
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	7,86 Euro
Besondere Heilbehandlung	9,75 Euro

Nummer: 565

Photochemotherapie
je Sitzung
Für die lokale Photochemotherapie (Bade- bzw. CremePUVA) kann zusätzlich die Nr. 567 abgerechnet werden.

Allgemeine Heilbehandlung	10,69 Euro
Besondere Heilbehandlung	13,30 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 Anlage 1.

Nummer: 567

Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum
je Sitzung

Allgemeine Heilbehandlung	8,11 Euro
Besondere Heilbehandlung	10,10 Euro

4 Laborleistungen

SEROLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

Nummer: 250
Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene

Allgemeine Heilbehandlung	3,55 Euro
Besondere Heilbehandlung	4,44 Euro

Nummer: 3572
Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden

Allgemeine Heilbehandlung	18,88 Euro
Besondere Heilbehandlung	18,88 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	18,88 Euro
Besondere Heilbehandlung	18,88 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	18,88 Euro
Besondere Heilbehandlung	18,88 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	15,10 Euro
Besondere Heilbehandlung	15,10 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	37,77 Euro
Besondere Heilbehandlung	37,77 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	67,98 Euro
Besondere Heilbehandlung	67,98 Euro

MYKOLOGIE

Nummer: 298

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

Allgemeine Heilbehandlung	3,55 Euro
Besondere Heilbehandlung	4,44 Euro

Kommentar:
Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.

Nummer: 4710

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial; Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen je Material

Allgemeine Heilbehandlung	6,04 Euro
Besondere Heilbehandlung	6,04 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	9,06 Euro
Besondere Heilbehandlung	9,06 Euro

Nummer: 4712

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

Allgemeine Heilbehandlung	21,91 Euro
Besondere Heilbehandlung	21,91 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	18,88 Euro
Besondere Heilbehandlung	18,88 Euro

Nummer: 4715

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

Allgemeine Heilbehandlung	7,56 Euro
Besondere Heilbehandlung	7,56 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)
je Nährmedium

Allgemeine Heilbehandlung	9,06 Euro
Besondere Heilbehandlung	9,06 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	9,06 Euro
Besondere Heilbehandlung	9,06 Euro

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

Nummer: 4720

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

Allgemeine Heilbehandlung	9,06 Euro
Besondere Heilbehandlung	9,06 Euro

Nummer: 4721

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

Allgemeine Heilbehandlung	18,88 Euro
Besondere Heilbehandlung	18,88 Euro

Nummer: 4722

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

Allgemeine Heilbehandlung	9,06 Euro
Besondere Heilbehandlung	9,06 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.

Bei ambulanten Operationen ist der OP-Bericht nur auf Anforderung des UV-Trägers zu übersenden.

Nummer: 200

Verband – ausgenommen Schnellverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreieckstücher

Allgemeine Heilbehandlung	4,19 Euro
Besondere Heilbehandlung	5,21 Euro

Nummer: 203 A

Kompressionsverband/auch Schaumstoffkompressionsverband

Allgemeine Heilbehandlung	8,47 Euro
Besondere Heilbehandlung	10,53 Euro

Kommentar:
Für die Abrechnung ist eine Begründung anzugeben, z. B. Nachblutung.
Besondere Kosten: Bei Verwendung von Gummielastik-Binden können an Stelle der Pauschgebühren die Selbstkosten berechnet werden.

Nummer: 490

Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke

Allgemeine Heilbehandlung	5,44 Euro
Besondere Heilbehandlung	6,76 Euro

Nummer: 491
Infiltrationsanästhesie großer Bezirke – auch Parazervikalanästhesie

Allgemeine Heilbehandlung	10,79 Euro
Besondere Heilbehandlung	13,42 Euro

Nummer: 493
Leitungsanästhesie, perineural – auch nach Oberst

Allgemeine Heilbehandlung	5,44 Euro
Besondere Heilbehandlung	6,76 Euro

Nummer: 614
Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks

Allgemeine Heilbehandlung	13,38 Euro
Besondere Heilbehandlung	16,63 Euro

Nummer: 750
Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie)
je Sitzung

Allgemeine Heilbehandlung	10,69 Euro
Besondere Heilbehandlung	13,30 Euro

Nummer: 2007
Entfernung von Fäden oder Klammern

Allgemeine Heilbehandlung	3,55 Euro
Besondere Heilbehandlung	4,44 Euro

Nummer: 2401

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

Allgemeine Heilbehandlung	11,86 Euro
Besondere Heilbehandlung	14,74 Euro

Kommentar:
Die UV-GOÄ-Nr. 2401 gilt u.a. für die Shave-Kürrettage.

Nummer: 2402

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

Allgemeine Heilbehandlung	32,99 Euro
Besondere Heilbehandlung	41,04 Euro

Kommentar:
Bei ambulanter OP gegebenenfalls Zuschlag nach Nummer 442 in Höhe von 39,21 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. Exzisionen von kleinen histologisch gesicherten malignen Tumoren am Kopf und an den Händen, die mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder mit Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie einhergehen und gemäß § 115b SGB V durchgeführt werden, fallen unter die UV-GOÄ 2404. Punktionen, Kürettagen der Haut und Shave-Exzisionen ohne Wundverschluss mittels Naht fallen nicht unter diese Definition.

Allgemeine Heilbehandlung	10,05 Euro
Besondere Heilbehandlung	12,50 Euro

Kommentar:
Bei ambulanter OP ggf. Zuschlag nach Nummer 442a in Höhe von 21,30 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, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom). Operationsbericht und histologischer Befund sind dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen.

Allgemeine Heilbehandlung	79,39 Euro
Besondere Heilbehandlung	99,24 Euro

Kommentar:
Bei ambulanter OP ggf. Zuschlag nach Nummer 443 in Höhe von 73,54 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	78,81 Euro
Besondere Heilbehandlung	98,52 Euro

Kommentar:
Bei ambulanter OP ggf. Zuschlag nach Nummer 442 in Höhe von 39,21 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	78,81 Euro
Besondere Heilbehandlung	98,52 Euro

Kommentar:
Bei ambulanter OP ggf. Zuschlag nach Nummer 443 in Höhe von 73,54 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	89,13 Euro
Besondere Heilbehandlung	110,93 Euro

Kommentar:
Bei ambulanter OP ggf. Zuschlag nach Nummer 444 in Höhe von 127,45 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, Laserbehandlung) 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 Gesamtfläche[1)], ggf. auch in mehreren Sitzungen. Die PDT-Behandlung des darüber hinausgehenden Teils der Gesamtfläche ist nach Nr. 571 abzurechnen.
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.

Allgemeine Heilbehandlung	110,10 Euro
Besondere Heilbehandlung	110,10 Euro

Kommentar:
Die UV-GOÄ Nr. 570 gilt nicht für die Tageslicht – PDT. Photodynamische Therapien, bei denen als Lichtquelle das Tageslicht oder technisch simuliertes Tageslicht genutzt werden, werden mit den UV-GOÄ-Nummern 572-573 vergütet.
Eine erneute Abrechnung der UV-GOÄ Nr. 570 ist erst möglich, wenn zu einem späteren Zeitpunkt z. B. Nachbestrahlungen derselben Flächen erforderlich sind oder neue Hauterscheinungen auftreten.

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

Nummer: 571

Leistung nach Nr. 570 für jeweils weitere angefangene 100 cm^2 der vom Behandlungsplan zu Nr. 570 erfassten Gesamtfläche, ggf. auch in weiteren Sitzungen.

Allgemeine Heilbehandlung	54,72 Euro
Besondere Heilbehandlung	54,72 Euro

Nummer: 572

Photodynamische Tageslichttherapie von Hautläsionen, Aufklärung und Beratung, Erstellung des Behandlungsplans, vorbereitender Maßnahmen (z. B. Kürettage, Kryotherapie, Debridement, Laserbehandlung) und Auftragen des Photosensibilisators, inkl. Dokumentation. Eine ggf. durchgeführte photodynamische Diagnostik ist nicht gesondert abrechenbar. Die Gebühr umfasst die PDT-Behandlung der im Behandlungsplan festgestellten Gesamtfläche[1)], ggf. auch in mehreren Sitzungen.

Tageslichttherapien mit Selbstapplikation des Photosensibilisators werden nach UV-GOÄ-Nr. 753 vergütet.

Allgemeine Heilbehandlung	38,30 Euro
Besondere Heilbehandlung	38,30 Euro

Nummer: 573

Technisch simulierte photodynamische Tageslichttherapie von Hautläsionen inkl. photodynamischer Lichtbestrahlung*, Aufklärung und Beratung, Erstellung des Behandlungsplans, vorbereitender Maßnahmen (z. B. Kürettage, Kryotherapie, Debridement, Laserbehandlung) und Auftragen des Photosensibilisators, inkl. Dokumentation. Eine ggf. durchgeführte photodynamische Diagnostik ist nicht gesondert abrechenbar. Die Gebühr umfasst die PDT-Behandlung der im Behandlungsplan festgestellten Gesamtfläche[1)], ggf. auch in mehreren Sitzungen.

* Bestrahlungsgeräte mit Zulassung als Medizinprodukt, Richtlinie 93/42 EWG.

Allgemeine Heilbehandlung	82,07 Euro
Besondere Heilbehandlung	82,07 Euro

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

Nummer: 575

Laserbehandlung von aktinischen Keratosen bis zu 7 cm² Gesamtfläche[1)]
inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen (inkl. Fotodokumentation)

Allgemeine Heilbehandlung	60,43 Euro
Besondere Heilbehandlung	75,21 Euro

Nummer: 576

Laserbehandlung von aktinischen Keratosen > 7 cm² bis 21 cm² Gesamtfläche.
Die Gesamtfläche ist die Summe aller Flächen mit Hautläsionen, die im Zeitpunkt der Therapieentscheidung mit dem jeweiligen Verfahren zu behandeln sind.[1)] inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen (inkl. Fotodokumentation)

Allgemeine Heilbehandlung	83,84 Euro
Besondere Heilbehandlung	104,35 Euro

Nummer: 577

Laserbehandlung von aktinischen Keratosen > 21 cm² Gesamtfläche[1)] nur nach nachgewiesenem, dokumentierten Versagen anderer Therapieformen (PDT und selbstapplizierbare Flächentherapie) inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen (inkl. Fotodokumentation). Die Leistung kann nur nach Genehmigung des UV-Trägers abgerechnet werden.

Allgemeine Heilbehandlung	209,23 Euro
Besondere Heilbehandlung	260,37 Euro

Nummer: 740 a

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

Allgemeine Heilbehandlung	14,12 Euro
Besondere Heilbehandlung	14,12 Euro

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

Nummer: 753

Medikamentöse Behandlung aktinischer Keratosen inklusive, 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	27,36 Euro
Besondere Heilbehandlung	27,36 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	13,13 Euro
Besondere Heilbehandlung	13,13 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 von3,44 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	3,05 Euro
Besondere Heilbehandlung	3,80 Euro

Nummer: 381

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

Allgemeine Heilbehandlung	2,03 Euro
Besondere Heilbehandlung	2,55 Euro

Nummer: 382

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

Allgemeine Heilbehandlung	1,52 Euro
Besondere Heilbehandlung	1,89 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.

Nummer: 382a

Zuschlag für Epikutanteste, die nicht der Standardreihe angehören.
Je Test:

Allgemeine Heilbehandlung	2,32 Euro
Besondere Heilbehandlung	2,32 Euro

Nummer: 379

Testung mit patienteneigenen Substanzen nach vorheriger Beauftragung durch den UV-Träger. Die Dokumentation soll auf dem DGUV Testbogen oder einem vergleichbaren Testbogen erfolgen (s. DGUV-Honorarleitfaden, Anlage 4 auf www.dguv.de, webcode p012510).

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

Nummer: 379a

Vorbereitung der Testsubstanz nach Nummer 379
(ohne spezifische Aufbereitung, nativ)

Allgemeine Heilbehandlung	6,13 Euro
Besondere Heilbehandlung	6,13 Euro

Nummer: 379b

Vorbereitung der Testsubstanz nach Nummer 379
(mit spezifischer Aufbereitung)

Allgemeine Heilbehandlung	12,26 Euro
Besondere Heilbehandlung	12,26 Euro

Kommentar:
Siehe hierzu auch Kapitel III, Frage 5 Seite 39. Bei Testungen mit patienteneigenen Substanzen sind die Hinweise zur Epikutantestung mit Berufsstoffen vom Arbeitsplatz des Patienten von DKG und ABD zu beachten. Für die Dokumentation der Testungen sollte der DGUV Testbogen verwendet werden.

PRICKTESTUNGEN

Nummer: 385

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

Allgemeine Heilbehandlung	4,01 Euro
Besondere Heilbehandlung	5,00 Euro

Nummer: 386

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

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

Nummer: 387

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

Allgemeine Heilbehandlung	1,78 Euro
Besondere Heilbehandlung	2,23 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	3,12 Euro
Besondere Heilbehandlung	3,89 Euro

Nummer: 389

Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest
jeder weitere Test

Allgemeine Heilbehandlung	2,24 Euro
Besondere Heilbehandlung	2,77 Euro

Nummer: 390

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

Allgemeine Heilbehandlung	5,34 Euro
Besondere Heilbehandlung	6,65 Euro

Nummer: 391

Intrakutantest
jeder weitere Test

Allgemeine Heilbehandlung	3,55 Euro
Besondere Heilbehandlung	4,44 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	10,79 Euro
Besondere Heilbehandlung	13,42 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 UV-Träger.
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 Schwitztest) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen

Allgemeine Heilbehandlung	7,13 Euro
Besondere Heilbehandlung	8,88 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 Hautarzterstbericht (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 UV-Träger 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 andau-

ernde 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 UV-Trägers.

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: https://dkg.ivdk.org/leitlinien.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 UV-Träger 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 (https://dkg.ivdk.org/leitlinien.html und http://dkg.ivdk.org/dok/Berufsstoff_Testung_ABD_DKG.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 (https://www.abderma.org/abd/ziele/ und http://dkg.ivdk.org).

Die Testungen von patienteneigenen Substanzen sind nach einem Mindeststandard zu dokumentieren. Es wird empfohlen, den DGUV Testbogen zu verwenden (s. Anlage 4 und www.dguv.de › Webcode d535458). Werden andere Dokumentationsbögen verwendet, sollen diese mindestens die Angaben aus dem DGUV Testbogen enthalten. Die Dokumentation ist Bestandteil der Leistung nach UV-GOÄ-Nr. 379 und daher nicht gesondert abrechenbar.

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			64,57 Euro
Nummer 385 Pricktestung 14 Allergene + 2 Kontrollen	4,01 Euro	× 16	64,16 Euro
Nummer 194 Übersendung der Testprotokolle	3,44 Euro		3,44 Euro
zuzüglich Porto für die Versendung der Berichte an UV-Träger und Krankenkasse			

2. Eine Dermatologin bzw. ein Dermatologe hat einen Epikutantest mit den Testreihen „Standardreihe“ (28 Substanzen) und „Kühlschmierstoffe“ (12 Substanzen) durchgeführt. Die Testergebnisse werden zusammen mit einem Hautarztbericht – Behandlungsverlauf dem UV-Träger zugestellt.

Nummer 380 (1. – 30. Test)	3,05 Euro	× 30	91,5 Euro
Nummer 381 (31. – 50. Test)	2,03 Euro	× 10	20,30 Euro
Nummer 382a	2,32 Euro	× 12	27,84 Euro
Nummer 131 Hautarztbericht F 6052			34,86 Euro
Nummer 194 Übersendung der Testprotokolle	3,44 Euro		3,44 Euro
zuzüglich Porto			

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			34,86 Euro
Nummer 1	8,02 Euro	× 2	16,04 Euro
zuzüglich Porto			

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	8,11 Euro	× 12	97,32 Euro
Nummer 565 Photochemotherapie	10,69 Euro	× 12	128,28 Euro
Nummer 1	8,02 Euro	× 1	8,02 Euro
Nummer 131 Hautarztbericht F 6052			34,86 Euro
zuzüglich Porto			

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. Alternativ zur (pauschalen) Abrechnung der besonderen Kosten gemäß §2 des BG Nebenkostentarifes können alternativ auch die tatsächlich angefallenen Kosten abgerechnet werden (siehe Abschnitt I 7 Ersatz von Auslagen/besondere Kosten).

Nummer 1 Untersuchung und Beratung	Allgem.H. Besond.H	8,02 Euro 9,99 Euro	× 1	8,02 Euro 9,99 Euro
Nummer 750 Auflichtmikroskopie der Haut	Allgem.H. Besond.H	10,69 Euro 13,30 Euro	× 1	10,69 Euro 13,30 Euro
Nummer 2403 Exzision einer kleinen Geschwulst Besondere Kosten nach §2 des BG Nebenkostentarifs	Allgem.H. Besond.H	10,05 Euro 12,50 Euro 5,47 Euro	× 2	20,10 Euro 25,00 Euro 10,94 Euro
Nummer 442a Zuschlag ambulante OP		21,30 Euro		21,30 Euro
Nummer 490 Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke Besondere Kosten nach §2 des BG Nebenkostentarifs	Allgem.H. Besond.H	5,44 Euro 6,76 Euro 1,48 Euro	× 2	10,88 Euro 13,52 Euro 2,96 Euro
zuzüglich Porto				

Hinweis: *Zeigt die Histologie anstelle einer aktinischen Keratose ein Plattenepithelkarzinom, wäre anstelle der UV-GOÄ-Nr. 2403 die UV-GOÄ-Nr. 2404 abrechnungsfähig, soweit die übrigen Voraussetzungen für die Abrechnung dieser UV-GOÄ-Nummer erfüllt sind.*

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	8,02 Euro 9,99 Euro	× 1	8,02 Euro 9,99 Euro
Nummer 750 Auflichtmikroskopie der Haut	Allgem.H. Besond.H	10,69 Euro 13,30 Euro	× 1	10,69 Euro 13,30 Euro
Nummer 570 PDT	Allgem.H. Besond.H	110,10 Euro 110,10 Euro	× 1	110,10 Euro 110,10 Euro
Kosten Photosensibilisator				[2)]
Nummer 1 – Folgekonsultation	Allgem.H. Besond.H	8,02 Euro 9,99 Euro	× 1	8,02 Euro 9,99 Euro
In Abhängigkeit von den Vorgaben des Behandlungsauftrages ggf. Auskunft Behandlung (kurz) F1100 Nr. 110		12,90 Euro	× 1	12,90 Euro
zuzüglich Porto				

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

2) gesondert berechnungsfähig nach § 2 Abs. 3 Nr. 1 des BG Nebenkostentarifs 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[11)]	Allgem.H. Besond.H	8,02 Euro 9,99 Euro	× 1	8,02 Euro 9,99 Euro
Nummer 750 Auflichtmikroskopie der Haut	Allgem.H. Besond.H	10,69 Euro 13,30 Euro	× 1	10,69 Euro 13,30 Euro
Nummer 754 Vorbereitende Maßnahmen bei AK III	Allgem.H. Besond.H	13,13 Euro 13,13 Euro		13,13 Euro 13,13 Euro
Nummer 753 Medikamentöse Behandlung aktinischer Keratosen	Allgem.H. Besond.H	27,36 Euro 27,36 Euro	× 1	27,36 Euro 27,36 Euro
In Abhängigkeit von den Vorgaben des Behandlungsauftrages ggf. Auskunft Behandlung (kurz) F1100 Nr. 110		12,90 Euro	× 1	12,90 Euro
zuzüglich Porto				
Nummer 1 – Folgekonsultation	Allgem.H. Besond.H	8,02 Euro 9,99 Euro	× 1	8,02 Euro 9,99 Euro

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

8. Die Tabelle enthält Empfehlungen zum Testumfang im Hautarztverfahren bei häufig betroffenen Berufsgruppen. Werden mehrere Epikutan-Testreihen getestet und enthalten diese gleiche Testsubstanzen, sind Mehrfachtestungen zu vermeiden.

Epikutantestungen	Anzahl der Testsubstanzen Stand Januar 2025	Friseurin / Friseur	Masseurin / Masseur	Krankenpflege/ Arzthelferin/-helfer	Altenpflege	Zahnarzthelferin/-helfer	Zahntechnikerin/-techniker	Raumpflege/Küchenhilfe/ Reinigungskraft	KFZ-Mechaniker	Bäckerin / Bäcker Köchin/Koch	Bauberufe (Maurer, Bauarbeiter, Betonbauer, Fliesenleger u.Ä.)	Metallarbeiter	Maler/Lackierer	Gärtner
DKG Standardreihe	28	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DKG Externa – Inhaltsstoffe	17	X	X	X	X	B		B	B	B	B	B	B	B
DKG Konservierungsstoffe (z. B. in Externa)	15	X	X	X	X	B		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 deklarationspflichtige Duftstoffe	9	B	X	B	X	B		B					B	
DKG Desinfektionsmittel	6	B	X	X	X	X		X		B				
DKG Gummireihe	20	X	B	X	X	X	B	X	B	X	X	B	B	B
DKG Kunstharze/Kleber	24								B		B		B	
DKG Industrielle Biozide	8								X				B	B
DKG Bau-Hauptgewerbe	13										X			
DKG Friseurstoffe	13	X												
DKG Dentalmetalle	6					B	B							
DKG Zahntechniker Hauptreihe	13					B	X							
DKG Kühlschmierstoffe	12											B		
DKG Pflanzen-Inhaltsstoffe	6													X

Testreihen mit dem Eintrag „X“ sollten getestet werden, da die darin enthaltenen Allergene bei den genannten Tätigkeiten üblicherweise vorkommen. Testreihen mit dem Eintrag „B“ enthalten Allergene, die bei den genannten Tätigkeiten vorkommen können, aber nicht in jedem Fall müssen. Die Testungen sollen daher nur bei anamnestischem Hinweis auf eine entsprechende Sensibilisierung bzw. Exposition erfolgen und sollen sich durch die im Hautarztbericht F6050 unter Punkt 3 genannten Einwirkungen erklären. Testungen, die von diesen Empfehlungen abweichen, sind zu begründen. Relevante Arbeitsstoffe, für die keine standardisierten Testzubereitungen zur Verfügung stehen, sollten im Einzelfall ebenfalls frühzeitig im Hautarztverfahren getestet werden, z. B. Mehle bei einem Bäcker mit Verdacht auf Berufsdermatose.

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).
Stand: 01.01.2018

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Gegenstand des Vertrages ist die Durchführung der von den UV-Trägern zu leistenden Heilbehandlung (§ 6). Der Vertrag umfasst auch die Vergütung der Ärzte, die Abrechnung der ärztlichen Leistungen gegenüber den UV-Trägern, die Pflicht der Ärzte zur Dokumentation, zur Mitteilung von Patientendaten und zu sonstigen Auskünften gegenüber den UV-Trägern 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 UV-Trägern 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 UV-Träger 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 UV-Trägern 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 UV-Träger,
- 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) entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, unverzüglich einem Hautarzt vorzustellen.

(2) Der Hautarzt untersucht den Versicherten. Er erstattet unverzüglich den Hautarztbericht – Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention nach Formtext F 6050 – dem UV-Träger und übersendet Durchschriften dem behandelnden Arzt.

(3) Der UV-Träger teilt dem Hautarzt unverzüglich mit, ob und ab welchem Zeitpunkt Heilbehandlung zulasten des UV-Trägers 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 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 UV-Trägers.

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 UV-Träger unverzüglich die nach § 202 SGB VII vorgesehene Anzeige.

(2) Der Arzt hat den Versicherten über den Inhalt der Anzeige zu unterrichten und ihm den UV-Träger 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 UV-Träger teilt dem anzeigenden Arzt unverzüglich mit, ob und ab welchem Zeitpunkt Heilbehandlung zulasten des UV-Trägers 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 Gutachtenauftrag genannten Termins zu erstatten, ist der UV-Träger 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 zulasten des UV-Trägers.

(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 UV-Träger 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 UV-Träger 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 UV-Träger 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 *Nr. 441 beträgt 100 % des Gebührensatzes für die allgemeine Heilbehandlung der betreffenden Leistungen, jedoch höchstens 79,92 Euro.* *Der Zuschlag nach Nr. 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.*	
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. *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.*	39,21 Euro
442a	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 2008*, 2009*, 2063* und 2403* *Der Zuschlag nach Nr. 442a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nr. 442a ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442 und 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.*	21,30 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. *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.*	73,54 Euro
444	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. *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.*	127,45 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 cm^2

Volumen: kleiner/größer 1 cm^3

ausgedehnt: größer 4 cm^2 oder größer 1 cm^3

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, Verbandspray, 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, Stahlsehnendrähte, 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 Kontaktekzem 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 Kontaktekzems zu erwarten ist[1]. Insoweit dienen Basistherapeutika auch der Rezidivprophylaxe.

Basistherapeutika sind frei von bestimmten spezifischen Wirkstoffen (wie z. B. Kortison, Antibiotika, Antimykotika, Calcinneurininhibitoren) und werden unter Beachtung der Art der Erkrankung, eventuell bestehender kutaner Sensibilisierungen und Akzeptanz des Erkrankten individuell eingesetzt[2].

In der Regel handelt es sich um nicht verschreibungspflichte 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 UV-Träger sind ärztliche Befundbeschreibungen in Berichten oder Gutachten. Eine Fotodokumenta ion 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 unstreitigen 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

Eine Fotodokumentation ist 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 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 cm^2 vorliegt.

Zur Dokumentation des Vorliegens der medizinischen Anerkennungsvoraussetzungen (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 1600 × 1200 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 Patientenname 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.

Testbogen Arbeitsstoffe

DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband

Allgemeine Hinweise und Vorgaben zur Testung von Arbeitsstoffen siehe Rückseite.

Testdatum:

Name: **UV-Träger / Aktenzeichen:**

Geburtsdatum: **Ärztin / Arzt:**

Arbeitsstoff			**Testdokumentation**							
Vollständiger Produktname/ Hersteller	Sicherheits-Datenblatt ja/nein	Produktbeschreibung (z.B. Konzentrat, gebrauchsfertige Zubereitung gebrauchte Zubereitung (frisch), einzelne Komponente)	Test-konzentration	Test-vehikel[1]	pH-Wert	Reaktion nach				Spät-ablesung
						24 h	48 h	72 h	96 h	Tage
Irritanskontrolle Natriumlaurylsulfat (SLS)[2]	========	==========	0,25 %	Aqu.	===	___	___	___	___	___
	___					___	___	___	___	___
	___					___	___	___	___	___
	___					___	___	___	___	___
	___					___	___	___	___	___
	___					___	___	___	___	___

Download des Testbogens auf https://www.dguv.de/de/versicherung/berufskrankheiten/hauterkrankungen/index.jsp

[1] Zum Beispiel: Wasser (Aqu.), Vaseline (Vas.), Olivenöl (Oli.), Ethanol (Alk.), Aceton (Ace.), Isopropylmyristat (IPM) etc.

[2] Die Deutsche Kontaktallergie-Gruppe (DKG) empfiehlt zur Erleichterung der Interpretation schwach ausgeprägter Testreaktionen parallel zum Epikutantest mit Kontaktallergenen die Irritierbarkeit der Haut zu prüfen, und zwar durch einen Epikutantest mit dem obligaten Irritans Natriumlaurylsulfat (SLS) 0,25% in Wasser (Aqu.).

Testbogen Arbeitsstoffe

DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband

Hinweise und Vorgaben zur Testung von Arbeitsstoffen

Allgemeine Vorgaben

Jede Epikutantestung und damit auch die Testung mit Berufsstoffen ist gemäß den Leitlinien der DKG durchzuführen (https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/013-018.html).
Für die Testung von Eigensubstanzen sollen keine Testpflaster ohne Kammern verwendet werden.
Im Übrigen gelten die Empfehlungen von ABD und DKG (https://dkg.ivdk.org/dok/Berufsstoff_Testung_ABD_DKG.pdf)

Arbeitshilfen

Die UV-Träger können bei der Beschaffung von Arbeitsstoffen unterstützen.
Musterschreiben an den Arbeitgeber für Nachfragen bei Kühlschmierstoffen (KSS)
http://www.ivdk.org/images/stories/medien/pdf/downloadbereich/hinweise_zur_kss-testung.pdf

Ansprechperson

Kontaktformular https://www.ivdk.org/de/kontakt

Beurteilung der Irritanskontrolle

Die Irritanskontrolle erfolgt wie die Epikutantestung mit Kontaktallergenen und wird mit SLS 0,25 % durchgeführt. Für die Ablesung und Beurteilung der Irritanskontrolle empfiehlt die DKG folgende Kategorien (modifiziert nach Tupker et al. 1997):

Symbol	Morphe	Bedeutung
sls0	Keine Reaktion	Negativ
sls1	Sehr schwaches/mildes Erythem oder Schuppung (punktuell oder diffus)	Fraglich
sls2	Schwaches/mildes Erythem, Schuppung, Ödeme oder Hautrauheit	Schwach
sls3	Moderates Erythem, Schuppung, Ödeme oder Hautrauheit, oder leichte Erosionen, Vesikel oder Fissuren	Moderat
sls4	Ausgeprägtes Erythem, Schuppung, Ödeme oder Hautrauheit, Erosionen, Vesikel oder Fissuren	Stark

Beurteilung der Testreaktionen

Für die Ablesung und Beurteilung empfiehlt die DKG folgende Kategorien:

Symbol	Morphe	Bedeutung
--	Keine Reaktion	Negativ
?	Nur Erythem, kein Infiltrat	Fraglich
f	Wenige follikuläre Papeln	Fraglich
+	Erythem, Infiltrat, evtl. diskrete Papeln	Einfach positive Reaktion
++	Erythem, Infiltrat, Papeln, Vesikel	Zweifach positive Reaktion
+++	Erythem, Infiltrat, konfluierende Vesikel	Dreifach positive Reaktion
ir	Verschiedene Veränderungen (Seifeneffekt, Vesikel, Blase, Nekrose)	Irritativ

Stichwortverzeichnis

Seite

A

Abrechnungsbeispiele 47
Alkaliresistenzbestimmung 44
Allergenspezifisches Immunglobulin 3890-3894 27
allgemeine Heilbehandlung 7, 11, 45, 53, 57
ambulante Operationen 57
Anzeige über eine Berufskrankheit 16
Atopie-Diagnostik 8, 47
Atopie-Score 14
Auflichtmikroskopie 33, 48, 49, 50
Auskunft 14, 49, 50
Auslagen 11, 12, 14, 21

B

Begutachtung 11, 18, 19, 20, 21, 55, 56
Behandlungsauftrag 9, 10, 12
Behandlungsfall 6, 22, 23, 40, 41, 42, 43, 44
Beratung 23, 24, 36, 39, 45, 48
Berufskrankheit 7, 8, 9, 10, 11, 16, 19, 20, 21, 23, 48, 49, 50, 54, 62
Bescheinigungen 11, 14, 55
besondere Heilbehandlung 6, 7, 11, 22, 45, 46, 52, 53, 56
Blutentnahme, Nummer 250 27

D

Dermalux-Test, Nummer 831 44

E

ECP-Test 8
Entfernung von Fäden oder Klammern, Nummer 200 33
Epikutantestung 42, 46
Ersatz von Auslagen 12
Exzision 34, 35, 48
Exzision einer größeren Geschwulst 35
Exzision einer kleinen Geschwulst 48

F

Fotodokumentation 5, 10, 17, 38, 61, 62, 63, 64

G

Gebühren 11, 12, 55, 56, 57
Gesamt-IgE, Nummer 3572 28
Gutachten 11, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 46, 55, 61

H

Hautarztbericht 8, 9, 10, 12, 15, 23, 45, 47, 48, 51, 54, 60
Hautarztverfahren 7, 8, 10, 12, 15, 22, 23, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 51, 54
Hautfunktionsuntersuchungen 8
Hautlappenplastik 35

Seite

I

Immunglobulin E (IgE) 27
Infiltrationsanästhesie 32, 33, 48
Intrakutantest 43

K

Kompressionsverband 32
Kopie 17
Kosten, Ersatz von Auslagen 9, 12, 26, 29, 49, 58, 59

L

Lasertherapie 14, 32
Leitungsanästhesie 33
Leitungswasser-Iontophorese 25
Lichtmikroskopische Untersuchung 29

M

Minor'scher Schwitztest 44
Mykologie 29
Mykologische Diagnostik 8

P

patienteneigene Substanzen 46
Photochemotherapie 26, 48
Photodynamische Tageslichttherapie, Nummer 572 37
Photodynamische Therapie (PDT) 36
Phototherapie 26, 48
Pricktestung 47
Probeexzision 34

R

Rechnungslegung 13, 56
Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest 43

S

Schreibgebühren 14, 15, 17, 21
Steigerungsfaktoren 6

T

Technisch simulierte photodynamische Tageslichttherapie, Nummer 573 37
Testprotokolle 47
Testreihen 41, 46, 47, 51
Testungen und Untersuchungen 40
Transkutane Messung des Sauerstoffpartialdruckes 33

U

Übersendung von Krankengeschichten 22
Untersuchung 12, 23, 29, 30, 31, 40, 45, 48, 49, 50, 59
Untersuchungen Nummer 1-6 23

Seite

V

Vegetative Funktionsdiagnostik 44
Verband 32, 36
Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger 6, 11, 12, 52
Vordruck 10, 14, 15, 16
Vordrucke 14

W

Wiederholungsrezept 25

Notizen

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de