

Vertrag

gem. § 34 Abs. 3 SGB VII

zwischen

**dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften,
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften,
dem Bundesverband der Unfallkassen einerseits
und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits**

über

**die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte
sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen
(Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger)***

gültig ab 1. Mai 2001

* Zu recherchieren unter DARIS-Archivnummer **1003711788**.

Stand: Beschluß der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger vom 27. September 2005, Inkrafttreten am 1. Januar 2006.

Das Gebührenverzeichnis ist nicht Bestandteil der Loseblatt-Rechtsquellensammlung der KBV, kann jedoch über das DARIS aufgerufen werden.

I. ALLGEMEINER TEIL

- § 1 **Gegenstand des Vertrages**
- § 2 **Gewährleistung**
- § 3 **Erfüllung des Vertrages**
- § 4 **Beteiligung am Vertrag**
- § 5 **Datenerhebung und -verarbeitung durch Ärzte; Auskunftspflicht**

II. ALLGEMEINE REGELUNGEN FÜR DIE HEILBEHANDLUNG BEI ARBEITSUNFÄLLEN

- § 6 **Heilbehandlung**
- § 7 **Einleitung besonderer Heilbehandlung**
- § 8 **Ärztliche Behandlung**
- § 9 **Erstversorgung**
- § 10 **Allgemeine Heilbehandlung**
- § 11 **Besondere Heilbehandlung**
- § 12 **Durchführung allgemeiner Heilbehandlung**
- § 13 **Vom Unfallversicherungsträger veranlasste ärztliche Untersuchungen**
- § 14 **Ärztliche Unfallmeldung**
- § 15 **Bericht bei Erstversorgung**
- § 16 **Mitteilungen über Besonderheiten des Behandlungsverlaufs**
- § 17 **Hinweis auf Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung**
- § 18 **Unterstützungspflicht des Arztes bei besonderen medizinischen Maßnahmen**
- § 19 **Verordnung häuslicher Krankenpflege**
- § 20 **Verordnung von Heilmitteln**
- § 21 **Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln**
- § 22 **Verordnung von Hilfsmitteln**

III. BESONDERE REGELUNGEN FÜR DIE HEILBEHANDLUNG BEI ARBEITSUNFÄLLEN

- § 23 **Verfahrensarten**
- § 24 **Durchgangsarztverfahren**
- § 25 **Hinzuziehen anderer Ärzte durch den Durchgangsarzt**
- § 26 **Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt**
- § 27 **Aufgaben des Durchgangsarztes**
- § 28 **Inanspruchnahme eines nicht zur besonderen Heilbehandlung zugelassenen Arztes**

- § 29 **Nachschau**
- § 30 **H-Arztverfahren**
- § 31 **Fachliche Befähigung**
- § 32 **Zulassung zum H-Arzt**
- § 33 **Befreiung von der Vorstellung beim Durchgangsarzt**
- § 34 **Persönliche Ausübung der H-Arzt-Tätigkeit; Hinzuziehen anderer Ärzte durch den H-Arzt**
- § 35 **Besondere Heilbehandlung durch den H-Arzt**
- § 36 **H-ärztliche Berichterstattung**
- § 37 **Verletzungsartenverfahren**
- § 38 **Feststellung der Transportunfähigkeit**

IV. REGELUNGEN BEI AUGEN- UND HALS-NASEN-OHREN-VERLETZUNGEN

- § 39 **Überweisungspflicht an den Augen-/HNO-Arzt**
- § 40 **Berichterstattung des Augen-/HNO-Arztes**

V. VERFAHREN ZUR FRÜHERFASSUNG BERUFSBEDINGTER HAUTERKRANKUNGEN (HAUTARZTVERFAHREN)

- § 41 **Vorstellungspflicht beim Hautarzt**
- § 42 **Wiedervorstellungspflicht**
- § 43 **Hauttestungen**

VI. BERUFSKRANKHEITEN

§ 44 Ärztliche Anzeige einer Berufskrankheit

§ 45 Mitteilung über die Einleitung einer Behandlung bei Berufskrankheiten

VII. AUSKÜNFTE, BERICHTE, AUFZEICHNUNGEN, GUTACHTEN

§ 46 Auskunftspflicht des Arztes

§ 47 Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung

§ 48 Anforderung von Gutachten

§ 49 Fristen für Erstattung von Berichten und Gutachten

§ 50 Ärztliche Aufzeichnungspflichten

VIII. ALLGEMEINE REGELUNGEN FÜR DIE VERGÜTUNG

§ 51 Leistungsverzeichnis und Vergütungsregelung

§ 52 Ständige Gebührenkommission

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

§ 54 Regelungen bei stationärer Behandlung; Pflegesätze

§ 55 Vergütung ärztlicher Leistungen am Aufnahmetag

§ 56 Belegärztliche Behandlung

IX. REGELUNGEN FÜR AUSKÜNFTE, BESCHEINIGUNGEN, BERICHTE UND GUTACHTEN

§ 57 Berichts- und Gutachtenpauschalen

§ 58 Vereinbarte Vordrucke

§ 59 Überschreitung der Gebührenhöchstsätze bei Gutachten

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

X. REGELUNGEN BEI HINZUZIEHUNG ZUR KLÄRUNG DER DIAGNOSEUND/ODER MITBEHANDLUNG EINSCHLIEßLICH BERICHTERSTATTUNG

§ 61 Berichterstattung

§ 62 Vergütung ärztlicher Leistungen bei Hinzuziehung zur Klärung der Diagnose

§ 63 Vergütung ärztlicher Leistungen bei Mitbehandlung

XI. RECHNUNGSLEGUNG UND BEZAHLUNG

§ 64 Rechnungslegung

§ 65 Zahlungsfrist

**XII. SCHLICHTUNGSSTELLE, SCHIEDSAMT, INKRAFTTRETEN/ KÜNDIGUNG
DES VERTRAGES UND ÜBERGANGSREGELUNGEN**

§ 66 Schlichtungsstelle

§ 67 Schiedsamt

§ 68 Kündigungsfrist

§ 69 Inkrafttreten, Übergangsregelungen

Anhang 1 – Verletzungsartenverzeichnis

Anhang 2 – Anwendung des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses in den
neuen Bundesländern

Anhang 3 – Auszug aus dem SGB VII – Datenschutz

I. Allgemeiner Teil

§ 1 *Gegenstand des Vertrages*

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

§ 2 *Gewährleistung*

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

§ 3 *Erfüllung des Vertrages*

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

§ 4 *Beteiligung am Vertrag*

- (1) Am Vertrag sind alle Ärzte beteiligt, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder von den Unfallversicherungsträgern zugelassen sind.
- (2) Ärzte, die nicht nach Abs. 1 beteiligt sind, können auf Antrag am Vertrag beteiligt werden.
- (3) Der Antrag ist an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu richten. Diese entscheidet im Einvernehmen mit dem zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

§ 5 Datenerhebung und -verarbeitung durch Ärzte; Auskunftspflicht

- (1) Ärzte, die an einer Heilbehandlung nach § 34 SGB VII beteiligt sind, erheben, speichern und übermitteln an die Unfallversicherungsträger Daten über die Behandlung und den Zustand des Versicherten sowie andere personenbezogene Daten, soweit dies für Zwecke der Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist. Ferner erheben, speichern und übermitteln sie die Daten, die für ihre Entscheidung, eine Heilbehandlung nach § 34 SGB VII durchzuführen, maßgeblich waren.
- (2) Der Versicherte ist von den Ärzten über den Zweck der Datenerhebung und darüber zu unterrichten, dass diese Daten an den Unfallversicherungsträger übermittelt werden müssen. Er ist auch darüber zu informieren, dass er vom Unfallversicherungsträger verlangen kann, über die von den Ärzten übermittelten Daten unterrichtet zu werden (§ 201 SGB VII; siehe Anhang 3).
- (3) Ärzte, die nicht an einer Heilbehandlung nach § 34 SGB VII beteiligt sind, sind verpflichtet, dem Unfallversicherungsträger auf Verlangen Auskunft über die Behandlung, den Zustand sowie über Erkrankungen und frühere Erkrankungen des Versicherten zu erteilen, soweit dies für die Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist (§ 203 SGB VII; siehe Anhang 3).

II. Allgemeine Regelungen für die Heilbehandlung bei Arbeitsunfällen

§ 6 Heilbehandlung

- (1) Die Unfallversicherungsträger sind nach den gesetzlichen Vorschriften verpflichtet, alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig nach dem Versicherungsfall einsetzende und sachgemäße Heilbehandlung und, soweit erforderlich, besondere unfallmedizinische Behandlung (im Folgenden „besondere Heilbehandlung“ genannt) gewährleistet wird.
- (2) Bei Arbeitsunfällen wird die Heilbehandlung nach Abs. 3 als allgemeine Heilbehandlung oder als besondere Heilbehandlung durchgeführt.
- (3) Die Unfallversicherungsträger leisten für die Folgen eines Arbeitsunfalles vom Unfalltag an oder jederzeit später
1. allgemeine Heilbehandlung durch die nach § 4 am Vertrag beteiligten Ärzte,
 2. besondere Heilbehandlung durch von den Unfallversicherungsträgern zugelassene oder besonders beauftragte Ärzte, wenn dies wegen der Art oder Schwere der Verletzung erforderlich ist.

§ 7 Einleitung besonderer Heilbehandlung

Die Einleitung besonderer Heilbehandlung kann nur durch die Unfallversicherungsträger oder durch Ärzte erfolgen, die von den Unfallversicherungsträgern zugelassen sind.

§ 8 Ärztliche Behandlung

(1) Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit der Ärzte, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich und zweckmäßig ist und das Gebot der Wirtschaftlichkeit erfüllt.

(2) Die ärztliche Behandlung wird von Ärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen diese nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden.

§ 9 Erstversorgung

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

§ 10 Allgemeine Heilbehandlung

Allgemeine Heilbehandlung ist die ärztliche Versorgung einer Unfallverletzung, die nach Art oder Schwere weder eines besonderen personellen, apparativ-technischen Aufwandes noch einer spezifischen unfallmedizinischen Qualifikation des Arztes bedarf.

§ 11 Besondere Heilbehandlung

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

§ 12 Durchführung allgemeiner Heilbehandlung

- (1) Heilbehandlung (§ 6) wird grundsätzlich als allgemeine Heilbehandlung gewährt, es sei denn, der Durchgangsarzt, H-Arzt oder der Unfallversicherungsträger leitet besondere Heilbehandlung ein.
- (2) Im Durchgangsarztverfahren sollen etwa 80 v.H. aller Fälle von Verletzungen der allgemeinen Heilbehandlung zugeordnet werden.

§ 13 Vom Unfallversicherungsträger veranlasste ärztliche Untersuchungen

Die Unfallversicherungsträger können ärztliche Untersuchungen, auch nach Abschluss der Behandlung (z.B. Nachuntersuchungen), durch von ihnen ausgewählte Ärzte veranlassen. Auf Verlangen des Unfallversicherungsträgers leitet der behandelnde Arzt den Unfallverletzten unverzüglich dem vom Unfallversicherungsträger bezeichneten Arzt zur Untersuchung zu.

§ 14 Ärztliche Unfallmeldung

- (1) Der behandelnde Arzt erstattet am Tage der ersten Inanspruchnahme durch den Unfallverletzten, spätestens am Tage darauf, dem Unfallversicherungsträger die Ärztliche Unfallmeldung nach Vordruck F 1050.
- (2) Die Ärztliche Unfallmeldung nach Abs. 1 entfällt in Fällen der Vorstellungspflicht des Unfallverletzten beim Durchgangsarzt nach § 26, im Verletzungsartenverfahren nach § 37 oder wenn ein H-Arzt-Bericht nach § 36 zu erstatten ist.

§ 15 Bericht bei Erstversorgung

Der Arzt, der bei einem Unfallverletzten die Erstversorgung leistet, erstattet auf Verlangen des Unfallversicherungsträgers diesem einen Bericht über den Zustand des Unfallverletzten und die Art der geleisteten Versorgung.

§ 16 Mitteilungen über Besonderheiten des Behandlungsverlaufs

Der behandelnde Arzt benachrichtigt den Unfallversicherungsträger unverzüglich von folgenden Sachverhalten:

- Unerwartete Heilkomplikationen,
- Verlegung,
- wesentliche Änderung der Diagnose,
- Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege (siehe § 19),
- Abbruch der Heilbehandlung seitens des Unfallverletzten,

- ungenügende Unterstützung bzw. fehlende Mitwirkung des Unfallverletzten bei der Durchführung der Heilbehandlung.

§ 17 Hinweis auf Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung

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

§ 18 Unterstützungspflicht des Arztes bei besonderen medizinischen Maßnahmen

- (1) Der behandelnde Arzt unterstützt den Unfallversicherungsträger im Einzelfall auf Verlangen, wenn dieser besondere medizinische Maßnahmen einleiten oder veranlassen will.
- (2) Von Anordnungen, die einen Eingriff in seine Behandlung (z.B. Verlegung oder Vorstellung bei anderen Ärzten) bedeuten, ist der Arzt so rechtzeitig zu benachrichtigen, dass er davon nicht später Kenntnis erhält als der Unfallverletzte.
- (3) Vom Unfallversicherungsträger im Zusammenhang mit Abs. 1 angeforderte Auskünfte, Berichte und Aufzeichnungen sind diesem innerhalb von drei Tagen zuzuleiten.

§ 19 Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

§ 20 Verordnung von Heilmitteln

- (1) Heilmittel (§ 30 SGB VII) kann nur der D-/H-Arzt verordnen, andere Ärzte nur mit vorheriger Genehmigung des Unfallversicherungsträgers. Liegt die Genehmigung vor, entfällt die Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt nach § 26 Abs. 1 Satz 2.
- (2) Für die Verordnung von Krankengymnastik/physikalischer Therapie und die Verordnung von Erweiterter Ambulanter Physiotherapie (EAP) sind die von den Unfallversicherungsträgern vorgesehenen Vordrucke zu verwenden (Vordruck F 2400 – Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/physikalische Therapie – bzw. Vordruck F 2410 – EAP-Verordnung).

§ 21 Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln

- (1) Der behandelnde Arzt kann Arznei- und Verbandmittel (§ 29 SGB VII) verordnen.
- (2) Bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln zulasten eines Unfallversicherungsträgers ist auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16 der Vordruckvereinbarung in der vertragsärztlichen Versorgung) neben der Bezeichnung des Unfallversicherungsträgers auch der Unfalltag und der Unfallbetrieb (ggf. Kindertageseinrichtung, Schule, Hochschule) anzugeben. Weiterhin sind das Ankreuzfeld „Arbeitsunfall“ zu kennzeichnen und der Freivermerk einzutragen.

§ 22 Verordnung von Hilfsmitteln

- (1) Hilfsmittel (§ 31 SGB VII) mit Ausnahme von Seh- und Hörhilfen kann nur der D-/H-Arzt verordnen. Für die Verordnung gilt § 21 Abs. 2 entsprechend.
- (2) Für die Verordnung von Seh- und Hörhilfen verwendet der Augen-/HNO-Arzt die in der vertragsärztlichen Versorgung eingeführten Vordrucke. Dabei ist neben der Bezeichnung des Unfallversicherungsträgers auch der Unfalltag und der Unfallbetrieb (ggf. Kindertageseinrichtung, Schule, Hochschule) anzugeben.

III. Besondere Regelungen für die Heilbehandlung bei Arbeitsunfällen

§ 23 Verfahrensarten

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

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

§ 24 Durchgangsarztverfahren

- (1) Durchgangsarzte sind Ärzte, die als solche von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften zugelassen sind.
- (2) Die von den Durchgangsarzten zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf die fachliche Befähigung, die sächliche und personelle Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten werden in den „Anforderungen der gesetzlichen Un-

fallversicherungsträger zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren“ festgelegt.

- (3) Der Durchgangsarzt ist verpflichtet, die Tätigkeit persönlich auszuüben. Dies gilt auch für die Auswertung der Befunde beim Einsatz der Röntgen-Diagnostik und anderer bildgebender Verfahren im unmittelbaren Zusammenhang mit der Beurteilung von Art oder Schwere der Verletzung.
- (4) Soweit erforderlich, können von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften ständige Durchgangsarzt-Vertreter anerkannt werden. Diese müssen ebenfalls über die fachliche Befähigung nach den „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren“ verfügen.

§ 25 *Hinzuziehen anderer Ärzte durch den Durchgangsarzt*

Der Durchgangsarzt soll nach pflichtgemäßem Ermessen zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung andere Ärzte zuziehen. Dies gilt insbesondere für Ärzte anderer Fachrichtungen, wenn bei der Art der Verletzung der Verdacht auf Mitbeteiligung eines entsprechenden Organs oder Organsystems besteht.

§ 26 *Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt*

- (1) Der Arzt hält den Unfallverletzten an, sich unverzüglich einem Durchgangsarzt vorzustellen, wenn die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus zur Arbeitsunfähigkeit führt oder die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt. Eine Vorstellung beim Durchgangsarzt hat auch dann zu erfolgen, wenn nach Auffassung des behandelnden Arztes die Verordnung von Heilmitteln erforderlich ist. Bei Wiedererkrankung ist in jedem Fall eine Vorstellung erforderlich. Der Unfallverletzte hat grundsätzlich die freie Wahl unter den Durchgangsarzten.
- (2) Absatz 1 findet keine Anwendung bei isolierten Augen- und/oder HNO-Verletzungen. In diesen Fällen ist der Verletzte unmittelbar an einen entsprechenden Facharzt zu überweisen.
- (3) Für die Überweisung hat der Arzt den Vordruck F 2900 – ÜV – zu verwenden.

§ 27 *Aufgaben des Durchgangsarztes*

- (1) Der Durchgangsarzt beurteilt und entscheidet unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Verletzung, ob eine allgemeine Heilbehandlung oder eine besondere Heilbehandlung erforderlich ist. Leitet er eine besondere Heilbehandlung ein, so führt er die Behandlung durch. Leitet er eine allgemeine Heilbehandlung ein, so überweist er den Unfallverletzten an den Arzt, den dieser als seinen behandelnden Arzt benennt. In diesen Fällen hat sich der Durchgangsarzt über den Stand der allgemeinen Heilbehandlung zu vergewissern (§ 29 Abs. 1).

- (2) Der Durchgangsarzt erstattet unverzüglich den Durchgangsarztbericht nach Vordruck F 1000. Durchschrift dieses Berichts hat der Durchgangsarzt unverzüglich dem behandelnden Arzt zu übersenden. Ist der Unfallverletzte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, erhält diese gleichfalls unverzüglich die für sie bestimmte, den Belangen des Datenschutzes angepasste Durchschrift.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch bei Wiedererkrankung
- (4) Bei Unfällen mit Kopfverletzungen mit Gehirnbeteiligung oder Verdacht auf Gehirnbeteiligung erstattet der Durchgangsarzt unverzüglich zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Vordruck F 1002 – Ergänzungsbericht Kopfverletzung. Hiervon bleibt die alsbaldige Hinzuziehung eines Neurologen unberührt.
- (5) Bei Unfällen mit Knieverletzungen oder Verdacht auf Kniebinnenschaden erstattet der Durchgangsarzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Vordruck F 1004 – Ergänzungsbericht Knie – in den dort vorgesehenen Fällen.
- (6) Bei Unfällen durch elektrischen Strom erstattet der Durchgangsarzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Vordruck F 1006 – Ergänzungsbericht Stromunfall.
- (7) Bei schweren Verbrennungen (2. und 3. Grades) erstattet der Durchgangsarzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Vordruck F 1008 – Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen.
- (8) Bei Handverletzungen erstattet der Durchgangsarzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Vordruck F 1010 – Ergänzungsbericht Hand.
- (9) Vom Ende einer besonderen Heilbehandlung gibt der Durchgangsarzt dem Unfallversicherungsträger mit Vordruck F 2222 – Mitteilung D/H-Arzt: Veränderungen besondere Heilbehandlung – Nachricht.

§ 28 Inanspruchnahme eines nicht zur besonderen Heilbehandlung zugelassenen Arztes

Wird während der Durchführung einer besonderen Heilbehandlung ein anderer, hierzu nicht zugelassener Arzt in Anspruch genommen, so kann er in Fällen, in denen eine sofortige ärztliche Maßnahme dringend erforderlich ist, Leistungen erbringen, die den Rahmen des sofort Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Diese Leistungen werden nach den Sätzen der allgemeinen Heilbehandlung vergütet. Im Übrigen hat der Arzt den Unfallverletzten an den die besondere Heilbehandlung durchführenden Arzt zu verweisen.

§ 29 Nachschau

- (1) Bei den nicht in eigener Behandlung verbleibenden Unfallverletzten hat der Durchgangsarzt Nachschautermine festzusetzen und dem Unfallverletzten mitzuteilen.

(2) Der Durchgangsarzt erstattet unverzüglich einen Nachschaubericht nach Vordruck F 2106. Durchschrift dieses Berichtes übersendet der Durchgangsarzt unverzüglich dem behandelnden Arzt.

Ist der Unfallverletzte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, erhält diese gleichfalls unverzüglich die für sie bestimmte, den Belangen des Datenschutzes angepasste Durchschrift.

(3) Der behandelnde Arzt kann von sich aus jederzeit eine Nachschau veranlassen.

(4) Eine Nachschau entfällt, wenn die Behandlung durch einen H-Arzt erfolgt.

§ 30 H-Arztverfahren

An der Durchführung der besonderen Heilbehandlung (§ 11) sind, unbeschadet der Regelung über das Durchgangsarztverfahren (§§ 24ff.), die Ärzte zu beteiligen, die dazu fachlich befähigt, entsprechend ausgestattet und zur Übernahme der damit verbundenen Pflichten bereit sind (H-Ärzte).

§ 31 Fachliche Befähigung

Die von den H-Ärzten zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf fachliche Befähigung, die sächliche und persönliche Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten werden in den „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Beteiligung am H-Arztverfahren“ festgelegt.

§ 32 Zulassung zum H-Arzt

(1) Die Zulassung zum H-Arzt erfolgt auf Antrag. Der Antrag ist an den zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften zu richten.

(2) Über den Antrag entscheidet ein Ausschuss, der sich aus je drei Vertretern der für den Praxissitz des Arztes zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und des zuständigen Landesverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zusammensetzt. Je zwei Vertreter sollen Ärzte sein. Der Ausschuss entscheidet über den Antrag mit einfacher Mehrheit. Stimmengleichheit gilt als Ablehnung. Die Beratungen sind nicht öffentlich. Eine ablehnende Entscheidung ist zu begründen.

(3) Auf Antrag der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder des zuständigen Landesverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften entscheidet der Ausschuss auch über eine Kündigung der Beteiligung.

§ 33 Befreiung von der Vorstellung beim Durchgangsarzt

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

**§ 34 *Persönliche Ausübung der H-Arzt-Tätigkeit;
Hinzuziehen anderer Ärzte durch den H-Arzt***

Die §§ 24 Abs. 3 und 25 finden entsprechende Anwendung.

§ 35 *Besondere Heilbehandlung durch den H-Arzt*

Der H-Arzt ist berechtigt, in den Fällen, in denen eine der folgenden Verletzungen vorliegt, eine besondere Heilbehandlung durchzuführen, soweit es sich nicht um eine im Verletzungsartenverzeichnis (siehe Anhang 1) aufgeführte Verletzung handelt:

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

§ 36 *H-ärztliche Berichterstattung*

- (1) Der H-Arzt erstattet unverzüglich einen H-Arzt-Bericht nach Vordruck F 1020. Das gilt auch bei Wiedererkrankung. Ist der Unfallverletzte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, hat der H-Arzt dieser die den datenschutzrechtlichen Belangen angepasste Durchschrift des Berichtes unverzüglich zu übersenden.
- (2) Bei Unfällen mit Kopfverletzungen und Gehirnbeteiligung oder Verdacht auf Gehirnbeteiligung erstattet der H-Arzt unverzüglich zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Vordruck F 1002 – Ergänzungsbericht Kopfverletzung. Hiervon bleibt die alsbaldige Hinzuziehung eines Neurologen unberührt.
- (3) Bei Unfall mit Knieverletzungen oder Kniebinnenschaden erstattet der H-Arzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Vordruck F 1004 – Ergänzungsbericht Knie – in den dort vorgesehenen Fällen.
- (4) Bei Unfällen durch elektrischen Strom erstattet der H-Arzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Vordruck F 1006 – Ergänzungsbericht Stromunfall.
- (5) Bei schweren Verbrennungen (2. und 3. Grades) erstattet der Arzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Vordruck F 1008 – Ergänzungsbericht schwere Ver-

brennung.

- (6) Bei Handverletzungen erstattet der H-Arzt zusätzlich einen Ergänzungsbericht nach Vordruck F 1010 – Ergänzungsbericht Hand.
- (7) Besteht wegen der Unfallverletzung über den 14. Tag nach Behandlungsbeginn hinaus Arbeitsunfähigkeit, erstattet der H-Arzt unverzüglich - und in entsprechenden Zeitfolgen - einen Bericht nach Vordruck F 2108 – Verlaufsbericht H-Arzt. Bei Kindern in Kindertageseinrichtungen, Schülern und Studierenden gilt dies entsprechend bei noch bestehender Behandlungsbedürftigkeit.
- (8) Vom Ende einer besonderen Heilbehandlung gibt der H-Arzt dem Unfallversicherungsträger mit Vordruck F 2222 – Mitteilung D/H-Arzt: Veränderungen besondere Heilbehandlung – Nachricht.

§ 37 Verletzungsartenverfahren

- (1) In Fällen, in denen eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis (siehe Anhang 1) vorliegt, hat der behandelnde Arzt dafür zu sorgen, dass der Unfallverletzte unverzüglich in ein von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus überwiesen wird.
- (2) Der an diesem Krankenhaus tätige Durchgangsarzt entscheidet nach Art oder Schwere der Verletzung, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich ist. Er kann die Behandlung ambulant durchführen oder einen anderen qualifizierten Arzt mit der ambulanten Behandlung beauftragen.
- (3) Eine Überweisung nach Abs. 1 ist in den Fällen der Ziffer 15 des Verletzungsartenverzeichnisses dann nicht erforderlich, wenn es sich bei dem behandelnden Arzt um einen Handchirurgen handelt, der zur Behandlung Unfallverletzter von einem Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften zugelassen ist.
- (4) Der Arzt nach Abs. 2, Satz 2 oder der behandelnde Handchirurg nach Abs. 3 berichtet dem Unfallversicherungsträger unverzüglich über Übernahme, Verlauf und Abschluss der Behandlung. Die Berichte sind zu vergüten.

Die Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgt bei ambulanter Behandlung unmittelbar durch den Unfallversicherungsträger nach den Gebührensätzen der besonderen Heilbehandlung.

§ 38 Feststellung der Transportunfähigkeit

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

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

§ 39 Überweisungspflicht an den Augen-/HNO-Arzt

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

§ 40 Berichterstattung des Augen-/HNO-Arztes

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

V. Verfahren zur Früherfassung berufsbedingter Hauterkrankungen (Hautarztverfahren)

§ 41 Vorstellungspflicht beim Hautarzt

- (1) Jeder Arzt ist verpflichtet, einen Versicherten mit krankhaften Hautveränderungen, bei dem die Möglichkeit besteht, dass daraus eine Hauterkrankung durch eine berufliche Tätigkeit im Sinne der Berufskrankheitenverordnung entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, unverzüglich einem Hautarzt vorzustellen.
- (2) Der Hautarzt untersucht den Versicherten. Er erstattet unverzüglich den Hautarztbericht – Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention nach Vordruck F 6050 dem Unfallversicherungsträger und übersendet Durchschriften dem behandelnden Arzt und der Krankenkasse.
- (3) Für die Vorstellung beim Hautarzt hat der Arzt den Vordruck F 2900 – ÜV – zu verwenden.

§ 42 Wiedervorstellungspflicht

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

§ 43 Hauttestungen

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

VI. Berufskrankheiten

§ 44 Ärztliche Anzeige einer Berufskrankheit

- (1) Hat ein Arzt den begründeten Verdacht, dass bei einem Versicherten eine Berufskrankheit besteht, so erstattet er dem Unfallversicherungsträger unverzüglich die nach § 202 SGB VII vorgesehene Anzeige.
- (2) Der Arzt hat den Versicherten über den Inhalt der Anzeige zu unterrichten und ihm den Unfallversicherungsträger und die Stelle zu nennen, denen er die Anzeige übersendet (vgl. § 202 Satz 2 SGB VII).

§ 45 Mitteilung über die Einleitung einer Behandlung bei Berufskrankheiten

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

VII. Auskünfte, Berichte, Aufzeichnungen, Gutachten

§ 46 Auskunftspflicht des Arztes

Der Arzt, der die Erstversorgung geleistet oder den Versicherten behandelt hat, erstattet dem Unfallversicherungsträger die Auskünfte, Berichte und Gutachten, die dieser im Vollzuge seiner gesetzlichen Aufgaben von ihm einholt (§ 201 SGB VII).

§ 47 Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung

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

§ 48 Anforderung von Gutachten

- (1) Der Unfallversicherungsträger entscheidet darüber, ob das vereinbarte Formulargutachten oder ob ein freies Gutachten zu erstellen ist.
- (2) Der Versicherte ist vom Arzt zu unterrichten über:
 1. den Erhebungszweck der Daten und die Auskunftspflicht gegenüber dem Unfallversicherungsträger und
 2. das Recht, vom Unfallversicherungsträger verlangen zu können, über die von den Ärzten übermittelten Daten unterrichtet zu werden (vgl. § 201 SGB VII).

§ 49 Fristen für Erstattung von Berichten und Gutachten

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

§ 50 *Ärztliche Aufzeichnungspflichten*

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

VIII. Allgemeine Regelungen für die Vergütung

§ 51 *Leistungsverzeichnis und Vergütungsregelung*

- (1) Die Vergütung für ärztliche Leistungen richtet sich nach dem vereinbarten Leistungs- und Gebührenverzeichnis (Anlage zum Vertrag).
- (2) Ärztliche Leistungen des Durchgangsarztes nach den §§ 27 und 29 werden nach den Gebührensätzen der besonderen Heilbehandlung vergütet.

§ 52 *Ständige Gebührenkommission*

- (1) Für die Festlegung, Einordnung und Bewertung von Leistungen, die im Leistungs- und Gebührenverzeichnis nicht enthalten sind, sowie für die Auslegung und die Weiterentwicklung des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses ist eine ständige Kommission zuständig.
- (2) Die Beschlüsse der ständigen Kommission sind von den Vertragspartnern bekanntzugeben.
- (3) Die bekanntgegebenen Beschlüsse der ständigen Kommission sind bis zur Beschlussfassung über die förmliche Änderung des Vertrages für die Vertragspartner bindend.

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

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

§ 54 *Regelungen bei stationärer Behandlung; Pflegesätze*

Für die Unfallversicherungsträger gelten bei stationärer Behandlung (§ 33 Abs. 1 SGB VII) die Regelungen der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils geltenden Fassung.

§ 55 Vergütung ärztlicher Leistungen am Aufnahmetag

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

§ 56 Belegärztliche Behandlung

- (1) Soweit bei belegärztlicher Behandlung durch den Pflegesatz die ärztliche Behandlung nicht abgegolten ist, kann der Belegarzt seine ärztlichen Leistungen nach diesem Vertrag unter entsprechender Anwendung der Minderungspflicht des § 6a der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen.
- (2) Die belegärztliche Behandlung beginnt mit der Aufnahme in die Belegabteilung. Die am Aufnahmetag erbrachten ärztlichen Leistungen gelten als beleg-ärztliche Leistungen, es sei denn, dass diese außerhalb des Krankenhauses erbracht werden.
- (3) Ein Belegarzt darf für eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung oder eine Mitbehandlung einen Arzt hinzuziehen, wenn das betreffende Fach am Krankenhaus nicht vertreten ist.
- (4) Zugezogene Ärzte rechnen ihre ärztlichen Leistungen gegenüber dem Unfallversicherungsträger nach diesem Vertrag direkt ab. Bei Leistungserbringung im Krankenhaus gilt die Minderungspflicht entsprechend § 6a GOÄ.

IX. Regelungen für Auskünfte, Bescheinigungen, Berichte und Gutachten

§ 57 Berichts- und Gutachtenpauschalen

- (1) Die Gebühren für Auskünfte, Bescheinigungen, Vordrucke, 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.

§ 58 Vereinbarte Vordrucke

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

§ 59 Überschreitung der Gebührenhöchstsätze bei Gutachten

Die Höchstsätze für frei erstattete Gutachten (Nrn. 160, 161, 165 des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses) dürfen bei Vorliegen besonderer Gründe und mit vorheriger Zustimmung des Unfallversicherungsträgers überschritten werden. Lehnt dieser einen dahingehenden vom Arzt gestellten Antrag ab, so ist das Gutachten zu den Sätzen nach Nr. 160 bzw. 161 bzw. 165 des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses zu honorieren. Falls der Arzt damit nicht einverstanden ist, gibt er den Gutachtenauftrag unverzüglich an den Unfallversicherungsträger zurück.

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

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

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

§ 61 Berichterstattung

- (1) Ein Arzt, der vom Durchgangsarzt nach § 25 oder H-Arzt nach § 34 hinzugezogen wird, erstattet unverzüglich einen Bericht auf Vordruck oder in freier Form. Der Bericht ist dem Durchgangsarzt/H-Arzt zuzusenden. Der Unfallversicherungsträger erhält eine Durchschrift. Entsprechendes gilt auch für den vom Belegarzt nach § 56 Abs. 3 hinzugezogenen Arzt.
- (2) Der Bericht ist zu vergüten.

§ 62 Vergütung ärztlicher Leistungen bei Hinzuziehung zur Klärung der Diagnose

Bei Hinzuziehung zur Klärung der Diagnose (§ 25) im Rahmen ambulanter Behandlung richtet sich die Höhe der Vergütung (Gebührensatz der allgemeinen oder besonderen Heilbehandlung) nach Maßgabe der Einstufung des Behandlungsfalles durch den Durchgangsarzt. Entsprechendes gilt bei Hinzuziehung im Rahmen belegärztlicher Behandlung. Bei Leistungserbringung im Krankenhaus gilt die Minderungspflicht entsprechend § 6a GOÄ.

§ 63 Vergütung ärztlicher Leistungen bei Mitbehandlung

Bei Hinzuziehung zur Mitbehandlung (§ 25) im Rahmen ambulanter oder belegärztlicher Behandlung gilt § 62 entsprechend.

XI. Rechnungslegung und Bezahlung

§ 64 Rechnungslegung

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

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

(2)Die Forderung der Vorauszahlung der Gebühr und die Erhebung durch Nachnahme sind unzulässig.

(3)Änderungen von Rechnungen sind vom Unfallversicherungsträger dem Arzt gegenüber zu begründen.

§ 65 Zahlungsfrist

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

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

§ 66 Schlichtungsstelle

- (1) Zur einvernehmlichen Klärung von Fragen, die sich aus der Auslegung des Vertrages ergeben, werden - soweit nicht die Ständige Gebührenkommission nach § 52 zuständig ist - Schlichtungsstellen bei den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften für deren Gebiet gebildet.
- (2) Eine Schlichtungsstelle besteht aus je vier Vertretern der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und des zuständigen Landesverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Jede Partei bestimmt ihre Vertreter. Die Schlichtungsstelle gibt sich eine Verfahrensordnung.
- (3) Die Schlichtungsstelle wird auf Antrag einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften tätig.
- (4) Die Entscheidungen der Schlichtungsstelle sind für die Betroffenen verbindlich, wenn sie ihr nicht widersprechen. Kann eine Einigung nicht einvernehmlich herbeigeführt werden, ist die Schlichtungsstelle verpflichtet, die Partner dieses Vertrages zu informieren, damit eine Regelung getroffen werden kann.
- (5) Entscheidungen der Schlichtungsstellen sind den Partnern dieses Vertrages bekanntzugeben.

§ 67 Schiedsamt

- (1) Gemäß § 34 Absatz 6 SGB VII bilden die Vertragspartner ein Schiedsamt.
- (2) Das Schiedsamt besteht aus 3 Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und 3 Vertretern der Verbände der Unfallversicherungsträger sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und 2 weiteren unparteiischen Mitgliedern. § 89 Absatz 3 SGB V sowie die auf Grund des § 89 Absatz 6 SGB V erlassenen Rechtsverordnungen gelten entsprechend.
- (3) Das Schiedsamt entscheidet auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Verbände der Unfallversicherungsträger in Fällen des nicht Zustandekommens oder teilweise nicht Zustandekommens eines Vertrages nach § 34 Ab-

satz 3 SGB VII. Das Schiedsamt legt in diesen Fällen mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von 3 Monaten den Vertragsinhalt fest.

(4) Die Geschäftsführung für das Schiedsamt obliegt dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V.

§ 68 Kündigungsfrist

(1) Der Vertrag kann mit sechsmonatiger Frist zum Schluss eines jeden Kalenderjahres, das Leistungs- und Gebührenverzeichnis (§ 51) mit einer Frist von 6 Wochen zum Schluss eines jeden Kalenderhalbjahres gekündigt werden.

(2) Wird der Vertrag gekündigt, ist dies dem zuständigen Schiedsamt (§ 67) schriftlich mitzuteilen.

(3) Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag ganz oder teilweise nicht zustande, setzt ein Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von 3 Monaten nach Vertragsablauf den neuen Inhalt fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Entscheidung des Schiedsamts vorläufig weiter.

§ 69 Inkrafttreten, Übergangsregelungen

(1) Dieser Vertrag tritt am 01. Mai 2001 in Kraft. Gleichzeitig tritt das Abkommen Ärzte/Unfallversicherungsträger vom 23. März 1984 in der Fassung vom 26. März 1992 einschließlich der Anlagen und Anhänge außer Kraft.

(2) Die bis einschließlich 30. April 2001 erbrachten Leistungen sind nach den Vorschriften des Abkommens in der Fassung vom 26. März 1992 abzurechnen.

(3) Ärzte, die nach dem Abkommen vom 23. März 1984 in der Fassung vom 26. März 1992 beteiligt waren, sind auch nach diesem Vertrag beteiligt.

(4) Für den nach Ltnr. 29 Abs. 3 des Abkommens vom 23. März 1984 in der Fassung vom 26. März 1992 von der Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt befreiten Arzt für Chirurgie oder Orthopädie gilt diese Regelung noch für einen Zeitraum von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieses Vertrages weiter.

Sankt Augustin/Kassel/München/Köln, den 29. November 2000

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V.

Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften e.V.

Bundesverband der Unfallkassen e.V.

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Anhang 1

zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger in der ab 1. Mai 2001
gültigen Fassung

Verletzungsartenverzeichnis

1. Ausgedehnte oder tief gehende Weichteilverletzungen (offen oder geschlossen),
Amputationsverletzungen, Muskelkompressionssyndrome
2. Akute oder drohende Ernährungsstörungen
3. Verletzungen der großen Gefäße
4. Verletzungen der großen Nerven oder Nervengeflechte
5. Offene oder gedeckte Schädel-Hirn-Verletzungen, ausgenommen Comotio
(Schädel-Hirn-Trauma I)
6. Brustkorbverletzungen mit Organbeteiligungen
7. Stumpfe oder offene Bauchverletzungen
8. Verletzungen der Nieren oder Harnwege
9. Verletzungen der Wirbelsäule mit neurologischer Symptomatik
10. Offene Verletzungen großer Gelenke
11. Operationsbedürftige Verrenkungen der Gelenke
12. Gelenkbinnenverletzungen, mit Stabilitätsverlust verbundene Bandverletzungen
mit Ausnahme der isolierten Bandverletzungen des oberen Sprunggelenkes
13. Durchtrennende Verletzungen von Sehnen, ausgenommen Strecksehnenverlet-
zungen der Finger und Zehen
14. Ausgedehnte und tief gehende Verbrennungen oder Verätzungen, Inhalations-
traumen
15. Folgende Verletzungen der Hand
 - 15.1 Amputationsverletzungen
(ausgenommen Fingerendgliedknochen)
 - 15.2 Brüche mehrerer Finger

- 15.3 Stark verschobene Frakturen oder Luxationen von Mittelhandknochen, Bennetsche Fraktur am 1. Mittelhandknochen in jeder Form, stark verschobene Langfingergrundgliedfrakturen oder solche mit Grundgelenksbeteiligung
 - 15.4 Kahnbeinbrüche und perilunäre Luxationen
 - 15.5 Verletzungen von mehreren Fingernerven
 - 15.6 Verletzungen mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen
 - 15.7 Beugesehnenverletzungen
 - 15.8 Verbrennungen der Hand mit drohender Funktionsstörung
16. Folgende Knochenbrüche
- 16.1 Offene oder geschlossene Brüche des Hirn- und Gesichtsschädels
 - 16.2 Brüche mehrerer Röhrenknochen oder mehrfache Brüche eines Röhrenknochens
 - 16.3 Wirbelbrüche, ausgenommen Dorn- und Querfortsatzbrüche
 - 16.4 Verletzungen offener Wachstumsfugen
 - 16.5 Offene Brüche des Ober- oder Unterarms
 - 16.6 Geschlossene Brüche des Ober- oder Unterarms mit starker Verschiebung oder Splitterung oder Gelenkbeteiligung
 - 16.7 Beckenbrüche, ausgenommen Beckenschaufelbrüche und unverschobene Scham- und Sitzbeinbrüche
 - 16.8 Brüche des Oberschenkels
 - 16.9 Stückbrüche der Kniescheibe oder Brüche des Schienbeines mit Verschiebung
 - 16.10 Brüche des Unterschenkels oder Brüche des Schienbeines (mit Verschiebung) sowie mit offenen oder geschlossenen Weichteilschäden
 - 16.11 Brüche der Knöchelgabel mit Verschiebung
 - 16.12 Brüche des Sprungbeines oder verschobene Brüche des Fersenbeines und der Fußwurzel
 - 16.13 Stark verschobene Brüche eines Mittelfußknochens oder Brüche mehrerer Mittelfußknochen, ausgenommen die isolierte Basisfraktur am 5. Mittelfußknochen

- 17. Verletzungen oder Verletzungsfolgen mit tief gehenden, ausgedehnten oder fortschreitenden Entzündungen
- 18. Fehlender Heilungsfortschritt oder Komplikationen bei nicht im Verzeichnis enthaltenen Verletzungen
- 19. Behandlungs- oder korrekturbedürftige Unfallfolgezustände

Anhang 2

**zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger in der ab 1. Mai 2001
gültigen Fassung**

Anwendung des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses bei Leistungserbringung in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Berlin (Ost)

Das Leistungs- und Gebührenverzeichnis findet bei Leistungserbringung in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Berlin (Ost) mit der Maßgabe Anwendung, dass auf die Gebühren für ärztliche Leistungen ein Abschlag in der Höhe vorgenommen wird, wie es die jeweils gültige Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorsieht.

Auf Gebühren für Berichte und Gutachten (Nrn. 110 bis 191 des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses) wird kein Abschlag vorgenommen.

Anhang 3

zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger in der ab 1. Mai 2001 gültigen Fassung

Auszug aus dem SGB VII – Datenschutz

§ 201 Datenerhebung und Datenverarbeitung durch Ärzte

(1) Ärzte und Zahnärzte, die an einer Heilbehandlung nach § 34 beteiligt sind, erheben, speichern und übermitteln an die Unfallversicherungsträger Daten über die Behandlung und den Zustand des Versicherten sowie andere personenbezogene Daten, soweit dies für Zwecke der Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist. Ferner erheben, speichern und übermitteln sie die Daten, die für ihre Entscheidung, eine Heilbehandlung nach § 34 durchzuführen, maßgeblich waren. Der Versicherte kann vom Unfallversicherungsträger verlangen, über die von den Ärzten übermittelten Daten unterrichtet zu werden. § 25 Abs. 2 SGB X gilt entsprechend. Der Versicherte ist von den Ärzten über den Erhebungszweck, ihre Auskunftspflicht nach den Sätzen 1 und 2 sowie über sein Recht nach Satz 3 zu unterrichten.

(2) Soweit die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen und die Krankenkassen Daten nach Absatz 1 zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen, dürfen die Daten auch an sie übermittelt werden.

§ 203 Auskunftspflicht von Ärzten

(1) Ärzte und Zahnärzte, die nicht an einer Heilbehandlung nach § 34 beteiligt sind, sind verpflichtet, dem Unfallversicherungsträger auf Verlangen Auskunft über die Behandlung, den Zustand sowie über Erkrankungen und frühere Erkrankungen des Versicherten zu erteilen, soweit dies für die Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist. Der Unfallversicherungsträger soll Auskunftsverlangen zur Feststellung des Versicherungsfalles auf solche Erkrankungen oder auf solche Bereiche von Erkrankungen beschränken, die mit dem Versicherungsfall in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können.

§ 98 Abs. 2 Satz 2 SGB X gilt entsprechend.

(2) Die Unfallversicherungsträger haben den Versicherten auf ein Auskunftsverlangen nach Absatz 1 sowie auf das Recht, auf Verlangen über die von den Ärzten übermittelten Daten unterrichtet zu werden, rechtzeitig hinzuweisen.

§ 25 Abs. 2 SGB X gilt entsprechend.