

- Korrektur zum Newsletter vom 10. Juli 2018
- Keine verpflichtende Procalcitonin-Bestimmung vor Antibiotikatherapie
- Neue Leistungen für die hyperbare Sauerstofftherapie
- Neue Leistungen für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve
- Ergänzung beim Mammographie-Screening
- Änderungen im Formblatt PTV 11
- Blankoformularbedruckung: Duplexverfahren darf genutzt werden
- Änderungen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
- Gesundheitsuntersuchung: Neugestaltung des „Check-up 35“ für Erwachsene
- Neue Muster 64 und 65
- Änderung der Vereinbarung zur Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC)
- GOP 01416: Begleitung durch Psychotherapeuten beim Krankentransport
- GOP 33081: Sonographie weiterer Organe oder Organteile
- Thulium-Laserenukleation und photoselektive Vaporisation neu im Anhang 2 EBM
- Rehabilitations-Richtlinie: Anpassung an das Bundesteilhabegesetz
- Handwerker-Intensivkur der IKK Nord
- Jugendarbeitsschutzuntersuchung: Start der neuen Abrechnungsregeln
- Gesetzliche Unfallversicherung: Anpassung UV-GOÄ und Ärztevertrag

Für Rückfragen: Serviceteam der KVSH Tel. 04551 883 883

27.09.2018

Korrektur zum Newsletter vom 10. Juli 2018

Wir korrigieren unsere Aussage zur laborbasierten Differenzialdiagnostik durch Neurologen, die wir im Newsletter vom 10. Juli 2018 getätigt haben, wie folgt: Eine internistische laborbasierte Differenzialdiagnostik bei einer durch einen Neurologen diagnostizierten Polyneuropathie fällt in die Verantwortung des Neurologen, da dies nach der Weiterbildungsordnung von der neurologischen Weiterbildung umfasst wird.

Keine verpflichtende Procalcitonin-Bestimmung vor Antibiotikatherapie

Bezüglich der Notwendigkeit einer Labordiagnostik vor jeder Antibiotikatherapie wurde eine Klarstellung geschaffen, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wie folgt veröffentlicht wird:

„Aufgrund einer Pressemeldung wird der Eindruck vermittelt, dass zukünftig vor jeder Antibiotikatherapie labordiagnostische Untersuchungen durchgeführt werden müssen, da sonst Arzneimittelregresse drohen. Deswegen stellen die Trägerorganisationen gemeinsam fest, dass der Beschluss zur Antibiotikatherapie in der 54. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 14. März 2018 keine Verpflichtung zur Durchführung labordiagnostischer Untersuchungen vor jeder Verordnung eines Antibiotikums darstellt. Sofern die klinischen Symptome ausreichend charakteristisch sind, kann auch zukünftig die Entscheidung für oder gegen eine antibiotische Therapie ohne labordiagnostische Untersuchung getroffen werden. Eine Laboruntersuchung sollte dagegen immer dann veranlasst werden, wenn aufgrund klinischer Kriterien die Indikation für oder gegen eine Antibiotikatherapie nicht eindeutig gestellt werden kann.“

Neue Leistungen für die hyperbare Sauerstofftherapie

Die hyperbare Sauerstofftherapie wird zum 1. Oktober 2018 als neuer Abschnitt 30.2.2 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Die ärztlichen Aufwände werden durch die folgenden neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) abgebildet:

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
30210	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum*	64 Punkte
30212	Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum*	343 Punkte
30214	Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen*	140 Punkte
30216	Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit vor der ersten Druckkammersitzung für die hyperbare Sauerstofftherapie*, einschl. Sachkosten	323 Punkte
30218	Hyperbare Sauerstofftherapie*, einschl. Sachkosten	1173 Punkte

* gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

Für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 30216 und 30218 EBM ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich. Für diese Leistungen gilt der Anhang zum Abschnitt 30.2.2 EBM, der bis zum Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung „Hyperbare Sauerstofftherapie“ gemäß § 135 Abs. 2 SGB V die fachliche Befähigung und die Anforderung an die Durchführung der hyperbaren Sauerstofftherapie regelt.

Die Vergütung der Gebührenordnungspositionen 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Vergütung der Gebührenordnungsposition 30214 EBM erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Nähere Informationen zu den o.g. Leistungen finden Sie in dem Beschluss des Bewertungsausschusses unter www.institut-ba.de.

Neue Leistungen für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve

Mit Beschluss vom 17. November 2017 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die „Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit“ in die Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen. Mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 wurden die Vorgaben des G-BA durch die Aufnahme der GOP 34298 sowie der Kostenpauschale 40301 in den EBM umgesetzt. Die Vergütung der neuen Leistung erfolgt extrabudgetär.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
34298	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve	980 Punkte

Zur Abbildung der erforderlichen Sachkosten wurde die Kostenpauschale 40301 in den EBM-Abschnitt 40.6 integriert. Sie ist mit 660 Euro bewertet und enthält alle Sachkosten, einschließlich der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf.

Die Messung darf nur von Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie durchgeführt werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung der Leistungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Absatz 2 SGB V verfügen. Die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 34298 in den EBM wird verbunden mit dem Ziel der Anpassung der Qualitätssicherungsvereinbarung bis spätestens zum 1. Januar 2019. Hierzu wurde bis zum 31. Dezember 2018 eine Übergangsregelung vereinbart, die besagt, dass die Gebührenordnungsposition 34298 EBM von allen Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie abgerechnet werden darf, die bereits über eine Genehmigung zur invasiven Kardiologie entsprechend der bisher gültigen Qualitätssicherungsvereinbarung verfügen.

Ansprechpartner für die Genehmigung der invasiven Kardiologie ist die Abteilung Qualitätssicherung, Christine Sancion, Telefon: 04551 883 533.

Ergänzung beim Mammographie-Screening

Zum 1. Oktober 2018 wird die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie in der Anlage VI Nummer 2.6 bei der Dokumentation des Mammographie-Screenings um das Grading und die Bestimmung des Rezeptorstatus erweitert. Hierfür wird der EBM um die Gebührenordnungsposition 19317 ergänzt. Bislang konnten die Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung mit den kurativen Gebührenordnungspositionen 19312, 19320, 19321 und 19322 EBM angesetzt werden.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
19317	Grading mittels Morphometrie sowie immunhistochemische Bestimmung des Estrogen- und Progesteron-Rezeptorstatus eines Materials gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Anlage VI Nummer 2.6	1356 Punkte

Änderungen im Formblatt PTV 11

Das bisher bekannte Formblatt PTV 11 „Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde“ wird zum 1. Oktober 2018 verändert. Hintergrund ist der Beschluss, dass probatorische Sitzungen, sofern sie zeitnah erforderlich sind, von der Terminservicestelle vermittelt werden sollen. Auf dem Formular gibt es ein neues Ankreuzfeld bei der „Empfehlung zum weiteren Vorgehen“, mit dem der Therapeut die Möglichkeit hat, eine ambulante Psychotherapie als „zeitnah erforderlich“ zu kennzeichnen. Setzt er das Kreuz, dann hat der Patient Anspruch auf eine Vermittlung von probatorischen Sitzungen über die Terminservicestelle der KV. Zugleich wurde auch eine redaktionelle Änderung der Bezeichnung der ICD-10-Felder vorgenommen. **Alte Formulare dürfen aufgrund der Stichtagsregelung nicht aufgebraucht werden.** Die neuen Formulare - erhältlich u.a. über die Formularengabe der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein - sind zwingend ab dem 1. Oktober zu verwenden.

Blankoformularbedruckung: Duplexverfahren darf genutzt werden

Bisher war nicht eindeutig, ob das Duplexverfahren, also die Bedruckung von Formularen mit Vorder- und Rückseite, auch bei der Blankoformularbedruckung angewandt werden darf. Dies wurde nun von den Bundesmantelvertragspartnern zum 1. Juli 2018 festgelegt. Bei den nachfolgend genannten Formularen darf das Duplexverfahren genutzt werden:

Muster 12: Verordnung häuslicher Krankenpflege

Muster 13: Heilmittelverordnung (Physikalische/Podologische Therapie)

Muster 14: Heilmittelverordnung (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)

Muster 15: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe

Muster 18: Heilmittelverordnung (Ergotherapie/Ernährungstherapie)

Muster 56: Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining

Muster 63: Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

Änderungen der Krebsfrüherkennungs- Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. Juli 2018 die neue Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) beschlossen. Die Darmkrebsfrüherkennung wird als erstes organisiertes Programm im Rahmen dieser Richtlinie umgesetzt. Gleichzeitig mit dem Beschluss des G-BA werden entsprechende Paragraphen in der bestehenden Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL), die Regelungen zur Darmkrebsfrüherkennung enthalten, angepasst. Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie bleibt ansonsten unverändert gültig. Der Beschluss des G-BA steht derzeit unter Vorbehalt der Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit, so dass die Änderungen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie parallel zur oKFE-RL in Kraft treten.

Gesundheitsuntersuchung: Neugestaltung des „Check-up 35“ für Erwachsene

Mit Beschluss vom 19. Juli 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene („Check-up 35“) angepasst. Änderungen gibt es beispielsweise bei der Altersgrenze, den Untersuchungsintervallen sowie bei den Inhalten des Check-ups. Am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger tritt die Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie in Kraft. Der Bewertungsausschuss hat dann noch die Vergütung festzulegen. Erst danach haben Versicherte Anspruch auf die überarbeitete Gesundheitsuntersuchung. Weitere Details finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de.

Neue Muster 64 und 65

Die Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter wird bundesweit vereinheitlicht. Ab 1. Oktober 2018 steht ein neues Muster 64 „Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter“ zur Verfügung. Für das Ausstellen des vereinbarten Vordrucks nach dem Muster 64 wird die Gebührenordnungsposition 01624 neu in den EBM aufgenommen. Die Verordnung ist durch Vertragsärzte möglich, Vertragspsychotherapeuten dürfen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nicht verordnen.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
01624	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V unter Verwendung des Vordrucks Muster 64	210 Punkte

Im Zusammenhang mit der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter wird zum 1. Oktober 2018 ein weiteres Muster 65 „Ärztliches Attest Kind“ eingeführt. Für das Ausstellen des vereinbarten Vordrucks nach dem Muster 65 ist die Gebührenordnungsposition 01622 berechnungsfähig. Sie ist mit 83 Punkten bewertet. Die Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01622 wird durch Aufnahme des Musters 65 angepasst. Die Änderungen im EBM treten gleichzeitig mit den neuen Formularen zum 1. Oktober 2018 in Kraft. Ab dann können die neuen Muster per Praxisverwaltungssoftware oder per Blankoformularbedruckung ausgestellt werden.

Änderungen der Vereinbarung zur Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC)

Die Anlage 20 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) wird zum 1. Oktober 2018 angepasst. Im fahrenden vertragsärztlichen Notdienst ist nun die Ausnahmeregelung aufgenommen worden, die Daten der EHIC oder der provisorischen Ersatzbescheinigung formlos händisch zu erfassen. Oft gab es Probleme, weil keine unmittelbaren Kopier- oder andere Erfassungsmöglichkeiten vorhanden waren. Zudem wurde in dem Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ (Anlage 2 zur Anlage 20 BMV-Ä) eine neue Zeile „Name des behandelnden Arztes“ eingefügt. Somit ist eine eindeutige Zuordnung der Patientenerklärung zur Kopie der EHIC bei den Krankenkassen möglich. Die neuen Formulare sind in 13 Sprachen vorhanden und werden ab dem 1. Oktober 2018 in den Praxisverwaltungssystemen enthalten sein.

Eine ebenfalls neue Formularvorgabe wird es für Patienten geben, die nach Abkommens- bzw. EG-Recht für eine Behandlung nach Deutschland eingereist sind. Das Formular „Nationaler Anspruchsnachweis“ für die Krankenkasse regelt somit die bundeseinheitliche und übersichtliche Dokumentation. Es ist in der neuen Anlage 3 zur Anlage 20 BMV-Ä ab dem 1. Oktober 2018 abgebildet. Der bisher bekannte Abrechnungsschein Muster 5 Anlage 2 BMV-Ä wird durch das neue Formular abgelöst.

GOP 01416: Begleitung durch Psychotherapeuten beim Krankentransport

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen seit Juni 2017 Krankenhausbehandlungen und Krankentransporte verordnen. Die Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung ist über die Gebührenordnungsposition 01416 EBM abgebildet. Eine Abrechnung dieser Leistung durch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten war bislang nicht möglich. Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt nun eine Änderung der Nr. 5 der Präambel 23.1 EBM, so dass ab 1. Oktober 2018 die Gebührenordnungsposition 01416 EBM auch für psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechnungsfähig ist.

GOP 33081: Sonographie weiterer Organe oder Organteile

Die Gebührenordnungsposition 33081 EBM ist anzusetzen bei sonographischer Untersuchung (mittels B-Mode-Verfahren) von Organen oder Organteilen bzw. Organstrukturen, die **nicht** Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076 und 33080 EBM sind. In der aktuellen Prüfung ist vermehrt aufgefallen, dass die GOP 33081 EBM für die Sonographie von Körperteilen angesetzt wird, die Bestandteil der oben aufgeführten Gebührenordnungspositionen sind. Bitte beachten Sie die Voraussetzungen zur Abrechnung, da ansonsten sachlich-rechnerische Korrekturen durchgeführt werden.

Thulium-Laserenukleation und photoselektive Vaporisation neu im Anhang 2 EBM

Die Operationsverfahren der photoselektiven Vaporisation (OPS-Code 5-601.42) und der Thulium-Laserenukleation (OPS-Code 5-601.72) der Prostata werden zum 1. Oktober 2018 in den Anhang 2 des EBM aufgenommen. Die Abbildung erfolgt über die bereits bestehende Gebührenordnungsposition 36289 EBM (Laserendoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie RW3) sowie über den dazugehörigen Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 36290 EBM. Die Berechnung der GOP 36289 und 36290 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms voraus. Diese Vereinbarung wird in Bezug auf die photoselektive Vaporisation und Thulium-Laserenukleation erweitert. Bis zum Inkrafttreten der erweiterten Vereinbarung können die neu aufgenommenen OPS-Codes übergangsweise bei Vorliegen einer Genehmigung nach der bestehenden Vereinbarung berechnet werden. Die Übergangsregelung gilt längstens bis zum 31. Dezember 2018.

Rehabilitations-Richtlinie: Anpassung an das Bundesteilhabegesetz

Aufgrund des Bundesteilhabegesetzes wurde die Rehabilitations-Richtlinie mit Wirkung zum 4. August 2018 angepasst. Durch die Anpassung soll Personen mit Behinderung mehr Teilhabe und individuelle Selbstbestimmung ermöglicht werden. Sie finden die aktuelle Richtlinie und den Beschluss unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse. Zudem hat die KBV die angebotene CME-Online-Fortbildung zur medizinischen Rehabilitation erweitert. Sie gelangen mit Ihrem persönlichen Passwort über das KVSH-Portal zum KBV-Fortbildungsportal. Eine Fortbildung bei der KVSH wird zurzeit nicht angeboten. Bei technischen Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter der Telematik-Hotline unter der Telefonnummer 04551 883 888, E-Mail: portal@kvsh.de, zur Verfügung. Bei allgemeinen Fortbildungsfragen wenden Sie sich an Tanja Glaw, Telefon: 04551 883 332.

Handwerker-Intensivkur der IKK Nord

Die Abrechnungsziffern 99320 (7,50 Euro) und 99321 (10,50 Euro) für das Ausfüllen ärztlicher Bescheinigungen werden zum 30. September 2018 beendet. Die IKK Nord bietet die Handwerker-Intensivkur in der bisherigen Form nicht mehr an, so dass ab dem 4. Quartal 2018 keine Abrechnung mehr möglich ist.

Jugendarbeitsschutzuntersuchung: Start der neuen Abrechnungsregeln

Ab 1. Oktober 2018 beginnen die neuen Abrechnungsregeln bei den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen gemäß Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG). Sie können die Abrechnung dann über Ihre Praxissoftware vornehmen und der bisher notwendige Versand der Untersuchungsberechtigungsscheine an die KVSH entfällt (siehe dazu den Beitrag in der Nordlicht Ausgabe 6/2018). Die Erst- und Nachuntersuchungen werden über die neuen Abrechnungsziffern 99260A-99260D abgerechnet und weiterhin mit 23,31 Euro vergütet. Für etwaige Ergänzungsuntersuchungen nach Paragraph 38 JArbSchG gilt die neue Abrechnungsziffer 99260E ohne festen Wert. Bei diesen Ergänzungsuntersuchungen ist zusätzlich zur GOP 99260E das nach dem einfachen Satz der GOÄ errechnete Honorar als Cent-Betrag (Sachkosten in Cent, Feldkennung 5012) mit Angabe der entsprechenden GOÄ Ziffern (Sachkosten-Bezeichnung, Feldkennung 5011) in der Praxissoftware einzutragen. Wir bitten darum, alle Altfälle (Untersuchungstag bis 30. September 2018) spätestens mit der Quartalsabrechnung 3/2018 einzureichen. Beachten Sie bitte, dass solche Altfälle auch später nicht über die Software abgerechnet werden können, sondern dafür weiterhin die (alten) Scheine im Original an die KVSH geschickt werden müssen. Die Auszahlung findet dann gesondert und nicht über die Quartalsabrechnung statt.

Die Vertragsunterlagen sowie weitere Unterlagen und Informationen zu diesem Vertrag finden Sie im Downloadcenter auf der Homepage der KVSH. Bei Bedarf können die Unterlagen auch per Post angefordert werden. Welche Unterlagen noch in Papierform mit der Abrechnung an die KVSH geschickt werden müssen, finden Sie in der aktuellen „Checkliste für Praxen“ unter www.kvsh.de im Bereich „Praxis/Abrechnung/Informationen zur Quartalsabrechnung“ oder demnächst als heraustrennbare Tischvorlage in der Nordlicht Ausgabe 11/2018.

Gesetzliche Unfallversicherung: Anpassung UV-GOÄ und Arztevertrag

Das Leistungs- und Gebührenverzeichnis für die Abrechnung mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern (UV-GOÄ) sowie der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sind zum 1. Oktober 2018 angepasst worden. Die Beschlüsse der ständigen Gebührenkommission nach Paragraph 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger können auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein unter www.kvsh.de im Bereich „KVSH aktuell“ sowie im Downloadcenter im Bereich „Verträge“ eingesehen werden.

Wichtige Information zu diversen Formtexten

Mit der Änderung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherung zum 1. Oktober 2018 sind zudem zwei neue Formtexte vereinbart worden. Nach Nummer 135 UV-GOÄ wird der Vordruck „F6120 Bericht Hautkrebs BK-5103“ eingeführt und mit 30,00 Euro vergütet. Weiter wird nach Nummer 135a UV-GOÄ der Vordruck „F6122-5103 Nachsorgebericht Hautkrebs BK-Nr. 5103“ eingeführt und mit 50,00 Euro vergütet.

Folgende Formtexte entfallen ab 1. Oktober 2018:

- F1102 Auskunft Kopfverletzung
- F1104 Auskunft Komplikation Gliedmaßenverletzung
- F1108 Auskunft Verbrennung
- F1114 Ausführliche Auskunft allgemein
- F1116 Ausführliche Auskunft Augen
- F1120 Bericht neurologischer Befund
- F2132 Ausführlicher Bericht Kopfverletzung
- F2134 Ausführlicher Bericht Knie

Sollten aus diesen Bereichen Berichte erforderlich werden, kann künftig nach der Nummer 118 UV-GOÄ ein ausführlicher Befundbericht auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers in freier Form erbracht werden. Dieser wird mit 30,75 Euro vergütet.