

Fragen-Antworten-Katalog zur Abrechnung der schmerztherapeutischen Leistungsziffern des Kapitels P der UV-GOÄ zw. KBV und DGUV:

Stand: 01.08.2024

Der Fragen-Antworten-Katalog wird fortlaufend aktualisiert.

	Frage	Entwurf Antwort
1	Wie funktioniert die Abrechnung (mit und ohne Hinzuziehung durch D-Ärzte/D-Ärztinnen) der Nummern 6000 ff. UV-GOÄ?	Die Abrechnung der neu beschriebenen schmerzmedizinischen Leistungen (Nummern 6000 ff. in der UV-GOÄ) ist grundsätzlich für alle Ärzte/Ärztinnen möglich, die die in Kapitel P der UV-GOÄ aufgeführten Anforderungen erfüllen. Es ist dafür unerheblich, ob der Schmerzmediziner oder die Schmerzmedizinerin durch einen D-Arzt oder D-Ärztin nach § 12 des Vertrags Ärzte/UV-Träger hinzugezogen, direkt vom Versicherten aufgesucht oder vom Unfallversicherungsträger angesteuert wurde. In jedem Fall kann die Abrechnung der Nummern 6000 ff. UV-GOÄ nur nach vorheriger Genehmigung durch den Unfallversicherungsträger erfolgen. Der Schmerzmediziner/die Schmerzmedizinerin rechnet nach der UV-GOÄ gegenüber dem zuständigen Unfallversicherungsträger ab.
2	Können privatärztlich tätige Ärzte/Ärztinnen die neuen UV-GOÄ Gebühren der Nummern 6000 ff. abrechnen?	Eine Abrechnung nach der UV-GOÄ ist nur für Ärzte und Ärztinnen möglich, die am Vertrag Ärzte/Unfallversicherung beteiligt sind (siehe § 4 des Vertrags Ärzte/UV-Träger). Dies sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und alle D-Ärzte. Mit der Ausnahme, dass gemäß § 4 Abs. 2 Vertrag Ärzte/UV-Träger auch Ärzte/Ärztinnen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, einen Antrag auf Beteiligung bei dem zuständigen Landesverband stellen können. Der Landesverband entscheidet im Einvernehmen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung über eine mögliche vertragliche Beteiligung außerhalb der vertragsärztlichen Beteiligung des SGB V.
3	Ist eine Genehmigung für laufende alte und für neue Behandlungsfälle notwendig?	Ja, bei neuen Fällen (vor der ersten Behandlung) und bei der Fortsetzung der Behandlungen von Bestandspatienten muss ab dem 01.07.2024 eine Genehmigungsanfrage für die Leistungserbringung der Nummern 6000 ff. UV-GOÄ an den zuständigen UV-Träger gestellt werden. Dabei legt die Ärztin/der Arzt die aktuelle Bestätigung der KV zur Teilnahme an der QS-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V vor.

4	Beginn der Behandlung bei akuten Schmerzen (z. B. CRPS) ohne Zustimmung des UV-Trägers?	<p>Es gilt der Behandlungsgrundsatz des § 9 Vertrags Ärzte/UV-Träger: Bei akutem Behandlungsbedarf können alle notwendigen medizinischen ärztlichen Leistungen, die den Rahmen des sofort Notwendigen nicht überschreiten, erbracht werden.</p> <p>Die in diesem Rahmen erbrachten medizinischen Leistungen werden regulär nach der UV-GOÄ abgerechnet (bspw. Untersuchungen nach der Nr. 1 UV-GOÄ, Medikation Nr.: 462 UV-GOÄ, Injektion Nr. 252 UV-GOÄ usw.).</p> <p>Nur die Leistungen des Kapitels P unterliegen einem Genehmigungsvorbehalt der UV-Träger. Ist nach einer akuten Behandlung die Fortsetzung einer schmerzmedizinischen Versorgung aus Sicht der Ärztin/des Arztes indiziert, so ist der zuständige UV-Träger anzufragen.</p>
5	Können die Schmerzmediziner neben den Nummern der 6000 ff. UV-GOÄ auch andere Nummern der UV-GOÄ abrechnen?	<p>Ja, soweit die abrechnungsrechtlichen Voraussetzungen der UV-GOÄ vorliegen, können die Schmerzmediziner/Schmerzmedizinerinnen alle erbrachten Leistungen regulär nach der UV-GOÄ abrechnen (bspw. Untersuchungleistungen, Injektionsleistungen oder auch Anästhesieleistungen, wenn die Leistungserbringungsvoraussetzungen in den jeweils geltenden Leistungslegenden und Allg. Bestimmungen erfüllt sind).</p>
6	Wie erfolgt die Abrechnung der Leistungen: Monatlich oder Quartalsbezogen?	<p>Nach § 64 Abs. 1 (Vertrag Ärzte/UV-Träger) soll die Rechnungslegung grundsätzlich nach Abschluss der Behandlung erfolgen. Bei längerer Behandlungsdauer sollte der Abrechnungszeitraum vier Wochen nicht überschreiten.</p> <p>D. h. Leistungen, die innerhalb eines Monats erbracht werden, sollten in einer Rechnung zusammengefasst werden.</p> <p><u>Hinweis:</u> Die Betrachtung des Behandlungsfalls in der gesetzlichen Unfallversicherung ist eine andere als die Quartalsbetrachtung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In der Unfallversicherung gilt als Behandlungsfall die gesamte ambulante Versorgung, die von demselben Arzt/derselben Ärztin nach der ersten Inanspruchnahme innerhalb von drei Monaten an demselben Patienten/derselben Patientin zu Lasten desselben gesetzlichen UV-Trägers vorgenommen worden ist.</p>
7	Wie erfolgt die Abrechnung der Folgebehandlung (neue Nummer 6001 UV-GOÄ) für Patienten, die bereits in Behandlung sind und bei denen noch vor dem 01.07.2024 eine vollständige Anamnese oder umfassende Therapiekontrolle durchgeführt wurde?	<p>Die Leistungen nach den Nummern 6001 ff. UV-GOÄ können erbracht und abgerechnet werden, ohne dass die Nummer 6000 vorher erbracht werden muss. Die dafür neu einzuholende Genehmigung gilt für ein Jahr ab dem ersten Behandlungstag (nach dem 01.07.2024).</p> <p>Es soll vermieden werden, dass eine bereits zuvor durchgeführte Erstanamnese zur schmerzmedizinischen Behandlung lediglich wegen der Neueinführungen des Kapitels P und den darin enthaltenen Folgeleistungen nochmal erbracht wird.</p>