

Fragen-Antworten-Katalog zur Abrechnung der schmerzmedizinischen Leistungsziffern des Kapitels P der UV-GOÄ zwischen KBV und DGUV

Stand: 01.07.2026

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	Wie kann eine Behandlung mit Qutenza-Pflastern abgerechnet werden? NEU SEIT 01.06.2026	Die Abrechnung der Kosten der Anbringung des Qutenza-Pflasters inklusive des anschließenden „Verweilzeitraums“ der behandelten Person unter ärztlicher Aufsicht ist über die Nummer 6001 UV-GOÄ möglich. Die Qutenza-Therapie ist als „Folgebehandlung“ von der Nummer 6001 UV-GOÄ erfasst. Je nach Dauer der Behandlung („je angefangene 10 Minuten“) kann die Gebühr bis zu 4-mal pro Sitzung abgerechnet werden. Sollte ein weiterer Termin im Zusammenhang mit der Behandlung des Qutenza-Pflasters notwendig sein, kann für die Folgebehandlung die Nummer 6001, sofern die Gebühr zuvor viermal abgerechnet wurde, nur noch einmal abgerechnet werden. Für diesen Fall darf dann neben der Nummer 6001 zusätzlich noch die Nummer 1 abgerechnet werden. Die Kosten des Pflasters können gesondert in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten abgerechnet werden. Daneben können keine anderen Leistungen der UV-GOÄ im Zusammenhang mit der Pflasterbehandlung abgerechnet werden (bspw. 448 - 449, 602, etc.).

3	Können privatärztlich tätige Ärzte/Ärztinnen die neuen UV-GOÄ Gebühren der Nummern 6000 ff. abrechnen?	Ja, privatärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte können die Gebühren der UV-GOÄ nach den Nummern 6000 ff. abrechnen, sofern sie nicht bereits gemäß § 4 Abs. 1 des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger an diesem Vertrag beteiligt sind. Hierfür müssen sie beim regional zuständigen Landesverband der DGUV einen Antrag auf Beteiligung am Vertrag Ärzte/UV-Träger stellen. Nach erfolgter Beteiligung können die entsprechenden Leistungen nach der UV-GOÄ abgerechnet werden. Der zuständige DGUV-Landesverband informiert anschließend die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung über die Beteiligung. Die regional zuständigen Landesverbände sowie die jeweiligen Ansprechpersonen sind der entsprechenden Übersicht zu entnehmen.
4	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.
5	Wie lang ist eine einmal erteilte Genehmigung gültig? NEU SEIT 01.07.2025	Eine einmal durch den UV-Träger für den Versicherungsfall erteilte Genehmigung gilt so lang, bis die Behandlung abgeschlossen ist oder der Unfallversicherungsträger sie für die Zukunft widerruft. <u>Hinweis:</u> Bereits vor dem 01.07.2025 genehmigte Behandlungen bleiben ebenfalls genehmigt bis die Behandlung abgeschlossen ist oder die Genehmigung widerrufen wird.
6	Beginn der Behandlung bei akuten Schmerzen (z. B. CRPS) ohne Zustimmung des UV-Trägers?	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. 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.). 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.
7	Können die Schmerzmediziner neben den Nummern der 6000 ff. UV-GOÄ auch andere Nummern der UV-GOÄ abrechnen?	Ja, soweit die abrechnungsrechtlichen Voraussetzungen der UV-GOÄ vorliegen, können die Schmerzmediziner/Schmerzmedizinerinnen alle erbrachten Leistungen regulär nach der UV-GOÄ abrechnen (bspw. Untersuchungsleistungen, Injektionsleistungen oder auch Anästhesieleistungen, wenn die Leistungserbringungsvoraussetzungen in den jeweils geltenden Leistungslegenden und Allg. Bestimmungen erfüllt sind).

8	Wie erfolgt die Abrechnung der Leistungen: Monatlich oder Quartalsbezogen?	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 unterschreiten. D. h. Leistungen, die innerhalb eines Monats erbracht werden, sollten in einer Rechnung zusammengefasst werden. <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.
9	Welche Anforderungen werden an den Nachweis der „Bestätigung der KV zur Teilnahme an der QS-Vereinbarung nach § 135 Abs.2 SGB V“ gestellt?	Dem UV-Träger ist das Dokument vorzulegen, welches dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin als aktuelle Bestätigung von Seiten der KV vorliegt. Dies kann auch die erstmalige Genehmigung der KV sein, wenn eine neuere (jährliche) Bestätigung von Seiten der KV nicht vorliegt. In diesem Fall hat der Arzt / die Ärztin schriftlich zu bestätigen, dass die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie weiterhin erfüllt werden.