

01.10.2021 Vergütung

Neue Abrechnungspositionen in der UV-GOÄ für die Befundung anderenorts angefertigter Bildgebung durch den Durchgangsarzt

P. Kalbe



Seit Jahren hat sich der Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) dafür eingesetzt, den erheblichen Aufwand für die Auswertung von Röntgenbildern und Bildgebung durch CT und MRT durch den behandelnden Durchgangsarzt zusätzlich zu vergüten. Zum 1.7.2021 sind nunmehr nach einem jahrelangen Diskussionsprozess mit den Gebührenpositionen 35 und 36 entsprechende GO-Nrn. in die UV-GOÄ aufgenommen.

Der Umfang der in der Leistungslegende aufgeführten Einschränkungen (kursiv gedruckt) dokumentiert die Sorge der DGUV vor einer ungerechtfertigten Leistungsausweitung. Um Rechnungskürzungen und Clearingverfahren möglichst zu vermeiden, werden die Abrechnungsbedingungen im Folgenden erläutert. Von D-ärztlicher Seite hätte man sich natürlich eine weniger einschränkende Ausgestaltung der Leistungen gewünscht. Die jetzt gefundene Formulierung stellt aber nach Einschätzung des BDC einen akzeptablen Kompromiss dar.

35 Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern und /oder Röntgenbildern durch den D-Arzt bei einem Durchgangsarztwechsel – 12,07 €

Für eine Beurteilung und Bewertung im Rahmen der Vorstellungspflicht nach § 37 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und einer Hinzuziehung nach § 12 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger kann die Leistung nicht abgerechnet werden. Dies gilt auch für Ärzte eines Krankenhauses (auch Kooperationshäuser), Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft, bei der Vertretung in einer Praxis, Ärzten eines Medizinischen Versorgungszentrums und/oder Überweisung zur Durchführung einer Operation und wenn der Versicherte bereits vorher in demselben Behandlungsfall bei dem D-Arzt in Behandlung war. Eine Abrechnung neben Gutachterleistungen ist ausgeschlossen. Neben der Nr. 35 können die Nummern 17, 34 und 5255-5257 nicht abgerechnet werden. Die Leistung kann von den an dem Heilverfahren beteiligten D-Ärzten und Handchirurgen gem. § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Erläuterung des BDC: Aus der Leistungslegende ist klar ersichtlich, dass diese Leistung nur bei einem **Wechsel** des Durchgangsarztes abgerechnet werden kann. Nachvollziehbar gilt dies nicht in jeglichen Kooperationsmodellen oder bei Vertretungen innerhalb einer Praxis, wohl aber bei Vertretung einer anderen D-Arzt-Praxis. Darüber hinaus ist Nr. 35 nicht anzusetzen bei einem „Hin und Her“ in der D-Ärztlichen Behandlung innerhalb eines Behandlungsfalls. Dieser ist in der UV-GOÄ mit drei Monaten definiert. Die Auswertung fremder Bildgebung ist in den GO.-Nrn. 17 (Rehaplan) und 34 (Zweitmeinung) sowie 5255-5257 (Gutachten) eingeschlossen und kann daher nicht zusätzlich angesetzt werden. Weiterhin ausgeschlossen ist die Abrechnung, wenn es sich um die Auswertung der Bildgebung von zugezogenen Ärzten, z. B. Radiologen handelt (§ 12 Ärztevertrag, hierzu siehe auch Erläuterungen zur Nr. 36 UV-GOÄ) oder wenn die Weiterbehandlung durch einen verpflichtenden D-Arzt-Wechsel nach §37 des Ärztevertrags (Verletzungsarten- und Schwerstverletzungsarten-Verfahren) erfolgt. Die Abrechnung ist auf einmal im Behandlungsfall begrenzt.

Aus Sicht des BDC ist diese Abrechnungsposition sachgerecht und sollte vor allem dazu dienen, unnötige Röntgenkontrollen zu vermeiden, indem die bereits vorhandene Bildgebung bei einem D-Arzt-Wechsel mitgegeben wird. Der bei der Auswertung erhobene Befund ist im regelmäßig anzufertigenden Bericht zu dokumentieren und damit die Leistung zu plausibilisieren.

36 Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern des hinzugezogenen Radiologen durch den D-Arzt – 12,07 €

Diese Leistung kann nicht zwischen Ärzten eines Krankenhauses (auch Kooperationshäuser), Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums sowie bei der Vertretung in der Praxis abgerechnet werden. Diese Leistung kann nur dann abgerechnet werden, wenn der Befund des D-Arztes vom Befund des Radiologen abweicht und es sich um eine Besonderheit nach § 16 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger handelt, über die der Arzt den Unfallversicherungsträger mit einem Verlaufsbericht informieren muss. Neben der Nummer 36 können die Nummern 34, 60a und 60b sowie 5255-5257 nicht abgerechnet werden. Die Leistung kann von den an dem Heilverfahren beteiligten D-Ärzten und Handchirurgen gem. § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Erläuterung des BDC: Für Nr. 36 gelten analog zur Nr. 35 die gleichen Einschränkungen zur Abrechnung innerhalb von jeglichen Kooperationen, die in der Regel auch eine wirtschaftliche Einheit bilden. Darüber hinaus ist eine von der Befundung durch den Radiologen **abweichende Beurteilung** und Einschätzung Voraussetzung, die darüber hinaus auch **therapeutische Relevanz** haben muss. Es ist nachvollziehbar, dass dies eine Besonderheit im Behandlungsverlauf gemäß §16 des Ärztevertrags darstellt, die in einem Verlaufsbericht zu dokumentieren ist. Dieser wird zusätzlich nach der GO.-Nr. 115 abgerechnet. Der Ausschluss gegenüber den Nrn. 34 (Zweitmeinung) und 60a / 60b (Konsil) sowie 5255-5257 (Gutachten) ist sachgerecht.

Aus Sicht des BDC war es gewünscht, die GO.-Nr. 36 auch ansetzen zu können, wenn der behandelnde D-Arzt dringend eine Therapie-Entscheidung aufgrund der vorliegenden Bildgebung treffen muss, jedoch noch kein schriftlicher Bericht des Radiologen vorliegt. Dieser weiter gehenden Interpretation der GO.-Nr. 36 konnte sich die DGUV bisher nicht anschließen.

Kalbe P: Neue Abrechnungspositionen in der UV-GOÄ für die Befundung von anderen Orts angefertigter Bildgebung durch den Durchgangsarzt. 2021 Oktober; 11(10): Artikel 04_07.

Autor des Artikels



Dr. med. Peter Kalbe

Vizepräsident des BDC
Gelenkzentrum Schaumburg
Stükenstraße 3
31737 Rinteln

[> kontaktieren](#)