

Hinweis:

Alle Angaben zu den Buchseiten beziehen sich auf die Ausgabe des aktuellen Buches UV-GOÄ 2018. Zu Ihrer schnellen Orientierung sind daher auch die Buchseiten zu den Änderungen angegeben. Die Datenbank ist entsprechend schon seit Wochen aktualisiert. Die hier angegebenen Streichungen (grau unterlegt) und auch die Ergänzungen sind in der Datenbank schon ausgeführt und nur für die Inhaber der Bücher UV-GOÄ 2018 interessant und wichtig.

Änderungen/Ergänzungen zu den Paragraphen ab 08.01.2018

Buch S. 29-30

§ 3 = Änderungen bei Clearingstelle:

Clearingstellen

In den Zuständigkeiten der einzelnen Landesverbände der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung wurden so genannte „Clearingstellen“ eingerichtet.

Auch hierbei handelt es sich um kein Verfahren nach §§ 52 und 66.

Die Clearingstelle dient der einvernehmlichen Klärung und Beilegung von Differenzen zwischen Ärztinnen und Ärzten vornehmlich des unfallchirurgischen und orthopädischen Fachgebiets und Unfallversicherungsträgern, die sich aus der Abrechnung ärztlicher Leistungen nach dem „Vertrag gemäß § 34 Abs. 3 SGB VII zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV), Berlin, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel, einerseits und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin, andererseits über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger)“ einschließlich der UV-GOÄ und der Auslegung der „Arbeitshinweise der Unfallversicherungsträger zur Bearbeitung von Arztrechnungen“ in Einzelfällen ergeben.

Die Clearingstelle wird aus Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft und der UV-Träger sowie des Landesverbands der DGUV gebildet.

Gegen Beschlüsse der Clearingstelle ist der Rechtsweg nicht gegeben. Die Beschlüsse der Clearingstelle sind für die Parteien jedoch nicht verbindlich.

Die Clearingstelle auf Bundesebene nach § 66 Vertrag

Ärzte/Unfallversicherungsträger dient der einvernehmlichen Klärung von Streitigkeiten zwischen Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und gesetzlichen

Unfallversicherungsträgern (UV-Trägern), die sich aus der Abrechnung ärztlicher und psycho-therapeutischer Leistungen nach dem Vertrag

Ärzte/Unfallversicherungsträger einschließlich der Anlage 1

„Gebührenordnung für Ärzte“ (UV-GOÄ) und Anlage 2 „Gebührenverzeichnis Psychotherapeuten“ (P-Verzeichnis) und der Auslegung von Regelungen des

Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger (ÄV) ergeben.

(§ 1 der Verfahrensordnung der Clearingstelle nach § 66 Vertrag

Ärzte/Unfallversicherungsträger)

Buch S. 37

§ 11 = Änderung am Schluß des Kommentars:

(...)

Ein D-Arzt oder zugelassener Handchirurg, der bisher allgemeine Heilbehandlung durchgeführt hat und nun die Einleitung einer besonderen Heilbehandlung für erforderlich hält, weil sich z. B. der Verdacht einer schweren Verletzung bestätigt hat, erstattet **einen Verlaufsbericht F 2100 und füllt die entsprechenden Punkte zur besonderen Heilbehandlung** ~~einen Nachschaubericht (Formtext F 2106) und füllt Punkt 4 dieses Berichtes entsprechend aus.~~

~~Die Einleitung der besonderen Heilbehandlung und deren Dokumentation durch die Erstattung eines Zwischenberichtes sind mit dem Formtext F 2100 bzw. im Arztervertrag nicht vorgesehen. In diesem Fall ist die Korrektur der Gebühr für den Zwischenbericht (Nr.115) auf die Gebühr des Nachschauberichtes (Nr. 134) durch den UV-Träger zulässig.~~

Die Erstattung eines Berichtes in freier Form löst maximal eine Gebühr nach Nr. 110 UV-GOÄ aus.

Buch S. 58

§ 27 = Änderung des Kommentars zu Abs. 5. und neuer Kommentar zu Abs. 6:

Zu Abs. 5

~~Die Formulierung „oder“ erlaubt es dem Arzt, den Ergänzungsbericht bei allen Verletzungen am Knie nach einem Unfall zu erstellen und vergütet zu bekommen.~~

Der D-Arzt erstattet den Ergänzungsbericht, wenn sich nach der symptomzentrierten /differenzialdiagnostischen und/oder bildgebenden Erstuntersuchung der Verdacht auf einen Knie-binnenschaden erhärtet. Eine Diagnosesicherung z.B. mittels MRT/CT ist daher vor Erstattung des Ergänzungsberichtes nicht erforderlich. Kniebinnenschäden sind Verletzungen der Kreuzbändern, der Menisken, des Gelenkknorpels und der knöchernen Gelenkstrukturen (z. B. Kreuzbandhöcker). Sofern nur Schäden an den das Kniegelenk umgebenden Strukturen, wie Innen- und Außenband, Gelenkkapsel, Muskeln und Sehnen diagnostiziert werden, so ist die der Ergänzungsbericht nicht zu erstatten.

Enthält der Ergänzungsbericht ~~jedoch~~ ausschließlich Informationen, die bereits im D-Bericht stehen, so fehlen zwangsläufig wesentliche ergänzende Angaben/Befunde. Der Bericht ist somit im Sinne des § 57 Abs. 2 ÄV unvollständig und daher nicht zu vergüten.

Beim Absatz 5 steht nicht der Zusatz unverzüglich „zusätzlich“, so dass dieser daher nicht zusammen mit dem D-Bericht erstattet werden muss. Da beim Knieergänzungsbericht bis auf das Ergebnis einer evtl. bakteriologisch-mikroskopische Untersuchung und/oder der Ermittlung des C-reaktiven-Proteinwertes alle Angaben/Befunde im Rahmen des ersten Arzt-Patienten-Kontaktes erhoben werden, ist dem D-Arzt eine zeitnahe und vollständige Erstattung des Berichtes zuzumuten. Gerade bei schweren Kniebinnenschäden hat der Knieergänzungsbericht im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung/ des Rehamanagements für UV-Träger eine hohe Bedeutung.

Das H-Arzt-Verfahren ist mit Ablauf des 31.12.2015 weggefallen. Für frühere H-Ärzte, die nicht auf Antrag vom zuständigen Landesverband der DGUV zum D-Arzt übergeleitet wurden, gelten bei Knieverletzungen die Regelungen der Vorstellungspflicht nach § 27 ÄV. Der Ergänzungsbericht wird mit Nr. 137 vergütet.

Zu Abs. 6

Der D-Arzt erstattet den Ergänzungsbericht bereits dann, wenn sich nach der symptomzentrierten/ differenzialdiagnostischen und/oder bildgebenden Erstuntersuchung der Verdacht auf einen strukturellen Schulterschaden erhärtet. Eine Diagnosesicherung z.B. mittels MRT/CT ist daher vor Erstattung des Ergänzungsberichtes nicht erforderlich. Strukturelle Schulterschäden sind Verletzungen des Muskel- und Sehnengeflechts der Rotatorenmanschette, der knorpeligen Gelenkpfannenlippe, der knöchernen Gelenkstrukturen, der Kapsel und des Schultergelenkes. Der Ergänzungsbericht ist nicht zu erstatten, wenn nur eine Zerrung und/oder Prellung ohne substanziellen Begleitschaden diagnostiziert wird.

Enthält der Ergänzungsbericht ausschließlich Informationen, die bereits im D-Bericht stehen, so fehlen zwangsläufig wesentliche ergänzende Angaben/Befunde. Der Bericht ist somit im Sinne des § 57 Abs. 2 ÄV unvollständig und daher nicht zu vergüten. Beim Absatz 6 steht nicht der Zusatz unverzüglich „zusätzlich“, so dass dieser daher nicht zusammen mit dem D-Bericht erstattet werden muss. Da fast alle Angaben/Befunde im Rahmen des ersten Arzt-Patienten-Kontaktes erhoben werden, ist dem D-Arzt eine zeitnahe und vollständige Erstattung des Berichtes zuzumuten. Gerade bei schweren Schulterschäden hat der Schulterergänzungsbericht im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung/des Rehamanagements für UV-Träger eine hohe Bedeutung.

Das H-Arzt-Verfahren ist mit Ablauf des 31.12.2015 weggefallen. Für frühere H-Ärzte, die nicht auf Antrag vom zuständigen Landesverband der DGUV zum D-Arzt übergeleitet wurden, gelten bei Schulterverletzungen die Regelungen der Vorstellungspflicht nach § 27 ÄV. Der Ergänzungsbericht wird mit Nr. 138 vergütet.

Buch S. 60

§ 29 = Änderung im Kommentar:

Kommentar:

~~Die genaue Bezeichnung des Berichtes nach Abs. 2 lautet: Nachschaubericht (bei allgemeiner Heilbehandlung). Dies bedeutet, dass er im Rahmen der besonderen Heilbehandlung nicht zu erstellen ist.~~

zu Abs. 1

~~Die Nachschauuntersuchung soll dazu dienen, den weiteren Behandlungsverlauf des Unfallverletzten und den Behandlungserfolg im Rahmen der allgemeinen Heilbehandlung, die durch einen anderen Arzt durchgeführt wird, zu überwachen. Hierzu ist der D-Arzt verpflichtet, den Unfallverletzten in angemessenen Abständen zur Nachschau zu bestellen. Einer (erneuten) Überweisung des weiterbehandelnden Arztes mit dem Formtext F 2900 bedarf es nicht. Umgekehrt kann der behandelnde Arzt jederzeit auch von sich aus eine Nachschau beim D-Arzt veranlassen.~~

zu Abs. 2

Die zwischenzeitlichen Behandlungsergebnisse eines anderen Arztes sind nach der Nachschau dem UV-Träger mit einem Verlaufsbericht (F 2100) unverzüglich mitzuteilen. Der Verlaufsbericht ist unverzüglich, insbesondere bei Besonderheiten (§ 16 ÄV), zu erstatten, damit der UV-Träger seiner gesetzlichen Aufgabe der Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens nachkommen kann.

Eine Nachschau **Verlaufs**berichterstattung ist entbehrlich, wenn der D-Arzt den Versicherten in eigener all-gemeiner Heilbehandlung behält, da durch ihn keine Überwachung seiner eigenen Behandlung erfolgt. Nur wenn ein D-Arzt, der bisher allgemeine Heilbehandlung durchgeführt hat, die Einleitung einer besonderen Heilbehandlung für erforderlich hält, erstattet er einen **Verlaufsbericht F 2100 und füllt die entsprechenden Punkte zur besonderen Heilbehandlung** Nachschaubericht und füllt Punkt 4 dieses Berichtes entsprechend aus. **Der Bericht wird in diesem Fall nach Nr. 115 vergütet.** Die Erstattung eines Zwischenberichtes zur Einleitung einer besonderen Heilbehandlung wird vom UV-Träger auch akzeptiert und vergütet, wenn der D-Arzt gleichzeitig eine Besonderheit im Behandlungsfall (§ 16 ÄV) mitteilt.

zu Abs. 3

Der behandelnde Arzt kann eine Nachschau zwar jederzeit von sich aus beim D-Arzt veranlassen. Diese sollte aber grundsätzlich nur beim zuweisenden Durchgangsarzt erfolgen. Eine Nachschau ist erforderlich, wenn Besonderheiten im Behandlungsverlauf eintreten (§ 16 ÄV).

Buch S. 64

§ 39 = Änderung im Kommentar zu Abs 1, Fallgruppe 1:

(...)

Fallgruppe 1: „isolierte Verletzung“

Bei einem Unfallverletzten, der eine isolierte HNO-/Augenverletzung hat und ggf. mittels Formtext F 2900-ÜV überwiesen wurde, leitet der HNO-/Augenarzt das Heilverfahren selbst ein und führt dieses in-allgemeiner Heilbehandlung durch. Die generelle Überweisungspflicht des § 39 ÄV gilt auch für D-Ärzte und ist bei isolierten Verletzungen in § 26 Abs. 2 ÄV speziell geregelt; ein D-Bericht ist in diesen Fällen nicht zu erstatten (§ 27 Abs. 2 ÄV).

Buch S. 65

§ 41 = Streichungen im Kommentar:

Zu Abs. 1

Das früher fakultative Hautarztverfahren ist nun fester Bestandteil der allgemeinen oder besonderen Heilbehandlung. Der behandelnde Arzt muss einen Patienten einem Hautarzt vorstellen, wenn er den Verdacht hat, dass eine Hauterkrankung beruflich bedingt ist. Diese Verpflichtung gilt für jeden Arzt, also grundsätzlich auch für den Werks- oder Betriebsarzt. ~~Hierfür ist der Überweisungsvordruck F 2900 zu verwenden (s. Abs. 2).~~ Nicht vom Hautarztverfahren erfasst sind die Hautkrebserkrankungen nach den Nrn. 1108 (Arsen), 2402 (ionisierende Strahlen), 5102 (Hautkrebs durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe) und 5103 (Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung) der Berufskrankheiten-Liste.

Zu Abs. 2

Der untersuchende Hautarzt ist verpflichtet, den behandelnden Arzt ~~sowie die Krankenkasse~~ zu unterrichten. Der Bericht F 6050 wird nach Nr. 130 der UV-GOÄ vergütet...

Buch S. 66

§ 42 = Streichung am Schluß des Kommentars:

(...)

Wenn die Weiterbehandlung des Patienten durch den zuweisenden Arzt erfolgt, ist der Hautarzt berechtigt, den Heilverlauf durch eine Wiedervorstellung zu überwachen. In diesem Fall ist er verpflichtet, dem betreffenden behandelnden Arzt ~~sowie der Krankenkasse~~ eine Durchschrift des Hautarztberichtes zuzuleiten.

Buch S. 69

§ 46 = Einfügung in Kommentar zu Abs.1:

Weil die UV-Träger auch lange Zeit nach Abschluss einer durchgeführten Heilbehandlung Informationen über die seinerzeit durchgeführten Maßnahmen z.B. zur Beurteilung medizinischer Zusammenhänge, zur Überprüfung einer Verschlimmerung, zur Gewährung von Sach- und Geldleistungen oder zur Liquidationsprüfung benötigen können, sind die erst- und weiterbehandelnden Ärzte verpflichtet, besonders sorgfältig zu dokumentieren und entsprechende Auskünfte etc. zu erteilen. Die Auskunftspflicht bezieht sich auf die Behandlung und den Gesundheitszustand von Versicherten, die einen Arbeits-/Schulunfall oder Berufskrankheit erlitten haben (könnten).

Nach Ricke im Kassler-Kommentar ist das Merkmal „nach einem Versicherungsfall“ des § 201 Satz 1 SGB VII, wie vielfach im Datenschutzkapitel, zu eng formuliert und umfasst unstreitig auch potentielle Versicherungsfälle, die sich endgültig als nicht gegeben herausstellen.

Die Vergütung der Auskünfte, Berichte und Gutachten erfolgt nach den Regelungen in Abschnitt B VI des Gebührenverzeichnisses

Buch S. 70-71

§ 47 = Änderungen im Kommentar:

Kommentar:

Zu Abs. 1

Unter dem behandelnden Arzt im Sinne von § 47 Abs. 1 ist jeder Arzt zu verstehen, der den Unfallverletzten oder den an einer anerkannten Berufskrankheit Erkrankten behandelt. AU-Bescheinigungen werden u. a. auch von dem Unternehmer benötigt, der gegenüber dem UV-Träger Anspruch auf Verletztengeld hat. Im Bereich der Ehrenamtsversicherung (z.B. Beamter erleidet beim Einsatz der Freiwilligen Feuerwehr einen Unfall) werden kalendertäglich Mehrleistungen nach der Satzung des UV-Trägers gewährt. Um diese Geldleistungsansprüche geltend zu machen, benötigt der Versicherte ebenfalls AU-Bescheinigungen. Die **AU**-Bescheinigung wird nach Nr. 143 der UV-GOÄ ~~mit 2,74 €~~ vergütet.

Der zur Erstattung der ärztlichen Unfallanzeige nach § 14 ÄV verpflichtete Arzt darf die Arbeitsunfähigkeit gemäß § 26 Abs. 1 ÄV zunächst nur für den Unfalltag bescheinigen und abrechnen.

Leitet der D-Arzt allgemeine Heilbehandlung ein, so darf der behandelnde Arzt weitere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bis zu dem im Durchgangsarzt- oder **NachschauVerlaufsbericht** vorgegebenen Termin ausstellen. Liegt darüber hinaus Arbeitsunfähigkeit vor, muss der Arzt den Versicherten erneut beim D-Arzt vorstellen und darf keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen. Der Arzt darf ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen, wenn der D-Arzt im **NachschauVerlaufsbericht** die Arbeitsunfähigkeit mit Nein ankreuzt. Bei Arbeitsunfähigkeit auf dem nicht orthopädisch-unfallchirurgischen Fachgebiet darf der entsprechende Facharzt die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen. Die gilt insbesondere für anerkannte Berufskrankheiten (z.B. Internist/Hepatologe bei anerkannter Hepatitis-BK).

Zu Abs. 2

Der Abs. 2 soll sicherstellen, dass insbesondere bei abhängig Beschäftigten die gesetzliche Krankenkasse frühzeitig von der Arbeitsunfähigkeit erfährt, damit diese nach Ablauf der Entgeltfortzahlung zeitnah Verletztengeld im Rahmen der zwischen UV und KV getroffenen Verwaltungsvereinbarung erbringen kann. ...

Buch S. 76

§ 52 = Änderungen im Kommentar zu Abs 2:

Zu Abs. 2:

Die Beschlüsse der ständigen Kommission sind bekanntzugeben und bis zur förmlichen Änderung des Vertrages für die Vertragspartner bindend. Veröffentlichung der Beschlüsse der Kommission werden im Deutschen Ärzteblatt abgedruckt unter der Rubrik „Bekanntgaben der Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung“ und dem Titel „Bekanntmachungen: Beschluss der ständigen Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger“. Die Bekanntgabe erfolgt von den beiden Spitzenverbänden der UV-Träger durch Rundschreiben. Die DGUV veröffentlicht auf ihrer Internetseite unter der Rubrik „Aktuelle Info“ (http://www.dguv.de/de/reha_leistung/verguetung/index.jsp) die neusten Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission.

Die Kommission ist für die Klärung einzelner Gebührenstreitigkeiten **nicht** zuständig. Diese Aufgabe ~~übernehmen die bei den Landesverbänden der DGUV jeweils eingerichteten Clearingstellen.~~ **übernimmt die Clearingstelle auf Bundesebene nach § 66 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger.**

Buch S. 84

§ 61 = Änderung im Kommentar zu Abs. 1:

Die Hinzuziehung nach § 12 dient ausschließlich zur Diagnoseklärung und/oder Mitbehandlung im Rahmen eines laufenden Heilverfahrens. Dies bedeutet, dass ein von einem Gutachter beauftragte Facharzt (Laborarzt, Pathologe, Radiologe etc.) nicht nach § 12 hinzugezogen wird. Die „Befundberichte“ beinhalten das Ergebnis der fachärztlichen Hinzuziehung. Obwohl begrifflich das Wort „Bericht“ enthalten ist, handelt es sich bei den Befunden nicht um Berichte nach den Nrn. 110 ff. UV-GOÄ, da solche gemäß einer vertraglichen Regelung (z.B. D-Bericht **oder Verlaufsbericht F 2100** ~~Zwischen- oder Nachschaubericht~~) oder ausschließlich auf Anforderung des UV-Trägers (z.B. Ausführliche Auskunft, Bericht Neurologischer Befund) zu erstatten sind....

Buch S. 88

§ 66 = neue Leistungslegende, offizieller Text und Kommentar

§ 66 Clearingstelle auf Bundesebene

(1) Die Vertragspartner errichten eine Clearingstelle, die der einvernehmlichen Klärung und Beilegung von Differenzen zwischen Ärzten und Unfallversicherungsträgern, die sich aus der Erbringung und Abrechnung ärztlicher Leistungen nach diesem Vertrag einschließlich der UV-GOÄ ergeben, dient. Antragsberechtigt sind Ärzte, die eine Leistung für einen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung erbracht haben sowie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Antragsberechtigt sind auch Psychotherapeuten bei Auslegungsfragen zum Vertrag und zur Anlage 2 dieses Vertrages (Gebührenverzeichnis Psychotherapeuten).

(2) Eine Entscheidung der Clearingstelle schließt den Rechtsweg nicht aus.

(3) Die Clearingstelle wird aus Vertretern der KBV einerseits und Vertretern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung andererseits jeweils in gleicher Zahl gebildet. Die Clearingstelle gibt sich eine Verfahrensordnung.

(4) Die Geschäftsstelle der Clearingstelle wird jährlich wechselnd von der KBV und der DGUV geführt.

~~§ 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 DGUV für deren Gebiet gebildet.~~

~~(2) Eine Schlichtungsstelle besteht aus je vier Vertretern der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und des zuständigen Landesverbandes der DGUV. Jede Partei bestimmt ihre Vertreter. Die Schlichtungsstelle gibt sich eine Verfahrensordnung.~~

~~(3) Die Schlichtungsstelle wird auf Antrag einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der DGUV 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.~~

Kommentar

§ 66 wurde vollständig neu verfasst und ist Grundlage für die Clearingstelle auf Bundesebene die die bisher bei den einzelnen Landesverbänden der DGUV installierten Clearingstellen ablösen.

Dabei geht es um Streitigkeiten, die sich aus der ärztlichen Abrechnung nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und der UV-GOÄ ergeben.

Ergänzt wurden die Abrechnungen psycho-therapeutischer Leistungen.

Hinzugekommen sind auch Streitigkeiten, die sich aus der Auslegung von Regelungen des Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger ergeben.

Nicht mehr ausdrücklich genannt sind Streitigkeiten über die Durchführung der Heilbehandlung und die Auslegung der „Arbeitshinweise der Unfallversicherungsträger zur Bearbeitung von Arztrechnungen“.

Der Stellenwert der Arbeitshinweise dürfte danach an Bedeutung verloren haben.

Die Vertragspartner geben sich eine Verfahrensordnung in der u.a. die Aufgaben, Zusammensetzung, der Vorsitz, die Beschlussfähigkeit und Antragstellung geregelt werden. Der Vorsitz wechselt jährlich zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

Entscheidungen der Clearingstelle sind nicht verbindlich. Der Rechtsweg ist ausdrücklich möglich.

Gegen Rechnungskorrekturen ist kein Widerspruch im rechtlichen Sinne möglich. Rechnungskorrekturen stellen keinen Verwaltungsakt dar. Legt ein Rechtsanwalt im Auftrag des Arztes gegen eine Rechnungskorrektur Widerspruch ein, sind Kosten des Vorverfahrens aus diesem Grunde ausgeschlossen und müssen nicht übernommen werden.

Die Klage ist vor dem Sozialgericht zu führen.

~~An Stelle der bisherigen Landes- und Bundesarbeitsgemeinschaften, die die Beziehungen zwischen den UV-Trägern und den am alten Abkommen beteiligten Ärzten zu pflegen und Zweifelsfragen, die sich aus dem Abkommen ergaben, zu klären hatten, sind nun paritätisch besetzte Schlichtungsstellen getreten, die bei den Landesverbänden der DGUV für deren Gebiet gebildet werden. Sie bestehen aus je vier Vertretern der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und des zuständigen Landesverbandes der DGUV und werden auf Antrag einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes tätig.~~

~~Will eine Partei die Entscheidung der Schlichtungsstelle nicht als verbindlich akzeptieren, muss sie ihr widersprechen. Kommt keine einvernehmliche Einigung zustande, sind die Vertragspartner zu unterrichten, damit diese eine Regelung treffen. Unabhängig hiervon kann ein Arzt, der mit einer Entscheidung eines UV-Trägers nicht einverstanden ist, dagegen vor dem Sozialgericht klagen.~~

~~In den Zuständigkeiten der einzelnen Landesverbände der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung wurden so genannte „Clearingstellen“ eingerichtet.~~

~~Hierbei handelt es sich um kein Verfahren nach § 52.~~