DGUV
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Spitzenverband

Schmerzmedizin in der gesetzlichen Unfallversicherung

Hinweise für die Behandlung, Dokumentation und interdisziplinäre Abstimmung

Stand November 2026

Das Wichtigste vorab

- **Die Behandlung in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) unterliegt anderen rechtlichen Rahmenbedingungen als die Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).**
- **Behandelt werden zu Lasten der GUV nur Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen, die dem Arbeits- oder Wegeunfall bzw. der Berufskrankheit zugeordnet werden können.**
- **Eine sorgfältige Anamnese, objektivierbare Befunde sowie eine strukturierte Verlaufsdokumentation sind wesentlich, um die Beschwerden und Befunde nachvollziehbar dem Versicherungsfall zuordnen zu können.**

Wie kommt die Behandlung zustande? Versicherte werden häufig durch den UV-Träger oder eine Durchgangsarztpraxis zur schmerzmedizinischen Behandlung überwiesen. Für die Behandlung zu Lasten der GUV ist entscheidend, ob und in welchem Umfang die aktuellen Beschwerden dem Versicherungsfall zuzurechnen sind.

1. Was gehört zum Behandlungsauftrag der GUV?

Versicherungsfälle sind insbesondere Arbeitsunfälle einschließlich Wegeunfälle (§ 8 SGB VII) und Berufskrankheiten (§ 9 SGB VII).

Für die schmerzmedizinische Behandlung bedeutet das: Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen können nur zulasten der GUV behandelt werden, wenn sie durch den Versicherungsfall verursacht wurden oder als Spätfolge in einem Zusammenhang mit diesem stehen. Es ist nicht erforderlich, dass die Beschwerden ausschließlich auf die Unfallverletzung bzw. die Berufserkrankung zurückgehen, diese müssen aber zumindest eine wesentliche Teilursache darstellen. Beschwerden, die unabhängig vom Versicherungsfall bestehen – etwa aufgrund von Vorerkrankungen oder degenerativen Veränderungen – gehören grundsätzlich nicht zum unfallversicherungsrechtlichen Behandlungsauftrag.

2. Chronischer Schmerz: biopsychosozial erklären, unfallbezogen einordnen

Chronische Schmerzen sind häufig multifaktoriell. Körperliche, psychische und soziale Faktoren können die Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen sowie deren funktionelle Auswirkungen beeinflussen. Diese medizinisch sinnvolle Einordnung ist dennoch von der unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätsbewertung zu trennen. Für die Beurteilung des Zusammenhangs mit dem Versicherungsfall ist insbesondere zwischen unfallbedingten und unfallunabhängigen Einflussfaktoren zu differenzieren. Sollte eine Zuordnung nicht deutlich werden, sollte dies aus dem Bericht hervorgehen, damit ein weitergehendes Assessment initiiert werden kann.

- **Bei komplexen oder widersprüchlichen Befundlagen** ist regelmäßig ein ambulantes interdisziplinäres Schmerzassessment (AIS) bzw. ein stationäres interdisziplinäres Schmerzassessment (SIS) angezeigt. Die Einleitung des Verfahrens und die Auswahl des geeigneten Assessments erfolgen in Abstimmung mit dem Unfallversicherungsträger (UV-Träger).

3. Befund- und Verlaufsberichte an den UV-Träger: Was sollte dokumentiert werden?

Ziel der Berichterstattung ist, den Behandlungsverlauf und die für die weitere Steuerung des Heilverfahrens relevanten Befunde so darzustellen, dass sie für den UV-Träger nachvollziehbar sind.

Der **Erstbericht Schmerzmedizinische Behandlung/Erstanamnese (UV-GOÄ Nr. 6003)** dokumentiert insbesondere die Ergebnisse der Schmerzanalyse einschließlich der Auswertung standardisierter Fragebögen und relevanter Kontextfaktoren, die Ergebnisse der Beratung, die Behandlungsziele sowie den inhaltlich und zeitlich gestuften Behandlungsplan.

Im weiteren Verlauf erfolgt die Berichterstattung über den **Folgebericht Schmerzmedizinische Behandlung (UV-GOÄ Nr. 6004)**. Dieser sollte die Entwicklung seit dem vorausgegangenen Bericht und insbesondere relevante Änderungen der Behandlung und der Therapieziele erkennen lassen. Zu dokumentieren sind insbesondere

- der aktuelle somatische Befund sowie die Behandlung und Medikation einschließlich ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit,
- die psychotherapeutische bzw. psychosomatische Behandlung,
- relevante Änderungen des Beschwerde- und Funktionsverlaufs,
- erfolgte Therapeutenkontakte und
- die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die weitere Behandlung.

Soweit es für die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs erforderlich ist, sollten auch unfallunabhängige/vorbestehende Beschwerden und Erkrankungen sowie medizinische Gesichtspunkte dokumentiert werden, die für oder gegen einen Zusammenhang der aktuellen Beschwerden mit dem Versicherungsfall sprechen.

Berichtsintervall: Der Folgebericht nach UV-GOÄ Nr. 6004 ist in jedem Quartal zu erstatten, in dem schmerzmedizinische Behandlungen erfolgt sind. Darüber hinaus kann der UV-Träger weitere Berichte anfordern.

Bausteine	Praxisorientierte Dokumentation
Diagnose	Diagnosen klar und möglichst spezifisch formulieren (ICD-10). Verdachtsdiagnosen im Verlauf überprüfen, bestätigen oder verwerfen. Diagnosekriterien dokumentieren, z. B. beim CRPS die im einzelnen erhobenen Budapest-Kriterien.
Anamnese	Im Erstbericht ausführlich und biopsychosozial erheben. Medizinische Vorgeschichte sowie berufliche und soziale Teilhabe berücksichtigen. Anamnestische Angaben klar von objektivierbaren Befunden trennen, z. B. eine anamnestisch berichtete Schwellneigung von einer bei der Untersuchung objektivierbaren Schwellung.
Kausalitätsaspekte	Fakten benennen, die für oder gegen einen Zusammenhang sprechen. Vermutungen als solche kennzeichnen. Fehlende Informationen, z. B. Vorbefunde oder Angaben zu Vorerkrankungen, gegenüber dem UV-Träger benennen.

Kontextfaktoren	Relevante persönliche, berufliche und soziale Einflussfaktoren wertfrei dokumentieren, soweit sie für den Schmerzverlauf, die Funktionsfähigkeit, die Therapieplanung oder die Teilhabe bedeutsam sind. Hierzu können beispielsweise berufliche Belastungssituationen, besondere Pflegesituationen, Rentenbegehren oder anhängige Gerichtsverfahren gehören.
Arbeitsfähigkeit	Auswirkungen der schmerzmedizinischen Behandlung auf die Arbeitsfähigkeit dokumentieren, z. B. bei einer für die Arbeitsfähigkeit relevanten Medikation. Die abschließende Beurteilung erfolgt durch die zuständige Durchgangsärztin bzw. den zuständigen Durchgangsarzt oder den zuständigen UVT.
Verlauf und Konsequenzen	Änderungen des Gesundheitszustands, Therapieeffekte, Nebenwirkungen, neue relevante Diagnosen sowie daraus abgeleitete Therapie- oder Diagnostikschritte festhalten.

Formulierungshilfen zur Kausalitätsbeschreibung

- **Nicht:** „Die Schmerzen sind sicher unfallbedingt."
- **Besser:**
  „Für einen Zusammenhang sprechen …; dagegen sprechen …."
  „Aus schmerzmedizinischer Sicht ergibt sich daraus folgende Einschätzung …."
  „Für eine abschließende Beurteilung fehlen derzeit noch …."

4. Zusammenarbeit und interdisziplinäre Abstimmung

Die schmerzmedizinische Behandlung in der GUV ist häufig Teil eines interdisziplinären Rehabilitationsprozesses. Relevante Befunde, Therapieziele und Funktionsveränderungen sollten deshalb mit den beteiligten Disziplinen abgestimmt werden.

Bei einer bereits bestehenden **durchgangsärztlichen Behandlung** sollte die zuständige Durchgangsärztin beziehungsweise der zuständige Durchgangsarzt in die Berichterstattung sowie in die weitere Therapieplanung und -abstimmung einbezogen werden. Der zuständige **UV-Träger** sollte insbesondere bei unklarer Zuständigkeit, fehlenden oder unvollständigen Informationen, Zweifeln hinsichtlich des kausalen Zusammenhangs sowie bei notwendiger weiterführender Abklärung frühzeitig telefonisch kontaktiert und in das weitere Vorgehen eingebunden werden. Soweit dies für den Behandlungsverlauf relevant ist, sollten weitere **therapeutische Disziplinen**, insbesondere die Physiotherapie, Ergotherapie und Psychotherapie, in den fachlichen Austausch einbezogen werden. Die entsprechende fachliche Abstimmung kann gemäß UV-GOÄ über die Gebührennummer 6002 abgerechnet werden. Bei **komplexen oder atypischen Behandlungsverläufen** sollten bei Bedarf interdisziplinäre diagnostische beziehungsweise rehabilitative Maßnahmen angeregt werden. Deren Indikation und weitere Durchführung sollten in Abstimmung mit dem zuständigen UV-Träger erfolgen.

Praktische Orientierung bei Unsicherheit
❖ Ist unklar, ob eine Beschwerde zum Versicherungsfall gehört? → Zusammenhang differenziert dokumentieren und mit dem UV-Träger abstimmen. ❖ Fehlen Vorbefunde oder Angaben zu Vorerkrankungen? → Fehlende Informationen im Bericht ausdrücklich benennen. ❖ Ist der Verlauf komplex oder widersprüchlich? → Interdisziplinäres Assessment anregen und mit dem UV-Träger abstimmen.

5. Weiterführende Links

→ **§ 8 SGB VII - Arbeitsunfall:** SGB 7 - Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254).

→ **AWMF - S2k-Leitlinie**: Ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen, Stand 02.08.2023: AWMF Leitlinienregister.

→ **DGUV - Begutachtung / FAQ:** DGUV, Rehabilitation und Leistungen, Leistungsgrundsätze bei der Begutachtung.

→ **DGUV - Vergütung für Leistungserbringende (UV-GOÄ)**: einschließlich Fragen-Antwort-Katalog (FAK) - Schmerzmedizin: DGUV: Rehabilitation Vergütung der Leistungserbringer.

→ **DGUV** – Kausalitäts- und Beweisgrundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung: https://www.dguv.de/medien/formtexte/aerzte/f_9000/f9000.pdf

Impressum
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)
Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)
E-Mail: info@dguv.de
www.dguv.de

Weitere Informationen bzw. Kontaktmöglichkeit unter:
Schmerzmedizin@dguv.de