

Überarbeitete UV-GOÄ zum 01.07.2026

DA-OnlineSeminar zur UV-GOÄ



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



Ablauf

Zeiten: 15:00 Uhr – 16:30 Uhr

1. Block

Hinweise zu der Abrechnung von Materialien,
Kapitel A und B UV-GOÄ
Grundleistungen Nrn. 1 – 193
Beantwortung von Fragen

2. Block

Kapitel XVII – Arthroskopische Leistungen
Beantwortung von Fragen

Ablauf

Ab dem 01.07.2026 treten grundlegende Veränderungen und deutliche Verbesserungen bei der Abrechnung von Grundleistungen und arthroskopischen Leistungen in Kraft.

Ich empfehle – **abrechnungstechnisch** - bereits laufende Behandlungsfälle zum 30.06.2026 abzuschließen und mit dem 01.07.2026 einen neuen Abrechnungs-Behandlungsfall zu öffnen, da sich die Systematik ändert.

Klartext: Leistungen vor dem 01.07.2026 abrechnen und weitere Leistungen nach der überarbeiteten UV-GOÄ abrechnen.

Entscheidend ist der Tag der Leistungserbringung.

Ziele, Grundgedanken der Überarbeitung

Abbau von
Konfliktpotential
(Rechnungskorrekturen,
Beschwerdeschreiben,
Beratungsärzte)

Abbau Bürokratie
(Rechnungserstellung,
Einzelnachweise,
Dokumentation,)

Anpassen an die
tatsächlichen
Gegebenheiten in den
Praxen, Ambulanzen
(Zeiten, Erreichbarkeiten,
Versicherte)

Einheitliche
Systematik
(Gebühren,
Zuschläge)

Wegfall nicht mehr
benötigter oder
nicht mehr
„zeitgemäßer“
Gebühren

IT-taugliche
Struktur

Förderung der
Grundversorgenden
Leistungen und
Stärkung des D-Arzt-
Verfahrens

Hinweise zu der Abrechnung von Materialien

Klarstellung im Vorspann der UV-GOÄ

Neu

Materialien können nach dem Berufsgenossenschaftlichen Nebenkostentarif (BG-NT) oder nach Teil A der UV-GOÄ abgerechnet werden. Im Wesentlichen finden sich in den beiden Tarifbestimmungen gleiche Inhalte.

In der Folge werden die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und Regelungen erläutert.

1. Besondere Kosten nach Spalte 4 der UV-GOÄ auf der Grundlage des BG-NT

Bei dem BG-NT handelt es sich um eine Vereinbarung zwischen der DGUV und der DKG (Vertragsparteien). Die Tarifbestimmungen gelten daher grundsätzlich nur für Ärzte an Krankenhäusern. Diese sind verpflichtet mit den Besonderen Kosten abzurechnen.

Die Beträge in der Spalte Besondere Kosten sind für die jeweiligen Leistungen als Pauschalen zwischen den Vertragsparteien vereinbart. Einzelnachweise können vom Unfallversicherungsträger nur für die Abrechnung von Materialien gefordert werden, die nicht Bestandteil der Pauschale § 2 Abs. 1 BG-NT sondern nach § 2 Abs. 3 BG-T gesondert berechnungsfähig sind.

2. Abrechnung von Auslagen nach Teil A der UV-GOÄ

Für niedergelassene Ärzte gelten für die Abrechnung von Materialien (Auslagen) so weit in der UV-GOÄ nichts anderes bestimmt ist, die Regelungen des Teil A der UV-GOÄ. Zum Nachweis des Einkaufs der jeweiligen Auslage kann der Unfallversicherungsträger einen Einzelnachweis verlangen.

Eine Verpflichtung in dieser Form abzurechnen, besteht nicht. Niedergelassene Ärzte haben die Wahl anstelle der Regelung nach Teil A mit den besonderen Kosten der Spalte 4 (BG-NT) abzurechnen.

Diese Entscheidung trifft der Arzt zu Beginn des Behandlungsfalles (siehe B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen, Allgemeine Bestimmungen, Nr. 1). An diese Entscheidung ist er dann für die Dauer des Behandlungsfalles gebunden.

Rechnen niedergelassene Ärzte nach diesem Tarif mit den besonderen Kosten ab, gilt für sie der BG-NT.

Kapitel A

UV-GOÄ

Wichtige Änderung

1. Als Vergütung stehen dem Arzt Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.

Im Zusammenhang mit arthroskopischen Leistungen nach Abschnitt L. XVII kann der Arzt keinen Ersatz von Auslagen berechnen. Es gelten die Besonderheiten des Abschnitt L XVII.

Die Möglichkeit zwischen den besonderen Kosten und Teil A zu wählen ist bei der Abrechnung arthroskopischer Leistungen ausgeschlossen.

Arthroskopische Leistungen sind verpflichtend mit den besonderen Kosten abzurechnen.

***„Kapitel B -Grundleistungen
UV-GOÄ - Ziffern 1 – 193“
(bisher 1 – 196)***

Wegfall der Leistungsbeschränkung bei der Nr. 1 UV-GOÄ

B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen - Allgemeine Bestimmungen.

2. „Die Leistung nach Nummer 1 ist neben Leistungen nach den Kapiteln C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig“.

Zukünftig kann der Arzt die ärztliche Gebühr der Untersuchung nach Nr. 1 neben der ärztlichen Gebühr einer Leistung aus den Kapiteln C – O (z.B. Verband, Behandlung einer Wunde, Röntgenleistung, etc.) immer abrechnen.

Steigerung der Kosten bei den UV-Trägern.

Vergleich

Rot = bisher zu korrigieren		Vergleichsberechnung		Grün = wird nun nicht mehr korrigiert	
Distorsion Sprunggelenk, D-Arzt, Erstbehandlungstag immer BHB, anschließend regelmäßig in AHB, Versorgung mit einer Orthese, Schüler					
Aktuelle UV-GOÄ				UV-GOÄ ab 01.07.2026	
Leistungen am Unfalltag				Leistungen am Unfalltag	
UV-GOÄ		BHB	BK	UV-GOÄ	
Nr. 132	D-Bericht	22,86		Nr. 132	D-Bericht
Nr. 192	Elektronische Übermittlung	0,47		Nr. 192	Elektronische Übermittlung
Nr. 1	Untersuchung und Beratung	10,43		Nr. 1	Untersuchung und Beratung
Nr. 5020	Röntgen OSG	30,6		Nr. 5020	Röntgen OSG
Nr. 530	Kühlung	4,06		Nr. 530	Kühlung
Nr. 200	Salbenverband	5,44	1,19	Nr. 200	Salbenverband
Nr. 203 A	Kompressionsverband	8,84	2,04	Nr. 203 A	Kompressionsverband
143 i	Verordnung Hilfsmittel	3,69		143 i	Verordnung Hilfsmittel
		AHB			AHB
Folgebehandlung				Folgebehandlung	
Nr. 1	Untersuchung und Beratung	8,37		Nr. 1	Untersuchung und Beratung
Nr. 200	Salbenverband	4,37	1,19	Nr. 200	Salbenverband
Nr. 210	Erstanlage einer Orthese	7,44		Nr. 210	Erstanlage einer Orthese
Folgebehandlung				Folgebehandlung	
Nr. 1	Untersuchung und Beratung	8,37		Nr. 1	Untersuchung und Beratung
Nr. 200	Salbenverband	4,37	1,19	Nr. 200	Salbenverband
Folgebehandlung				Folgebehandlung	
Nr. 1	Untersuchung und Beratung	8,37		Nr. 1	Untersuchung und Beratung
Nr. 200	Salbenverband	4,37	1,19	Nr. 200	Salbenverband
Folgebehandlung				Folgebehandlung	
Nr. 1	Untersuchung und Beratung	8,37		Nr. 1	Untersuchung und Beratung
Nr. 200	Salbenverband	4,37	1,19	Nr. 200	Salbenverband
Abschlussuntersuchung				Abschlussuntersuchung	
Nr. 1	Untersuchung und Beratung	8,37		Nr. 1	Untersuchung und Beratung
Gesamt		123,31	6,8	Gesamt	
				140,42 6,8	
Korrektur der Rechnung wegen der Regelung "Die Nr. 1 kann im Behandlungsfall nur einmal neben Leistungen der Abschnitte C- O"				Steigerung gegenüber der bisherigen UV-GOÄ um	
				Wegfall der Regelung	
				17,11	

Leistungsausschlüsse

Wegfall von Ausschlussregelungen in den Allgemeinen Bestimmungen

Teil B

Beispiel:

4. Die Leistung nach **Nummer 1** ist neben den Leistungen nach den Nummern 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.

Derartige Hinweise/Regelungen im Teil B. fallen alle weg.

Zukünftig werden diese Regelungen direkt bei der Gebühr erfasst.

Beispiel Nr. 1

Neu

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 45, 448 – 449, 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886, 887

Allgemeinen Bestimmungen Teil B.

Nr. 5

Die Abrechnung selbständiger ärztlicher Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sind, können nicht durch analoge Leistungen ersetzt werden. Eine Regelung entsprechend des § 6 Abs. 2 GOÄ (GOÄ i. d. F. v. 9.02.1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Art. 3b G v. 19.07.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197).) durch Heranziehung einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Position ist in der UV-GOÄ nicht gestattet.

Gebührenteil

Erhöhung der Gebühren zum 01.07.2026

Die Gebühren des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses steigen um fünf Prozent.

Ausgenommen sind die Grundleistungen im Kapitel B und Arthroskopien (Nrn. 3400 bis 3444), da diese Leistungen im Zuge der jetzt erfolgten Neustrukturierung neu kalkuliert bzw. der Beginn der Verhandlungen, Stand 01.07.2025 vereinbart wurden.

.

Fachspezifische Leistungen

Leistungen, die fachspezifisch sind, werden in die jeweiligen fachspezifischen Abschnitte der UV-GOÄ verlagert (Beratung bei chronischen Erkrankungen, Beratung Schwangere, Chemotherapie, Hauterkrankungen, Mastdarm- und Prostatauntersuchung, Schulung Diabetes) und damit das Kapitel B gestrafft.

Diese Leistungen sind nun in den jeweiligen fachspezifischen Abschnitten der UV-GOÄ eingefügt, bzw. sind weggefallen, weil sie keine praktische Bedeutung mehr haben.

Es wurde ausdrücklich auf eine durchgehende neue Nummerierung der UV-GOÄ Ziffern verzichtet, um die bekannten Ziffern (die nicht geändert wurden) beibehalten zu können.

Änderungen zu Leistungsausschlüssen

Ausschlüsse von Gebühren, die bisher in der jeweiligen Gebühr oder den Nebenbestimmungen genannt wurden, werden zukünftig zusammengefasst. Sie werden zum Ende der jeweiligen Gebühr genannt.

Beispiel Nr. 1

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 45, 448 – 449, 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886, 887

Diese Änderungen sind aktuell bei allen Gebühren erfolgt, die neu, verändert oder in Folge dessen überabreitet werden mussten.

Einheitliche Regelungen hinsichtlich der Zeiten

Für alle in Frage kommenden Leistungen der Nrn. 1 – 193 gelten nachfolgende Zeiten:

- Grundleistung beinhaltet immer die Zeit von Montag bis Freitag zwischen 7-19 Uhr
- Zeiten zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen werden über einen Zuschlag abgebildet

Mischkalkulation bei den Zeiten außerhalb 7 – 19 Uhr bei allen in Frage kommenden Gebühren.

Einheitliche Regelungen hinsichtlich der Zeiten

bei,

- Beratung und Untersuchung
- Beratung als alleinige Leistung
- Besuche einschließlich Beratung und Untersuchung
- Verweilgebühr
- Konsiliarische Erörterung
- Assistenz

Bei Wegegeld und Reiseentschädigung fallen die Zeiten komplett weg.

Nr. 1 UV-GOÄ

Symptomzentrierte Untersuchung bei Unfallverletzungen oder bei Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit einschließlich Beratung.

Bei Kindern bis zum 6. Geburtstag wird anstelle der Nr. 1 einmal im Behandlungsfall die Nr. 2 abgerechnet. Dies gilt nicht bei Verletzungen, bei denen durch bloße Inaugenscheinnahme das Ausmaß der Erkrankung beurteilt werden kann.

Die Leistung ist von Montag bis Freitag zwischen 7-19 Uhr abzurechnen. Für Zeiten zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen kann der Zuschlag nach Nr. 3 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 45, 448 – 449, 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886, 887

Nr. 2 UV-GOÄ

(Frühere Nr. 6)

Umfassende Untersuchung verbunden mit nach Umfang und Zeit besonderem differenzialdiagnostischen Aufwand und/oder Beteiligung mehrerer Organe einschl. Klärung oder Überprüfung des Zusammenhangs mit der Berufstätigkeit einschließlich Beratung.

Die Leistung ist von Montag bis Freitag zwischen 7-19 Uhr abzurechnen. Für Zeiten zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen kann der Zuschlag nach Nr. 3 abgerechnet werden. Die Leistung kann pro Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 1,45, 50, 448 – 449, 600, 601, 800, 826, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414.

Leistungen, die in der jetzigen Form wegfallen

- Nr. 3 Leistung nach Nummer 1,
jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)
- Nr. 4 Leistung nach Nummer 1,
jedoch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen
- Nr. 7 Leistung nach Nummer 6,
jedoch außerhalb der Sprechstunde
- Nr. 8 Leistung nach Nummer 6,
jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)
- Nr. 9 Leistung nach Nummer 6,
jedoch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen

Nr. 3 UV-GOÄ

(Neu)

AHB 7,58

BHB 9,42

Zuschlag zu den Nummern 1 oder 2 für Leistungen zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen.

Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn Versicherte zu diesen Zeiten einbestellt werden.

D-Ärzte haben an Samstagen keine D-ärztliche Bereitschaft sicherzustellen.

Wenn sie dennoch an Samstagen die Praxis geöffnet haben und unsere Versicherten einbestellen, können sie nicht den Zuschlag abrechnen. Dies gilt auch für D-Ärzte am Krankenhaus die am Wochenende Bereitschaftsdienst haben und Versicherte einbestellen.

Nr. 4 UV-GOÄ

(Neu)

AHB 10,00 €

BHB 10,00 €

Zuschlag zu Nr. 1 oder 2 für die Entscheidung des Durchgangsarztes, keine Behandlung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers einzuleiten bzw. diese abzurechnen. Voraussetzung ist, dass die Gründe dokumentiert, Versicherte über die Entscheidung aufgeklärt und - soweit bekannt - weiterbehandelnde Ärzte informiert werden.

Die Leistung kann nur von D-Ärzten abgerechnet werden.

Abrechnung der Nr. 4 wegen nicht eingeleiteter Behandlung zu Lasten des UV-Trägers			
Keine Versicherte Person	Keine versicherte Tätigkeit	Kein Unfall	Kein Medizinischer Zusammenhang
z.B. Schüler außerhalb der Schulzeit auf dem Schulhof	z.B. eigenwirtschaftliche Tätigkeit, private Unterbrechung des Weges, Unfall im Gebäude	Bandscheibenvorfall, Innere Ursache	Für die Klärung sind klinische und apparativ-technische Untersuchungen erforderlich
Nr. 132	Nr. 132	Nr. 132	Nr. 132
Nr. 192	Nr. 192	Nr. 192	Nr. 192
Nr. 1	Nr. 1	Nr. 1	Nr. 1 oder 2
Nr. 4	Nr. 4	Nr. 4	Nr. 4
In diesen Fällen wird ohne Untersuchung keine Behandlung zu Lasten des UV-Trägers einleitet. Es wird unterstellt, dass der D-Arzt für diese hoheitliche (Entscheidung über das „Ob“ und „Wie“ der Behandlung für den UV-Träger) Tätigkeit die Nr.1 abrechnen kann. Erfüllt der D-Arzt die weiteren Voraussetzungen, kann er den Zuschlag in diesen Fällen abrechnen.			zusätzliche erforderliche Maßnahmen (Sono, Röntgen, etc.)

Nr. 5 UV-GOÄ

(Neu)

AHB 10,00 €

BHB 10,00 €

Zuschlag für einen erhöhten ärztlichen Aufwand bei erschwerter Kommunikation im Rahmen der Leistungen nach den Nrn. 1 und 2. Dies ist im Bericht zu dokumentieren.

Die Leistung kann nur zweimal im Behandlungsfall abgerechnet werden und nicht für Kinder bis zum 6. Geburtstag.

Honorierung des zusätzlichen ärztlichen Aufwandes/Zeit

Nähere Erläuterungen der Sachverhalte (geistigen und/oder psychischen Erkrankung, Sprache, etc.) erfolgen in den Arbeitshinweisen.

Untersuchungs- und Beratungsleistungen

Beispiel: Beratung und Untersuchung

Aktuelle UV-GOÄ (8 Leistungen)	Neu (2 Leistungen) + 3 neue Zuschläge)			
Nr. 1	Nr. 1, Mo-Fr. (07-19 Uhr)	Nr. 3 Zuschlag zu den Nummern 1 oder 2 für Leistungen zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen.	Nr. 4 Zuschlag zu den Nrn. 1 und 2 für die Aufklärung und Beratung der Versicherten bei Abbruch der Heilbehandlung	Nr. 5 Zuschlag zu den Nrn. 1 und 2 bei erschwerter Kommunikation
Nr. 2, außerhalb der Sprechstunde				
Nr. 3 bei Nacht (20 - 8 Uhr)				
Nr. 4, Samstag, Sonn-, und Feiertag				
Nr. 6	Nr. 2, Mo-Fr. (07-19 Uhr)	AHB 7,58 € BHB 9,42 €	AHB/BHB 10,00 €	AHB/BHB 10,00 €
Nr. 7, außerhalb der Sprechstunde				
Nr. 8 bei Nacht (20 - 8 Uhr)				
Nr. 9, Samstag, Sonn-, und Feiertag				

Denkbar ist, dass bei einem Arzt-Patienten-Kontakt die Nrn. 1 oder 2 sowie zusätzlich die Nrn. 3, 4 und 5 abgerechnet werden (Dokumentation).

Frühere Nrn. 6a und 6b an anderer Stelle in der UV-GOÄ (überarbeitet)

Nr. 6a wird zur Nr. 52

„Zuschlag zum Besuch nach Nr. 50“

für eine über das Maß hinausgehende Untersuchung wie z. B. ärztliche Versorgung von Schwerverletzten und -erkrankten, Verdacht auf multiple Verletzungen.

Nr. 6b wird zur Nr. 735

„Ganzkörperuntersuchung bei Plattenepithelca. (Kapitel F: Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie)“

Nrn. 10 und 10a, Telemedizin bleiben unverändert

Nr. 10 b wird zu Nr. 730 Telemedizin bei BK bis 10 min.

Nr. 10 c wird zu Nr. 731 Telemedizin bei BK über 10 min.

Leistungslegende der bisherigen Nrn. 15 – 17 bleiben.

Nr. 17a wird zu Nr. 736 (Hautschutzplan)

Nr. 18 wird zu Nr. 1774 (Digitaluntersuchung Mastdarm und Prostata)

Ausschlüsse wurden aus den Leistungslegenden entfernt.

„Daneben nicht abrechenbar: ...“

Beratung

Nr. 11 Beratung, auch mittels Fernsprecher, als alleinige Leistung

Nr. 12 Zuschlag zu Nr. 11 für die Leistung zwischen 19 - 7 Uhr sowie an
Samstagen, Sonntagen und Feiertagen. **Neu**

Nr. 13 Leistung nach Nummer 11, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)

Nr. 14 Leistung nach Nummer 11, jedoch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen

Leistungen an anderer Stelle in der UV-GOÄ erfasst

Nr. 17 a Erstellung eines individuellen Hautschutzplanes nach vorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger Die Leistung beinhaltet auch die Besprechung des Hautschutzplanes mit dem Erkrankten.

(neu verortet Nr. 736)

Nr. 17 b Fortschreibung des Reha- und Teilhabeplanes nach Nr. 17 UV-GOÄ. Die Mitwirkung bedarf eines Auftrages durch den UV-Träger. Daneben sind die Nummern 17, 34 und 35 nicht abrechenbar.

(jetzt neu Nr. 18)

Nr. 18 Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata

(neu verortet Nummer 1774)

Frühere Nr. 17b wird zur Nr. 18

Fortschreibung des Reha- und Teilhabeplanes nach Nr. 17 UV-GOÄ. Die Mitwirkung bedarf eines Auftrages durch den UV-Träger.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 17, 34, 35, 6000, 6002

Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken.

Die Leistung kann nur abgerechnet werden, wenn alle der vorgenannten Kriterien erfüllt sind.

Die Leistung nach Nr. 19 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 6000, 6002

Änderungen

Nr. 19 a Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt

(neu verortet Nummer 730)

II. Leistungen unter besonderen Bedingungen

Nr. 20 Beratungsgespräch in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten) (fällt ganz weg)

•

Änderungen

Nr. 21 Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung

(neu verortet Nummer 1004)

Nr.22 Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft - auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, gegebenenfalls auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch

(neu verortet Nummer 1005)

Änderung

Nr. 33 Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (bei Diabetes, Gestationsdiabetes oder Zustand nach Pankreatektomie) - einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetologischen Gesichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens - ggf. auch für gleichwertig strukturierte Schulungsprogramme.

(Leistung fällt weg)

Untersuchung zum Stand des Heilverfahrens einschließlich Einschätzung zum bisherigen Verlauf und/oder zu laufenden oder geplanten Maßnahmen der medizinischen Behandlung bzw. Rehabilitation durch einen anderen als den behandelnden Arzt.

Vor Beginn der Leistung muss grundsätzlich ein Auftrag des Unfallversicherungsträgers vorliegen. Die Leistung kann einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden. Eine nochmalige Abrechnung durch denselben Arzt ist nicht zulässig.

Alle Untersuchungs- und Beratungsleistungen – mit Ausnahme bildgebender Diagnostik sowie weiterer zur Diagnostik erforderlichen Maßnahmen (z. B. Funktionsmessungen, Laboruntersuchungen) – sind mit der Gebühr abgegolten.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 35, 36, 110, 115, 118, 6000

Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern und/oder Röntgenbildern durch den D-Arzt bei einem Arztwechsel

Wegfall von 2 bisherigen Ausschlusskriterien

- Beurteilung und Bewertung im Rahmen der Vorstellungspflicht nach § 37 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
- Überweisung zur Durchführung einer Operation

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 17, 18, 34, 5255, 5256, 5257

Visiten		
Aktuelle UV-GOÄ (3 Leistungen)	Neu 1 Leistung	
Nr. 45 Visite im Krankenhaus	Nr. 45 Visite(n) im Krankenhaus	
Nr. 46 Zweitvisite im Krankenhaus		
Nr. 47 Kostenersatz für Visite		

Visite(n) im Krankenhaus

Unabhängig der Anzahl der Visiten kann die Leistung nur einmal täglich abgerechnet werden.

Die Nrn. 1, 2 können nicht anstelle der Nr. 45 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 48, 50

Nrn. 50 und 51

Besuch, einschließlich Beratung und Untersuchung

Die Leistung nach Nr. 50 darf nicht anstelle der Nr. 45 (Visite) abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 45.

Zuschlag zur Nummern 50 für Leistungen zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen.

AHB 17,89 € BHB 22,28 €

Besuche einschließlich Beratung und Untersuchung

Aktuelle UV-GOÄ (7 Leistungen)	Neu (2 Leistungen	+ 1 Zuschlag	+ vorhandener Zuschlag neu platziert)
Nr. 50	Nr. 50, Mo-Fr. (07-19 Uhr)	Nr. 51 Zuschlag zur Nummern 50 für Leistungen zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen.	Nr. 52 Zuschlag zur Nr. 50 oder 51 für eine über das Maß der Nr. 2 hinausgehende Untersuchung wie z.B. ärztliche Versorgung von Schwerverletzten und - erkrankten, Verdacht auf multiple Verletzungen).
Nr. 50a, dringend			
Nr. 50b, aus der Sprechstunde			
Nr. 50c, bei Nacht 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr			
Nr. 50d, bei Nacht, 22 – 6 Uhr		AHB 17,89 € BHB 22,28 €	
Nr. 50e, Samstag, Sonntag, Feiertag			Frühere Nr. 6a
Nr. 51, Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 50, einschließlich Beratung und Untersuchung.	Nr. 53 unverändert		

Nr. 54

frühere Nr. 52

Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nicht ärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z. B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel).

Wegegeld ist nicht berechnungsfähig. Die Gebühr ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet.

Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung - gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme - je angefangene halbe Stunde der Einsatzdauer

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 56, 60, 833

Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen, je angefangene halbe Stunde – am Tag.

Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden. **Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 448-449**

Nr. 57 Zuschlag für die Leistung nach Nr. 56 zwischen 19 und 7 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen **Neu**

AHB 8,37 BHB 10,43

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 448-449
 DGUV

Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt – am Tag –

Die Gebühr ist auch zu zahlen für die konsiliarische Erörterung mit einem am Psychotherapeutenverfahren der Unfallversicherungsträger beteiligten Therapeuten (§ 1 Abs. 2 ÄV).

Die Leistung nach der Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor, oder in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat.

Die Leistung nach der Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.

Die Leistung nach Nummer der Nummer 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe, **OP-Besprechung zwischen Operateur und Anästhesist.**)

Nr. 60

geändert

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 36, 6002

Nr. 61

Zuschlag zur Leistung nach Nr. 60 zwischen 19 und 7 Uhr, sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen

Die Nrn. 60a und 60b sowie 61a- 61c (Beistand) fallen weg.

Nr. 62 UV-GOÄ

(überarbeitet)

Assistenz je angefangene halbe Stunde – die Leistungen sind anzugeben – am Tag

Nr.62 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.

Die Nummer 62 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden; sie darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.

Nr. 63

Zuschlag zur Leistung nach Nr. 60 zwischen 19 und 7 Uhr, sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen

Die frühere Bezeichnung „Beistand“ wurde in Assistenz geändert.

IV. Wegegeld und Reiseentschädigungen

Allgemeine Bestimmungen

(überarbeitet)

Klarstellungen

1. Ein „Besuch“ im Sinne dieses Abschnitts liegt vor, wenn der Arzt einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem der Arzt üblicherweise seine berufliche Tätigkeit nicht ausübt. Ein Besuch liegt nur vor, wenn sich der Arzt zum Patienten (oder an den Ort eines Notfalles) begibt.

Ein „Besuch“ liegt nicht vor, wenn die Behandlung an einem Ort stattfindet, zu dem der Patient sich ebenfalls begeben muss. Dazu zählen beispielsweise die regelmäßige Arbeitsstätte des Arztes, eine Zweitpraxis oder der Ort einer belegärztlichen Tätigkeit, usw.

Ein Besuch liegt auch dann nicht vor, wenn der Arzt ohne Veranlassung des Patienten zu der Behandlung eines anderen Arztes (z.B. Operateur, Anästhesist) zur arbeitsteiligen Behandlung hinzugezogen wird.

IV. Wegegeld und Reiseentschädigungen

Allgemeine Bestimmungen

(überarbeitet)

Klarstellungen

Wegegeld

Mit dem Wegegeld und der Reiseentschädigung für Fahrten mit dem PKW sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten. Die Wegegeldentschädigung kann nur für Besuche **bei weniger als bis** 25 km Entfernung abgerechnet werden. Längere Wege gelten als Reiseentschädigung.

Bei Benutzung anderer Verkehrsmittel können kein Wegegeld oder eine Reiseentschädigung abgerechnet werden. Hier können die tatsächlichen Aufwendungen abgerechnet werden. Der Unfallversicherungsträger kann einen Nachweis verlangen. Fahrten mit dem Taxi sind nur bei einem Notfall abrechenbar.

Nr. 71

neu

AHB/BHB

12,10

Wegegeld

Die Pauschale ist für Besuche bis zu 25 km Entfernung abrechenbar.

Bei weiteren Entfernungen und Reisen gilt das Bundesreisekostengesetz in der jeweils gültigen Fassung.

Die bisherigen Leistungen nach den Nrn. 71 – 74, 81 – 84, 86 – 89 sowie 91 fallen weg.

Wegegeld und Reiseentschädigung

Wegegeld		Reiseentschädigung	
Aktuelle UV-GOÄ (8 Leistungen)	Neu 1 Leistung	Aktuelle UV-GOÄ (5 Leistungen)	Neu 1 Leistung
Nr. 71 Wegegeld bis 2 KM	Nr. 71 Wegegeld Die Pauschale ist für Besuche bis zu 25 km Entfernung abrechenbar. Bei weiteren Entfernungen gilt das Bundesreisekostengesetz in der jeweils gültigen Fassung. Mischkalkulation	Nr. 86 Reiseentschädigung eigener Kraftwagen je Kilometer	Nr. 71 Wegegeld Die Pauschale ist für Besuche bis zu 25 km Entfernung abrechenbar. Bei weiteren Entfernungen gilt das Bundesreisekostengesetz in der jeweils gültigen Fassung. Mischkalkulation
Nr. 72 bis 2 KM bei Nacht			
Nr. 73 bis 5 KM		Nr. 87 Reiseentschädigung bei Benutzung anderer Verkehrsmittel	
Nr. 74, bis 5 KM bei Nacht		Nr. 88 Reiseentschädigung bis 8 Stunden	
Nr. 81, bis 10 KM			
Nr. 82, 10 KM bei Nacht		Nr. 89 Reiseentschädigung mehr als 8 Stunden	
Nr. 83, bis 25 KM		Nr. 91 Reiseentschädigung für notwendige Übernachtungen	
Nr. 84, bis 25 KM bei Nacht			

VI. Besondere Bedingungen

Allgemeine Bestimmungen

(überarbeitet)

Klarstellungen

1. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrunde liegende Leistung abgegolten.
2. Für Berichte, die auf Verlangen des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung oder aufgrund von Regelungen des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger frei ohne Verwendung eines Vordrucks erstattet werden, bemisst sich die Gebühr entsprechend dem Aufwand, Zweck und Inhalt nach dem Gebührenrahmen der Nummern 110 bis 119.
3. Portoauslagen für angeforderte oder gemäß Ärztevertrag zu erstattende Berichte/Gutachten ist sind dem Arzt zu erstatten.
4. Schreibgebühren sind in den Leistungen der Nrn. 117 – 119 enthalten. Darüber hinaus können Schreibgebühren ausschließlich nach Nr. 166 für Gutachten abgerechnet werden.

Schreibgebühren

(Neu)

Nr. 117

Vordruck F 1110

Auskunft Klärung Arbeitsunfall, einschließlich Schreibgebühren

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166

Nr. 118

Ausführlicher Befundbericht auf Anforderung des UV-Trägers, einschließlich Schreibgebühren

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166

Nr. 119 UV-GOÄ

(Neu)

Gebühr AHB 26,72

BHB 26,72

BGSW - Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht, einschließlich Schreibgebühren

Die Nr. 119 dient als Gesamtgebühr für F 2152 (BGSW-Aufnahmebericht), F 2156 (BGSW- Kurzbericht und F 2160 (BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht). Die Gebühr wird fällig mit der Erstattung des ausführlichen Entlassungsberichtes.

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166

Stärkung des D-Arztes, Honorierung des zusätzlichen Aufwandes

Nr. 134 UV-GOÄ

(verändert)

Erstellung eines Messblatts auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers außerhalb einer Begutachtung mit Vordruck F 4220, F 4222, F 4224 und F 6222.

Neben der Nr. 134 kann die Nr. 190 nicht abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166

Schreibgebühren

Neu

Nr. 166

Schreibgebühren für Gutachten nach den Nummern 146 bis 154, 155 (ausgenommen audiologischer Befundbogen), 160, 161, 165, je Seite

Nr. 190

(fällt weg)

Schreibgebühren für Arztvordrucke nach den Nummern 117 bis 124 und Gutachten nach den Nummern 146 bis 154, 155 (ausgenommen audiologischer Befundbogen), 160, 161, 165 je Seite

je verlangte Kopie

eines Befundes, eines Berichts, der Praxis- oder Stationsaufzeichnungen, der Karteiauszüge, etc. zuzüglich Porto

Es ist unerheblich wie viele Seiten der Befund, der Bericht, etc. hat. Die Gebühr kann nur einmal und nicht je Seite abgerechnet werden.

Abgrenzung zur Nr. 193.

Fordert der UV-Träger Nachweise zur Prüfung abgerechneter Leistungen an, so entsteht hierfür keine Gebühr.

Zusammenstellen und Übersenden von Auszügen aus der Behandlungsdokumentation und/oder bildgebendem Material in analoger oder digitaler Form auf Anforderung des UV- Trägers. Die Richtigkeit ist vom absendenden Arzt zu bescheinigen.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 34, 191

Frühere „Krankengeschichte“.

Kopien, Versand, Krankengeschichte

Aktuelle UV-GOÄ (4 Leistungen)	Neu (3 Leistungen)
Nr. 191 je verlangte Kopie	Nr. 191 je verlangte Kopie eines Befundes, eines Berichts, der Praxis- oder Stationsaufzeichnungen, der Karteiauszüge, etc. zuzüglich Porto
Nr. 192 elektronisch Übermittlung	Nr. 192 elektronisch Übermittlung
Nr. 193 Übersendung von Krankengeschichte auf Anforderung	Nr. 193 Zusammenstellen und Übersenden von Auszügen aus der Behandlungsdokumentation und/oder bildgebendem Material in analoger oder digitaler Form auf Anforderung des UV-Trägers. Die Richtigkeit ist vom absendenden Arzt zu bescheinigen.
Nr. 195 Übersendung angeforderter Röntgenaufnahmen	



Neue UV-GOÄ

Kapitel XVII – Arthroskopische Leistungen

Gliederung

Teil A, Allgemeine Bestimmungen für arthroskopische Leistungen

Teil B: Regelungen für die Abrechnung von Geräten, Materialien, Instrumenten

Teil C. Leistungen - 5 Hauptleistungen

- Ärztliche Gebühr immer in Besonderer Heilbehandlung
- Abrechnung grundsätzlich mit der Pauschale der besonderen Kosten

Weiterhin AOP-Zuschläge (unverändert)

Zusätzlicher Zuschlag für Materialien

Zuschläge für weitere Maßnahmen zu einer Hauptleistung

Teil A

Allgemeine Bestimmungen für arthroskopische Leistungen -

1. Die Leistungen nach dem Abschnitt L. XVII. gelten für alle Gelenke. Gelenke sind unabhängig der anatomischen Strukturen als Funktionseinheit zu sehen. Auch wenn mehrere Zugänge erfolgen und/oder in verschiedenen Gelenkbereichen operiert wird, kann jeweils nur eine der Leistungen nach den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 oder 3440 im Rahmen derselben Sitzung abgerechnet werden. Die am höchsten bewertete Leistung ist abrechenbar.

Das Urteil des Bundessozialgerichts zum Gelenkbegriff wurde hier übernommen.

2. Arthroskopische Leistungen werden nach den Sätzen der BHB abgerechnet und sind mit den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Eine Wahlmöglichkeit zwischen den Besonderen Kosten und Teil A. der UV-GOÄ besteht nicht.

Zu den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 oder 3440 kann ein Materialzuschlag abgerechnet werden. *Dieser wird aus Gründen der Darstellung bei den Kosten der besonderen Heilbehandlung ausgewiesen. Daher erfolgt abweichend von der Systematik der Berechnung der Sachkosten bei ärztlichen Leistungen des BG-T eine derartige Berechnung bei Nrn. 3401, 3411, 3421, 3432 und 3441 nicht.*

Der Teil A der UV-GOÄ hat bei arthroskopischen Operationen keine Gültigkeit.

Erläuterung zum Materialzuschlag

Der Zuschlag hat das Ziel die Diskussionen um die Abrechenbarkeit der einmalig zu verwendeten Verbrauchsgegenstände zu beenden.

Materialien sind bereits in

- der ärztlichen Leistung
- den Besonderen Kosten und
- im AOP-Zuschlag

enthalten.

Zukünftig beteiligen wir uns an den Kosten der Materialien und bezahlen wir zusätzlich einen Zuschlag.

Um dies umsetzen zu können ist es erforderlich, dass grundsätzlich mit den Besonderen Kosten abgerechnet werden muss und keine Wahlmöglichkeit mit den Allgemeinen Bestimmungen des Teil A der UV-GOÄ mehr besteht.

Berufsgenossenschaftlicher Nebenkostentarif

Der BG-T hat für den Operateur nur noch eine geringe Anwendung.

§ 2 (1) Soweit in diesem Tarif nichts anderes bestimmt ist, sind mit den Beträgen der Spalte 4 (Besondere Kosten) die Kosten für Anästhetika bei Leistungen des Teiles D, (Nr. 490/1) Verbandmittel, Gewebeklebstoff, Materialien, Gegenstände und Stoffe, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, abgegolten.

§ 2 (3) Nicht mit den Besonderen Kosten (Spalte 4) abgegolten und damit gesondert berechnungsfähig sind:

1. Arzneimittel, wenn der Aufwand je Arzneimittel EUR 1,02 übersteigt, (Nrn. 255, 261)
3. Gummi-Elastikbinden, Gummistrümpfe u. ä.,
5. Einmalinfusionsbestecke, (wenn der Operateur dies abrechnet)

3. Die Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang mit einer der arthroskopischen Leistungen nach den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 oder 3440 des Abschnitts L. XVII ist Bestandteil der Zielleistung. Dies gilt auch dann, wenn neben einer zunächst arthroskopischen Operation im direkten zeitlichen Zusammenhang eine offene Operation erfolgt. Die Nr. 3400 kann dann nicht abgerechnet werden. Wird nach einer ausschließlichen Diagnostik keine Leistung aus diesem Abschnitt durchgeführt ist die Nr. 3400 UV-GOÄ abzurechnen.

Abgrenzung zu offenen Operationen.

4. Neben einer ausschließlich arthroskopisch durchgeführten Operation des Abschnitts L. XVII. können keine offenen Operationsleistungen der UV-GOÄ abgerechnet werden.

Zuschläge aus diesem Abschnitt können ausschließlich neben arthroskopischen Leistungen abgerechnet werden.

Abgrenzung zu offenen Operationen.

5. Werden neben einer arthroskopischen Operation an demselben Gelenk offene Operationsleistungen durchgeführt, sind die Ausschlüsse der Allgemeinen Bestimmungen Abschnitt III.- Gelenkchirurgie zu beachten.

Neue Allgemeine Bestimmungen ab 01.07.2026

III. Gelenkchirurgie

Allgemeine Bestimmungen

Werden Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136 an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig. Für arthroskopische Leistungen wird auf die Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitt L. XVII – Arthroskopie verwiesen.

6. Der Operationsbericht ist Bestandteil der arthroskopischen Leistungen und dem Unfallversicherungsträger auf Anforderung vorzulegen. Die Schnitt-Naht-Zeit ist verpflichtend zu dokumentieren.

7. Die in den Leistungsbeschreibungen der Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 und 3440 mit „einschließlich“ aufgeführten Leistungen können im Zusammenhang mit einer arthroskopischen Operation nicht zusätzlich mit einer anderen Gebühr abgerechnet. Sie sind Bestandteil der Leistung.

8. Zu der Leistung nach Nr. 3400 kann einmalig der Zuschlag nach Nr. 443 abgerechnet werden. Zu den Leistungen nach den Nrn. 3410, 3420, 3430 oder 3440 kann einmalig der Zuschlag nach Nr. 445 abgerechnet werden.

9. Die Regelungen zum ambulanten Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (Berechtigung zum ambulanten Operieren) sowie die Vorstellungspflichten nach § 37 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sind zu berücksichtigen. Ausnahmen für die Durchführung ambulanter arthroskopischer Operationen sind ausschließlich nach vorheriger schriftlicher Kostenzusage durch den Unfallversicherungsträger möglich.

Teil B

Geräte, Materialien

(frühere Fußnoten bei den Leistungen 2189 – 2191)

1. Soweit im Einzelfall Videoaufzeichnungen vom Kostenträger angefordert werden, sind diese Selbstkosten gesondert berechenbar. Eine Berechnung ist nicht möglich, wenn die Anforderung zum Nachweis und zur Prüfung abgerechneter Leistungen erfolgt.
2. Bei Notwendigkeit eines Shaver-Einsatzes sind unter Berücksichtigung der Wiederverwendbarkeit die anteiligen Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Die Wiederverwendbarkeit ist zwingend in der Rechnung anzugeben.

3. Bei Notwendigkeit eines auswechselbaren Mikro-Skalpells sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar.
4. Die Kosten für Implantate, Spezialnahtmaterial oder spezielles Fadenmaterial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar.
5. Die Kosten für Spezialbohrer (Einmalverwendung) sind als Selbstkosten gesondert berechenbar.

6. Bei Einsatz von Meniskus-Fixationssystemen (z.B. Anker o.Ä.) sind diese Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Der Nachweis über die Anzahl der verwendeten Anker o.Ä. ist durch eine eindeutige Darstellung in Bilddokumentation, Grundvoraussetzung für die Kostenerstattung.

7. Bei Notwendigkeit der Verwendung einer Einmal-Elektrosonde sind unter Berücksichtigung der Wiederverwendbarkeit die anteiligen Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar.

Die Wiederverwendbarkeit ist zwingend in der Rechnung anzugeben.

Teil C - Leistungen/Gebühren

Nr. 3400

BHB 105,02 €

BK 154,83 €

früher Nr. 3300

Arthroskopie als diagnostische Maßnahme einschließlich

- aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten,
- dem Team-Time-Out,
- aller Spülungen,
- Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale
- Intraartikulärer Injektionen
- Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe,
- Anlage der Redondrainage(n),
- Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden,
- Kühlung(en),
- der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc.,
- aller intra- und postoperativen Untersuchungen am OP-Tag
- Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag
- sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation

Nr. 60

Analogie

Analogie

Nrn. 490, 491

Nr. 255

Nr. 298

Nr. 2015

Nrn. 200 - 209

Nrn. 530, 740

Nr. 210, 205

Nrn. 1, 2

Nr. 510

Nrn. 115, Analog

5295

Nr. 3400 (vollständige Leistungsbeschreibung)

Die Nr. 3400 kann nur für eine ausschließlich diagnostische Maßnahme oder im Zusammenhang mit einer offenen Operation abgerechnet werden. Eine Abrechnung neben anderen Leistungen des Abschnitts L. XVII. – Arthroskopie ist nicht möglich.

Neben der Leistung nach Nr. 3400 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 443 sowie 3401 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295

Zuschlag zur Nr. 3400 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Gebrauch.

Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen.

Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags.

Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden. OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.

Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

Abrechnung „Arthroskopie als diagnostische Maßnahme“

Ärztliche Gebühr	Nr: 3400	105,02 €
Besondere Kosten		154,83 €
AOP-Zuschlag	Nr. 443	80,62 €
Material-Zuschlag	Nr. 3401	35,00 €
Gesamt:		375,47 €

Diese Leistung kann nur abgerechnet werden, wenn eine ausschließliche Diagnostik erfolgt oder sich direkt im Anschluss eine offene Operation anschließt.

Nr. 3410

BHB 314,75 €

BK 136,22 € früher Nr. 2189

Resezierende, entfernende arthroskopische Operation eines Gelenkes einschließlich

- aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten, **Nr. 60**
- der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang, **Nr. 3400**
- dem Team-Time-Out, **Analogie**
- aller Spülungen, **Analogie**
- Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale **Nrn. 490, 491**
- Intraartikulärer Injektionen **Nr. 255**
- Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe, **Nr. 298**
- Anlage der Redondrainage(n), **Nr. 2015**
- Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden, **Nrn. 200-209**
- Kühlung(en), **Nrn. 530, 740**
- der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc., **Nrn. 210, 205**
- aller intra- und postoperativen Untersuchungen am OP-Tag **Nrn. 1, 2**
- Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag **Nr. 510**
- sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation **Nrn. 115,**

Nr. 3410 (vollständige Leistungsbeschreibung)

Neben der Leistung nach Nr. 3410 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3411 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295

Nr. 3411

BHB 50,00 €

Zuschlag zur Nr. 3410 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Gebrauch.

Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags.

Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden. OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.

Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

Abrechnung „Resezierende, entfernende arthroskopische Operation eines Gelenkes“

Ärztliche Gebühr	Nr: 3410	314,75 €
Besondere Kosten		136,22 €
AOP-Zuschlag	Nr. 445	236,46 €
Material-Zuschlag	Nr. 3411	50,00 €
Gesamt:		737,43 €

Arthroskopisch rekonstruktive, erhaltende Operation an einem Gelenk einschließlich

- aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten, Nr. 60
- der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang, Nr. 3400
- dem Team-Time-Out, Analogie
- aller Spülungen, Analogie
- Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale Nrn. 490, 491
- Intraartikulärer Injektionen Nr. 255
- Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe, Nr. 298
- Anlage der Redondrainage(n), Nr. 2015
- Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden, Nrn. 200-209
- Kühlung(en), Nrn. 530, 740
- der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc., Nrn. 210, 205
- aller intra- und postoperativen Untersuchungen am OP-Tag Nrn. 1, 2
- Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag Nr. 510
- sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation Nrn. 115,

Nr. 3420 (vollständige Leistungsbeschreibung)

Band,- Sehnen,- Labrum,- Diskus,- und Kapselrekonstruktionen (Nähte) sind mit dieser Leistung nicht abzurechnen.

Neben der Leistung nach Nr. 3420 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3421 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295

Nr. 3421

BHB 150,00 €

Zuschlag zur Nr. 3420 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Gebrauch.

Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen.

Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags.

Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden. OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.

Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

Nr. 3422

BHB 100,51 €

früher Nr. 2195

Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 3420 für einen weiteren in derselben Operation zusätzlichen rekonstruktiven arthroskopischen Eingriff

Der Zuschlag kann nur einmal abgerechnet werden.

Abrechnung „Arthroskopisch rekonstruktive, erhaltende Operation an einem Gelenk“

Ärztliche Gebühr	Nr: 3420	490,38 €
Besondere Kosten		150,72 €
AOP-Zuschlag	Nr. 445	236,46 €
Material-Zuschlag	Nr. 3421	150,00 €
Gesamt:		1.027,56 €
Ggf. weiterer Eingriff	Nr. 3422	100,51 €

Nr. 3430

BHB 944,93 €

BK 150,72 €

früher Nr. 2191

Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Bandes/einer Sehne/eines Labrums/eines Diskus, einer Kapsel oder die Implantation von autologem, allogenen oder alloplastischen Gewebe oder Material an einem Gelenk oder Refixation eines osteochondralen Fragmentes oder einer Fraktur oder Stabilisierung des ACG durch Fixationsverfahren (z.B. VKB oder HKB, RM)

ACG Akromioklavikulargelenk

VKB Vordere Kreuzband

HKB Hintere Kreuzband

RM Rotatorenmanschette

einschließlich

- aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten,
- der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang,
- dem Team-Time-Out,
- aller Spülungen,
- Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale
- Intraartikulärer Injektionen
- Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe,
- Anlage der Redondrainage(n),
- Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden,
- Kühlung(en),
- der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc.,
- aller intra- und postoperativen Untersuchungen am OP-Tag
- Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag
- sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation

Nr. 60

Nr. 3400

Analogie

Analogie

Nrn. 490, 491

Nr. 255

Nr. 298

Nr. 2015

Nrn. 200-209

Nrn. 530, 740

Nr. 210, 205

Nrn. 1, 2

Nr. 510

Nrn. 115,

Analog 5295

Nr. 3430 (vollständige Leistungsbeschreibung)

Neben der Leistung nach Nr. 3430 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3431 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295

Nr. 3431

BHB 200,00 €

Zuschlag zur Nr. 3430 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Gebrauch.

Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags.

Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden. OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.

Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet

Nr. 3432

BHB 144,01 €

BK 23,33 €

früher Nr. 2083

Zuschlag zu der Nr. 3430 für die Entnahme körpereigener(n) Sehne(n) für Bandoperationen an einem Gelenk einschließlich aller Maßnahmen der Vorbereitung und Versorgung der Entnahmestelle.

Unabhängig der Anzahl und des Umfangs der Aufbereitung des entnommenen Materials kann die Leistung bei der Entnahme an einem Bein nur einmal abgerechnet werden. Erfolgt die Entnahme an beiden Beinen, weil an einem Bein nicht ausreichend Material vorhanden ist, kann die Leistung ein zweites Mal abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 200, 203a, 204, 203B, 209, 491, 2083 (!)

Nr. 3433

BHB 150,00 €

früher Nr. 2195

Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 3430 für einen weiteren in derselben Operation zusätzlichen rekonstruktiven arthroskopischen Eingriff.

Die Leistung kann je weiteren Eingriff, maximal, aber drei Mal abgerechnet werden.

Nr. 3434

BHB 34,75 €

Neu

Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3430 unter Verwendung von allogenem oder alloplastischem Gewebe oder Material

Nr. 3435

BHB 171,42 €

Neu, früher 2255

Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3430 unter Verwendung von autogenem Material incl. der Spongiosa Transplantation

Abrechnung „Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion ... „

Ärztliche Gebühr	Nr: 3430	944,93 €
Besondere Kosten		150,72 €
AOP-Zuschlag	Nr. 445	236,46 €
Material-Zuschlag	Nr. 3431	200,00 €
Sehnenentnahme	Nr. 3432	144,01 €
Besondere Kosten		23,33 €

Gesamt: **1.699,45 €**

Ggf. zusätzlich 3433, 3434 und 3435

Nr. 3440

BHB 522,71€

BK 150,72 €

Neu

Vorbereitende arthroskopische Operation für eine zukünftig geplante rekonstruktive Arthroskopie an einem Gelenk einschließlich

- aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten,
- der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang,
- dem Team-Time-Out,
- aller Spülungen,
- Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale
- Intraartikulärer Injektionen
- Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe,
- Anlage der Redondrainage(n),
- Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden,
- Kühlung(en),
- der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc.,
- aller intra- und postoperativen Untersuchungen am OP-Tag
- Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag
- sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation

Nr. 60

Nr. 3400

Analogie

Analogie

Nrn. 490, 491

Nr. 255

Nr. 298

Nr. 2015

Nrn. 200-209

Nrn. 530, 740

Nrn. 210, 205

Nrn. 1, 2

Nr. 510

Nrn. 115, Analog 5295

Nr. 3440 (vollständige Leistungsbeschreibung)

Neben der Leistung nach Nr. 3440 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.

Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3441 abgerechnet werden.

Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295

Nr. 3441

BHB 150,00 €

Zuschlag zur Nr. 3440 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Gebrauch.

Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags.

Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden. OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.

Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.

Nr. 3442

BHB 34,75 €

Neu

Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440 unter Verwendung von allogenem oder alloplastischem Gewebe oder Material

Nr. 3443

BHB 128,30 €

BK 15,66 € Neu

Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440 unter Verwendung von autogenem Material incl. der Spongiosa Transplantation

Nr. 3444

BHB 130,00 €

BK 23,30 € Neu

Zuschlag zu der Nr. 3440 für die Entnahme von autologem Knorpel zum Anzüchten eines körpereigenen Ersatzes.

Abrechnung „Vorbereitende arthroskopische Operation für eine zukünftig geplante rekonstruktive Arthroskopie an einem Gelenk“

Ärztliche Gebühr	Nr: 3440	522,71 €
Besondere Kosten		150,72 €
AOP-Zuschlag	Nr. 445	236,46 €
Material-Zuschlag	Nr. 3441	150,00 €

Gesamt: **1.059,89 €**

Ggf. zusätzlich 3442, 3443 und 3444

Arbeitshinweise/Sonstige Hilfen

Die Arbeitshinweise sind aktuell in der Überarbeitung.

Die Änderungen zu den Grundleistungen und dem neuen Arthroskopie Abschnitt sollen zeitnah veröffentlicht werden.

Präsentation

Fragen-Antworten-Katalog