

Fragen – Antworten UV-GOÄ ab 01.07.2026

Inhalt

Allgemeines zum FAK	1
Grundleistungen (alphabetisch sortiert).....	2
Fragen zu Gebühren (numerisch aufsteigend sortiert).....	4
Arthroskopie (alphabetisch sortiert).....	11
Arthroskopische Gebühren (numerisch aufsteigend sortiert).....	16
Abrechnungsbeispiele	18

Allgemeines zum FAK

1. Gibt es Unterlagen zur Schulung (Präsentation/Handout) zum Download im Nachgang?
Ja, die in der Online-Schulung gezeigte Präsentation ist [hier](#) (UV-Träger) und [hier](#) (D-Ärzte) hinterlegt.

2. Wann erscheint der aktualisierte UV-GOÄ-Kommentar und wird das Online-Verzeichnis zum 01.07. aktualisiert (inkl. funktionierender Arbeitshinweise)?
Es ist beabsichtigt, dass die Arbeitshinweise zum 01.07.2026 (oder kurz danach) [hier](#) veröffentlicht werden. Ein UV-GOÄ Kommentar wird von der DGUV nicht herausgegeben, sodass hierüber keine Auskunft erteilt werden kann.

3. Gibt es die Änderungen in einem neuen Gebührenwerk als Buch?
Die offizielle UV-GOÄ gibt es nicht als Buch zu kaufen. Sie ist nur auf den Seiten der DGUV, der Landesverbände der DGUV und der KBV zu finden. Auf den DGUV Seiten findet sich immer die aktuelle UV-GOÄ sowie Vorgängerversionen.

4. Wird im DALE-UV-Verfahren dokumentiert, ob Auslagen pauschal oder nicht pauschal abgerechnet werden?
Nein.

5. Gibt es Klarstellungen zu unvollständigen Leistungslegenden bzw. fehlenden Ausschlüssen (z. B. Nr. 3432)?
Wir sammeln derzeit etwaige Fehler bzw. notwendige Korrekturen im Zuge der Novellierung der UV-GOÄ. Geplant ist, dass mit der nächsten Veröffentlichung der UV-GOÄ (voraussichtlich zum 01.01.2027) die Änderungen in das System implementiert werden. Es wird ein entsprechendes RS veröffentlicht werden. Falls Ihnen weitere Fehler auffallen, können Sie diese gerne an folgende E-Mail-Adresse adressieren:

Grundleistungen (alphabetisch sortiert)

Analoge Leistungen, Allgemeine Bestimmungen Teil B, Nr. 5

Wenn analoge Leistungen ausgeschlossen sind, wie können dann Maßnahmen abgerechnet werden, für die es keine Gebühr in der UV-GOÄ gibt?

Eine Abrechnung von derartigen Maßnahmen ist nur mit einer vorherigen schriftlichen Kostenzusage des UV-Trägers möglich.

Arbeitshinweise

Gibt es auch neue Arbeitshinweise?

Ein erster Entwurf überarbeiteter Arbeitshinweise liegt vor. Dieser befindet sich zurzeit in der Abstimmung mit der KBV und den Mitgliedern des Arbeitskreises der für die Arbeitshinweise verantwortlich ist. Da die Detailarbeit sehr komplex ist, kann aktuell keine Aussage getroffen werden, wann die überarbeiteten Arbeitshinweise veröffentlicht werden.

Befunde - Anforderung

Der UV-Träger fordert einen MRT- Befund an, was rechne ich da ab?

MRT-Befunde sind vom Radiologen direkt in Kopie an den UV-Träger zu senden (§§ 12, 61 und 62 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Dort hat der UV-Träger fehlende Befunde anzufordern. Der D-Art der vom Radiologen den Befund bekommt ist vertraglich nicht der Ansprechpartner für den Befund.

Fordert der UV-Träger den Befund aber beim D-Arzt an, so kann er hierfür eine Gebühr nach Nr. 193 UV-GOÄ (Auszug aus der Behandlungsdokumentation) abrechnen.

Behandlungsfall

Warum soll ein Behandlungsfall am 30.06.2026 abgeschlossen und am 01.07.2026 neu aufgemacht werden.

Es wird empfohlen laufende Behandlungsfälle zum 30.06.2026 hinsichtlich der Abrechnung von Leistungen abzuschließen.

- *Eine Abrechnung unterschiedlicher Gebührensätze (UV-GOÄ vor dem 01.07.2026 und danach) in einer Rechnung wird nicht möglich sein.*
- *Mit dem Wegfall der Einschränkung bei der Nr. 1 (einmal im Behandlungsfall neben Leistungen der Abschnitte C – O -Verband, Wundversorgung, Sonographie, Röntgen) betrifft dies auch bereits angefangene Behandlungsfälle.*

Eine Zwischenrechnung für alle Leistungen bis zum 30.06.2026 ist daher dringend zu empfehlen.

Der Unfall ist nicht neu anzulegen und auch kein neuer D-Bericht oder Verlaufsbericht zu erstellen.

Bilddokumentation (siehe auch Nr. 193 UV-GOÄ)

Kann die Bereitstellung oder Anforderung von Bildern (Wunddokumentation) mit der Nr. 115 abgerechnet werden?

Nein.

Eine Abrechnung ist nur bei Anforderung unter den nachfolgenden Gesichtspunkten möglich

Entscheidens für die Frage der Abrechnung angeforderter Bilder ist der Grund der Anforderung.

Erfolgt dies zur Prüfung abgerechneter Leistungen, ist keine Gebühr abrechenbar (§ 5 Ärztevertrag).

Erfolgt dies aus anderen Gründen (Zusammenhang, Vorlage Beratungsarzt) kann dies mit der Nr. 193 abgerechnet werden.

Ergänzungsberichte

Können Ergänzungsberichte weiterhin bei "Kein Unfall im Sinne des Gesetzes" abgerechnet werden?

Ja.

Manuell medizinische Behandlung der Extremitäten

Mit welcher Gebühr kann dies abgerechnet werden?

Hierfür kann die Nr. 3305 abgerechnet werden, wenn der Arzt über die dort genannten Voraussetzungen erfüllt.

Mitteilung über die Beendigung des Heilverfahrens (F 2222).

Wie soll der F2222 abgerechnet werden?

Der Bericht kann grundsätzlich nur mit dem Porto abgerechnet werden.

Pauschalen der BG-Kliniken

Können auch ambulante D-Ärzte die speziellen, krankenhausspezifischen Pauschalen (Abrechnungsmöglichkeiten der BG-Kliniken) abrechnen? Die originäre D-Arzt-Sprechstunde (abseits etwaiger Spezialsprechstunden) unterscheidet sich nicht.

Nein, Grundlage der Abrechnung ist der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und die UV-GOÄ. Derartige Regelungen sind dort nicht vereinbart.

Samstagsprechstunde

Bisher war die Ziffer 4 abrechenbar, was kann ich jetzt anstelle der 4 abrechnen?

Die bisherige Nr. 4 ist zum 01.07.2026 weggefallen. Je nach Aufwand der Untersuchung kann die Nr. 1 oder 2 am Samstag abgerechnet werden. Kommt der Versicherte ohne konkret für den Samstag einbestellt worden zu sein in die Praxis ist eine der Voraussetzungen für den Zuschlag nach Nr. 4 (neu) erfüllt und die Leistung kann neben der Untersuchung abgerechnet werden.

(Siehe auch Nr. 4 des Katalogs).

Verbandswechsel

Welche Gebühr kann bei Wiedervorstellung mit Verbandwechsel abgerechnet werden?

Zunächst die Leistung für den Verbandwechsel (Nrn. 200 – 209) und die Untersuchung. Für die Nr. 1 existiert ab 01.07.2026 nicht mehr der Ausschluss der

Nebeneinanderabrechnung mit Leistungen der Abschnitte C-O.

Wiederholungsrezept, Nr. 16 UV-GOÄ

Der Patient kommt und bekommt ein Wiederholungsrezept für Medikamente. Kann dafür eine Leistung abgerechnet werden? -

Ja die Nr. 16.

Fragen zu Gebühren (numerisch aufsteigend sortiert)

Nr. 1 UV-GOÄ

Wie oft kann ab 01.07.2026 im Behandlungsfall die Nr. 1 abgerechnet werden?

Eine Beschränkung der Abrechnung der Nr. 1 im Behandlungsfall gibt es nicht mehr. Diese Regelung ist weggefallen (siehe auch Stichwort – Behandlungsfall).

Die Nr. 1 ist ab 01.07.2026 neben Sonderleitungen immer berechenbar soweit keine Ausschlüsse (z.B. Nrn. 3400, 3420, 3420, 3430, 3440, 448 - 449) genannt sind.

Ist die Nr. 1 neben MRT-/CT-Leistungen berechnungsfähig?

Ein grundsätzlicher Ausschluss gibt es nicht. Allerdings ist eine klinische Untersuchung durch den Radiologen im Regelfall nicht erforderlich. Hier ist der Einzelfall zu prüfen, bzw. die Dokumentation im Befund.

Nr. 2 UV-GOÄ

Gelten für die neue Nr. 2 die gleichen Bedingungen wie bei der Nr. 6, z.B. ansetzbar bei Gehirnerschütterung oder bei Kindern unter 6 Jahren?

Die Inhalte der Nr. 2 wurden bis auf die zeitlichen Hinweise (7-19 Uhr) nicht geändert. Die Erhebung des kompletten neurologischen Status bei Verdacht auf ein SHT ist mit der Nr. 2 abzurechnen (soweit im D-Bericht dokumentiert).

Die Regelung bezüglich „Kinder unter 6 Jahren“ steht bei der Nr. 1, gilt aber auch unverändert.

Die Nr. 2 ist auch bei multiplen Verletzungen abzurechnen.

Kann die Nr. 2 wie die alte Nr. 6 präoperativ jetzt auch 2 x abgerechnet werden (für Operateur und Anästhesist)?

Ja

Weitere Hinweise zur Nr. 2 stehen in den Arbeitshinweisen der UV-Träger zur Prüfung ärztlicher Leistungen.

Ist bei Ziffer 2 eine Uhrzeitangabe notwendig?

Ja, im D-Bericht wird grundsätzlich das Datum und die Uhrzeit des „Eintreffens“ verlangt.

Dies ist in jedem Fall Voraussetzung, wenn die Nr. 3 wegen des Aufsuchens des Versicherten außerhalb der Zeit von 07:00 – 19:00 Uhr erfolgt und er nicht einbestellt war.

Nr. 3 UV-GOÄ

Wie oft dürfen Zuschläge für Nacht-/Wochenendzeiten (z. B. Nr. 3) pro Behandlung abgerechnet werden?

Der Zuschlag darf je Untersuchung nur einmal abgerechnet werden. Eine Untersuchung

z.B. zwischen 19 – 7 Uhr an einem Feiertag rechtfertigt nicht den zweimaligen Ansatz der Leistung

Grundsätzlich können die Zuschläge immer dann abgerechnet werden, wenn die jeweilige Untersuchung zum Zeitpunkt des Vorliegens der zuschlagsberechtigten Voraussetzungen erbracht wurde. In den Allgemeinen Bestimmungen vor dem Abschnitt wird in Nr. 2 insoweit ergänzt: „[...] Bei den Leistungen nach den Nummern 1 bis 3, 11 und 12 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen zu begründen.“

Kann man als Krankenhaus mit einer Notaufnahme, die die erste BG-Liche Behandlung abrechnen, wenn der Patient sich zu einer der in Nr. 3 genannten Zeiten vorstellt? Oder ist das den niedergelassenen D-Ärzten vorbehalten?

Der Arzt am Krankenhaus kann den Zuschlag auch abrechnen, solange der Versicherte sich vorstellt und nicht zu den Zeiten einbestellt wurde.

Gibt es für eine geplante Samstagssprechstunde keine eigene Ziffer?

Nein, dies ist ausdrücklich nach der Leistungsbeschreibung der Nr. 3 ausgeschlossen.

Der Zuschlag für Samstag ungeplant wäre aber z. B. möglich, wenn ich als D-Arzt eine Profi-mannschaft betreue und ich zum Notfall z.B. in die Sporthalle gerufen werde?

Wenn hierfür keine Besuchsgebühr abgerechnet wird, weil dies über den Verein geregelt ist, und eine Untersuchung nach Nr. 1 oder 2 vor Ort erfolgt, kann die Nr. 3 abgerechnet werden.

Wird die Besuchsgebühr nach Nr. 50 abgerechnet, kann der Zuschlag nach Nr. 3 nicht abgerechnet werden.

Nr. 4 UV-GOÄ

Wenn ein D-Bericht angelegt wird, obwohl bekannt ist, dass sich der Unfall z.B. im Hausflur ereignet hat, kann auf der Rückseite ja nur die Berichtsgebühr und die Versandgebühr abgerechnet werden, da die Behandlung nicht zu Lasten der BG eingeleitet wird und der Rest über GKV abgerechnet wird. Kann die Nr. 4 dann mit einer separaten Rechnung an die BG geschickt werden, oder kann das auch auf der Rückseite vom D-Bericht abgerechnet werden?

In den Fällen bei denen der D-Arzt aus versicherungsrechtlichen Gründen (keine „Versicherte Person“, keine „Versicherte Tätigkeit“ oder kein „Unfall“) bereits keine Behandlung zu Lasten des UV-Trägers einleitet, 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. Der D-Arzt kann im Rahmen der Entscheidung nach Nr. 4 somit in der Summe regelmäßig die Nummern 1, 4, 132 und 192 abrechnen.

Hat der UV-Träger die Behandlung abgebrochen, kann der Zuschlag nicht abgerechnet werden.

Hat der UV-Träger die Behandlung abgebrochen und Patient stellt sich erneut beim D-Arzt vor, weil er die Entscheidung nicht versteht, kann die Nr. 4 nicht abgerechnet werden. Eine vertragliche Abrechnungsgrundlage besteht in diesen Fällen nicht mehr.

Kann die Nr. 4 abgerechnet werden, wenn der Versicherte z. B. nach dem MRT kommt und festgestellt wird, dass die weitere Behandlung zu Lasten der Krankenkasse zu

erfolgen hat, weil degenerative Veränderungen vorliegen und kein Zusammenhang mit dem Unfall mehr besteht?

Für derartige Fälle ist die Nr. 4 vorgesehen. Voraussetzung ist aber, dass der Arzt dies dem Versicherten erklärt und im D-Bericht entsprechend dokumentiert.

Wie hat die Dokumentation zu erfolgen?

Im D-Bericht ist der Grund der Entscheidung zu nennen.

Es muss dokumentiert sein, dass der Versicherte darüber aufgeklärt wurde und die weitere Behandlung zu Lasten der GKV oder PKV erfolgt.

Welche Dokumentationsanforderungen bestehen für die Abrechnung der Nr. 4 und Nr. 5?

Die alleinige Angabe der jeweiligen Gebührennummer für sich, versehen mit dem pauschalen Hinweis, dass eine „Nichteinleitung des Heilverfahrens zu Lasten des UV-Trägers“ oder eine „erschwerte Kommunikation“ vorlag, reicht nicht aus. Es müssen die konkreten Gründe angegeben sein, aus deren Vorliegen sich das Vorliegen der Abrechnungsvoraussetzungen der jeweiligen Leistungsziffer ergeben.

Kann die Nr. 4 auch in einem Fall des Verletzungsartenverfahren abgerechnet werden?

Grundsätzlich ist dies nicht ausgeschlossen, wenn der Arzt eine entsprechende Verletzung feststellt, die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Unfalls aber nicht vorliegen.

Gibt es Besonderheiten bei Unfällen während eines stat. Aufenthaltes. Kann die Nr. 4 auch dann abgerechnet werden, wenn in diesen Fällen keine Behandlung zu Lasten der UV eingeleitet wird?

Ein Ausschluss für die Abrechnung der Nr. 4 gibt es in diesen Fällen nicht. Danach kann sie abgerechnet werden, wenn alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Entscheidung über das „Nichteinleitung des Heilverfahrens zu Lasten des UV-Trägers“ ist von dem zuständigen D-Arzt der den D-Bericht unterschreibt zu treffen.

Nr. 5 UV-GOÄ

Wann liegt eine erschwerte Kommunikation vor?

Voraussetzung ist eine Untersuchung nach Nr. 1 oder 2. Die erschwerte Kommunikation muss bei der versicherten Person vorliegen, da diese nach Nr. 1 oder 2 untersucht wird.

Beispiele: geistige Behinderungen, Autismus-Spektrum-Störungen oder Sprachbarrieren beim Versicherten.

Im Zusammenhang mit anderen Untersuchungen, isolierten ärztlichen Maßnahmen, Anwendungen oder apparativ-technischen Untersuchungen kann der Zuschlag nicht abgerechnet werden.

Der erhöhte Aufwand bei Kindern bis zum 6. Geburtstag kann nicht mit dem Zuschlag abgerechnet werden. Hierfür wurde bereits vor der Überarbeitung der UV-GOÄ bei der Nr. 1 eine entsprechende Ergänzung vorgenommen. Aus diesem Grund erfolgt hier ein entsprechender Ausschluss.

Eine erschwerte Kommunikation liegt nicht vor, wenn die Erwartungen des Versicherten (z.B. Anerkennung eines Arbeitsunfalles, Forderung nach bestimmter Behandlung/Therapie, etc.), Missverständnisse oder besondere Emotionen Grund des Aufwandes sind.

Dies liegt nicht vor, wenn die Kommunikation mit einer Begleitung (Eltern, Betreuer, etc.) vorliegt.

Eine erschwerte Kommunikation im Sinne der Nr. 5 liegt nicht automatisch für die Erläuterung medizinischer Sachverhalte bzw. bei schweren Verletzungen vor. Bestehen jedoch aufgrund der Schwere der Verletzung kognitive Einschränkungen oder Sprachbarrieren (Schweres Schädelhirntrauma) kann der Zuschlag abgerechnet werden.

Sprachbarrieren liegen nicht vor, wenn Versichert in Begleitung eines Dolmetschers oder anderer Personen sind die die deutsche Sprache sprechen.

Gilt Nr. 5 auch bei psychischen Erkrankungen?

Eine psychische Erkrankung (z.B. Angststörungen, Depressionen, Suchterkrankungen) rechtfertigt in der Regel nicht die Abrechnung der Nr. 5.

Eine Bewertung im Einzelfall nach entsprechender Dokumentation und Nachvollziehbarkeit des Aufwandes kann zu einer anderen Beurteilung führen.

Wie hat die Dokumentation zu erfolgen?

Die Gründe für den erschwerten Aufwand müssen im D-Bericht genannt werden.

Soll für Nr. 5 – ähnlich wie bei der DVT – eine verpflichtende Begründungs-/Dokumentationslogik bestehen?

Nein, eine statistische Erfassung wie bei der Erweiterung der Leistungsabrechnungsmöglichkeiten für die DVT ist nicht vorgesehen. Es wird eine statistische Abfrage bei einzelnen UV-Trägern geben (die diese Zahlen erfassen) und es soll im Rahmen der AG Rechnungsprüfung und dem Erfahrungsaustausch der Rechnungsprüfer eine fachliche Auswertung des Abrechnungsverhaltens erfolgen.

Nr. 34 UV-GOÄ

Darf ich neben der 34 (Auftrag durch BG) einen geforderten ausführlichen Abschlussbericht mit der 118 abrechnen?

Nein, durch den Zusatz bei der Nr. 34 „Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 35, 36, 110, 115, 118, 6000“ wird klargestellt, dass keine Berichtsgebühr daneben abgerechnet werden kann.

Fordert der UV-Träger einen Bericht an, weil er nicht vorgelegt wurde, löst dies keine Gebühr aus.

Nr. 35 UV-GOÄ

Welche Änderungen gibt es bei der Nr. 35 konkret?

Inhaltlich hat sich die Leistung bezüglich zweier Kriterien verändert die bisher als Ausschluss galten.

- 1. Für eine Beurteilung und Bewertung im Rahmen der Vorstellungspflicht nach § 37 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger kann die Leistung ab 01.07.2026 abgerechnet werden.*

Dies betrifft den D-Arzt an einem zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhaus, wenn Versicherte dort vorgestellt werden und entsprechender Schnittbilder und /oder Röntgenbilder mitbringen.

- 2. Für eine Beurteilung und Bewertung entsprechender Schnittbilder und /oder*

Röntgenbilder bei Überweisung an einen anderen D-Arzt zur Durchführung einer Operation.

Alle anderen bisherigen Ausschlüsse u.a. auch die Hinzuziehung durch den D-Arzt innerhalb des gleichen Hauses, (Krankenhaus) oder der Gemeinschaftspraxis sind unverändert geblieben.

Wenn ein Versicherter von einem anderen D-Arzt kommt und MRT-Bilder beurteilt werden (Befund vom Radiologen liegt auch vor) kann die Leistung nur unter Berücksichtigung der geltenden Ausschlüsse abgerechnet werden.

Bei der Übernahme eines Falls durch den D-Arzt kann die Nr. 35 nicht grundsätzlich abgerechnet werden.

Kann der Handchirurg die Nr. 35 abrechnen, wenn er Versicherte zur Klärung der Diagnose und/oder Weiterbehandlung zugewiesen bekommt?

Nein, die Leistung ist nur für D-Ärzte?

Kann die Nr. 35 auch abgerechnet werden, wenn der Pat. zur "Verlaufskontrolle" in die Praxis kommt und sich der Arzt die Bilder anschaut?

Nein, wenn dies nicht mit einem D-Arzt-Wechsel verbunden ist.

Visite(n) – Nr. 45 UV-GOÄ

Können im Krankenhaus tätige D-Ärzte die Visiten und Besuche abrechnen?

Nein, im Krankenhaus sind Visite(n) grundsätzlich in der DRG-Kalkulation enthalten.

Visiten(n) können daher nur von Belegärzten abgerechnet werden, die nicht am Krankenhaus angestellt sind.

Die Abrechnung der Nr. 45 setzt grundsätzlich eine stationäre Behandlung voraus. Bei ambulanten Operationen kann sie nicht abgerechnet werden.

Nr. 54 UV-GOÄ

Welche Leistungen sind neben Nr. 54 zusätzlich berechenbar (z. B. Blutentnahme Nr. 250, Verband Nr. 200)?

Neben dem Besuch des nicht ärztlichen Personals sind z.B. Blutentnahmen, Verbandswechsel, Wundverbände abrechenbar. Es muss sich aber um Leistungen handeln zu der das nicht ärztliche Personal berechtigt ist.

Nr. 60 UV-GOÄ

Darf für ein Gespräch über den Pat. zwischen Operateur und dem Narkosearzt die Nr. 60 abgerechnet werden?

Nein.

Nr. 119 UV-GOÄ

Ist Nummer 119 auch für KSR-Berichte anzuwenden?

Stand heute: Nein.

Ausweislich der Leistungslegende ist die Nr. 119 nur für die BGSW-Berichte anzuwenden. Für die Vergütung des KSR-Berichtswesens wird in Anlehnung an das BGSW-Verfahren derzeit auf dem Formtext F 2172 die analoge Abrechnung der UV-GOÄ Ziffer 117 empfohlen (Gesamtgebühr für den Aufnahme- und Entlassungsbericht sowie für die im Einzelfall notwendige Verlängerungsverordnung). Auch die Vorlage des Therapieplans, der bei Bedarf an den UV-Träger zu übermitteln ist, ist damit abgegolten. Es handelt sich hier

um eine Vergütungsregelung außerhalb der UV-GOÄ nur für die BG-Kliniken. Die Abstimmung mit dem Klinikreferat in der DGUV und die Frage einer möglichen „Neubewertung“ der Gebührenfrage läuft.

Nr. 132 UV-GOÄ

Bei der D-Arzt abrechnung im KH bei einer stat. Aufnahme am gleichen Tag, bleibt es bei den Nrn. 132,192 so wie auch bei einem Unfall im stat. Aufenthalt?

Ja.

Nr. 143 UV-GOÄ

Die Nr. 143 wurde bereits vor dem Inkrafttreten der überarbeiteten UV-GÖÄ geändert und bleibt mit den verschiedenen Möglichkeiten der Buchstaben auch so.

Die Verordnung von Medikamenten kann mit der Nr. 143 nicht abgerechnet werden.

Nr. 191 UV-GOÄ

Unter welchen Voraussetzungen ist die Nr. 191 (Kopien) abrechenbar – nur bei Anforderung durch den UV-Träger?

Ja, die Nr. 191 ist nur abrechenbar, wenn der UV-Träger die Unterlagen angefordert hat. So ist die Formulierung in Nr. 191 „je [vom UV-Träger] verlangte Kopie“ zu verstehen.

Ist ein QR-Code mit Nr. 191 abzurechnen?

Wenn der QR-Code im Zusammenhang mit einer Anforderung von Unterlagen nach Nr. 193 Versand wird, nicht. Dann ist die Nr. 193 abrechenbar.

Die Versendung eines QR-Codes für einen angeforderten Befund ist nicht vorgesehen.

Wenn ich 20 Kopien verschicke, kann ich die 191 nur einmal abrechnen?

Die Nr. 191 zielt auf Befunde, Operationsbericht (außer AAK), Anästhesieprotokolle, etc. ab. Hier wird davon ausgegangen, dass es sich um wenige Seiten handelt und es sich um eine konkrete ärztliche Maßnahme handelt.

Sobald mehrere Dokumentationen einer Behandlung (Behandlungsverlauf mit mehreren Befunden, frühere „Krankenblatt“, Praxisaufzeichnungen, Befund und Röntgenbild, etc.) angefordert werden ist dies eine Leistung nach Nr. 193.

Nr. 192 UV-GOÄ

Kann neben der Nr. 192 die Nr. 1 abgerechnet werden?

Da im Regelfall neben der Erstellung des D-Berichtes auch eine Untersuchung stattfindet kann die Nr. 192 für die Elektronische Übermittlung eines Arztberichts an den UV-Träger abgerechnet werden.

Kann die 192 mehrfach abgerechnet werden (z.B. bei Übermittlung D-Bericht und Kniebogen)?

Nein

Nr. 193 UV-GOÄ

Wie ist mit der vom Arzt zu Bescheinigenden Richtigkeit der Dokumentation? Gibt es da Vordrucke?

Nein, hierfür gibt es keine Vorgaben.

Gibt es eine neue Ziffer für eine QR Code Erstellung?

Soweit die Erstellung im Zusammenhang mit der Anforderung und zur Verfügung stellen von Behandlungsunterlagen erfolgt ist dies Bestandteil der Nr. 193.

Wenn die BG einen MRT-Befund anfordert kann ich also nur die 191 abrechnen und nicht die 193?

Der MRT-Befund ist dem UV-Träger durch den Radiologen zur Verfügung zu stellen. Dieser ist Ansprechpartner des UV-Trägers für den Fall, dass der Befund nicht vorliegt. Wird der Befund beim D-Arzt angefordert, ist stellt er einen Auszug aus der Behandlungsdokumentation dar und mit der Nr. 193 abzurechnen.

Wenn man Röntgen-CD für die Klinik mitgibt, kann dann die Nr. 193 abgerechnet werden? *Nein, nur bei Anforderung durch den UV-Träger.*

Besteht bei Nr. 193 zusätzlich ein Anspruch auf Porto?

Ja.

Welche Ziffer wird verwendet, um Röntgenbilder an die BG zu schicken?

Soweit der Versand im Zusammenhang mit der Anforderung Bildern erfolgt kann die Nr. 193 abgerechnet werden. Eine Ausnahme besteht dann, wenn die Bilder zur Prüfung einer Rechnung angefordert werden.

Bei einem Verlaufsbericht kann ich dann die Nrn. 115,193 und 192 abrechnen?

Nein, für den Verlaufsbericht ist die Gebühr nach Nr. 115 + Porto abrechenbar.

Können neben der Nr. 193 Portokosten abgerechnet werden?

Bei einem Versand in analoger Form kann Porto abgerechnet werden.

Beim Versand in digitaler Form (QR-Code, Cloude) ist kein Porto, auch nicht die Nr. 192, abrechenbar.

Schreibgebühren, Nr. 166 UV-GOÄ

Wann können zukünftig Schreibgebühren abgerechnet werden?

Schreibgebühren können ab 01.07.2026 nur noch im Zusammenhang mit Gutachten nach der neuen Nr. 166 abgerechnet werden. Im Zusammenhang mit Berichten kann die Nr. 166 nicht abgerechnet werden. Hier sind sie in der Kalkulation der Berichte enthalten.

Gibt es eine Regelung für die Schreibgebühren die die Ärzte veranlassen?

Die bisherige Teilung der Schreibgebühren bei Berichten (Schreibgebühren bekommen Sekretärinnen – Ärzte die Berichtsgebühr).

Dies ist bei Berichten nicht mehr möglich. Schreibbüros/Sekretariaten wird empfohlen mit den betreffenden Ärzten entsprechende Regelung

Stichtag 01.07.2026

Wie rechne ich bei Stichtag übergreifenden Behandlungen ab?

Entscheidend nach welcher Grundlage (gültige UV-GOÄ) abgerechnet werden kann ist nicht das Datum der Abrechnung, sondern der Tag der Behandlung.

Eine Abrechnung von Leistungen vor und nach dem 01.07.2026 auf einer Rechnung mit zwei verschiedenen Abrechnungsgrundlagen wird nicht möglich sein.

Versand von Behandlungsdokumentation

Welche Ziffer berechne ich für die Übersendung einer CD auf Verlangen der BG? Bisher habe ich die 195 dafür genommen.

Ab 01.07.2026 ist dies mit der Nr. 193 abzurechnen.

Kann ich beim Versand der OP-Bilder und des OP-Berichtes die Ziffer 193 mehrfach abrechnen?

Nein.

Arthroskopie (alphabetisch sortiert)

Ärztliche Leistungen

Können zusätzliche Leistungen (z. B. Nr. 200, Verbände) neben arthroskopischen Leistungen oder kombinierten Eingriffen berechnet werden?

Diese Frage ist je nach Art der durchgeführten OP unterschiedlich zu beantworten.

Ausschließliche arthroskopische OP

Nein, die regelhaften ärztlichen Leistungen sind Bestandteil der Leistung, „einschließlich“.

Kombinierte arthroskopisch – offene OP

Hier kann ggf. eine ärztliche Leistung zusätzlich abgerechnet werden, die sich ausschließlich auf den offenen Teil bezieht.

Assistenz, Nr. 62 UV-GOÄ

Die Abrechnung der ärztlichen Assistenz am OP -Tag (UV GOÄ 62) ist weiterhin möglich?

Grundsätzlich kann die Nr. 62 abgerechnet werden, wenn die Assistenz durch liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt. Für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden kann sie nicht berechnet werden.

Berechtigung des Arztes zur Durchführung einer arthroskopischen Operation

Darf ein niedergelassener D-Arzt ohne vorherige Einholung einer Zustimmung des UV-Trägers eine indizierte ambulante Arthroskopie (Meniskus, isoliertes VKB, etc.) durchführen, oder muss vor der OP eine Genehmigung eingeholt werden?

Es gibt zwei versicherungsrechtliche Regelungen wann eine Genehmigung erforderlich ist.

- *Fehlende OP-Zulassung*

Nicht alle D-Ärzte besitzen die volle OP-Zulassung für ambulante Operationen. D-Ärzte ohne diese Zulassung dürfen nur die, bei den Zuschlagen mit Sternchen gekennzeichneten ambulanten Operationen durchführen. Arthroskopien sind bei den Ausnahmen nicht genannt, sodass Ärzte ohne volle OP-Zulassung arthroskopische Operationen nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung des UV-Trägers durchführen und abrechnen können.

Ein Verstoß hat den Verlust des Vergütungsanspruchs zur Folge.

- *Bei Verdacht auf eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverfahren ist der Versicherte an einem entsprechenden zugelassenen Krankenhaus vorzustellen. Der an diesem Krankenhaus tätige D-Arzt entscheidet über das Weitere (§ 37 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Erfolgt dies nicht und führt der nicht zugelassene D-Arzt die Operation dennoch durch verliert er seinen Vergütungsanspruch. Sollte das zugelassene Krankenhaus nach dortiger Vorstellung des Versicherten einer OP beim niedergelassenen Arzt zugestimmt haben, ist die vor der OP schriftlich zu dokumentieren.*

Dass die Operationen vorher durch die jeweilige BG bestätigt werden muss ist aber nur bei Arthroskopie oder auch wenn es „notfallmäßig“ wegen einer Patellafraktur oder Radiusfraktur (operativ versorgt werden muss). Oder müssen die Patienten sofort an die höher gelegene Klinik weitergeführt werden, VAV?

Soweit es sich um einen Notfall handelt und die konkrete Operation ohne Risiken für den Versicherten nicht aufgeschoben werden kann, stellt dies eine Ausnahme der Vorstellungspflicht dar.

Die beiden Beispiele sind eher kritisch zu sehen.

Besondere Kosten

Muss ab 01.07.2026 bei einer Arthroskopie mit den besonderen Kosten abgerechnet werden? *Arthroskopische Leistungen sind verpflichtend mit den besonderen Kosten abzurechnen. Hierbei handelt es sich um eine Pauschale. Ein Einzelnachweis kann hier nicht gefordert werden.*

Blutsperre, Nr. 2029 UV-GOÄ

Was ist mit der Blutsperre bei einer Knie-ASK? Ist sie neben den Nrn. 3400 - 3440 abrechenbar?

Solange die Leistung nicht Bestandteil einer Anästhesieleistung ist kann sie abgerechnet werden.

Erstanlage einer Schiene

Wenn der Patient von uns ein Rezept/Verordnung für z.B. Fingerschiene/Orthese/Schiene etc. bekommt und wir die in der Sprechstunde anlegen und anpassen, kann dann die Nr. 210 abgerechnet werden?

Die Erstanlage einer vorkonfektionierten Schiene/Orthese kann mit der Nr. 210 abgerechnet werden. Die besonderen Kosten sind nicht abrechenbar.

Achtung: *Bei einer arthroskopischen Operation ist die Nr. 210 Bestandteil der arthroskopischen Leistung und nicht abrechenbar.*

Gelenke

Zählen oberes und unteres Sprunggelenk als ein oder zwei Gelenke?

Ja, hier handelt es sich um eine versicherungsrechtliche und keine anatomische Definition. (sieh Kapitel XVII, Teil A, Nr. 1)

Die Gebühren der Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 und 3440 gelten immer für alle Gelenke.

Implantate (siehe auch Materialkosten)

Was ist mit der Abrechnung von Implantaten?

Schrauben, Platten, Drähte, etc. können weiterhin abgerechnet werden. Sie sind nicht Bestandteil der Materialzuschlags.

Ein Einzelnachweis kann hier gefordert werden.

Wir operieren in einem ambulanten OP-Zentrum - dieses ambulante OP-Zentrum rechnet bisher den Shaver selbst mit der BG ab - kann das so bleiben?

Ja.

Infusion

Kann die Infusion, Nr. 272 weiterhin abgerechnet werden?

Ja, die Gebühr ist nicht in der Kalkulation der Hauptleistung einer ASK enthalten.

Infusionssystem?

Das Einmalinfusionssystem kann nach § 2 (3) BG-NT abgerechnet werden und ist nicht Bestandteil der Materialpauschale.

Leistungen die „einschließlich“ sind

Können bei anderen OPs die Ziffern, die bei den ASKs inkludiert sind, weiter abgerechnet werden?

Ja.

Materialkosten

Zusammenfassende Antworten von mehreren Fragen zu Materialkosten:

Hier unterscheiden wir drei Sachverhalte:

- *Verbrauchsmaterialien*

Diese sind mit der ärztlichen Gebühr, den Besonderen Kosten und dem neuen Materialzuschlag abgegolten. Darüber hinaus können nur Verbrauchsmaterialien nach § 2 (3) Berufsgenossenschaftlicher Nebenkostentarif abgerechnet werden.

Dabei handelt es sich um Pauschalen. Ein Einzelnachweis kann hier nicht gefordert werden.

- *Materialzuschlag*

Hierbei handelt es sich um eine vereinbarte Pauschale für weitere bei der OP verwendete Verbrauchs-, und Einmalartikel (Kittel, Mundschutz, Haube, Schläuche, OP-Sets, etc.)

Mit den Pauschalen sind alle Materialien mit Ausnahme des Einmalinfusionsbesteck und ggf. angelegten Gummielastikstrümpfe abgedeckt.

Medikamente

Medikamente zur Lokalanästhesie können daneben nicht abgerechnet werden.

Medikamente zur Injektion (Schmerz, Thrombose, etc.) können daneben

abgerechnet werden.

- *Materialien nach Kapitel XVII, Teil B*
Danach sind z.B. Shaver, Elektrosonden und Implantate (Anker, CorkScrew, etc.) abrechenbar. Der UV-Träger kann dafür einen Einzelkostennachweis verlangen. Ein Einzelnachweis kann hier gefordert werden.

Dies gilt nur für Operationen aus dem Kapitel Arthroskopie. Andere Operationen haben keinen entsprechenden Materialzuschlag.

Gibt es eine Liste welche Materialien alle in dem Zuschlag enthalten sind?
Nein. Bei dem vorgenannten handelt es sich um eine abschließende Aufzählung.

Darf der Anästhesist die kompletten Materialkosten (für die Anästhesie und die OP) für eine Arthroskopie per Einzelnachweis abrechnen? Wenn nicht, wie kann hier eine Abgrenzung zwischen Anästhesie/ASK erfolgen (z.B. OP-Kittel, Laken usw.)?

Die Abrechnung arthroskopisch operativer Leistungen u.a. auch der Materialzuschlag kann durch
den Operateur,
den Betreiber des Ambulatoriums,
den Anästhesisten
oder getrennt
erfolgen.

Aus diesem Grund wurde bei dem Materialzuschlag nachfolgender Zusatz aufgenommen.
„Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen.
Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags.
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.

Den Materialzuschlag kann nur einer der Beteiligten abrechnen. Es ist nicht Aufgabe des UV-Trägers dies zu ermitteln. Wurde er einmal bezahlt ist er abgegolten.

Die Prüfung der bei der Anästhesie genutzten Materialien im Hinblick auf ihre Abrechenbarkeit wird auch weiterhin erforderlich sein.

Gibt es Richt- oder Durchschnittswerte für Spezialmaterialien (Shaver, Bohrer, Sonden, etc.)?

Richtwerte für diese Kosten gibt es derzeit nicht. Die Kosten können sich je nach Einkaufssituation der behandelnden Stelle sehr unterscheiden, sodass eine solche Liste nur mit hohem Aufwand erstellt werden kann.

Warum wird zwischen Materialzuschlag und Pauschale für besondere Kosten unterschieden?

Das hat Gründe in der Verhandlungsführung. Die neuen Leistungsinhalte wurden mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verhandelt. Die Besonderen Kosten werden mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – einem weiteren Verhandlungspartner

- *verhandelt. Um schnell zu einer Lösung der Kostenfrage zu kommen, wurden die Gebühren mit der KBV gesondert verhandelt und nicht über die Besonderen Kosten abgebildet.*

Könnten OP-Leistungen und Materialzuschläge grundsätzlich zusammengefasst werden zur Vereinfachung?

Nein, das System bleibt so, wie es jetzt neu konzipiert wurde.

Wie dürfen wir die Verwendung von Einmalinstrumenten abrechnen (werden manchmal auf der Rechnung nicht anerkannt)?

Einmalinstrumente sind soweit es sich um Gegenstände nach Teil B Kapitel Arthroskopie handelt abrechenbar. Andere Einmalinstrumente (Skalpell, etc.) sind Bestandteil des Materialzuschlags, der besonderen Kosten oder der ärztlichen Gebühr.

Dürfen auch z. B. bei operativen Eingriffen Handschuhe, Kompressen, Spritzen und Spüllösungen als besondere Kosten abgerechnet werden?

Nein, derartige Materialien sind Bestandteil der ärztlichen Gebühr, den Besonderen Kosten oder der Materialpauschale.

OP-Aufklärung

Wie sind präoperative Leistungen geregelt?

Die OP-Aufklärung gehört zu den präoperativen Leistungen. Für die Untersuchung, Beratung und Aufklärung kann die Nr. 2 abgerechnet werden. Dies ist nicht abhängig von der Form der Anästhesie.

OP-Zulassung

Was ist eine volle ASK-Zulassung? Ich habe meine Zulassung seit 3 Jahren? Darf ich nicht mehr operieren?

Die Anzahl der praktizierten Jahre spielt dabei keine Rolle. Entscheidend sind die Qualifikationen des D-Arztes. Wenn er bereits vor dem 01.01.2011 als D-Arzt tätig war oder über die Spezielle Unfallchirurgie verfügt kann der Arzt Arthroskopien durchführen und abrechnen. Die VAV/SAV Regelungen sind zu beachten.

Osteosynthesematerial/Implantate

Kann ein niedergelassener D-Arzt bei einem VAV/SAV-Fall eine Implantatentfernung bzw. Entfernen von Drähten vornehmen?

Bei dieser Operation handelt es sich grundsätzlich nicht um einen VAV/SAV-Fall. Erfolgt die Implantatentfernung aber wegen einer funktionsbehinderten Fehlstellung oder handelt es sich um einen Revisionseingriff kann die Beurteilung eine andere sein und Nr. 11.3 des Verletzungsartenverfahren wäre zu beachten.

Erfolgt dies ausschließlich arthroskopisch ist dafür die Nr. 3410 abzurechnen.

Revisionseingriff

Welche Voraussetzungen gelten für Revisionsoperationen (inkl. Nachweis der medizinischen Notwendigkeit und möglicher Mindestzeiträume)?

Dies betrifft im Wesentlichen die Nr. 3440.

*Aufwendige Revisionseingriffe sind unter Nr. 11.3. des Verletzungsartenkatalogs aufgeführt.
Insofern ist dabei die Vorstellungspflicht nach § 37 Ärztevertrag zu beachten.*

Stichtag 01.07.2026

Entscheidend nach welcher Grundlage (gültige UV-GOÄ) abgerechnet werden kann ist nicht das Datum der Abrechnung, sondern der Tag der Behandlung.
Eine Abrechnung von Leistungen vor und nach dem 01.07.2026 auf einer Rechnung mit zwei verschiedenen Abrechnungsgrundlagen wird nicht möglich sein.

Schnitt-Naht-Zeit

Muss die Schnitt-Naht-Zeit im OP-Bericht dokumentiert werden oder reicht die Dokumentation im OP-Protokoll?
Gefordert ist die Angabe im OP-Bericht.

VAV/SAV

Nur VAV/SAV Häuser dürfen ASK durchführen und abrechnen? Auch wenn es kein VAV-Fall ist?

Nein. Soweit es sich nicht um einen dem VAV-Verfahren zuzuordnenden Fall handelt und der D-Arzt die volle OP-Zulassung besitzt, kann der eine ASK durchführen.

Wir sind kein VAV/SAV-Haus. Dürfen wir noch ASK ohne vorherige Kostenübernahmeerklärung durchführen?

Ja, soweit es sich um keinen VAV/SAV-Fall handelt und eine volle OP-Zulassung beim Operateur vorliegt.

Arthroskopische Gebühren (numerisch aufsteigend sortiert)

Nr. 210 UV-GOÄ, Kleiner Schienenverband

Diese Leistung ist bei den Ausschlüssen der arthroskopischen Leistungen nicht genannt. Kann sie daneben abgerechnet werden?

Hier ist zu unterscheiden, ob tatsächlich ein hergerichteter kleiner Schienenverband angelegt wurde oder eine vorgefertigte Schiene/Orthese verwendet wurde.

Die Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen ist Bestandteil der Hauptleistungen und die Nr. 210 kann dafür nicht abgerechnet werden.

Da aber nicht ausgeschlossen werden kann, dass im Einzelfall (ASK am Handgelenk) ein kleiner Schienenverband hergestellt wird, konnte die Nr. 210 nicht bei den Ausschlüssen genannt werden.

Nr. 2083 UV-GOÄ

Ist Nr. 2083 weiterhin existent bzw. abrechenbar?

Ja, die Leistung besteht unabhängig von den Änderungen im Unterabschnitt „Arthroskopie“ weiter.

Im Zusammenhang mit einer arthroskopischen Operation kann sie aber nicht mehr

abgerechnet werden, da es für diese „offene OP“ jetzt einen Zuschlag (Nr. 2332) in dem Arthroskopie-Kapitel gibt.

Nr. 3400 UV-GOÄ

Wie ist die Abrechnung bei Kombination aus diagnostischer Arthroskopie und anschließender offener Operation geregelt (inkl. Ansatz Nr. 3400)?

Dürfen offene OP-Leistungen und Nr. 3400 nebeneinander berechnet werden bzw. unter welchen Voraussetzungen?

Die Leistung ist abzurechnen, wenn ausschließlich eine Diagnostik im Gelenk erfolgt und keine weitere arthroskopische Maßnahme durchgeführt wird.

Die Leistung ist auch abzurechnen, wenn neben der ausschließlichen Diagnostik im Gelenk anschließend eine offene OP erfolgt.

Welche UV-GOÄ Ziffer empfehlen Sie für eine Handgelenksarthroskopie mit TFCC-Debridement und Gelenktoilette?

Hierbei handelt es sich um Leistungen nach Nr. 3400.

Nr. 3410 UV-GOÄ

Bei Resektion des Innen- und Außenmeniskus in gleicher OP, was kann abgerechnet werden?

In der Nr. 3400 sind alle resezierenden Maßnahmen enthalten.

Nr. 3420 UV-GOÄ

Beispiele

Innen- und/oder Außenmeniskusnaht

Vollständige Arthrolyse an einem Gelenk

Nr. 3430 UV-GOÄ

Kann neben der 3430 die Nr. 2083 abgerechnet werden, z.B. bei VKB?

Nein, zum einen ist die Abrechnung offener OP-Leistungen bei ausschließlich arthroskopisch durchgeführten Operationen ausgeschlossen.

Zum anderen ist die Entnahme und Aufbereitung körpereigener Sehnen mit dem Zuschlag nach Nr. 3432 abzurechnen.

Nr. 3432 UV-GOÄ

Kann die Leistung für die Entnahme der Semitendinosus und Gracilissehne 2 x abgerechnet werden?

Grundsätzlich nicht.

Unabhängig der Anzahl und des Umfangs der Aufbereitung des entnommenen Materials kann die Leistung bei der Entnahme an einem Bein nur einmal abgerechnet werden.

Ausnahme:

Wenn an einem Bein nicht ausreichend Material vorhanden ist (z.B. wegen einer bereits für andere Zwecke erfolgte Entnahme) und an beiden Beinen die Entnahme erfolgt, kann die Leistung zweimal abgerechnet werden. Dies ist im OP-Bericht zu dokumentieren.

Nr. 3433 UV-GOÄ

Beispiel

VKB-Plastik mit Semitendinosus und gleichzeitiger anterolateraler Stabilisierung?

Nr. 3440 UV-GOÄ

Ist Nr. 3440 nur nach Voroperation abrechenbar und wie wird Missbrauch (z. B. bei beidseitigen Eingriffen) vermieden?

Voraussetzung für die Abrechnung der Leistung ist, dass ein weiterer zukünftig geplanter rekonstruktiver arthroskopischer Eingriff geplant ist. Dies ist zu dokumentieren (Verlaufsbericht, OP-Bericht).

Eine resezierende OP ohne einen zukünftig geplanten Eingriff kann mit der Nr. 3440 nicht abgerechnet werden.

Sollte Nr. 2254 (Implantation von Knochen) Bestandteil der Nr. 3440 sein?

Nein, weil es sich um eine offene OP-Leistung handelt.

Dies ist hier aber über den Zuschlag nach Nr. 3444 geregelt.

Abrechnungsbeispiele

1.

Welche Möglichkeit der Abrechnung habe ich bei Primärarthroskopie bei VKB-Ruptur mit Meniskusschaden (also VKB-Stumpfresektion und Meniskusnaht).

Erfolgt als rekonstruktiver Eingriff nur die Meniskusnaht und keine VKB-Ersatzplastik ist in diesem Fall die Nr. 3420 die Hauptleistung. Die Resektion des Stumpfes in diesem Fall Bestandteil der Hauptleistung.

2.

Welche Abrechnungsmöglichkeit habe ich bei ASK Synovialektomie am Handgelenk.

Die vollständige operative Entfernung der Gelenkschleimhaut an einem Gelenk wird nicht im Rahmen einer ambulanten arthroskopischen Operation, sondern stationär erfolgen. Hierfür gibt es im Kapitel XVII auch bewusst keine Gebühr.

Die teilweise Entfernung von Gelenkschleimhaut ist mit der Nr. 3410 abzurechnen.

3.

Wie ist die arthroskopische subacromiale Dekompression und Tenotomie der langen Bizepssehne (LBS) und die zusätzliche Naht der Rotatorenmanschette (RM) und Tenodese der langen Bizepssehne (LBS) in mini-open-Technik abzurechnen?

Die arthroskopische Hauptleistung ist hier eine resezierende nach Nr. 3410 und nicht eine rekonstruktive nach Nr. 3430.

Die offene Sehnennaht kann aktuell nur mit der Nr. 2073 abgerechnet werden.

4.

Kann die Nr. 3433 neben einer Rekonstruktion des vorderen Kreuzbands und einer Meniskus-Refixation zusätzlich auch für eine anterolaterale Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates (ALL-Rekonstruktion) abgerechnet werden?

VKB-Rekonstruktion 3430

Meniskus-Refixation 3433

Für die ALL-Rekonstruktion ist ein Hautschnitt erforderlich. Es handelt sich um eine offene OP und kann nicht mit dem Zuschlag 3433 abgerechnet werden.