

21.05.2026 BDC|News

Wichtige Neuerungen in der UV-GOÄ

Peter Kalbe, Gerd Rauch



(c) iStock/ConstantinosZ

Im Rahmen der Neuerungen weisen wir freundlich auf unser Webinar [Änderungen UV-GOÄ ab dem 01. Juli 20226](#) hin. Melden Sie sich schnell an, die Plätze sind begehrt!

1. Verbesserungen bei der Abrechnung von Grundleistungen im D-Arzt-Verfahren ab 1.7.2026

Die Gebührenkommission von KBV und DGUV/SVFLG hat weitreichende Verbesserungen bei der Abrechnung von Grundleistungen beschlossen, die

zum 1.7.2026 in Kraft treten. Für die Abrechnung der neuen Gebühren und Leistungen ist der Tag der Leistungserbringung entscheidend. Für bereits laufende Behandlungsfälle beginnt mit dem 1. Juli formal ein neuer Behandlungsfall, weil sich die Systematik ändert. Daher empfehlen wir eine Zwischenrechnung für alle BG-lichen Leistungen bis zum 30.6.2026.

Untersuchungen und Beratungen können ab 1.7.2026 neben Sonderleistungen abgerechnet werden

Vom BDC und vom BVOU wurde stets die sachfremde Regelung kritisiert, nach der entsprechend den allgemeinen Bestimmungen zum Kapitel B die Nr. 1 für die Untersuchung und Beratung nur einmal im Behandlungsfall neben Sonderleistungen der Kapitel C bis O angesetzt werden konnte. Diese Regelung findet sich auch in der (alten und noch gültigen) GOÄ, hatte in der UV-GOÄ aber noch stärker kostendämpfende Auswirkungen, weil der Behandlungsfall hier über 3 Monate läuft.

Der Wegfall dieses Ausschlusses ermöglicht es, dass in der Weiterbehandlung regelmäßig die Untersuchung und Beratung nach der Nr. 1 oder bis zu 3-mal die ausführliche Untersuchung nach Nr. 2 (Nr. 6 alt) neben Wundbehandlungen, Verbänden, Schienen oder Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen angesetzt werden kann.

Diese neue Regelung wird einen erheblichen Honorarzuwachs insbesondere bei länger dauernden Verläufen zur Folge haben und somit vor allem die durchgangsärztliche Grundversorgung fördern.

Darüber hinaus wurde das Kapitel B komplett überarbeitet, gestrafft und vereinfacht. Wie bisher gibt es zwei Basis-Leistungen.

Die bisherige Nr. 6 wird ab dem 1.7.2026 zur neuen Nr. 2

Neben der einfachen Untersuchung und Beratung nach Nr. 1 kann die umfassende Untersuchung mit besonderem differenzialdiagnostischem Aufwand nach der neuen Nr. 2 (bisher die Nr. 6), bis zu 3-mal im Behandlungsfall (3 Monate) abgerechnet werden. Der Leistungsinhalt der neuen Nr. 2 entspricht der alten Nr. 6, sodass diese auch bei Kindern bis zum 6. Geburtstag angesetzt werden kann.

Neuer Unzeit-Zuschlag nach der Nr. 3

Zahlreiche alte Gebührenpositionen für Leistungen außerhalb der Sprechstunde (bisherige Nrn. 2, 3, 4, 7, 8, 9) fallen zukünftig weg, so dass es nur noch die beiden Untersuchungsziffern 1 und 2 sowie einen einheitlichen Zuschlag nach der Nr. 3 in Höhe von 7,58 € in der allgemeinen und 9,42 € in der Besonderen Heilbehandlung für die Erbringung dieser Leistungen außerhalb der Sprechstunde gibt. Dafür wurde die „Unzeit“ einheitlich für den Zeitraum zwischen 19 und 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen definiert. Das vereinfacht die Abrechnung, weil es nur noch diese 3 Ziffern für die Grundleistungen gibt. Die Bewertung ist der Durchschnitt aller bisherigen Zuschlagsziffern.

Neue Nr. 4 als Zuschlag bei Ablehnung/Abbruch des BG-lichen Heilverfahrens durch den D-Arzt

Die neue Nr. 4 in Höhe von 10,00 € kann als Zuschlag zu den Nrn. 1 und 2 zusätzlich abgerechnet werden, wenn dem Versicherten die Entscheidung des Durchgangsarztes, keine Behandlung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers einzuleiten oder diese abzubrechen, erklärt werden muss. Dies gilt nicht, wenn die Behandlung vonseiten des UV-Trägers beendet wird, denn dann ist dieser in der Erklärungspflicht.

Neue Nr. 5 als Zuschlag für Beratung bei Kommunikationsstörung

Die neue Nr. 5 stellt einen Zuschlag in Höhe von 10,00 € für einen erhöhten ärztlichen Aufwand bei erschwerter Kommunikation im Rahmen der Leistungen nach den Nrn. 1 und 2 dar. Wie diese Kommunikationsstörung vonseiten der DGUV zu interpretieren ist, wird demnächst in den Arbeitshinweisen (LINK) näher erläutert. Aus unserer Sicht ist dies umfassend zu interpretieren, zumal der Ansatz der Leistung auf zweimal im Behandlungsfall (also für 3 Monate) begrenzt ist. Wir empfehlen aber, diesen Zuschlag besonders verantwortungsbewusst anzusetzen, zumal die Häufigkeit dieser Leistung unter kritischer Beobachtung steht. Da für Kinder bis zum 6. Geburtstag die Nr.2 (alte Nr. 6) abgerechnet werden kann, ist die Nr. 5 für diese Kleinkinder grundsätzlich nicht ansetzbar.

Einen Überblick über die Neuordnung der Untersuchungs- und Beratungsleistungen ab den 1.7.2026 bietet die Tabelle 1.

Untersuchungs- und Beratungsleistungen

Beispiel: Beratung und Untersuchung

Aktuelle UV-GOÄ bis 30.6.2026 (8 Leistungen)	Neu ab 1.7.2026 (2 Leistungen + 3 neue Zuschläge)			
Nr. 1	Nr. 1 (Mo-Fr. 7-19 Uhr)	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5
Nr. 2, außerhalb der Sprechstunde		Zuschlag zu den Nummern 1 oder 2 für Leistungen zwischen 19 - 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen.	Zuschlag zu den Nrn. 1 und 2 für die Aufklärung und Beratung der Versicherten bei Abbruch der Heilbehandlung	Zuschlag zu den Nrn. 1 und 2 bei erschwerter Kommunikation
Nr. 3 bei Nacht (20 - 8 Uhr)				
Nr. 4, Samstag, Sonn-, und Feiertag				
Nr. 6	Nr. 2 (Mo-Fr. 7-19 Uhr)			
Nr. 7, außerhalb der Sprechstunde				
Nr. 8 bei Nacht (20 - 8 Uhr)				
Nr. 9, Samstag, Sonn-, und Feiertag				

Tab. 1: Neue Systematik der Untersuchungs- und Beratungsleistungen (nach Hoffmann, DGUV)

Neue Leistung für ausführlichen ärztlichen Entlassbericht: Nr. 119 UV-GOÄ

Die Nr. 119 dient als Gesamtgebühr für F 2152 (BGSW-Aufnahmebericht), F 2156 (BGSW- Kurzbericht und F 2160 (BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht, einschließlich Schreibgebühren). Die Gebühr wird fällig mit der Erstattung des ausführlichen Entlassungsberichtes. Sie beträgt in der Allgemeinen und in der Besonderen Heilbehandlung 26,72 €. Diese Leistung der Krankenhaus-D-Ärzte konnte bisher nicht gesondert abgerechnet werden.

Entschlackung und Vereinfachung der weiteren Grundleistungen

Die weiteren Änderungen im Kapitel B der UV-GOÄ dienen vor allem der Vereinfachung und Schärfung der Leistungslegenden, um sowohl für die Rechnungserstellung als auch für die Rechnungsprüfung den Einsatz von KI zu ermöglichen. Diese werden im Gegensatz zu den oben genannten Verbesserungen keinen wesentlichen Einfluss auf das Gesamt-Honorar haben und werden daher hier nur cursorisch erwähnt.

Visiten nach Nr. 45

Visiten werden in Zukunft nicht mehr nach Erst- und Zweit-Visite getrennt, sondern es kann nur einmal am Tag die Nr. 45 angesetzt werden. Die Bewertung mit 10,00 € in der allgemeinen und 12,00 € in der besonderen Heilbehandlung ist der Durchschnitt der bisherigen 2 möglichen Visiten.

Neue Regelung für das Wegegeld bei Besuchen nach Nr. 71

Die sieben Gebührennummern beim Wegegeld und die fünf Gebührennummern bei der Reiseentschädigung wurden zu einer neuen Gebühr (Nr. 71) zusammengefasst. Die Gebühr sieht eine Pauschale in Höhe von 12,10 € für Besuche bis zu 25 km Entfernung vor. Bei weiteren Entfernungen und Reisen gilt künftig das Bundesreisekostengesetz in der jeweils gültigen Fassung. Eine weitere Vereinfachung: Bei dem Wegegeld und der Reiseentschädigung entfallen die Zeitangaben komplett.

Neuordnung der Schreibgebühren (Nr. 166, vormals Nr. 190)

Das Honorar für Schreibgebühren für Berichte wurden in die Arztvordrucke nach den Nrn. 117 bis 119 eingepreist und braucht daneben nicht mehr gesondert abgerechnet werden. Schreibgebühren für Formular-Gutachten nach den Nrn. 146 bis 154, 155 (ausgenommen audiologischer Befundbogen), und für freie Gutachten nach den Nrn. 160, 161, 165 können weiterhin je Seite in Höhe von 5,15 € nach der Nr. 166 abgerechnet werden.

Versand von Auszügen aus der Behandlungsdokumentation nach Nr. 193 (10,35 €)

Die Leistungslegende der Nr. 193 wurde wie folgt präzisiert und umfassender formuliert: *>>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<<.*

Die Leistung nach der bisherigen Nr. 195 ist in der neuen Leistungslegende der Nr. 193 enthalten und konnte daher gestrichen werden. Die Nrn. 194 und 196 wurden in die entsprechenden Fachkapitel verlagert.

Verlagerung fachspezifischer Leistungen in die Fachkapitel

In der aktuellen UV-GOÄ befinden sich unter den Nrn. 1 bis 195 insgesamt 15 fachspezifische Leistungen (Hauterkrankungen, Mastdarm- und Prostatauntersuchung, Chemotherapie, Beratung bei Chronischen Erkrankungen, humangenetische Beratung, Beratung Schwangere, Schulung Diabetes). Diese Leistungen werden in die jeweiligen fachspezifischen Abschnitte der UV-GOÄ verlagert und damit das Kapitel B gestrafft.

Insgesamt führen die Änderungen zu einer Vereinfachung und zu einem Honorarzuwachs, sodass es die Mühe wert ist, die Änderungen umzusetzen. Die PVS-Hersteller wurden zeitnah über die Änderungen informiert und sollten die neuen Gebühren bis zum 1.7.2026 programmiert haben. Der BDC bietet am 3. Juni 2026 um 18.00 Uhr ein [Schulungs-Webinar](#) zu den umfassenden Änderungen der UV-GOÄ auch im neuen Abschnitt zur Arthroskopie an. Sie können sich dazu über die Homepage der BDC-Akademie anmelden. Das Webinar wird bei Bedarf zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal wiederholt.

2. Ein neuer Abschnitt und deutliche Verbesserungen für die Abrechnung arthroskopischer Operationen in der UV-GOÄ ab 1.7.2026

Ziel der Reform des alten arthroskopischen Teils der UV-GOÄ war es, die sehr „knielastige“ und nicht mehr zeitgemäße Gebührenordnung zu reformieren, um möglichst alle aktuellen arthroskopischen Prozeduren in der neuen Leistungslegende abzubilden.

Gleichwohl sollte der neue Abschnitt der Gebührenordnung in die UV-GOÄ Systematik passen. Deswegen konnte sie auch kein Spiegelbild der neuen Leistungslegenden in der Reform-GOÄ sein. Zudem sollte und konnte es auch keine Kopie des EBM sein, da hier eine andere Systematik verfolgt wurde.

Weitere Ziele waren der Abbau von Bürokratie und von Abrechnungsunklarheiten auf allen Seiten, sowie eine einheitliche Systematik für alle Gelenke, die den aktuellen wissenschaftlich-technischen Erkenntnisstand der Arthroskopie adressiert sowie eine IT und KI-taugliche Struktur. Zudem sollte eine verbesserte Vergütung den deutlich gestiegenen Kosten seitens der Leistungserbringer Rechnung tragen.

Nach aufwendigen und langen Beratungen in der Gemeinsamen BG-Kommission unter Beteiligung der Berufsverbände BVOU, BDC und BVASK, der KBV und der DGUV wurde eine neue Systematik der Abrechnung erzielt, die jetzt alle Gelenke inkludiert.

Folgende Kategorien werden jetzt abgebildet

Bezeichnung	Neue Nr. UV-GOÄ	Material-Zuschlag	AOP-Zuschlag	Bemerkungen
Diagnostische ASK	3400	3401	443	
Resezierende ASK	3410	3411	445	
Rekonstruktive ASK	3420	3421	445	Plus Implantate
Komplexe rekonstruktive ASK	3430	3431	445	Plus Implantate
Vorbereitende ASK	3440	3441	445	

Tab. 1: Übersicht über die neuen Kategorien für die Arthroskopie in der UV-GOÄ (ab 1.7.2026)

In alle diese Leistungskomplexe werden viele bisher zusätzlich abrechenbare regelmäßig anfallenden Nebenleistungen eingepreist. Im Einzelnen bezieht sich dies auf Kapselnähte, Lokalanästhesie der Portale und intraartikuläre Lokalanästhesie, Infiltrationsanästhesien, Verbände mit Ausnahme von Gipsverbänden, Schienen- oder Orthesen-Anlage, Probeexzisionen und die Entnahme von Gewebe, Anlage von Redondrainagen, Bewegungsübungen, intraoperative Untersuchungen, Narkose-Mobilisationen, Kühlungen, Aufklärungen und Beratungen am Op.-Tag sowie konsiliarische Erläuterungen und die Erstellung des Op.- Berichtes. Dies beinhaltet auch die diagnostische Arthroskopie, die bei den Kategorien 3410 bis 3440 inkludiert und nicht gesondert abrechenbar ist.

Operation	Nr. UV GOÄ	Honorar	Besondere Kosten	Zuschlag AOP	Material- Zuschlag	Gesamt
Arthroskopie (ASK)	3400	105,02 €	154,83 €	80,62 €	35,00 €	375,47 €
Resezierende ASK	3410	314,75 €	136,22 €	236,46 €	50,00 €	737,43 €
Rekonstruktive ASK	3420	490,38 €	150,72 €	236,46 €	150,00 €	1.027,56 €
Rekonstruktive ASK mit Sehnennaht etc.	3430	944,93 €	150,72 €	236,46 €	200,00 €	1.532,11 €
Vorbereitende ASK Op.	3440	522,71 €	150,72 €	236,46 €	150,00 €	1.059,89 €

Tab. 2: Systematik und Bepreisung der arthroskopischen Operationen in der UV-GOÄ ab 1.7.2026

Die am höchsten bewertete erbrachte Leistung wird abgerechnet (Tab. 2). Operative Zusatzleistungen sind klar definiert und nur bei den Kategorien 3420 bis 3440 abrechenbar (Tab. 3). Bei der rekonstruktiven Kategorie 3420 handelt es sich hierbei um die Gebührenziffer 3422 (maximal einmal abrechenbar) und bei der höher bewerteten Kategorie 3430 für komplexe Eingriffe um die Ziffer 3433 mit maximal bis zu 3 weiteren arthroskopischen Eingriffen, die am selben Gelenk abgerechnet werden können.

Zusätzlich kann bei den komplexen rekonstruktiven Eingriffen mit der UV GOÄ Ziffer Nr. 3432 die Entnahme körpereigener Sehnen abgerechnet werden (z.B. für die VKB-, HKB- Ersatzplastik oder für die Stabilisierung einer chronischen AC- Gelenksinstabilität). Dies einmal, unabhängig von der Anzahl der entnommenen Sehnen.

Daneben wurde eine neue Ziffer 3440 für die vorbereitende arthroskopische Operation für eine später geplante rekonstruktive Arthroskopie eingeführt. Diese neue Leistungsziffer adressiert Revisionsingriffe, wie beispielsweise die notwendige Materialentfernung, z. B. von Interferenzschrauben, und ggf. auch die Bohrkanauffüllung für eine geplante VKB- oder HKB- Revisionsersatzplastik oder vor einer geplanten Knorpeltransplantation bei traumatischen Knorpelschäden. Für diese Leistungsziffer gibt es ebenfalls Zuschlagsziffern mit der Nr. 3443 für die Verwendung von autogenem Material inkl. Spongiosa-Transplantation und mit der Nr. 3444 für die Knorpelentnahme bei geplanter Knorpeltransplantation (ACT und MACT). Diese Eingriffe waren in der bis zum 30.6.2026 gültigen UV-GOÄ gar nicht

abgebildet. Ebenso fehlten bisher die gesamte arthroskopische Schulterchirurgie und die Ellenbogen-, Handgelenks- und Sprunggelenksarthroskopie. Diese Arthroskopien konnten bisher nur analog zugeordnet werden mit den daraus resultierenden erheblichen Abrechnungsproblemen. Im neuen Kapitel Arthroskopie in der UV-GOÄ ist nunmehr die moderne arthroskopische Chirurgie als Legendierung der Gebührenordnungsziffern aufgenommen und dargestellt. Zusätzlich werden später auch noch die Arbeitshinweise der DGUV für die Rechnungsprüfung überarbeitet, um eine eindeutige Zuordnung der üblichen Eingriffe zu den neuen Gebührenpositionen zu klären.

Zuschlag für weitere operative Eingriffe im Rahmen einer ASK	Nr. UV-GOÄ	Honorar	Besondere Kosten	Zuschlag AOP	Material-Zuschlag
Zu 3420 für weiteren Reko-Eingriff in derselben Op.	3422	150,51 €	—	—	—
Zu 3430 für Sehnenentnahme	3432	144,01 €	23,33 €	—	—
Zu 3430 für einen weiteren Eingriff (max. 3-mal)	3433	150,00 €	—	—	—
Zu 3430 bei Verwendung von allogenem oder alloplastischem Material/Gewebe	3434	34,75 €	—	—	—
Zu 3430 für Verwendung von autogenem Material incl. der Spongiosa-Transplantation	3435	171,42 €	—	—	—
Zu 3440 bei Verwendung von	3442	34,75 €	—	—	—

allogenem oder alloplastischem Material/Gewebe					
Zu 3440 für Verwendung von autogenem Material incl. der Spongiosa-Transplantation	3443	128,30 €	15,66 €	—	—
Zu 3440 für die Entnahme von autologem Knorpel zur Anzüchtung	3444	130,00 €	23,30 €	—	—

Tab. 3: Systematik der Operations-Zuschläge in der UV-GOÄ ab 1.7.2026

Daneben gibt es für alle genannten Leistungskategorien zusätzlich feste Materialzuschläge (Tab. 4) für die verwendeten Verbrauchsmaterialien (Op-Abdecksets, Op-Personalkittel, Handschuhe, Spülflüssigkeit, Spüleleitungen, Kamerabezüge usw.), die gestaffelt je nach Aufwand entsprechend der oben genannten Leistungskategorien pauschal in Höhe von 35,00 € -bis 200,00 € vergütet werden. Hierdurch wird eine erhebliche Vereinfachung der Abrechnung sowohl für die Leistungserbringer, aber auch für die Sachbearbeiter der Kostenträger erzielt. Da für diese Materialzuschläge kein Einzelkostennachweis vorgelegt werden muss, bedeutet dies auch einen echten Bürokratieabbau.

Material-Zuschlag zu Nr.	Nr. UV-GOÄ	Honorar
3400 (Arthroskopie/ASK)	3401	35,00 €
3410 (Resezierende ASK)	3411	50,00 €
3420 (Rekonstruktive ASK)	3421	150,00 €
3430 (Rekonstruktive ASK mit Sehnennaht etc).	3431	200,00 €

3440 (Vorbereitende ASK Op.)	3441	150,00 €
------------------------------	------	----------

Tab. 4: Systematik der neuen Material-Zuschläge im der UV-GOÄ ab 1.7.2026

Bei allen neuen Leistungskomplexen werden die AOP-Zuschläge in voller bisheriger Höhe erhalten. Alle Arthroskopieleistungen werden nach den Sätzen der Besonderen Heilbehandlung vergütet, weil davon ausgegangen wird, dass diese Leistungen in der Regel nur von Durchgangsärztinnen und -ärzten erbracht werden. Dazu sind jeweils die „Besonderen Kosten“ der jeweiligen Leistung abzurechnen, mit denen Sachmittel refinanziert werden, die nicht in den oben genannten Materialzuschlägen enthalten sind.

Offene operative Leistungen, wie z. B. eine Innen- oder Außenbandnaht am Knie können in Kombination mit einer arthroskopischen vorderen Kreuzbandersatzplastik unter Beachtung der Ausschlüsse bei den allgemeinen Bestimmungen im Abschnitt III der offenen Gelenkchirurgie zusätzlich abgerechnet werden.

Besonders soll betont werden, dass das Sach- und Implantat-Kosten-Thema jetzt klar geregelt ist. Somit werden weiterhin alle notwendigen Selbstkosten für die arthroskopischen Implantate- und sonstigen Fixationsmethoden (Anker, Schrauben, Meniskus-Refixationsnaht- und -ankersysteme, Hochfestigkeitsnähte) sowie für die arthroskopischen Anwendungssysteme, insbesondere zum Einmalgebrauch mit Kostennachweis (Shaver, Elektrosonden, HF-Sonden, arthroskopische Spezialkanülen, Einmalspezialbohrer, Lasso) 1 zu 1 seitens der Kostenträger erstattet. Diese sehr variablen Kosten wurden bewusst nicht pauschalisiert. (Tab. 5).

Nr. in Teil B	Kurzbezeichnung	Bemerkung
1	Videoaufzeichnung	Nicht zum Leistungsnachweis
2	Shaver Einsatz	Anteilig bei Wiederverwendung
3	Mikro-Skalpell	
4	Implantate, Spezialnahtmaterial, spezielles Fadenmaterial	
5	Spezialbohrer	Bei Einmalverwendung

6	Meniskus-Fixationssysteme, z. B. Anker o. ä.	Bilddokumentation erforderlich
7	Einmal-Elektrosonde, sofern notwendig	Bei Wiederverwendbarkeit anteilig

Tab. 5: Übersicht der gesondert zu Selbstkosten abrechenbaren Geräte und Materialien im Rahmen der arthroskopischen Operationen (ab 1.7.2026)

Das Honorar für die operativen Leistungen wurde den gestiegenen Kosten angepasst, vor allem bei den aufwendigeren rekonstruktiven Eingriffen. Dafür wurde eine geringe Minderung der Vergütung bei resezierenden Eingriffen akzeptiert, die aber kompensiert wird durch die mögliche Mehrfachansetzung der Ziffer 1, die dann immer zusätzlich bei den postoperativen Konsultationen abgerechnet werden kann. Das heißt, dass auch bei diesen resezierenden Arthroskopien das Gesamtpaket stimmt.

Als Beispiel wird in der Tabelle 6 die Abrechnung einer VKB-Ersatzplastik mit begleitender Innenmeniskus-Naht aufgeführt:

Arthroskopische Operation	GO.-Nr. neu	Honorar	Besondere Kosten	Gesamt
Ersatzplastik vorderes Kreuzband, z. B. mit Semitendinosus-Sehne	3430	944,93 €	150,72 €	
Sehnenentnahme (autolog)	3432	144,01 €	23,33 €	
Zuschlag für Arthroskopische Meniskus-Refixation mit Refixationssystem	3433	150,00 €	€	
Zuschlag ambulante Operation	445	236,46 €		

Materialzuschlag (neu)	3431	200,00 €	
Summe		1.675,40 €	174,05 €
Gesamt			1.849,45 €

Tab. 6: Beispiel für die Abrechnung einer ambulant durchgeführten arthroskopischen Rekonstruktion des vorderen Kreuzbands unter Verwendung einer autolog entnommenen Semitendinosus-Sehne und gleichzeitiger Refixation des Innenmeniskus ab 1.7.2026 (Cave: VAV-Eingriff!)

Zusammenfassend wird durch die Teilreform der UV-GOÄ zum 1.7.2026 überwiegend eine Erhöhung der Vergütung bei den arthroskopischen Leistungen resultieren. Die Legendierung der arthroskopischen Leistungen bildet jetzt alle Gelenke und auch die modernen Prozeduren inklusive der Revisionschirurgie ab. Durch die Einpreisung vieler Nebenleistungen bei den arthroskopischen Leistungskomplexen sowie die auskömmlichen gestaffelten Materialzuschläge kommt es zu einer erheblichen Vereinfachung und echten Entbürokratisierung der Abrechnung.

Die vollständige Kostenerstattung von Implantaten und arthroskopischen Anwendungstools, wie z. B. Shaverblades, HF-Sonden und arthroskopischen Kanülen gegen Einzelkostennachweis ist ein weiterer Garant dafür, dass die D-Ärzte auch wirtschaftlich arbeiten können.

Bei der Vorbereitung der komplexen Änderungen hat sich die konstruktive Zusammenarbeit der beteiligten Berufsverbände mit der DGUV/SVLFG und der KBV in einer Arbeitsgruppe der Gemeinsamen BG-Kommission bewährt.

Die Gebührenordnung für Ärzte (UV-GOÄ) ab dem 1. Juli 2026 finden Sie auf den [Seiten der KBV](#).

Autor:innen des Artikels



Dr. med. Peter Kalbe

Vizepräsident des BDC
Gelenkzentrum Schaumburg
Stükenstraße 3
31737 Rinteln

[> kontaktieren](#)



Dr. med. Gerd Rauch

BVOU-Landesvorsitzender Hessen
Stellv. Bezirksvorsitzender Kassel
Leipziger Straße 164
34123 Kassel

[> kontaktieren](#)