

Verbesserungen bei der Abrechnung von Grundleistungen im D-Arzt-Verfahren ab Juli 2026



Die Gebührenkommission von KBV und DGUV/SVFLG hat weitreichende Verbesserungen bei der Abrechnung von Grundleistungen beschlossen, die im Juli 2026 in Kraft getreten sind. Für die Abrechnung der neuen Gebühren und Leistungen ist der Tag der Leistungserbringung entscheidend. Für bereits laufende Behandlungsfälle begann mit dem 1. Juli 2026 formal ein neuer Behandlungsfall, weil sich die Systematik ändert.

Untersuchungen und Beratungen können ab 01.07.2026 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 drei 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 durchgangsarztliche 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 01.07.2026 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 (drei 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 drei 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.

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

Untersuchungs- und Beratungsleistungen				
Beispiel: Beratung und Untersuchung				
Aktuelle UV-GOÄ bis 30.6.2026 (8 Leistungen)	Neu ab 1.7.2026 (2 Leistungen + 3 neu Zuschläge)			
Nr. 1	Nr. 1 (Mo-Fr. 7-19 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 bis Nacht (20 – 8 Uhr)				
Nr. 4, Samstag, Sonn- und Feiertag				
	Nr. 2			
Nr. 6	(Mo-Fr. 7-19 Uhr)			
Nr. 7, außerhalb der Sprechstunde				
Nr. 8 bis Nacht (20 – 8 Uhr)				
Nr. 9, Samstag, Sonn- und Feiertag				

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 kurz 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 zwei 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 mittlerweile programmiert haben.

Das nächste BDC-Webinar „Änderungen UV-GOÄ seit dem 01. Juli 2026“ findet am 05. Oktober 2026, von 18:00 bis 20:00 Uhr statt. [Hier geht's zum Programm und der Anmeldungen...](#)

Autor:innen des Artikels



Dr. med. Peter Kalbe

Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
KBV-Arbeitsgruppe der Gebührenkommission
Leitung der gemeinsamen
BG-Kommission der Berufsverbände

 [Kontakt](#)



Dr. med. Gerd Rauch

Assoziiertes Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes des BVOU
Ärztlicher Leiter MVZ OCP-Kassel Lichtenau gGmbH – Licura
KBV-Arbeitsgruppe der Gebührenkommission
Mitgliedschaft in der gemeinsamen BG-Kommission der Berufsverbände

Kalbe P, Rauch G: Verbesserungen bei der Abrechnung von Grundleistungen im D-Arzt-Verfahren ab Juli 2026. *Passion Chirurgie*. 2026 Juli/August; 16(07/08): Artikel 04_04.