

Die neuen "Dreiseitigen Verträge" nach § 115b SGB V

E. Mertens

Die "Dreiseitigen Verträge" zum Ambulanten Operieren nach § 115b des SGB V gehen ursprünglich zurück auf den ersten Versuch, Krankenhäusern die Möglichkeit zur ambulanten Patientenbehandlung in Form ambulanter Operationen und Anästhesieleistungen zu geben. Schon in der ersten Fassung des § 115b bestand der gesetzliche Auftrag, über einen Katalog den Umfang der ambulant erbringbaren Leistungen zu definieren. Die Vertragspartner kamen in den Folgejahren ihrer eigenen Absichtserklärung aus dem Jahr 1993, diesen Katalog weiter zu bearbeiten und überhaupt die Rahmenbedingungen des Ambulanten Operierens in Krankenhäusern und in der Praxis weiter zu entwickeln, nicht nach. In den meisten Krankenhäusern wurde kein Bedarf gesehen, die internationale Entwicklung hin zur ambulanten Durchführung dafür geeigneter Eingriffe nachzuvollziehen. Der Gesetzgeber verpflichtete daraufhin 1999 die Vertragspartner, neue Regelungen bis zum 31.12.2000 zu treffen, wobei nicht mehr die Definition im Vordergrund stand, was ambulant machbar sei, sondern bereits ein Katalog von Eingriffen vorgeschrieben wurde, die nur noch in Ausnahmefällen stationär erbracht werden sollten. Auch diese Verpflichtung wurde von den Vertragspartnern nicht erfüllt. Daraufhin kündigte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den Vertrag zum Ende 2003 und zwang so die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Spitzenverbände der Krankenkassen an den Verhandlungstisch.

In dem noch laufenden Gesetzgebungsverfahren hat sich das Bundesgesundheitsministerium dann im Entwurf vorbehalten, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen und über eine Rechtsverordnung Bewegung in die Sache zu bringen. In diesem Entwurf waren unter anderem auch Fallpauschalen zum 01.01.2005 zwingend vorgeschrieben.

Unter diesem Eindruck haben sich dann die Vertragspartner auf einen neuen Vertrag geeinigt, der zum 01.01.2004 in Kraft tritt. Die vollständigen Texte und der vollständige Katalog, sind über die Homepage des BDA (www.bda.de) herunter zu laden. Im "Arzteblatt" 37/2003 waren ebenfalls alle Originaltexte als Sonderdruck enthalten.

Regierung und Opposition habe sich durch die Einigung wohl überzeugen lassen, die geplante Änderung des § 115b im laufenden Gesetzgebungsverfahren nicht durchzuführen, so dass der alte § 115b wohl weiterhin unverändert in Kraft bleiben wird.

Das Verlagerungsvolumen aus dem stationären in den ambulanten Bereich ist bei Operationen in Deutschland nach wie vor groß. Dieses Verlagerungsvolumen

lässt sich jetzt unter Hinzuziehung des Kataloges individuell für das einzelne Krankenhaus recht exakt einschätzen.

OP-Katalog zum § 115b

Grundsätzlich sind die Eingriffe zu unterscheiden, die ambulant operiert (und anästhesiert) werden **können**, und die, die in der Regel (von Ausnahmefällen abgesehen) ambulant durchgeführt werden **müssen**. Der Katalog definiert gleichzeitig auch die Eingriffe, zu denen die gem. § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser per Gesetz zugelassen sind. Eingriffe, die nicht aufgeführt sind, dürfen von Krankenhäusern nicht nach § 115b erbracht und abgerechnet werden. Der 2004 in Kraft tretende Katalog umfasst 337 Eingriffe, bzw. Zuschlagsziffern und ist zunächst am EBM 96 orientiert. Mit diesen 337 Eingriffen ist somit, wie bereits ausgeführt, die Zulassung der Krankenhäuser abschließend definiert. In diesem Katalog sind zusätzlich 155 Eingriffe mit einem Sternchen versehen, um zu kennzeichnen, dass diese vorrangig ambulant zu erbringen sind, wobei in 10 Fällen eine Differenzierung nach Kindern und Erwachsenen erfolgt. Es ist davon auszugehen, dass die stationäre Erbringung dieser Eingriffe bzw. ihre Abrechnung gegenüber den Krankenkassen in Zukunft erhebliche Probleme machen wird. In der nachfolgenden Anlage ist dieser "Zwangskatalog", soweit er die Anästhesie betrifft, abgedruckt.

Ausnahmetatbestände

Der Gesetzgeber schreibt vor, "allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann." Diese "Allgemeinen Tatbestände" sind von den Vertragspartnern erstellt worden und in einer Anlage zum Vertrag festgehalten (Tab. 1). Die erfassten Ausnahmetatbestände sind nur beispielhaft aufgeführt, so dass es durchaus darüber hinausgehende patientenbezogene Gründe geben kann, einen Eingriff des Kataloges stationär durchzuführen. Die Begründung für die stationäre Durchführung dürften in der Regel eher den Anästhesisten als den Operateur betreffen. Um den zu erwartenden Prüfungen des MDK in diesen Fällen standzuhalten, empfiehlt sich eine (standardisierte) Dokumentation der Entscheidungsgründe. Im Prinzip schreibt der § 39 des SGB V ohnehin vor, dass bei stationärer Aufnahme eine Prüfung durch das Krankenhaus erfolgen muss, ob das Behandlungsziel nicht anderweitig, also z.B. durch die ambulante Durchführung einer Operation erreicht werden kann.

Tabelle 1: Allgemeine Tatbestände.

Allgemeine individuelle Tatbestände:

- Fehlende Kommunikationsmöglichkeit des Patienten im Fall von postoperativen Komplikationen
- Fehlende sachgerechte Versorgung im Haushalt des Patienten

Morbiditäts-/diagnosebedingte allgemeine Tatbestände:

Relevante Begleiterkrankungen

- Gerinnungsstörungen
- Koronarsyndrom
- Herzinsuff. III/IV
- Maligne Hyperthermie
- Lungenfunktionsstörung
- Überwachungspflichtige Erkrankung

Besondere postoperative Risiken

(Überwachung mehr als 8 Std. erforderlich)

- Kritischer endokriner Status
- Kritischer metabolischer Status

Schwere der Erkrankung

- Bewusstlosigkeit
- Verwirrheitszustand
- Akute Lähmung
- Akuter Sehverlust
- Akuter Hörverlust
- Akute Blutung

Erhöhter Behandlungsaufwand

- Kontinuierliche intravenöse Medikation/Infusion
- Kontinuierliche intensive Überwachungsnotwendigkeit
- Kontinuierliche assistierte oder kontrollierte Beatmung
- Bedrohliche Infektion, anhaltendes Fieber
- Andere akute Funktionsstörungen
- Gegenüber dem Regelfall sehr komplexe Eingriffe

Zulassung zum Ambulanten Operieren nach § 115b Vergütung

Nach wie vor hat jedes zugelassene Krankenhaus einen Rechtsanspruch auf die Durchführung und Abrechnung der im Katalog aufgeführten Eingriffe und der in diesem Zusammenhang durchgeführten Anästhesieleistungen. Die Regelungen zur Anmeldung haben sich nicht geändert. Der Zugang des Patienten wird in der Regel über eine Überweisung, z.B. eines Hausarztes, erfolgen. Dies ist jedoch nicht zwingend vorgeschrieben, so dass der Patient auch von sich aus das Krankenhaus aufsuchen kann. Mitgebrachte Befunde sind zu verwerten, es ist jedoch dem Krankenhaus nicht verwehrt, weitere notwendige Diagnostik auch selbst durchzuführen.

Der Krankenhausträger hat das Recht, aus dem Katalog die Leistungen auszuwählen, die er ambulant erbringen möchte. Darüber hinaus gibt es keine gesetzliche Vorschrift, die eine Koppelung der Anästhesieleistung an die Operation oder die Einschränkung auf Eingriffe, die auch stationär durch das Krankenhaus erbracht werden, rechtfertigen würden. So weit hier Formulierungen der "Dreiseitigen Verträge" oder die Veröffentlichungen dazu ("Ärzteblatt" 37/2003, "das Krankenhaus" 8/2003) zu Unsicherheiten geführt haben, muss gesagt werden, dass eine Bindung an den Belegarztstatus des Operateurs o. ä. einer rechtlichen Überprüfung nicht standhalten wird, da die Formulierungen des § 115b und die bisherige Rechtsprechung hierzu eindeutig sind.

Eine Vorschrift, dass sich das Krankenhaus zur Leistungserbringung der Operation und der Anästhesie als Institutsleistung ausschließlich angestellter Ärztinnen und Ärzten bedienen muss, besteht (ungeachtet der arbeitsrechtlichen Situation im Innenverhältnis) nach wie vor nicht.

Die Vergütungsregelung hat sich zunächst nicht geändert: Die Leistungen des Krankenhauses werden weiterhin direkt mit der jeweiligen Krankenkasse des Patienten nach EBM zum Punktwert der Vertragsärzte abgerechnet. Dabei muss die Verantwortlichkeit für die korrekte Anwendung des EBM im Krankenhaus geregelt werden. Da Varianten in der Abrechnung überwiegend durch die anästhesiebedingte Zeit-taktung verursacht sind, wird hier wohl der Anästhesieabteilung diese Verantwortung zuwachsen.

Die Einführung von Fallpauschalen für ambulante Operationen und Anästhesieleistungen gibt es bisher bedauerlicherweise nur als Absichtserklärung.

Weitere Regelungen im Zusammenhang mit dem § 115b wie die beabsichtigte OPS-Kodierung und die neuen Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden später an gleicher Stelle behandelt.

Korrespondenzadresse:*Elmar Mertens*

BDA-Referat für den vertragsärztlichen Bereich

Trierer Straße 766

D-52078 Aachen

E-Mail: bda-mertens@t-online.de

Anlage:

siehe Seite 731-733.

Anlage: zum Vertrag nach § 115b SGB V: Katalog		
GO-Nummer		
B IX Prävention		
110	Transabdominale Blutentnahme aus der Nabelschnur unter Ultraschallsicht	
112	Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschall	
121	Transzervikale Gewinnung von Chorionzottingewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe, unter Ultraschallsicht	
B X Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (sonstige Hilfen)		
183	Sterilisation des Mannes mittels operativen Eingriffs an den Samenleitern	
195	Operative Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation bis zur 13. Schwangerschaftswoche	
197	Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer Indikation ab der 13. Schwangerschaftswoche	
F IV Gastroenterologie		
730	Einführen einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung	
735 ¹	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung, und/oder Dehnung des unteren Ösophagusphinkters (Kardiasprengung), je Sitzung	X
738 ¹	Einsetzen einer Ösophagusprothese, einschl. Ösophagoskopie	X
741	Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie, ggf. einschl. Ösophagoskopie, Probeexzision und/oder Urease-Nachweis (einschl. Kosten)	
760 ¹	Partielle Koloskopie mit flexiblen Instrument, ggf. einschl. Probeexzision(en), ggf. einschl. Lagekontrolle des Endoskops durch ein bildgebendes Verfahren	X
764 ¹	Totale Koloskopie einschl. des Zökums, einschließlich Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation	X
765 ¹	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 740, 741 und 755 bis 764 für die Abtragung eines Polypen und/oder Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzelektroschlinge.	X
J Gynäkologie und Geburtshilfe		
1084	Temperaturgesteuerte Thermokoagulation oder Kryokoagulation der Portio und/oder kryochirurgischer Eingriff im Bereich der Vagina und/oder der Vulva	
1085	Elektrokonisation der Portio	
1086	Messerkonisation der Portio, einschl. Versorgung des Wundgrundes	
1104	Abrasio der Gebärmutterhöhle und des Gebärmutterhalskanals, ggf. einschl. Entfernung von Polypen oder Fremdkörpern, ggf. einschl. Aufbereitung des Gewebematerials zur histologischen Untersuchung	
1111	Hysteroskopie, einschl. hysteroskopisch durchgeführter intrauteriner Eingriffe	
1130	Cerclage bei Zervixinsuffizienz	
1141	Exstirpation oder Marsupialisation von Vaginalzysten oder Bartholini-Zysten	
1186	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme gemäß Nr. 12.6 der Richtlinien zu künstlichen Befruchtung im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4 und 10.5	
1188	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET)	
1190	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistung nach der Nr. 1188 bis zum Ausbleiben der Zellteilung, einmal im Zyklusfall	
1192	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistung nach Nr. 1188 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion	
1194	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), ggf. als Zygotenttransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIF) gemäß 10.5 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung	
K Augenheilkunde		
1250	Photodynamische Therapie(n) mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer choriodaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	
1282	Entfernung einer Bindehaut- oder Lidgeschwulst	
1302	Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte, des Epikanthus, des Ektropiums, des Entropiums oder von Wimpernfehlstellungen, als selbstständige Leistung	
1305	Operation der Lidsenkung (Ptosis)	
1345	Eröffnung, Spülung und/oder Wiederherstellung der vorderen Augenkammer, als selbstständige Leistung	
1348	Diszission der Linse oder Diszission oder Ausschneidung des Nachstars oder der Linsenkapsel, ggf. mittels Laser-Verfahren oder Nachstarentfernung mittels Saug-Spül-Verfahren, als selbstständige Leistung	
1353	Phakoemulsifikation, ggf. einschl. Iridektomie, ggf. mit Implantation einer intraokularen Linse	
1355	Implantation einer intraokularen Linse, als selbstständige Leistung	
L I Nase, Nasennebenhöhlen		
1412	Operativer Eingriff in der Nase (z.B. Entfernung von bis zu zwei Nasenpolypen, anderen Neubildungen einer Nasenseite, Muschelkappung, Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Muschelkaustik, Synechielösung und/oder Probeexzision), als selbstständige Leistung	
1414	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase und/oder teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel und/oder submuköse Resektion an der Nasenscheidewand und/oder operative Entfernung von mehr als zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen	
1427	Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation	
1431	Operative Korrektur eines Nasenflügels	
1435	Tränensackoperation vom Naseninnern aus	
1454	Operativer Verschluss einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel, als selbstständige Leistung	
1456	Anbohrung einer Stirnhöhle von außen	
L II Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf		
1471	Eröffnung eines Zungenabszesses	
1472 ¹	Keilexzision aus der Zunge, als selbstständige Leistung	X
1485	Adenotomie (Entfernung der Rachenmandel)	

Verbandsmitteilungen / News and events

Fortsetzung: Katalog		
1492	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	
1515 ¹	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 1500 oder 1506	X
1516	Galvanokaustik oder Kürettament im Kehlkopf	
LIII Ohr, Gleichgewichts- und Gehörorgan, Stimme und Sprache		
1543	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, als selbstständige Leistung	
1545	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang oder Kaustik im Gehörgang und/oder in der Paukenhöhle	
1548	Entfernung eines oder mehrerer Polypen aus dem Gehörgang und/oder der Paukenhöhle, ggf. in mehreren Sitzungen	
1549	Operative Beseitigung einer Stenose und/oder von Exostosen im knöchernen Teil des Gehörganges, als selbstständige Leistung	
1555	Entfernung von Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle, als selbstständige Leistung	
1556	Inzision des Trommelfelles (Parazentese), als selbstständige Leistung	
1557	Anlage einer Paukenhöhlendrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens), als selbstständige Leistung	
1565	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbstständige Leistung	
1566	Myringoplastik vom Gehörgang aus	
1567	Zuschlag für die plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen	
1580	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres, z.B. durch Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelrezision und/oder operative Korrektur der Ohrmuschelgröße	
M Urologie		
1703	Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht	
1713	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre mit operativem Eingriff (z.B. Papillomkoagulation)	
1716	Innere Harnröhrenschlitzung unter Sicht	
1730	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur	
1741	Plastische Operation der Vorhaut und/oder des Frenulums	
1755	Unterbindung eines Samenleiters, ggf. mit Teilresektion, als selbstständige Leistung	
1759	Unterbindung eines Samenleiters, ggf. mit Teilresektion, als selbstständige Leistung	
1768 ¹	Operation eines Leistenhodens	X
1787	Einlegen, Wechsel oder Entfernung einer Ureterverweilschiene, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 1784 oder 1785	
1795	Perkutane Anlage einer Harnblasenfistel, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband	
N II Chirurgie der Körperoberfläche		
2104	Exzision eines oder mehrerer Lymphknoten aus derselben Entnahmestelle	
2105	Exzision von tiefliegendem Körpergewebe (z.B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z.B. Zunge)	
2151	Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes	
2152	Haut- oder Schleimhauttransplantation oder plastische Deckung eines kleinen Hautdefektes mittels Überpflanzung von Epidermisstücken, einschl. Versorgung der Entnahmestelle	
2170	Vollständige oder teilweise operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Behandlungstag	
N III Extremitätenchirurgie		
2220	Operation eines Ganglions an einem Hand-, Fuß- oder Fingergelenk, eines Tumors der Finger- oder Zehenweichteile	
2222	Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mittels Z-Plastik	
2230	Abtragung einer häutigen Verbindung zwischen Fingern oder Zehen	
2240	Muskel- und/oder Fasziennaht, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde, als selbstständige Leistung	
2245	Präparation und Naht einer Strecksehne, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde	
2250	Präparation und Durchtrennung einer Sehne oder eines Muskels, als selbstständige Leistung	
2261	Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation, ggf. einschl. Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils, ggf. einschl. temporärer Kirschner-Drahtarthrodese, ggf. einschl. Entfernung eines Clavus und/oder plastischer Deckung eines Hautdefektes	
2270	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit partieller Entfernung der Palmaraponeurose oder Operation der Plantaraponeurose (M. Ledderhose)	
2275	Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven oder Spaltung der Loge de Gyon, ggf. einschl. Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benigner Neubildungen	
2276	Operation eines peripheren Nervenengpaßsyndroms (z.B. Supinatorloggen-Syndrom) - mit Ausnahme der in der Leistung nach Nr. 2275 enthaltenen Engpaßsyndrome - ggf. einschl. Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benigner Neubildungen	
NIV Knochenchirurgie		
2310	Einrichtung gebrochener Fingerendglied- oder Zehenknochen oder Einrichtung eines gebrochenen Fingergrundglied-, Finger-mittelglied- oder Großzehenknochens	
2361	Entfernung von Stellschrauben, tastbaren Einzelschrauben oder von Kirschnerdrähten aus einem Knochen nach Aufsuchen durch Schnitt oder Entfernung eines Fixateur extern	
2362	Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem kleinen Knochen	
2370 ¹	Nekrotomie oder Operation einer Exostose oder einer Knochenzyste, an kleinen Knochen, als selbstständige Leistung	X
2376	Operativer Ersatz eines Handwurzelknochens durch Implantat	
N V Gelenkchirurgie		
2400	Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	
2401	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers, eines Daumengelenks, eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulargelenks oder einer Kniescheibe	
2410	Operative Einrenkung der Luxation eines Finger-, Daumen- oder Zehengelenks	
2420	Primäre Naht oder Reinsertion eines Bandes und/oder Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks	
2425	Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks, als selbstständige Leistung	

Fortsetzung: Katalog	
2435	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder von Fremdkörpern aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk
2440	Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk, als selbstständige Leistung
2441	Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk, als selbstständige Leistung
2455	Eröffnung eines Finger- oder Zehengelenks, ggf. einschl. Drainage, als selbstständige Leistung
2465	Denervation eines Finger- oder Zehengelenks, als selbstständige Leistung
2466	Einkerbung der Sehnenplatte bei der Epikondylitis radialis oder ulnaris (OP nach Hohmann)
2467	Operation der Epikondylitis radialis oder ulnaris mit partieller Denervierung des Ellenbogengelenks einschl. der Leistung nach Nr. 2466, ggf. einschl. partieller Synovektomie, ggf. einschl. Arthrotomie und Naht der Gelenkkapsel
2470	Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenks (Finger-, Zehengelenk)
2471	Drahtstiftung zur Fixierung von mehreren kleinen Gelenken oder Drahtstiftung an der Daumenbasis, an der Mittelhand oder am Mittelfuß
2475	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks
2480	Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks
2485	Resektion eines Finger- oder Zehengelenks, als selbstständige Leistung
N VI Hals- und Abdominalchirurgie	
2630	Diagnostische Peritonealspülung (Peritoneal-Lavage), als selbstständige Leistung
2634	Laparoskopie/Pelviskopie, ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion und/oder Adhäsioolyse
2721	Anus praeter-Bougierung, je Sitzung
2740 ¹	Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels (Sphinkterotomie), als selbstständige Leistung
2741	Operation einer Analfissur, ggf. einschl. Sphinkterotomie, ggf. einschl. Exzision
N VII Thorax- und Gefäßchirurgie	
2850	Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse
2851	Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse, mit freiem Transplantat
2852	Beseitigung eines arterio-venösen Shunts
2860	Exstirpation oder subfasziale Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen, als selbstständige Leistung, je Sitzung
2861	Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen.
N VIII Neurochirurgie	
2919	Passagere Implantation von Reizelektroden zur Stimulation des Rückenmarks, ggf. einschl. Durchleuchtung (BV/TV), ggf. einschl. Teststimulationen
2920	Dauerimplantation von Reizelektroden zur Stimulation des Rückenmarks, ggf. einschl. Durchleuchtung (BV/TV), ggf. einschl. Implantation eines Empfangsgerätes, ggf. einschl. Teststimulationen
2930	Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven, als selbstständige Leistung
2935	Neurolyse, als selbstständige Leistung
2945	End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung, einschl. Wundversorgung
2946	Sekundärnaht eines peripheren Nerven durch epineurale Naht
2947	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht
2960	Denervation der kleinen Wirbelgelenke (z. B. Facettendenervation), je Bewegungssegment Anmerkung: Interventionelle Maßnahmen, die nachweislich eine Denervation der kleinen Wirbelgelenke je Bewegungssegment bewirken, sind nach Nr. 2960 abzurechnen
N IX Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie	
3010	Freilegung und/oder Entfernung eines retinierten oder verlagerten oder tief zerstörten Zahnes
3011	Freilegung und/oder Entfernung eines retinierten oder verlagerten oder tief zerstörten Zahnes durch Osteotomie
3012	Entfernung eines vollständig impaktierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie oder Entnahme-Osteotomie zur Zahntransplantation
3013	Osteotomie zur Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequester aus dem Kiefer
3015	Transplantation eines Zahnes, einschl. operativer Schaffung des Knochenbettes
3020	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn
3021	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn
3031	Exstirpation von Kieferzysten durch Präparation von der Alveole aus
3035	Operation einer Kieferzyste durch Zystektomie.
3038	Operativer Verschluss mittels Periostschlitzung und Zahnfleischverschiebeplastik einer durch Zahnentfernung eröffneten Kieferhöhle
3040	Lippen- oder Zungenbandplastik oder Gingivoplastik im Bereich von bis zu vier Zähnen
3042	Gingivoplastik im Bereich von mehr als vier Zähnen einer Kieferhälfte
3045	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder Lappenfibroms
3046	Partielle Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Muskelverlagerung zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit der Gesichtsmuskulatur
3050	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte
3070	Reimplantation eines Zahnes
3095	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder Änderungen an derselben oder teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten oder Entfernung einer Schiene
3096	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen einer Kieferhälfte
N X Orthopädisch - chirurgische konservative Leistungen	
3205	Modellierende Stellungskorrektur einer schweren Hand- oder Fußverbildung
3206	Jede weitere Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung nach Nr. 3205
3208	Jede weitere Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung nach Nr. 3207.