

Definition des Begriffes Kombinationsnarkose im EBM nach den GOPs 05330 und 31821 bis 31828

Die von Anästhesisten angewendeten Verfahren und ihre Definitionen unterliegen einem ständigen Wandel u. a. abhängig von der Weiterentwicklung der Methoden und Medikamente. Die Geschwindigkeit der Weiterentwicklung des EBM wird dem nicht immer gerecht. Dadurch können Abrechnungsbestimmungen von den Empfehlungen der Fachgesellschaft bzw. aus forensischen Gründen zu fordernden Vorgehensweisen abweichen. Die u. a. als Leistungsbestandteil in den EBM- Ziffern 05330 und 31821 bis 31828 enthaltene Kombinationsnarkose bedarf daher einer abschließenden Definition:

Im EBM 2000plus (ab 01.04.2005) werden die Begriffe Anästhesie und Narkose undifferenziert nebeneinander verwendet und verknüpft mit „und/oder“. Dies ist grundsätzlich als Abrechnungsrundlage zu ungenau und wurde mehrfach vom Berufsverband bemängelt. Die allgemeinen Bestimmungen des EBM legen fest: *Die in der Überschrift zu einer Gebührenposition aufgeführten Leistungsinhalte sind immer Bestandteil der obligaten Leistungsinhalte.* (Vollständigkeit der Leistungserbringung 2.1) In dieser Beziehung kann der EBM bezüglich der o. g. Ziffern nur so verstanden werden, dass er unter Anästhesie die subsummierten Regionalanästhesien versteht.

Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/ oder endotracheale Intubation

Der Zusatz im EBM **Obligator Leistungsinhalt: Anästhesien oder Narkose** ist dabei mit zu berücksichtigen.

In der Literatur gibt es für den Begriff **Kombinationsnarkose** unterschiedliche Definitionen, von denen drei vorrangig auftauchen:

- Die Kombination einer Vollnarkose mit begleitender Regionalanästhesie
- Die Kombination aus intravenös und inhalativ (=Narkosegase) verabreichten Medikamenten
- Die Kombination ausschließlich intravenös verabreichter Medikamente (Analgetika, Sedative, Relaxantien etc).

Vor Inkrafttreten des EBM 2000plus existierte abrechnungstechnisch eine Vollnarkose ggf. auch Kombinationsnarkose (EBM 96 Ziffer 461) bei der kein Atemwegsmanagement gefordert war. Im Sinne einer qualitätsgesicherten Anästhesie wurde diese Ziffer nicht in den neuen EBM übernommen. Seitdem gibt es abrechnungstechnisch weder eine Mono(voll)narkose noch eine Narkose ohne Atemwegsmanagement. Das ist im Sinne der Patientensicherheit so gewollt.

Im abrechnungstechnischen (EBM) Sinne ist (unabhängig vom zu fordernden Monitoring) für die Abrechnung der Ziffern 05330 und 31821 bis 31828 (Leistungsinhalte jeweils gleichlautend) eines der folgenden drei Verfahren anzuwenden und ggf. zu dokumentieren:

- **Kombinationsnarkose mit Maske:** Narkoseeinleitung und Fortführung durch i.v. oder i.m. Injektion ggf. auch durch zunächst reine Inhalation oder durch rektale Verabreichung ggf. auch nach oraler Prämedikation. Unabhängig von der Applikationsform Anwendung mindestens eines zweiten Medikamentes, welches der Sedierung, Analgesie oder der Muskelrelaxierung dient. Atemwegsmanagement z. B. durch Überstrecken des Kopfes, Hochziehen des Unterkiefers (Handgriff nach Esmarch) und Aufsetzen einer Gesichtsmaske auf Mund und Nase, ggf. weitere Atemwegssicherung durch Einlegen eines Guedel-Tubus. Die Spontanatmung des Patienten kann je nach Dosierung der angewendeten Medikamente vollständig oder teilweise erhalten sein. Über den Beatmungsbeutel des Narkosegerätes wird die Atmung ggf. manuell vertieft. In der Regel schließt die Maske auf dem Gesicht so dicht ab, dass eine Kapnometrie (Messung des Kohlendioxids) möglich ist. Die Kapnometrie bzw. Multigasmessung ist jedoch nur fakultativer Leistungsbestandteil.

- **Kombinationsnarkose mit Larynxmaske:** Narkoseeinleitung und Fortführung durch i.v. oder i.m. Injektion ggf. auch durch zunächst reine Inhalation oder durch rektale Verabreichung ggf. auch nach oraler Prämedikation. Unabhängig von der Applikationsform Anwendung mindestens eines zweiten Medikamentes, welches der Sedierung, Analgesie oder der Muskelrelaxierung dient. Ggf. zunächst Maskenbeatmung wie unter **Kombinationsnarkose mit Maske** beschrieben. Dann weiteres Atemwegsmanagement durch Einführen der Larynxmaske in den Rachen und Abdichtung. Die Spontanatmung des Patienten kann je nach Dosierung der angewendeten Medikamente vollständig oder teilweise erhalten sein. Über den Beatmungsbeutel des Narkosegerätes wird die Atmung ggf. manuell vertieft. Eine apparative Beatmung ist möglich ebenso wie die Kapnometrie (Messung des Kohlendioxyds) Die Kapnometrie bzw. Multigasmessung ist jedoch nur fakultativer Leistungsbestandteil
- **Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation:** Narkoseeinleitung und Fortführung durch i.v. oder i.m. Injektion ggf. auch durch zunächst reine Inhalation oder durch rektale Verabreichung ggf. auch nach oraler Prämedikation. Unabhängig von der Applikationsform Anwendung mindestens eines zweiten Medikamentes, welches der Sedierung, Analgesie oder der Muskelrelaxierung dient. Zunächst Maskenbeatmung wie unter **Kombinationsnarkose mit Maske** beschrieben. Dann weiteres Atemwegsmanagement durch Einführen des endotrachealen Tubus in die Luftröhre möglichst unter Sicht mit Hilfe des Laryngoskops und Abdichtung. Zur Unterdrückung des Hustenreizes meistens medikamentöse Muskelrelaxierung erforderlich Die Spontanatmung des Patienten ist in aller Regel zunächst aufgehoben oder stark eingeschränkt. Die assistierte oder kontrollierte Beatmung erfolgt über den Beatmungsbeutel des Narkosegerätes oder apparativ. Meist routinemäßige Kapnometrie (Messung des Kohlendioxyds) Die Kapnometrie bzw. Multigasmessung ist jedoch nur fakultativer Leistungsbestandteil.

Die hier etwas ausführlicher dargestellten abrechnungsbegründenden Vorgehensweisen finden dieser Form inhaltlich gleichlautend Eingang in den „Kölner Kommentar“ und den „Wezel/Liebold“ (Auszüge nachfolgend)

Kölner Kommentar:

Der Begriff der Kombinationsnarkose setzt immer den Einsatz zweier verschiedener Substanzklassen voraus. Während dies bei den klassischen Narkosen immer gegeben ist, erfüllen reine Propofol-Anästhesien diesen Tatbestand i.A. nicht.

Wezel/Liebold:

Mit der Nr. [05 330](#) können auch totale intravenöse Anästhesien (TIVA) abgerechnet werden. Entgegen der klassischen Definition der Kombinationsnarkose (Kombination von intravenösen und Inhalationsanästhetika) ist auch die gemeinsame intravenöse Verabreichung von Analgetika, Muskelrelaxantien und Anästhetika als eine Kombinationsnarkose zu verstehen.

Die für die Einrichtung oder Reposition einer Fraktur bzw. Luxation ggf. notwendige Anästhesie ist nach der Nr. [05 330](#) zu berechnen. Im Notfall kann ggf. auch ein Nicht-Anästhesist diese Ziffer abrechnen (im organisierten Notfalldienst).

Dies setzt jedoch die Erfüllung einer der abschließend aufgeführten Anästhesieverfahren voraus. Daher ergibt sich im Umkehrschluss, dass bspw. die intravenöse Vollnarkose bspw. mit Propofol nicht vertragsärztlich berechnungsfähig ist.