

## Zahnarztanarkosen bei behinderten Patienten ab sofort unbudgetiert

Das „Versorgungsstärkungsgesetz“ schafft eine gesetzliche Grundlage für eine unbudgetierte Vergütung von Zahnarztanarkosen bei Behinderten im SGB V. Im § 87b SGB V (Vergütung der Ärzte, Honorarverteilung) wurde eine Ergänzung mit diesem Inhalt aufgenommen

Hier die Details:

Bundestagsbeschluss zum Text im SGB V:

*§ 87b wird wie folgt geändert:*

- bb) *Nach dem neuen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:  
„Im Verteilungsmaßstab dürfen keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für anästhesiologische Leistungen angewandt werden, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind.“*

Erläuterungstext:

- *Die Vergütung in der fachärztlichen Versorgung wird mit dem Ziel angepasst, dass dabei den Besonderheiten bei der sektorübergreifenden Inanspruchnahme anästhesiologischer Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen ist und die Vergütung nicht durch mengenregulierende Maßnahmen begrenzt oder gemindert werden darf.*

Begründungstext:

*Zu Doppelbuchstabe bb*

*Flankierend zur Etablierung medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (§ 119c) soll möglichen Defiziten bei der Versorgung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie bei sektorübergreifender Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen und der vertragsärztlichen Versorgung infolge von leistungsbegrenzenden Honorarregulierungen entgegen gewirkt werden. Zur Abgrenzung der Patientengruppe und der Narkoseleistungen wird auf die Präambel des einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) Ziffer 8 zweiter Anstrich im Kapitel 5 (Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen) abgestellt. Hierbei geht es um solche Fälle, in denen die besondere Situation des Patienten im Zusammenhang mit zahnärztlichen oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen die gleichzeitige Inanspruchnahme von Narkoseleistungen des EBM Abschnitts 5.3 notwendig macht. Anästhesisten erbringen solche Leistungen in der Vertragszahnarztpraxis möglicherweise nicht im notwendigen Maß, wenn für die Narkoseleistungen vergütungsregulierende Maßnahmen durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung angewandt werden. Die Vergütung der entsprechenden Narkosen war von der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen ab dem 1. Juli 2009 aus den seinerzeit geltenden arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen ausgegliedert worden, um Versorgungsprobleme zu vermeiden.*

*Seit dem 1. Januar 2012 obliegt die Entscheidung über Maßnahmen zur Honorar- und Mengensteuerung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Aufgrund dieser Rechtslage wird vorgegeben, dass derartige Maßnahmen in den entsprechenden Fällen mit notwendigen Narkoseleistungen in der vertragszahnärztlichen Praxis bei den betreffenden Fachärzten für Anästhesiologie nicht zur Anwendung kommen dürfen.*

Der Aufbau einer solchen Gesetzesvorlage ist immer etwas unübersichtlich gegliedert, deshalb findet man auf den über 200 Seiten des Beschlusses nicht immer alles Interessante auf Anhieb. Die „Nebentexte“, insbesondere die Begründung kann später jedoch bei einer ggf. erfolgenden Rechtsprechung durchaus eine wichtige Rolle spielen.

Die Verortung dieser Regelung im § 87b SGB V bedeutet, dass das in den 17 unterschiedlichen Regelungen zur Gesamtvergütung von allen KVen ggf. gemeinsam mit der Krankenkasse umzusetzen ist und zwar sofort, denn der Anspruch auf unbudgetiertes Honorar für diese Behandlungsfälle besteht seit Inkrafttreten des Gesetzes (23.07.2015). Es ist nicht davon auszugehen, dass die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages in allen KVen fristgerecht gelingt, daher ist es für die einzelne Praxis wichtig, bereits jetzt intern diese Fälle zu erfassen, um ggf. später gegen den Honorarbescheid für das laufende Quartal IV/2015 und ggf. spätere angehen zu können.

Aus der Formulierung „anästhesiologische Leistungen“ im Gesetztext ergibt sich, dass der gesamte Behandlungsfall unbudgetiert honoriert werden muss und nicht nur die Narkose (05330 und 05331). Daher muss eine Kennzeichnung des gesamten Behandlungsfalles und nicht nur einzelner Ziffern erfolgen. Der Berufsverband bemüht sich, hierzu eine bundeseinheitliche Kennzeichnung möglichst über einen Beschluss des Bewertungsausschusses herbei zu führen.

Die unbudgetierte Vergütung dieser Leistungen wäre natürlich am Einfachsten umzusetzen, indem man das zu Lasten des gesamten Fachgruppentopfes festschreibt. Das würde jedoch bedeuten, dass alle anderen, die diese Leistungen nicht erbringen, weniger Geld bekommen u. a. da ihr RLV noch weiter absinkt. Der Gesetzgeber hat ja kein frisches Geld oder eine Ausgliederung beschlossen. Der Intention des Gesetzgebers käme ein ggf. auch nur empfehlender Beschluss des Bewertungsausschusses, diese Leistungen extrabudgetär auch außerhalb der Fachgruppe (ähnlich Kap 31) zu stellen am ehesten nach.

Die bessere Alternative wäre allerdings, für den hier angesprochenen Tatbestand eigene GOPs im EBM zu schaffen: Zumindest für diese sollte dann der Abrechnungsausschluss gegenüber der 05310 entfallen, der ohnehin bei den Narkosen des Abschnitts 5.3 nicht nachvollziehbar ist. In Anbetracht des hier angesprochenen Patientengutes müsste auch die Bewertung an die Bewertung des Kapitels 31 angepasst werden und die besonderen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung als Leistungsbestandteil definiert werden. Die Alternative über eigene GOPs hätte zudem den Vorteil, dass diese Leistungen in den AOP-Katalog aufgenommen werden könnten, was die derzeitige Systematik des EBM nicht ermöglicht, wofür jedoch durchaus Bedarf besteht.

Elmar Mertens