

Anästhesieleistungen zur Implantatversorgung in der Zahnheilkunde Stand 2015

Grundsätzlich gehört die Implantatversorgung nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Damit ist sowohl dem MKG-Chirurgen bzw. Zahnarzt als auch dem evtl. hinzugezogenen Anästhesisten untersagt, Leistungen in diesem Zusammenhang im Rahmen des Sachleistungsprinzips zu erbringen bzw. abzurechnen (d. h. über Chipkarte bzw. Überweisung).

Die Abrechnung muss somit beim Operateur nach GOÄ / GOZ und beim Anästhesisten nach GOÄ erfolgen. Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen diese Liquidationen auch nicht im Wege der Kostenerstattung (§ 13 Abs. 2 SGB V) dem Patienten zurückerstatten.

Nur ausnahmsweise sind implantologische Leistungen in den nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V i. V. m. Ziffer VII. 2. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) vom 04.06.2003 (aktueller Stand: 18.06.2006) bestimmten Fällen Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese erbringt in den entsprechenden Ausnahmeindikationen diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung. Die Frage für den Anästhesisten, ob er im Sachleistungsprinzip (Überweisung oder Chipkarte, Abrechnung nach EBM) oder direkt mit dem Patienten (GOÄ) abrechnet, beantwortet sich nach dem Alles- oder Nichts-Prinzip. Mischformen gibt es im vertragsärztlichen Versorgungsbereich nicht.

Die Zuordnung erfolgt nach dem „Verursacherprinzip“, d. h. wenn der Operateur im Sachleistungsprinzip abrechnet, ist der Anästhesist ebenfalls an das Sachleistungsprinzip gebunden. Dafür müssen dann jedoch zusätzlich die in der Präambel des Kapitels 5 EBM vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt sein.

Dementsprechend ist der Anästhesist verpflichtet, direkt mit dem Patienten nach GOÄ abzurechnen, wenn der Operateur seine Leistung ausschließlich im Rahmen der privatärztlichen Versorgung nach GOÄ / GOZ erbringt.

Ausnahmeindikationen für Implantate

Implantologische Leistungen fallen gem. § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Ausnahmefällen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Diese „besonders schweren Fälle“ werden in Abschnitt B VII 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) vom 04.06.2003 (aktueller Stand: 18.06.2006) festgelegt. Hierzu ein Auszug aus der o. g. Richtlinie mit der abschließenden Aufzählung der Ausnahmeindikationen:

Besonders schwere Fälle liegen vor

a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache

- in Tumoroperationen,
- in Entzündungen des Kiefers,
- in Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),
- in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,

- in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder
- in Unfällen
haben,

b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung

c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,

d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken).

Begutachtung

In jedem dieser Ausnahmefälle muss die Krankenkasse ein Gutachten zur Feststellung der besonderen Schwere des Behandlungsfalles erstellen lassen.

Wenn dieses Gutachten zu dem Ergebnis kommt, dass eine der vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Ausnahmeindikationen vorliegt, müssen die entsprechenden Leistungen sowohl im vertragszahnärztlichen als auch im vertragsärztlichen Sachleistungsprinzip erbracht werden.

Die Abrechnung implantologischer Leistungen erfolgt auf Basis GOZ und BEB mit dem Patienten, der diese Kosten von seiner Krankenkasse erstattet bekommt. In beiden Fällen werden die evtl. erforderlichen Anästhesieleistungen auf Überweisung bzw. Primärschein erbracht und nach EBM abgerechnet.

Dem Anästhesisten ist anzuraten, sich davon zu überzeugen und zu dokumentieren, dass ein Gutachten mit dem entsprechenden Ergebnis vorliegt. Hierzu reicht die Aussage des Operateurs aus. Diese Information sollte in jedem Fall bereits beim Vorgespräch mit dem Patienten bzw. einem evtl. bestellten Betreuer vorliegen, da andernfalls eine Vereinbarung über eine privatärztliche Behandlung zu treffen ist.

Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V

Bei Patienten, die nach § 13 Abs. 2 SGB V gem. der Satzung der jeweiligen Krankenkasse die Kostenerstattung gewählt haben, gelten selbstverständlich andere Bestimmungen: Diese werden vollständig außerhalb des Sachleistungsprinzips behandelt und abgerechnet. Auch die Medikamentenversorgung erfolgt nicht aus dem Sprechstundenbedarf. Individuelle Rezepte können nur als Privatrezepte ausgestellt werden. Die Abrechnung von z. B. im Rahmen einer Vollnarkose verbrauchter Medikamente erfolgt nach den Regeln der GOÄ als Sachleistung.

Die Patienten sind von der Krankenkasse vom Anästhesisten bei Wahl der Kostenerstattung darauf hinzuweisen, dass evtl. keine vollständige Erstattung erfolgt. Nach der aktuellen Fassung des § 13 Abs. 2 SGB V können Versicherte für nur ein Quartal die Kostenerstattung wählen. Sie können dies auch auf die zahnärztliche Versorgung beschränken. Wie weit in diesen Fällen dann auch die vom Vertragszahnarzt veranlassten Anästhesieleistungen nach dem Prinzip der Kostenerstattung abzuwickeln sind, ist derzeit umstritten.

BEB = Bundeseinheitliche Benennungsliste

EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab

GOZ = Gebührenordnung für privatärztliche Leistungen

GOÄ = Gebührenordnung für privatärztliche Leistungen