

**Voraussetzungen zur Erbringung und Abrechenbarkeit
von Vollnarkosen anlässlich zahnärztlicher Eingriffe im GKV-System
(Erläuterungen zu der Präambel EBM 5.1 Nr. 8 und 10)**

Leistungen zu Lasten des GKV-Systems dürfen grundsätzlich nur unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§12 SGB V) erbracht werden. Dies gilt u. a. auch für Vollnarkosen, die über eine KV abgerechnet werden. Speziell für Vollnarkosen, die anlässlich zahnärztlicher Eingriffe durchgeführt werden, gibt es hierzu sehr detaillierte sozialrechtlich bindende Bestimmungen. Nicht hiervon erfasste Anästhesieleistungen sind ausschließlich privatärztlich zu liquidieren. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nicht für Krankenversicherte mit einer privaten Vollversicherung, hierbei wird der Leistungsumfang ausschließlich über die Vertragsbedingungen zwischen Patient und privater Krankenversicherung festgelegt. Ausnahme sind hierbei wiederum Patienten mit einer Versicherung zum Basistarif, dessen Leistungsumfang auf den der GKV begrenzt ist.

Als Zahnarzt im Sinne der EBM-Bestimmungen gilt auch ein Mund- Kiefer- und Gesichtschirurg, sofern er den Behandlungsfall über die KZV abrechnet.
Evtl. erforderliche Klärungen zu den hier ausgeführten sozialrechtlichen Sachverhalten müssen grundsätzlich vor dem Eingriff stattfinden. Nachträgliche „Umwidmungen“ eines Behandlungsfalles sind unzulässig. Mitarbeiter von Krankenkassen sind nicht befugt, in derartigen Fragen eigenständige Entscheidungen zu treffen, die Auskunftserteilung ist wertlos, da dies in die Kompetenz des Prüfungsausschusses fällt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat generell festgelegt:

"Eine zentrale Anästhesie (Narkose) oder Analgosedierung gehört dann zur Leistungspflicht der GKV, wenn im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. Die Leistung ist im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen. "

Vollnarkosen zur Schmerzausschaltung bei zahnärztlichen Eingriffen stellen somit Ausnahmeindikationen dar. Diese Ausnahmen sind vom Bewertungsausschuss in der Präambel zum Kapitel 5 des EBM abschließend festgelegt:

**Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
(5.1 Abs. 8 / 1. Spiegelstrich)**

Sofern ein Kind nicht die notwendige **Kooperation** bei einer zahnärztlichen Behandlung zeigt, kann dies eine zulässige Indikation zur Vollnarkose sein. Diese Ausnahmeindikation ist z. B. über die Z91.1 zu kodieren und in den Abrechnungsunterlagen zu dokumentieren.

Ferner kann zusätzlich oder für sich allein genommen der **Eingriff** eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht zulassen z. B. bei Vorliegen von Abszessen (Kodierungsbeispiele: K04.0, K04.6, K04.7 o. ä.) ggf. ist auch hier die Kodierung anzugeben.

**Patienten mit (krankheitsbedingter) mangelnder Kooperationsfähigkeit (altersunabhängig)
(5.1 Abs. 8 / 2. Spiegelstrich)**

Die Grundkrankheit des Patienten ist in der Regel bereits (ICD 10 kodiert) aus der Überweisung z. B. des Haus- oder Kinderarztes vorliegend und sollte übernommen werden. Da die in Frage kommenden Erkrankungen für sich allein nicht in jedem Fall eine Indikation zur Vollnarkose darstellen, sollte zusätzlich als Begründung eine Kodierung wie z. B. Z91.1 erfolgen.

**Patienten bei OPS-definierten Eingriffen des Kapitels 31 (altersunabhängig)
(5.1 Abs. 8 / 3. Spiegelstrich)**

Bei Vorliegen bestimmter, im EBM definierter Eingriffe (z. B. Anlage 1: Auszug aus der entsprechenden EBM-Anlage zum Kapitel 31) sieht der Bewertungsausschuss die Indikation für Vollnarkosen für gegeben, wenn als zusätzliches Kriterium keine Lokalanästhesie möglich ist. Dies können beispielsweise die Codes *Z88.4. Allergie gegenüber Anästhetikum in der Eigenanamnese*, *T88.2Z Zustand nach Schock durch Anästhesie*, *T88.6Z Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemäßer Verabreichung* sein.

**Patienten mit Kontraindikationen gegen die Durchführung des Eingriffs in Lokalanästhesie oder Analgosedierung (altersunabhängig)
(5.1 Abs. 10)**

Hierunter fallen Patienten und Eingriffe, die nicht unter die o. g. Regelungen zu subsumieren sind. Neben den schon anderweitig erfassten Kriterien sind hier auch Patienten erfasst, die auf Grund einer manifesten psychischen Störung zahnärztlich nicht zu behandeln sind. Dieses Krankheitsbild muss über die weit verbreitete „Angst vor dem Zahnarzt“/„Dentalphobie“ hinausgehen und wirklich Krankheitswert haben. Die hier in Frage kommenden Erkrankungen sind nach ICD 10 zu kodieren. Am Häufigsten dürfte es sich hierbei um die F40.2 (spezifische (isolierte) Phobien) handeln. Derartige Diagnosen sollten grundsätzlich nervenärztlich, psychiatrisch, kinder- und jugendlichenpsychiatrisch, psychologisch oder kinder- und jugendlichenpsychologisch gesichert und ICD10 kodiert sein. Allerdings kann dies auch durch z. B. einen Hausarzt oder den Anästhesisten erfolgen, sofern eine einschlägige Zusatzausbildung vorliegt. Grundsätzlich hat das Stellen und dokumentieren jeglicher Diagnose, also auch einer „F-Diagnose“ immer mit dem Ziel einer Therapie zu erfolgen. Isolierte Phobien sind behandelbar und haben eine gute Prognose. Es ist unverantwortlich, eine solche Diagnose zu stellen, ohne die Therapiemöglichkeiten auszuschöpfen. Schon gar nicht verantwortbar ist, eine derartige Diagnose mit Hilfe eines privatärztlich zu bezahlenden Attestes zu stellen und zu dokumentieren ausschließlich zum Zweck, Leistungen (hier Vollnarkosen) zu Lasten des GKV-Systems auszulösen.

Seriöses (vertrags-)ärztliches Handeln setzt hier voraus, einen GKV-Behandlungsfall auszulösen und ggf. nach Erörterung des Krankheitsbildes bzw. Erfolglosigkeit einer Therapie für die dann evtl. zu veranlassende Vollnarkose eine Überweisung an das Fachgebiet Anästhesie auszustellen.

Unmöglichkeit einer Lokalanästhesie oder Analgosedierung

Die Unmöglichkeit einer Lokalanästhesie auf Grund des Lokalbefundes liegt ausschließlich in der Beurteilung des Zahnarztes. Sie sollte dem Anästhesisten klartextlich mitgeteilt werden und von diesem nach ICD 10 bzw. OPS verschlüsselt dokumentiert werden. Für diese Kommunikation mit dem Zahnarzt empfiehlt der Berufsverband den dafür entwickelten Vordruck (Bestellformular Anlage 2)

Die Unmöglichkeit einer Lokalanästhesie auf Grund eines Tatbestandes außerhalb des Lokalbefundes (z. B. Allergie auf Lokalanästhesika) ist ebenfalls entsprechend zu kodieren (z. B. Z88.4, T88.Z, T88.6Z).

Die Unmöglichkeit einer Analgosedierung, die ja immer eine zusätzliche Lokalanästhesie erfordert, kann deshalb in einigen Fällen die gleichen Gründe haben, aber auch in der Länge oder Art des geplanten Eingriffs oder des Lokalbefundes, wodurch z. B. ein zuverlässiges Freihalten der Atemwege erschwert ist, liegen. Sofern möglich, sollte eine ICD10 Kodierung erfolgen, sonst eine klartextliche Begründung.

Verpflichtung zur Kodierung

Sowohl Vertragsärzte als auch Krankenhäuser sind sozialrechtlich verpflichtet, zur exakten Kennzeichnung von Diagnosen die jeweils aktuellen ICD10 Codes (GM) und für definierte Eingriffe den jeweils aktuellen OPS-Code anzugeben. Dies gilt selbstverständlich auch für den Informationsfluss untereinander (z. B. Überweisung). Diese Kodiervpflichtung gilt auch für die Abrechnung gegenüber der jeweiligen KV.

Verpflichtung zur Überweisung

Ein Vertragsarzt, der die Notwendigkeit zur Hinzuziehung bzw. Mitbehandlung eines anderen Vertragsarztes unabhängig vom Versorgungsbereich (hausärztlich/fachärztlich) feststellt, ist verpflichtet, dies durch eine Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung an das entsprechende Fachgebiet zu unterlegen. Dies gilt für jeden zur vertragsärztlichen Versorgung Zugelassenen und hat selbstverständlich die Regularien zur „Praxisgebühr“ zu berücksichtigen. Wie auch sonst hat die Überweisung vor der Leistungserbringung vorzuliegen. Das Ausstellen von Überweisungen fällt unter die Verpflichtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten können an Vertragsärzte keine Überweisungen ausstellen, jedoch Quittungen über evtl. gezahlte „Praxisgebühren“ erstellen.

Ein Vertragszahnarzt kann auf Grund der Regelungen der Bundesmantelverträge keine Überweisungen o. ä. an Anästhesisten ausstellen.

Elektiveingriffe

Die Regelungen des EBM beziehen sich ausschließlich auf Elektiveingriffe, bei denen in aller Regel ausreichend Vorlaufzeit zu Klärung der Sachverhalte besteht. Notfalleingriffe sind hiervon nicht erfasst.

Implantatversorgung

Zu Anästhesieleistungen im Rahmen der Implantatversorgung findet sich eine ausführliche Erläuterung auf der BDA-Homepage (www.bda.de) im geschlossenen Bereich.

Erläuterung für Patienten

Die oben erläuterten Regelungen sind den Patienten bzw. Eltern von Patienten häufig schwer verständlich zu machen. Hierzu gibt es ein gut formuliertes übersichtliches Merkblatt der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) über die Homepage www.kzbv.de (Anlage 3)

Wünscht der Patient eine Vollnarkose auf privatärztliche Basis, sollte er immer drauf hingewiesen werden, dass keine regelhafte Kostenerstattung durch die jeweilige Krankenkasse erfolgen wird. Die Krankenkasse hat nur im Wege einer Einzelfallentscheidung die Möglichkeit, GOÄ-Liquidationen ganz oder teilweise zu erstatten. Gerade in Behandlungsfällen, bei denen ein Teil des Eingriffs nicht unter die Leistungspflicht der GKV fällt, ist dies der einzig mögliche Weg.

Übereinstimmung mit dem Kölner Kommentar

Die hier dargestellten Abrechnungsauslegungen des EBM entsprechen in weiten Teilen den Auslegungen des „Kölner Kommentars“ zum EBM.