

Keine Narkosen mehr für zahnärztliche Eingriffe ab dem 01.10.2006!

Beschluss des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 114. Sitzung eine massive Einschränkung des anästhesiologischen GKV-Leistungskataloges beschlossen (Dt. Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 26, S. A1851):

Narkosen des Kapitels 5.3 E04 sind bei Eingriffen, die zahnärztlich (über die KZV) abgerechnet werden, ab dem 01. 10. 2006 nicht mehr Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen.

Ausnahmen sind nur vorgesehen bei Patienten mit geistiger Behinderung und/oder schweren Dyskinesien. Die Diagnose, die als Begründung anzusehen ist, muss als ICD-Code bei der Abrechnung angegeben werden. Betroffen von der Neuregelung sind derzeit nur die Ziffern 05330, 05331 und die Ziffer 05350.

Eingaben des BDA nicht berücksichtigt

Die im Vorfeld des Beschlusses abgegebene Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten wurde vom Bewertungsausschuss nicht berücksichtigt. Der Berufsverband hatte u.a. eine Altersgrenze von sechs Jahren vorgeschlagen, bis zu der von einer medizinischen Indikation und damit einer Leistungspflicht ausgegangen werden sollte. Ferner wurde vorgeschlagen, eine Richtlinie gemeinsam mit den Fachgesellschaften zu entwickeln, die der Komplexität des Themas gerecht würde. Auch dies ist nicht auf fruchtbaren Boden gefallen. Bekanntlich gibt es ja schon seit Jahren Initiativen des Berufsverbandes zur Erarbeitung gemeinsamer Stellungnahmen in dieser Fragestellung.

Den mitbetroffenen Zahnärzten wurde erst überhaupt keine Möglichkeit einer Stellungnahme über die KZBV gegeben. Diese wurde auch bisher über die veränderte Situation nicht offiziell in Kenntnis gesetzt.

Erstattung nach GOÄ

Nachdem nunmehr eine klare Vorschrift des EBM vorliegt, welcher ja abschließend alle Leistungen beschreibt, die zu Lasten der Gesamtvergütung abgerechnet werden dürfen, besteht die einzige Abrechnungsmöglichkeit nur noch nach den Regeln der GOÄ direkt mit dem Patienten, unabhängig davon, wie er versichert ist. Gemäß § 12 des SGB V ist den Krankenkassen die Erstattung einer GOÄ-Liquidation, die sich auf Leistungen außerhalb des Leistungskataloges des EBM bezieht, untersagt. Dem Patienten bzw. den Eltern des Patienten muss dies vom Arzt mitgeteilt werden.

Die privaten Zusatzversicherungen erfassen diesen speziellen Leistungsbereich (noch?) nicht.

Nicht Stellung bezogen wurde bisher zu der Frage, ob in den o.g. Fällen ein Behandlungsfall im GKV-System ausgelöst wird. Wie weit dazu eine Stellungnahme der

KBV erfolgen wird, ist derzeit unklar. In den Fällen, in denen schon beim Zahnarzt die klare Definition „Wunschnarkose“ festgelegt wird, sind grundsätzlich alle Leistungen des Anästhesisten nach GOÄ mit dem Patienten abzurechnen, ein Behandlungsfall im GKV-System entsteht nicht. Wenn jedoch bei medizinischer Indikation des zahnärztlichen Eingriffs klar ist, dass Anästhesieleistungen erforderlich sind, so stellt die Abklärung der Frage, welche spezielle Leistung (Vollnarkose, Analgosedierung, Stand-by) der Anästhesist dann unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten erbringt, eine GKV-Leistung dar. In diesem Fall wird ein Behandlungsfall im GKV-System ausgelöst. Wenn dann Narkoseleistungen gemäß Kapitel 5.3 erbracht werden, muss mit dem Patienten hierüber eine Honorarvereinbarung nach GOÄ getroffen werden.

Auch Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen betroffen

Die Neuregelung trifft sowohl auf Zahnärzte als auch auf Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, die eine Zulassung im KV- und im KZV-System haben, zu, wenn der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg den Behandlungsfall über die KZV abrechnet. Formal gilt er dann lt. EBM als Zahnarzt. Für ihn ist es nicht zulässig, den Fall auf beide Systeme aufzusplitten.

Rechnet der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg den Fall jedoch im KV-System ab, gelten zusätzlich folgende Regeln:

Handelt es sich um einen im Kapitel 31 (über OPS verschlüsselt) definierten Eingriff, rechnet der Anästhesist nach wie vor nach der Systematik des Kapitels 31 ab.

Gleiches gilt, wenn der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg einen Eingriff der Kleinchirurgie (15321) bei einem Kind unter 12 Jahren in Vollnarkose erbringt: Der Eingriff wird dann im Kapitel 31 mit der Ziffer 31221 abgerechnet, was für den Anästhesisten die Narkoseziffer 31821 und den Aufwachraum 31502 auslöst.

Dies bedeutet, dass es durchaus Fälle geben wird, bei denen die Anästhesieleistung GOÄ-Leistung ist, weil durch den Zahnarzt erbracht, die gleiche Behandlung durch einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, der im KV-System abrechnet, jedoch GKV-Leistung ist. Auch hierauf wurde der Bewertungsausschuss rechtzeitig hingewiesen, hat dies jedoch ignoriert.

Der BDA wird diese Entscheidung und etwaige Gegenmaßnahmen sorgfältig prüfen und auf seiner Homepage www.bda.de hierüber weiter zeitnah informieren.

Elmar Mertens, Aachen