

Gemeinsame Erklärung

**der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde
und des Bundesverbandes der Kinderzahnärzte**

zur

**Einführung des Regelleistungsvolumens für die
Abrechnung von Narkosen bei zahnärztlichen
Eingriffen nach Kapitel 5 EBM**

Inhaltsübersicht:

	<u>Seite</u>
Seite 1	
1. Einleitung	2
1.1. Vorgeschichte	2
1.2. Momentane Situation	3
1.3. Drohende Änderungen	3
2. Regelleistungsvolumen	4
2.1. Erläuterung zur EBM Kapitel 5 / Kapitel 31	4
2.2. Erläuterung zum RLV	4
3. Fachliche Argumentation für den Erhalt der zahnärztlich indizierten Narkosen	6
3.1. Problemstellung	6
3.2. Auswahl von Beispielfällen für zwingende Allgemeinnarkosen	7
3.3. Die Behandlung solcher Fälle	11
3.4. Mögliche Folgen einer Nicht-Behandlung	11
4. Mögliche Lösungsansätze	12
4.1. Auslagerung der Kapitel 5 Abrechnungsziffern in das Kapitel 31	12
4.2. Kostenerstattung für die Anästhesistenleistungen	13
4.3. Direktabrechnung der Anästhesisten	13
4.4. Einführung eines befundorientierten Festzuschussystems	13
5. Anforderungen für die Zukunft	13

1. Einleitung

1.1. Vorgeschichte

Im Jahr 2006 drohte der damalige Beschluss des Bewertungsausschusses, Narkosen bei zahnärztlichen Eingriffen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen ersatzlos zu streichen. Dieses hätte die zahnmedizinische Grundversorgung von Patienten, insbesondere von Kindern, erheblich eingeschränkt. Glücklicherweise ist dieser Beschluss zurückgenommen worden:

Mit der Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 121. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Januar 2007; publiziert im Deutschen Ärzteblatt vom 08.12.2006 sind

Damit sind Wunschnarkosen ausgeschlossen aber in medizinisch notwendigen Fällen erhalten Kinder und behinderten Patienten nach wie vor eine Vollnarkose.

Die KZBV stellt die Indikationen wie folgt dar:

„Die gesetzliche Krankenversicherung trägt die Kosten für eine Vollnarkose nur dann, wenn sie medizinisch notwendig ist, also eine einfachere Form der Schmerzausschaltung nichtmöglich ist. Bei folgendem Personenkreis wird die Notwendigkeit anerkannt:

- Kinder unter 12 Jahren, die nicht mit dem Zahnarzt zusammenarbeiten und deshalb unter örtlicher Betäubung nicht behandelt werden können
- Patienten, die wegen mangelnder Kooperation bei geistiger Behinderung oder schweren Bewegungsstörungen eine Vollnarkose brauchen
- Patienten, die schwere, ärztlich anerkannte Angstreaktionen zeigen und deshalb nicht unter örtlicher Betäubung behandelt werden können
- Patienten, bei denen Beruhigungsmittel oder örtliche Betäubungsmittel wegen einer organischen Erkrankung oder Allergie nicht eingesetzt werden dürfen

- Patienten, denen ein größerer chirurgischer Eingriff bevorsteht, der nicht unter örtlicher Betäubung durchgeführt werden kann“

1.2. Momentane Situation

Die momentane Situation stellt sich in den Bundesländern unterschiedlich dar:

Die Ausgestaltungen der Honorarverteilungsmaßstäbe führt in z.B. Hessen und Westfalen-Lippe dazu, dass die Honorierung der Arbeit der Anästhesisten bei zahnärztlichen Narkosen lediglich 32-49 Euro beträgt - unabhängig von der Dauer der Narkose. Von dieser Summe müssen noch Materialausgaben von mind. 15-25 Euro bestritten werden.

Zu diesem Honorar ist keine qualitativ adäquate Patientenversorgung möglich und findet auch nicht mehr statt.

Schon hier wurde der eindeutige Beschluss des Bewertungsausschusses ausgehöhlt.

1.3. Drohende Änderungen

Ab 2009 wird eine weitere Veränderung **bundesweite Auswirkung** auf die Möglichkeit der Durchführung von klar definierten medizinisch notwendigen ärztlichen Narkosen in der Zahnarztpraxis haben; das so genannte **Regelleistungsvolumen**.

2. Regelleistungsvolumen

2.1. Erläuterung zur EBM Kapitel 5 / Kapitel 31

Für die Anästhesieleistungen gibt es im EBM die Möglichkeit der

- Abrechnung nach Kapitel 31 bzw.
- Abrechnung nach Kapitel 5

Stark vereinfacht können diese Abrechnungsmodalitäten folgendermaßen dargestellt werden:

- Leistungen, die über die KV abgerechnet werden, lösen (die besser bezahlte) Abrechnung der Anästhesieleistungen nach Kap. 31 aus
- Leistungen, die über die KZV abgerechnet werden, lösen die Abrechnung der Anästhesieleistungen nach Kap. 5 aus

2.2. Erläuterung zum RLV

In Kurzform zusammengefasst bedeutet dies nach dem derzeitigen Stand der Verhandlungen:

Bundesweit wird es im Kassenärztlichen Bereich (der zahnärztlichen Versorgung tangierend bei der Fachgruppe der Anästhesisten) zu einem fallzahlabhängigen Regelleistungsvolumen (RLV) kommen. Dieses RLV wird pro Arzt, bei Gemeinschaftspraxen auf die Gesamtpraxis berechnet. Die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe wird für Überschreitungen und deren Abstufung entscheidende Auswirkungen haben. Wer im Durchschnitt (ca. 300 Narkosen/Arzt/Quartal) bleibt, wird nicht abgestaffelt, wer darüber liegt, wird je nach Überschreitung abgestaffelt (Punktwerte < 3,5058 Cent).

Gemäß Berechnungen aus Bayern soll dieses RLV bei ca. 1.400 Punkten/Fall liegen, der Berufsverband der Anästhesisten in Nordrhein kommt auf einen Wert von 1.300 Punkten/Fall.

Dieses RLV betrifft nur Leistungen, die gem. dem Kapitel 5 der Anästhesie-Abrechnungsziffern abgerechnet werden. Dies sind die Positionen, die der Anästhesist bei Narkosen in Zahnarztpraxen ansetzen muss.

Die Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen mit KV Zulassung können auch die ärztliche Abrechnung bei bestimmten Behandlungen wählen. Dies hat zur Folge, dass dann die identischen Leistungen der Anästhesie nach dem Kapitel 31 abgerechnet werden. **Diese Abrechnungsziffern des Kapitels 31 sollen auch in 2009 NICHT dem RLV unterliegen.**

Übereinstimmend errechnen die Kollegen aus Bayern und Nordrhein, dass für Anästhesisten, die viel im Kapitel 5 abrechnen, ca. 25 % der Fachgruppe, dies zu folgendem Szenario führen wird: Für eine Kapitel 5 Narkose mit Aufwachraum wird das Budget von 3 RLV/Patient aufgebraucht, d.h. nach 1/3 seiner normalen Arbeit hat er kein Budget, kann also nur zum abgestaffelten Wert arbeiten.

Nach bisherigen Berechnungen würde ein Honorar von ca. 45-49 EUR vergütet werden. Wie die abgestaffelten Vergütungen aussehen sollen, ist uns z.Z. nicht bekannt. Aus diesen Summen sind auch wiederum die bei jeder Narkose anfallenden (und nicht über den Sprechstundenbedarf gedeckten) Materialkosten des Anästhesisten zu decken.

Sollten die bisher vorliegenden Regelungen unverändert greifen, so wird die Präambel des EBM völlig ausgehöhlt und die Erklärung: *„In ganz klar definierten Fällen medizinischer Notwendigkeit (Präambel 5.1 Punkt 8-10) kann die Allgemeinanästhesie bei zahnärztlichen Behandlungen Kassenleistung sein“* aufgehoben.

3. Fachliche Argumentation für den Erhalt der zahnärztlich indizierten Narkosen

3.1. Problemstellung

In den letzten Jahren ist aufgrund Gruppen- und individualprophylaktischer Maßnahmen die Karies bei Kindern und Jugendlichen zurückgegangen. Trotz dieser erfreulichen Entwicklung zeigt sich eine Polarisierung des Kariesbefalls: 5-15% der Kinder haben eine schwere kariöse Gebisszerstörung, deren zahnärztlicher Sanierungsgrad umso unzureichender wird, je jünger die betroffenen Patienten sind.

Diese Defizite zeigen sich besonders deutlich am Restaurierungsgrad im Milchgebiss. In Deutschland sind über 50% der kariösen Läsionen bei 6-/ 7-jährigen Kindern nicht versorgt (Pieper 2005). Und bei den 3-jährigen bleiben sogar über 80% der diagnostizierten Karies unbehandelt. Bei schweren Formen der frühkindlichen Karies müssen häufig mehr als die Hälfte ihrer Milchzähne behandelt werden (gefüllt, überkront, endodontisch versorgt oder extrahiert) (Einwag 2006).

Kinder mit angeborenen Strukturanomalien der Zähne stellen eine weitere Gruppe dar, die – ohne dass jegliches Fehlverhalten der Eltern vorläge – bereits frühzeitig eine umfassende Zahnbehandlung benötigen. Auch bei Kindern mit Frontzahntrauma ist die notwendige Zahnärztliche Behandlung nicht die Folge ungeeigneter Ernährung und mangelnder Mundhygiene. Gleiches gilt für chronisch kranke Kinder oder allgemeinmedizinische Risikokinder. Hierzu zählen Kinder vor oder nach Organtransplantationen, die unter anderem als lebenserhaltende Maßnahme eine besondere Infektionsprophylaxe benötigen

Bei kleinen Kindern, extrem ängstlichen und behinderten Patienten besteht eine offensichtliche Diskrepanz zwischen alters- und entwicklungsbedingt eingeschränkter Kooperationsfähigkeit und der Dringlichkeit der Behandlung und/oder dem Ausmaß des Behandlungsumfangs. Diese Diskrepanz wird umso größer, je umfangreicher der Behandlungsbedarf ist. Der Behandlungsumfang

übersteigt die Kooperationsfähigkeit der Kinder, Behandlungsversuche sind hier zum Scheitern verurteilt.

3.2. Auswahl von Beispielfällen für zwingende Allgemeinnarkosen

Beispiel 1: Johannes M., 2.5 Jahre

Kind ist beim Spielen mit dem Bruder mit dem Mund und den vorderen Schneidezähnen auf die Bettkante gefallen.

Diagnose: Trümmerbrüche der drei oberen Schneidezähne, Oberlippe Risswunde, ein Stück Zahn steckt in der Oberlippe.

Problem: Eine Untersuchung ist wegen starker Abwehrhaltung kaum möglich. Das Kind steht unter Schock, weint, lässt sich nicht anfassen und wehrt sich mit Händen und Füßen.

Eine Röntgenaufnahme zur Abklärung eines etwaigen Kieferbruchs u.ä. ist nicht möglich. Das Kind braucht sofortige Hilfe (Entfernen der zersplitterten Frontzähne, Vernähen der Lippe...).

Nur eine Narkose ermöglicht die genaue Untersuchung, Röntgenaufnahme und sofortige Behandlung in einer Sitzung.

Beispiel 2: Melanie K., 2 Jahre

Diagnose: Nuckelflaschenkaries, Fistel und Schwellung an den oberen Schneidezähnen.

Problem: Kind schläft seit Tagen nicht mehr, verweigert das Essen, hat hohes Fieber, muss ein Antibiotikum einnehmen. Die Entzündung hat sich von den Zähnen auf den ganzen Körper ausgebreitet, der Kinderarzt hat an einen Kinderzahnarzt überwiesen.

Vier Zähne müssen gezogen, zwei mit Füllungen und zwei mit Milchzahnkronen versorgt werden. Mutter ist allein erziehend, sozial schwach und mit der Situation völlig überfordert. Eine Behandlung ist hier nur in Narkose möglich!

Beispiel 3: Tommy H., 9 Jahre

Tommy hat ein makelloses Milchgebiss, seine Eltern legen großen Wert auf Mundhygiene.

Diagnose: Schmelzbildungsstörung an vier neuen bleibenden Backenzähnen. Diese Zähne haben aus nicht genau erforschten Gründen einen minderwertigen Zahnschmelz, sie sind rau, bräunlich verfärbt, sehr kariesanfällig und überaus temperaturempfindlich. Das bedeutet: Karies entfernen und die Zähne beschleifen.

Problem: Das Trinken einer zimmerwarmen Flüssigkeit oder bereits das Öffnen des Mundes bereiten Tommy Schmerzen. Tommy bemüht sich sehr, traut sich aber aus Angst vor der kalten Luft nicht einmal den Mund für die Untersuchung zu öffnen. Alle vier Zähne müssen mit langzeit-provisorischen Kronen versorgt werden, bis Tommy alt genug für definitive Kronen ist.

Eine örtliche Betäubung durch Spritze ist in diesen Fällen meist nicht ausreichend, d.h. eine Schmerzausschaltung ist ohne Narkose nicht möglich.

Beispiel 4: Katharina N., 5 Jahre

Katharina hat immer brav die Zähne putzen lassen. Zahnseide ist bislang noch nicht benutzt worden. Katharina ist sehr lebhaft, hypermotorisch, ständig in Bewegung, kann keine Sekunde still sitzen.

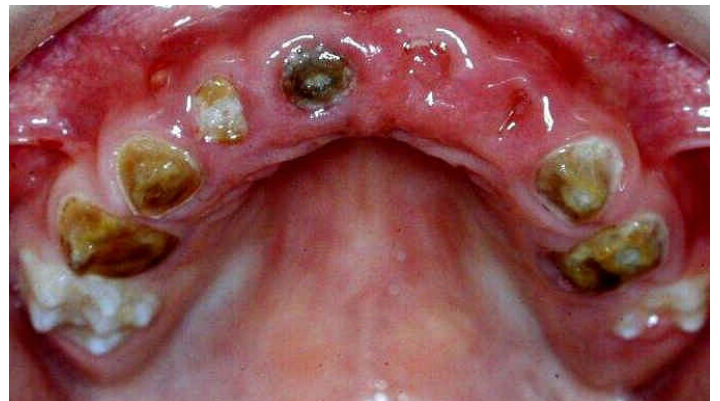
Diagnose: Die Zähne sehen auf den ersten Blick toll aus, doch hat sich zwischen den Milch-Backenzähnen Karies gebildet. Sieben Zähne brauchen eine Füllung, damit die Karies nicht weiter fortschreitet und Katharina keine Zahnnerventzündung mit Schmerzen bekommt. Ein Zahn tut inzwischen weh, der Nerv und der umliegende Knochen haben sich entzündet, die Backe ist geschwollen, er muss gezogen werden.

Problem: Mehrere Behandlungsversuche beim Familienzahnarzt sind an der fehlenden Mitarbeit von Katharina gescheitert. Er überweist die kleine Patientin an eine Kinderzahnarztpraxis mit der Bitte um Behandlung in Sedierung (Beruhigungsmittel) oder Narkose.

Katharina leidet, macht aber nicht mal mehr den Mund auf und ist absolut nicht behandelbar. Wie weiter?



Abb. 1a ,b und c:
klassische Indikationen für eine
Sanierung in Intubationsnarkose :
Umfangreiche kariöse/kariös
bedingte Erkrankungen der
Zahnhartsubstanz bei fehlender
Kooperationsfähigkeit
des Kindes!
(Fotos Prof. Dr. J. Einwag)



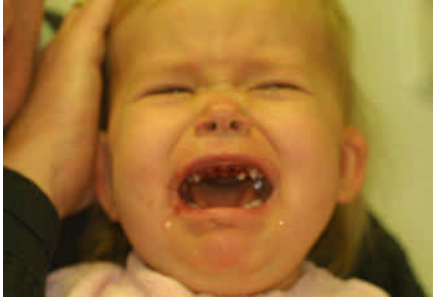


Abb. 2a, b und c:
klassische Indikationen für eine
Sanierung in Intubationsnarkose :
Trauma
(Fotos Dr. J. Esch)



Abb. 3a und b:
klassische Indikationen für eine
Sanierung in Intubationsnarkose :
Mineralisierungsstörungen der
Zähne, die mit sehr
schmerzemfindlichen Zähnen
einhergehen
(Fotos Dr. A. Behrendt)



3.3. Die Behandlung solcher Fälle

Die Behandlung eines solchen Kindes dauert in Intubationsnarkose durchschnittlich 83 Minuten. Der Umfang ist in der Regel beträchtlich: Durchschnittlich 5,3 Füllungen, 3,6 konfektionierte Milchzahnkronen, 4,5 endodontische Eingriffe und 4 Extraktionen (Krämer 2005).

Mit der Einführung des momentan geplanten RLV besteht die Gefahr, dass entweder in Allgemeinanästhesie lediglich die am stärksten zerstörten Zähne extrahiert werden, während weitere kariös zerstörte aber zu erhaltende Zähne unversorgt bleiben. Stattdessen werden die Kinder dann zum Hauszahnarzt zur Füllungs-, Kronen- oder endodontischen Therapie zurück überwiesen, wo die Weiterbehandlung an der fehlenden Compliance scheitert. Indiziert ist in solchen Fällen die umfassende Sanierung, wenn bereits eine Narkose eingeleitet ist.

Eine Gebissanierung in Intubationsnarkose stellt immer die ultima ratio dar, wenn andere Behandlungsmöglichkeiten, wie Sedierung oder Hypnose nicht möglich sind. Aus psychologischen und ethischen Gründen ist eine gewaltsame zahnärztliche Behandlung nicht vertretbar.

Auch Überweisungen an Kliniken bieten keinen praktikablen oder wirtschaftlichen Ausweg im Interesse der Patienten; zum einen bestehen dort schon heute unzumutbare Wartezeiten von bis zu neun Monaten, zum anderen werden die Kostenträger des Gesundheitswesens dadurch mehr belastet als bei einer ambulanten Behandlung.

3.4. Mögliche Folgen einer Nicht-Behandlung

Wenn keine Behandlung in Allgemeinanästhesie möglich ist und die erkrankten Zähne deshalb nicht behandelt werden, sind die Leidtragenden die Kinder und behinderten Patienten, die weiterhin nicht richtig kauen können und psychosoziale Einschränkungen erleiden (Wetzel et al. 1993; Hirsch et al. 2000). Die Lebensqualität der betroffenen Kinder ist nachhaltig beeinträchtigt.

Es drohen nicht nur Folgeschäden bei bleibenden Zähnen durch nicht behandelte Milchzähne sowie ein späterer Anstieg der Kosten für prothetische Versorgung und kieferorthopädischer Leistungen, sondern auch allgemeinmedizinische Krankheiten wie Schlaf- und Essstörungen, allgemeine Einschränkungen des Immunsystems und HNO-Probleme. Volkswirtschaftlich sind die damit einhergehenden entsprechenden allgemeinmedizinischen und zahnmedizinischen Folgekosten durchaus kritisch zu sehen.

Bei wiederholten nicht erfolgreichen Behandlungsversuchen werden Kinder massiv überfordert. Dieses kann zu Zahnarztangst im Erwachsenenalter führen. Nur angstfreie Kinder können zu gesundheitsbewussten Erwachsenen erzogen werden.

Eine Investition in die Gesundheit unserer Kinder legt den Grundstein für eine gesundheitsbewusste Gesellschaft. Dies wiederum ist ein entscheidender Beitrag für einen effizienteren Mitteleinsatz im Gesundheitssystem.

Literatur:

Hirsch, Ch., Blechschmidt, B., Kleeberg, L., Lautenschläger, Ch., Waurick, M.: Risikofaktoren für das Nursing-Bottle-Syndrom. Oralprophylaxe 22 (2000): 103-109.

Wetzel, W.-E., Grieb, A., Pabst, W.: Milchfrontzahnextraktion und ihre Folgen bei Kindern mit Nursing-Bottle-Syndrom. Schweiz Monatsschr Zahnmed 103 (1993): 269-275.

4. Mögliche Lösungsansätze

- 4.1. Auslagerung der Kapitel 5 Abrechnungsziffern in das Kapitel 31 und Abrechnung außerhalb des RLV. Es betrifft hier die EBM Abrechnungsziffern 5330 und 5331.

- 4.2. Kostenerstattung für die Anästhesistenleistungen
bei zahnärztlichen Narkosen. (Der Patient bekommt eine Rechnung über die Leistungen der Anästhesisten, welche bei entsprechender Indikation für die Allgemeinanästhesie von seiner Krankenkasse erstattet wird.)
- 4.3. Direktabrechnung der Anästhesisten
mit den Krankenkassen. Die Anästhesisten schließen Einzelverträge mit den Krankenkassen oder Gründen diesbezüglich eine Genossenschaft.
- 4.4. Einführung eines befundorientierten Festzuschussystems
für ärztliche Anästhesieleistungen bei zahnärztlichen Behandlungen (ggf. auf Basis der Kostenerstattung) – analog des sehr erfolgreich etabliertem Systems im Bereich Zahnersatz - auf Grund entsprechendem zahnärztlichen Behandlungsbedarf und daraus abgeleitet anästhesiologischem Aufwand und Dauer sämtlicher Narkoseleistungen (inkl. Voruntersuchungen, Gespräche, Überwachung, Aufwachraum, Rüstzeiten, Materialverbrauch etc.

5. Anforderungen für die Zukunft

Der Bundesverband der Kinderzahnärzte und die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde fordern gemeinsam, Maßnahmen zu ergreifen, um die Behandlung von Kindern bis zum 12. Lebensjahr sowie von behinderten Patienten in Allgemeinanästhesie sicherzustellen, wenn eine zahnmedizinische Behandlung in Allgemeinanästhesie indiziert ist. Hierzu gehört eine angemessene Honorierung der mit der zahnmedizinischen Behandlung untrennbar verbundenen Anästhesieleistungen.

Gez. Drs. Johanna Maria Kant

Sabine Bertzbach