

## 1. KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Verschiedene aktuelle Anlässe in den letzten Monaten waren für uns Grundlage, die gegenwärtig geltende Rechts- und Vertragslage für den zahnärztlichen Bereich der Krankenhaus- und Behindertenbehandlung für Sie einmal umfassend darzustellen.

### 1. Zahnärztliche Behandlung von Krankenhaus-Patienten

Gesetzliche Grundlage für die Vergütung zahnärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus bildet der § 2 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) vom 26. September 1994 in der Fassung vom 27. April 2001:

"(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,..."

Danach zählen die während einer stationären Behandlung erbrachten zahnärztlichen Leistungen zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Diese sind gemäß § 10 Abs. 2 mit dem Pflegesatz abgegolten. Somit besteht ein Vergütungsanspruch nur gegenüber dem Krankenhaus.

Das bedeutet, dass das Krankenhaus verpflichtet ist, im Rahmen seines Versorgungsauftrages anlässlich einer stationären Behandlung eine Gesamtleistung gegenüber dem Patienten zu erbringen. Unaufschiebbare Behandlungen (was bei konservierend-chirurgischen Leistungen grundsätzlich der Fall sein dürfte) und prothetische Leistungen wie Bruchreparaturen, unbedingt notwendige Unterfütterung oder Ähnliches gehören zur Leistungspflicht des Krankenhauses, auch wenn sie nicht der eigentliche Anlass des Krankenhausaufenthaltes sind. Das betrifft auch die Leistungen Dritter (z. B. des Vertragszahnarztes) die mit dem Pflegesatz abgegolten sind, wenn sie vom Krankenhaus veranlasst worden sind.

Da sich bezüglich der Behandlung von Krankenhauspatienten unterschiedliche Fallkonstellationen ergeben können, seien diese nachfolgend gesondert behandelt:



## 1.1. Konsiliarische Leistungen

Die zahnärztliche Behandlung ist mit Ursache und Gegenstand der stationären Behandlung.

Ein Patient befindet sich beispielsweise wegen einer Verletzung des Gesichtsschädels oder wegen Kieferbruch in stationärer Behandlung.

Das Krankenhaus fordert einen Vertragszahnarzt zur konsiliarischen Tätigkeit bei dieser Behandlung auf oder es bittet direkt um die Mitbehandlung.

### **Abrechnung:**

Der Zahnarzt stellt sämtliche zahnärztlichen Leistungen einschließlich des Wegegeldes dem Krankenhaus direkt nach GOZ in Rechnung.

## 1.2. Interkurrente Erkrankungen

Das Krankenhaus zieht einen Zahnarzt für die Behandlung einer Krankheit hinzu, die nicht Ursache und Gegenstand der stationären Behandlung, aber **nicht aufschiebbar** ist, beispielsweise, wenn ein Patient mit Beinfraktur Zahnschmerzen bekommt.

### **Abrechnung:**

Diese Leistungen werden auf Veranlassung Dritter, des Krankenhauses, erbracht und sind daher pflegesatzrelevant. Der Zahnarzt rechnet diese Leistungen auf der Grundlage der GOZ 88 direkt gegenüber dem Krankenhaus ab.

Daneben tritt der nicht gerade seltene Fall auf, dass während einer Krankenhausbehandlung Zähne verletzt, beispielsweise bei einer OP, oder Zahnersatz beschädigt wird bzw. ganz verschwindet.

In der Regel erfolgt auch in solchen Fällen die Behandlung auf Veranlassung durch das Krankenhaus und ist nach GOZ gegenüber diesem abzurechnen. Eventuelle Haftpflichtansprüche sind durch das Krankenhaus zu klären.

**Hinweis:** Klären Sie grundsätzlich **vor Behandlungsbeginn** die Vergütungsfrage, da Krankenhäuser mit einzelnen Krankenkassen Vereinbarungen getroffen haben, wonach die Krankenkasse in Vorleistung tritt.

Das heißt, der Zahnarzt rechnet gegenüber der Krankenkasse bzw. im Fall einer zahnprothetischen oder kieferorthopädischen Behandlung gegenüber dem Patienten die erbrachte Leistung ab. Die Krankenkasse klärt im Nachhinein mit dem Krankenhaus ihren Erstattungsanspruch. Deckt die Kostenübernahme der Krankenkasse (z. B. Festzuschuss) die entstandenen Kosten nicht ab, kann der Patient zusätzlich Schadenersatzansprüche gegenüber dem Krankenhaus prüfen.

### 1.3. Ambulante Behandlung außerhalb des Krankenhauses

Ein sich in stationärer Behandlung befindlicher Patient hat Ausgeherlaubnis oder Wochenendausgang und begibt sich während dieser Ausgangszeit auf eigene Veranlassung zu einer zahnärztlichen Behandlung in die Praxis.

#### **Abrechnung:**

Die Abrechnung erfolgt nach den üblichen vertraglichen und gesetzlichen Abrechnungsbestimmungen:

**Achtung:** Wird ein Patient während eines stationären Krankenhausaufenthaltes in einer Zahnarztpraxis vorstellig und ist für den Zahnarzt **erkennbar**, dass der Patient sich im **Auftrag des Krankenhauses behandeln lassen will**, ist eine Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen über die KZV nicht zulässig. Dies trifft auch zu, wenn der Patient mit dem Krankenwagen in die Praxis gebracht wird. In diesen Fällen darf die KVK nicht eingeleistet werden. Vielmehr ist die Leistung auf GOZ-Basis dem Krankenhaus in Rechnung zu stellen.

### 2. Belegarztstätigkeit

Die belegärztliche Tätigkeit zählt *nicht zu den Krankenhausleistungen* gemäß § 2 BPflV.

Der § 121 SGB V definiert den Belegarzt wie folgt:

"(2) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbuches sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten."

Diese Definition deckt sich mit derjenigen in § 23 BPflV.

Die Vergütung der von einem Vertragszahnarzt erbrachten belegärztlichen Leistungen erfolgt im Rahmen der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung.

Grundlage für die belegärztliche Tätigkeit bildet ein Belegarzt-Vertrag mit dem Krankenhaus.



### 3. Krankenhauseinweisung

Auch der Zahnarzt hat die Möglichkeit, bei Bedarf seinen Patienten in ein Krankenhaus einzuweisen.

Der § 11 im Bundesmantelvertrag regelt die Voraussetzungen für die Verordnung von Krankenhauspflege:

- "(1) Krankenhauspflege soll nur verordnet werden, wenn sie wegen Art oder Schwere der Krankheit erforderlich ist. Die Notwendigkeit ist zu begründen, falls sie sich nicht aus der Art der Erkrankung ergibt.
- (2) Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten. Veranlasst der Kassenzahnarzt in Notfällen ausnahmsweise von sich aus die Aufnahme in ein Krankenhaus, so hat er dieses in der Verordnung besonders zu begründen."

Der Ersatzkassenvertrag kennt keine so präzise Verordnungsbestimmung, er verweist im § 9 Abs. 1 nur auf die Möglichkeit an sich.

Es ist davon auszugehen, dass die Verordnungsvoraussetzungen des BMV-Z auch für die Ersatzkassen anzuwenden sind.

Als Formular ist das Muster 2a-c (ein Vordruck aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung) zu verwenden:

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	<b>Verordnung von Krankenhausbehandlung</b> <small>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</small>	
Name, Vorname des Versicherten								
geb. am							<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
Kassen-Nr.   Versicherten-Nr.   Status							<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
Vertragsarzt-Nr.   VK gültig bis   Datum							Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser	
Diagnose							Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Bitte die Rückseite beachten!

Das Formular können Sie in der Formularausgabe der KZVLB anfordern.