

Berechnung der Analgosedierung

Die Analgosedierung stellt eine medikamentöse Beruhigung (Sedierung) bzw. Dämpfung des Bewusstseins in Kombination mit einer Schmerzausschaltung (Analgese) dar. Entscheidender Unterschied zur klassischen Vollnarkose / Allgemeinanästhesie ist, dass beim Patienten eine Spontanatmung gegeben ist und der Patient auf äußere Reize abhängig von der Sedationstiefe in unterschiedlichem Maße zu reagieren vermag.

Zu den Indikationsgebieten der Analgosedierung gehören seit der Entwicklung des Verfahrens u.a. Eingriffe und Behandlungen im Bereich der Mund-, Zahn- und Kieferheilkunde.

Die Analgosedierung ist ein sehr komplexes Verfahren, welches auf der gezielten Kombination von parenteral verabreichten Analgetika und Sedativa beruht.

Eine komplette Schmerzausschaltung kann im Rahmen der Analgosedierung mit den hierfür dosismäßig zur Verfügung stehenden zentralen Analgetika aufgrund der atemdepressiven Wirkung nicht gewährleistet werden. Eine zusätzliche lokale Anästhesie ist daher erforderlich.

Typische Medikamente, die hierzu Verwendung finden, sind Benzodiazepine (bspw. Midazolam und Diazepam), nicht-opioid Analgetika (bspw. Metamizol/Novaminsulfon) und/ oder Opiate (bspw. Tramadol, Fentanyl, etc.) sowie Ketamin. In neuerer Zeit wird aber auch auf das kurzwirksame Narkotikum Propofol zurückgegriffen, welches ohne analgetische Wirkung ist, jedoch eine starke sedierende Wirkung hat, die mit einem positiv empfundenen Einschlaf- und Aufwachverhalten einhergeht. Zusätzlich zu den parenteral und/oder oral verabreichten Analgetika werden standardmäßig auch Lokalanästhetika (direkte Gabe im erkrankten Gewebe / OP-Situs) zur zusätzlichen Verhinderung der Schmerzbahnung und/ oder Vasokonstriktion angewendet. Eine Verstärkung / Vertiefung der Analgosedierung, mit einhergehend erhöhtem Atemdepressionsrisiko kann somit umgangen werden. Zudem wird der regelgerechte Aufwachprozess ermöglicht.

Voraussetzung für die Durchführung einer Analgosedierung ist ein entsprechendes Aufklärungsgespräch über das Verfahren, seine Risiken und Komplikationen sowie die Anamneseerhebung. Eine entsprechende Nahrungskarenz muss eingehalten werden.

Für die parenterale Gabe der nötigen Anästhetika und Sedativa muss ein venöser Zugang gelegt werden, der je nach Operationsverlauf als fortwährender Zugang für die verschiedenen Medikamente dient.

Während der Analgosedierung ist – je nach Sedationstiefe – ein unterschiedlich aufwändiges Monitoring notwendig. Hierzu gehören die Pulsoxymetrie, die kontinuierliche intervallartige nicht invasive Blutdruckmessung und die Atemüberwachung.

Für den Fall von auftretenden Komplikationen muss der Eingriffsbereich mit den zur kardiopulmonalen Reanimation erforderlichen Materialien ausgestattet sein. Die deutsche Leitlinie zur Analgosedierung durch Nicht-Anästhesisten stellt zur Personalausstattung die Forderung, dass eine zweite speziell ausgebildete Person die Patientenüberwachung zu übernehmen hat. Bis zu einer moderaten Analgosedierung kann diese Aufgabe an qualifiziertes nichtärztliches Personal delegiert werden, wobei dieses Personal während der Überwachung keine anderen Tätigkeiten wahrnehmen darf.¹

¹ Anästh. Intensivmed. 43 (2002) S. 639-641.

Nach der Analgosedierung muss der Patient nachbeobachtet werden, ggf. in einem separaten Ruheraum. Erst wenn der Patient wieder wach und orientiert ist, kann er in Begleitung entlassen werden.

Aus diesen Erläuterungen geht hervor, dass zur Analgosedierung eine entsprechende Vorbereitungsphase, eine konsequent durchgeführte Betreuung während der Operation und eine postoperative Nachsorgephase gehören.

Für all diejenigen Maßnahmen, die zur Durchführung einer Analgosedierung notwendig sind, sind in der GOZ keine Gebührennummern enthalten. In der GOÄ finden sich zwar unter dem Kapitel D „Anästhesieleistungen“ unter den Ziffern 450, 451 und 452 „Narkoseformen“, unter die die Analgosedierung abhängig von der Sedationstiefe im eigentlichen Sinne einzuordnen wäre, allerdings sind alle GOÄ-Ziffern des Kapitels D der GOÄ für den Zugriff von Zahnärzten gesperrt. Dasselbe gilt für Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der Analgosedierung wie z.B. die Pulsoxymetrie, die als GOÄ-Nr. 602 ebenfalls für den Zahnarzt nicht zugänglich ist. Andererseits sind gewisse Ziffern der GOÄ aus Kapitel B II wie z.B. i.V.-Injektionen und Infusionen für den Zahnarzt geöffnet als Zeichen, dass derartige Behandlungsmaßnahmen durchaus auch zur Ausübung der Zahnheilkunde gehören können. Denn unzweifelhaft besteht für oral- und kieferchirurgische Eingriffe bei vielen Patienten die Indikation einer Analgosedierung. Insbesondere kann die viel komplikationsträchtigere Vollnarkose/Allgemeinanästhesie mit Beatmungsnotwendigkeit hierbei häufig umgangen werden.

Entsprechende Curricula zur Qualifikation der Durchführung von Analgosedierungen werden seit langem angeboten und sind ebenso wie die räumliche, apparative und personelle Infrastruktur die Voraussetzungen dafür, dieses Verfahren in der zahnärztlichen Praxis anzuwenden.

Entsprechend fortgebildete Zahnärzte (häufig Fachzahnärzte für Oralchirurgie) sehen sich durch die Nichtbeachtung des Verfahrens in der GOZ und auch in der GOÄ sowie durch eine inkonsequente Öffnung der GOÄ in § 6,2 der GOZ immer wieder Schwierigkeiten bei der Berechnung der Analgosedierung gegenüber.

Da es sich bei der Analgosedierung unzweifelhaft um eine eigenständige, vom Zahnheilkundengesetz mitumfasste, jedoch für Zahnärzte gebührenrechtlich unbeachtete Behandlungsmethode handelt, ist diese gemäß § 6,1 GOZ analog berechnungsfähig.

Es empfiehlt sich, alle Maßnahmen die zur Durchführung der Analgosedierung notwendig sind (z.B. Blutentnahmen, Injektionen, Arzneimittelinbringungen durch parenterale Katheter, Infusionen, zur Sedationstiefe adäquate personelle und apparative peri- und postoperative Überwachung) sowie alle nötigen und verabreichten Medikamente mit der gewählten Analogziffer abzubilden.

Die reine orale oder rektale Gabe von Analgetika oder Sedativa stellt niemals eine Analgosedierung im gebührenrechtlichen Sinne dar.