

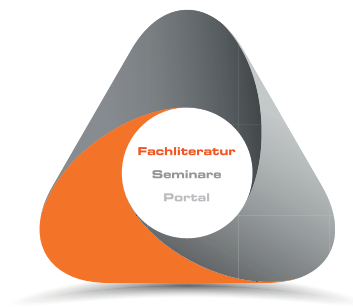


DR. HINZ **PRAXIS & WISSEN**

Christine Baumeister-Henning

Abrechnung kompakt:
**Dokumentationsanforderungen
für Behandlung und Abrechnung
in der Zahnarztpraxis**

zfv
Zahnärztlicher
Fach-Verlag



DR. HINZ **PRAXIS & WISSEN**

Abrechnung kompakt:
**Dokumentationsanforderungen
für Behandlung und Abrechnung
in der Zahnarztpraxis**

Christine Baumeister-Henning



Zahnärztlicher
Fach-Verlag

Alle Rechte vorbehalten · Nachdruck, auch auszugsweise, verboten

Lektorat: Anette Pehrsson, Herne

Layout/Satz: Heike Borkowski, Herne

Druck: Griebisch & Rochol Druck GmbH, Hamm

© Zahnärztlicher Fach-Verlag (zfv), Herne 2016

Bestell-Nr.: 660821 · ISBN 978-3-944259-38-3

Vorwort

Die sechs „W“ der Dokumentation

Aus der Dokumentation muss hervorgehen,

- an welchem Patienten
- wer,
- wann,
- warum und
- womit
- welche Leistung erbracht hat.

Die Bedeutung der zahnärztlichen Dokumentation wird in der Praxis oft verkannt oder zumindest aus Zeitgründen vernachlässigt. Hieraus resultieren häufig finanzielle Einbußen. Im schlimmsten Fall sind damit sogar negative Konsequenzen für die Reputation des Zahnarztes verbunden. Vor diesem Hintergrund macht es Sinn, sich mit dem ganzen Team mit dem Thema „Dokumentation“ zu befassen. Damit kann eine vollständige Dokumentation, aber auch eine einheitliche und zeitsparende Dokumentation erreicht werden. Denn dies gilt es zu bedenken: Vollständig dokumentieren kostet Zeit und dieser zeitliche Aufwand muss bei der Praxis- und Terminorganisation berücksichtigt werden.

Dieses Buch soll zum einen Hintergründe der Dokumentationspflicht darlegen. Zum anderen kann der letzte Teil des Buches als Grundlage für interne Schulungsmaßnahmen dienen.

Inhalt

1. Grundsätzliches zur Dokumentation	6
Rechtliche Folgen von Dokumentationspflichtverletzungen	6
Exkurs: EDV-Dokumentation	6
Umfang der Dokumentationspflicht	6
2. Dokumentationsanforderungen	10
Sinn und Zweck der Dokumentation	12
Aufbewahrung und Herausgabe	13
Dokumentation und Einsichtsrecht in Behandlungsunterlagen	13
Aufklärung und Aufklärungsdokumentation	15
Behandlungsdokumentation	20
Vollständige Honorare durch vollständige Dokumentation	21
3. Karteikartenführung	24
Dokumente scannen	26
Dokumentation und Abrechnung	26
Dokumentation und Wirtschaftlichkeitsprüfung	26
Aufbewahrungsfristen	30
4. Tabellarische Übersicht BEMA und GOZ mit Hinweisen zur Dokumentation	33

1. Grundsätzliches zur Dokumentation

Unter **Dokumentation** versteht man die Nutzbarmachung von Informationen zur weiteren Verwendung. Ziel der Dokumentation ist es, schriftlich oder auf andere Weise dauerhaft niedergelegte Informationen (Dokumente) gezielt auffindbar zu machen. Qualitätsmerkmale von Dokumentation sind: Vollständigkeit, Übersichtlichkeit, Verständlichkeit, Strukturiertheit, Korrektheit, Editierbarkeit, Nachvollziehbarkeit, Integrität/Authentizität (z.B. Änderungshistorie), Objektivität.

(Quelle: „Dokumentation“, <https://de.wikipedia.org/wiki/Dokumentation>, 6.7.2015)

Die Dokumentation in der Zahnarztpraxis umfasst die Stammdaten des Patienten, wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenkasse, sowie dessen individuelle Besonderheiten (z.B. Risiken wie Allergien).

Die Dokumentation muss alle wichtigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen enthalten und dabei so umfangreich sein, dass sie für einen bis dahin Unbeteiligten (Nach- oder Mitbehandler/Gutachter) nachvollziehbar ist.

Die Verwendung von Abkürzungen ist möglich, insbesondere die Verwendung der Kürzel, die im zahnmedizinischen Bereich gängig sind. Werden eigene Abkürzungen verwendet, muss gewährleistet sein, dass die Bedeutung der Abkürzungen auch Jahre später nachvollziehbar bleibt.

Sinnvoll ist hier eine Abkürzungsliste, die im Qualitätsmanagementhandbuch aufzufinden ist.

Zur Dokumentation zählen neben der Krankengeschichte (Karteikarte/EDV-Kartei) selbst auch Röntgenbilder und Fotografien, beispielsweise von kieferorthopädischen Behandlungen. Arztbriefe an die weiterbehandelnden Ärzte, Rechnungen sowie Modelle sind ebenfalls Bestandteile der Dokumentation.

Rechtliche Folgen von Dokumentationspflichtverletzungen

Grundsätzlich gilt in der Rechtsprechung:

„Alles, was nicht dokumentiert wurde, hat auch nicht stattgefunden.“ Auch eine gute, nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst und dem zahnmedizinischen Standard durchgeführte Behandlung kann in einem möglichen Streitfall ihren Wert verlieren, wenn sich die fehlerfreie Behandlung aus der Dokumentation nicht nachvollziehen lässt.

Und für die Abrechnung gilt:

„... sind ... abgerechnete Leistungen aus den Krankenblättern nicht ersichtlich, so ist zunächst davon auszugehen, dass er die Leistungen nicht erbracht hat. Es obliegt dem Zahnarzt, die Erbringung der von ihm abgerechneten Leistungen nachzuweisen.“

Eine vollständige Dokumentation birgt für den Zahnarzt den unschlagbaren Vorteil, dass sie als Beweis gelten kann. Dazu das OLG Bremen in seinem Urteil vom 28.03.2000:

„Alles was dokumentiert wurde, ist auch vollständig, richtig und wahr.“

Dagegen heißt es in einem Urteil vom **Sozialgericht Marburg (S 12 KA 152/12 vom 20. Juni 2012)**:

Der Zahnarzt muss ggf. nachweisen, dass er eine Leistung erbracht hat.

- Wenn ein Zahnarzt eine Röntgenaufnahme nicht vorlegen kann, so fehlt es an einem Nachweis für das Erbringen dieser Röntgenleistung.
- „Sind von einem Zahnarzt abgerechnete Leistungen aus den Krankenblättern nicht ersichtlich, so ist zunächst davon auszugehen, dass er diese Leistungen tatsächlich nicht erbracht hat. Es obliegt dann dem Zahnarzt, die Erbringung der von ihm abgerechneten Leistungen nachzuweisen.“
- „Die vollständige Leistungserbringung ist grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen. In Zweifelsfällen kann sie in einem Verwaltungsverfahren nachgereicht werden. Im Gerichtsverfahren kann die Dokumentation weder nachgereicht noch ergänzt werden.“

Exkurs: EDV-Dokumentation

Die in der Praxis immer häufiger anzutreffende EDV-gestützte Dokumentation ist grundsätzlich zulässig. Um hier den Beweiswert bezüglich der papiernen Dokumentation („alles, was dokumentiert wurde, ist vollständig richtig und wahr“) auch bei der EDV-Dokumentation weitestgehend zu erhalten, müssen die EDV-Dokumente mit einer sogenannten elektronischen Signatur versehen werden. Die Einzelheiten hierzu finden sich im Signaturgesetz (vgl. §§ 1 ff SigG). Durch Verwendung der elektronischen Signatur ist es möglich, den Verfasser der EDV-Dokumentation zu identifizieren und nachträgliche Änderungen der Dokumentation sichtbar zu machen.

Im Falle einer mittels EDV erstellten Dokumentation ist zu beachten, dass hierbei Schriftproben nicht möglich sind. Daher empfiehlt es sich, mit Namenskürzeln zu arbeiten, um auch im Nachhinein – möglicherweise Jahre später – den Verfasser der Dokumentation nachvollziehen zu können. Hierzu empfiehlt es sich, die Kürzel in einer Liste festzuhalten. Dies ist geboten, da Regressansprüche seitens der Krankenkassen/KZV oder Haftungsansprüche des Patienten oft erst Jahre später geltend gemacht werden.

Einer EDV-Dokumentation kann bei nachträglicher Veränderung unter Umständen kein voller Beweiswert zukommen. Daher verfügt das Patientenrechtegesetz jetzt, dass nachträgliche Änderungen, Berichtigungen oder Ergänzungen der Dokumentation kenntlich zu machen sind. Es empfiehlt sich, eine Software zu verwenden, die alle Eintragungen, auch Änderungen, unlöschar mit dem Zeitpunkt der Eintragung dokumentiert.

Umfang der Dokumentationspflicht

Wie umfangreich eine Dokumentation sein muss, richtet sich nach dem Zweck der Dokumentation. Dieser liegt vor allem in der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Behandlung, sodass der Umfang der Dokumentation an medizinischen Kriterien auszurichten ist.

Zu dokumentieren ist, was ein etwaiger Nachbehandler oder der Gutachter an Information für seine Tätigkeit benötigt. Routinemaßnahmen und -kontrollen müssen daher nicht dokumentiert werden. Eine Ausnahme besteht lediglich dann, wenn es im Rahmen dieser Routinemaßnahmen zu abweichenden Äußerungen des Patienten, z. B. einer beklagten Temperatur-

empfindlichkeit bei einem neu überkronten Zahn, kommt. Hier sollte beispielsweise dokumentiert werden, dass der Randschluss bei einem neu überkronten Zahn in Ordnung ist.

Je atypischer und schwieriger die durchgeführte Behandlung verläuft, umso höher sind die Anforderungen an eine sorgfältige Dokumentation.

Eine Dokumentation, die aus medizinischer Sicht nicht erforderlich ist, ist auch nicht aus Rechtsgründen gefordert. Allerdings kann aus einer „unvollständigen“ Dokumentation auf eine „unvollständige“ Behandlung geschlossen werden.

Rechtsprechung zum Umfang der Dokumentation

BGH (VI ZR 26/92 vom 23.03.1993)

Der erforderliche Inhalt der ärztlichen Dokumentation richtet sich nach dem jeweiligen Zweck, für den sie angefertigt wird.

Ausrichtung an medizinischen Kriterien!

- „Eine Dokumentation, die medizinisch nicht erforderlich ist, ist auch aus Rechtsgründen nicht geboten!“

BGH (VI ZR 26/92 vom 23.03.1993)

Medizinische Selbstverständlichkeiten und Routinemaßnahmen müssen nicht besonders dokumentiert werden.

BGH (VI ZR 203/82 vom 29.01.1984)

Ist es medizinisch nicht üblich, Kontrolluntersuchungen zu dokumentieren, wenn sie ohne positiven Befund geblieben sind, kann nicht schon aus der

fehlenden Dokumentation auf das Unterbleiben entsprechender Untersuchungen geschlossen werden.

- Fehlende Dokumentation einer gebotenen Maßnahme oder Aufklärung kann zu der Vermutung führen, dass diese Maßnahme oder Aufklärung unterblieben ist!
- Nicht dokumentierte Befunde oder Untersuchungen gelten in der Regel als nicht erfolgt!

BGH (VI ZR 203/82 vom 29.01.1984)

Aufzeichnungen über den Verlauf einer Operation haben die wesentlichen medizinischen Fakten wiederzugeben. Ins Detail müssen sie nur dann gehen, wenn anders der Operationsverlauf und die angewandten Techniken nicht verständlich sind.

OLG Düsseldorf, 10.10.2002 (Az. 8 U 19/02)

„Die ärztliche Dokumentation, das Festhalten von Daten, Maßnahmen, Befunden, Gesprächen etc. in Krankenunterlagen, dient vor allem therapeutischen Belangen, nicht aber einer eventuellen späteren Rechtsverfolgung. Der Arzt schuldet in therapeutischer Hinsicht eine dem medizinischen Standard entsprechende Führung von Aufzeichnungen (und deren Aufbewahrung), soweit die betreffenden Daten für eine weitere Behandlung des Patienten entweder durch denselben Arzt, medizinisches Personal oder aber durch einen anderen Arzt von Bedeutung sein können. Voraussetzung ist also, dass die Aufzeichnungen etwa einer bestimmten Maßnahme geboten waren, um Ärzte und Pflegepersonal über den Verlauf der Krankheit und die bisherige Behandlung für ihre künftigen Entscheidungen ausreichend zu informieren. Eine Dokumentation, die medizinisch nicht in dieser Weise erforderlich ist, ist auch nicht aus Rechtsgründen geboten (vgl. BGH, VersR 1993, 836). Insbesondere müssen selbstverständliche Routineschritte nicht festgehalten werden.“

4. Tabellarische Übersicht BEMA und GOZ mit Hinweisen zur Dokumentation

TABELLARISCHE ÜBERSICHT BEMA UND GOZ
MIT HINWEISEN ZUR DOKUMENTATION

BEMA-Nr.	Kürzel	Leistungsbeschreibung	Punkt-zahl	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	1-fach-Satz in €	Notwendige Dokumentation
Allgemeine Leistungen							
01	U	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung	18	0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	5,62	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vollständiger Zahnstatus (c, z, f), Zahnstein ja/nein, PA-Befund ■ vorhandenen Befund prüfen/ggf. korrigieren
				Ä5	Symptombezogene Untersuchung	4,66	<ul style="list-style-type: none"> ■ Untersucher Zahn/Region ■ lokaler Befund ■ Schwierigkeit und Zeitaufwand
				Ä6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: ... das stomatognathe System, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	5,83	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vollständiger Befund, PA-Befund Schleimhautbefund, Kiefergelenksbefund, ■ vorhandenen Befund prüfen/ggf. korrigieren ■ Dauer der Untersuchung; auftretende Schwierigkeiten bei der Durchführung der Leistung

BEMA-Nr.	Kürzel	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	1-fach-Satz in €	Notwendige Dokumentation
Ä1		Beratung	9	Ä1	Beratung - auch mittels Fernsprecher	4,66	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dauer, Inhalt (Stichwort) ■ Art der Beratung (persönlich oder telefonisch) ■ Auftretende Schwierigkeiten z. B. Verständnisprobleme etc. ■ Uhrzeit bei wiederholtem Ansatz pro Tag ■ Reaktion des Patienten (hat er es verstanden?) ■ Name der Bezugsperson, mit der gesprochen wurde (ggf. auch in welchem Verwandtschaftsverhältnis diese Person zum Patienten steht)
				Ä3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher (mind. 10 Minuten)	8,74	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dauer, Inhalt (Stichworte) ■ Art der Beratung (persönlich oder telefonisch), ■ Auftretende Schwierigkeiten z. B. Verständnisprobleme etc. ■ Uhrzeit bei wiederholtem Ansatz pro Tag ■ Name der Bezugsperson, mit der gesprochen wurde (ggf. auch in welchem Verwand-

>>>

Abrechnung kompakt: **Dokumentationsanforderungen für Behandlung und Abrechnung in der Zahnarztpraxis**

„Alles, was nicht dokumentiert wurde, hat auch nicht stattgefunden.“

So kann eine gründliche und lückenlose Dokumentation der Behandlungsabläufe und Abrechnung ausschlaggebend für Arzt und Patient sein, wenn es um etwaige Regressansprüche und Beanstandungen geht. Denn sofern sich eine fehlerfreie Behandlung aus der Dokumentation nicht nachvollziehen lässt, verliert diese im Streitfall ihren Wert. Negative Auswirkungen sind ebenfalls zu befürchten wie finanzielle Einbußen oder Reputationsverlust der Praxis.

Mit diesem Buch erfahren Sie alle relevanten Hintergründe zur Dokumentationspflicht sowie die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen. Zudem eignet es sich hervorragend als Grundlage für interne Schulungsmaßnahmen innerhalb der Zahnarztpraxis.

Aus dem Inhalt:

- Grundsätzliches zur Dokumentation
- Gesetzliche und vertragliche Dokumentationsanforderungen
- Karteikartenführung leicht gemacht
- Tabellarische Übersicht BEMA und GOZ mit Hinweisen zu Dokumentation



Christine Baumeister-Henning

ist ausgebildete Hauswirtschafterin, Krankenschwester, ZMV, Auditorin und Business-Coach. Sie ist seit 1982 im zahnärztlichen Praxismanagement tätig. Seit 1998 ist sie als Dienstleisterin und erfahrene Beraterin für Zahnarztpraxen im eigenen Unternehmen mit Sitz in Haltern am See selbstständig. Ihre thematischen Schwerpunkte sind das zahnärztliche Gebührenrecht, Praxismanagement und Organisations- und Teamentwicklung sowie Kommunikation.

Darüber hinaus ist sie als Sachverständige für das zahnärztliche Gebührenrecht bei Gericht anerkannt. Regelmäßig veröffentlicht sie Artikel für die Fachpresse und schreibt Fachbücher zum Thema Abrechnung.