



Checkliste für die erfolgreiche und gesetzeskonforme **Abrechnung** im Rahmen des **GebüH** und der **GOÄ**

Im Rahmen der Privatabrechnung von Patienten, die über eine private Voll- oder Zusatzversicherung verfügen, beihilfeberechtigt sind oder als Selbstzahler abgerechnet werden, sollten die folgenden Punkte überprüft werden. Diese Checkliste soll sicherstellen, dass die Rechnungsstellung weitestgehend *allen* gesetzlichen Anforderungen sowie den Anforderungen der Finanzbehörden standhält. Es wird keine Unterscheidung zwischen privatversicherten Patienten und Selbstzahlern vorgenommen, da auch die Gesetzgebung und die Rechtsprechung in dieser Hinsicht keine Unterschiede machen.

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker arbeiten nicht nur im Rahmen ihrer Patientenabrechnungen in einem mehr oder weniger rechtsfreien Raum, da diesbezüglich viele Details gesetzlich nicht geregelt wurden - und in naher Zukunft wohl auch nicht geregelt werden. Aus diesem Grund wurden im Laufe der Zeit durch die jeweiligen Amts-, Landes- und Oberlandesgerichte entsprechende Regelungen durch Rechtsprechung herbeigeführt.

Kommt es z.B. im Rahmen einer juristischen Auseinandersetzung aus Honorarforderungen zu einem Vergleich zwischen dem Patienten und dem Therapeuten, so wird die Beweislast grundsätzlich dem Therapeuten zugesprochen. Dieser hat nachvollziehbar darzulegen, dass das von ihm in Rechnung gestellte Honorar dem sog. ortsüblichen, durchschnittlichen Satz aller Honorare der Heilpraktiker entspricht. Das gilt auch dann, wenn ein Honorarvertrag zwischen dem Patienten und dem Therapeuten abgeschlossen wurde.

Die folgenden Punkte geben Ihnen einen Überblick über wichtige Eigenschaften der Ärztlichen- sowie Heilpraktiker-Abrechnung.

1. Werden in Ihrer Praxis pauschale Beträge im Rahmen eines fest vorgegebenen Stundensatzes angeboten oder in einer anderen Weise kommuniziert?

Im Rahmen der Heilpraktiker-Vergütung besagt der § 611 BGB, dass die Höhe der Vergütung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten frei vereinbart werden kann. Wenn beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages die Vergütung nicht geregelt wurde, so gilt nach § 612 BGB das GebüH als vereinbart. Dieses gilt aber selbstverständlich nur dann, wenn dadurch keine anderen Gesetze und Regelungen verletzt werden.

Das Abrechnen pauschaler Beträge, die z.B. gegenüber Selbstzahlern, in einem Flyer oder auf der Website veröffentlicht wurden, werden vom Bundesfinanzministerium und somit auch durch die lokalen Finanzbehörden, kritisch betrachtet. (Siehe hierzu BMF Schreiben vom 19.06.2012 IV D 3 - S 7170/10/10012). Denn Ärzte, Heilpraktiker und Physiotherapeuten gehören zur Gruppe der freiberuflich Gewerbetreibenden an, die erst einmal von der Umsatz- und Gewerbesteuer befreit sind. Dies gilt aber nur dann, wenn der Nachweis erbracht werden kann, dass die durchgeführten Maßnahmen medizinisch indiziert sind und dieses in angemessener Weise dokumentiert wurde.

Andere Berufsgruppen, wie z.B. Masseur, Heiler, Kosmetikerinnen, Ökotrophologen, Life-Coachs, Lifestyle- und Wellnessberater, die oftmals ähnliche Leistungen anbieten, sind dagegen nicht von der Umsatz- und Gewerbesteuer befreit. Unterscheiden sich die Tätigkeiten innerhalb einer Heilpraxis nicht grundlegend in Art, Form, Zeit und **Abrechnung** von den Leistungen eines anderen Gewerbetreibenden, so besteht für die Finanzbehörde die Möglichkeit,

einen Teil oder sämtliche der in der Heilpraxis durchgeführten Leistungen der Umsatz- und Gewerbesteuerpflicht zu unterwerfen. Wird diese Feststellung im Rahmen einer Steueraußenprüfung getroffen, so kann die Steuerpflicht für den zu prüfenden Zeitraum auch rückwirkend festgelegt werden. In der Regel werden dann auch entsprechende Zinszahlungen fällig und je nach Höhe der Steuerschuld auch ein Steuerstraßverfahren eingeleitet.

LÖSUNG: Rechnen Sie grundsätzlich keine pauschalen Beträge ab, auch nicht als Stundenhonorar. Denn die Rechnungsstellung in Arzt- und Heilpraxen darf sich offiziell nur an der medizinischen Notwendigkeit orientieren und nicht an monetären Kriterien. Verwenden Sie also immer das GebüH bzw. die GOÄ auch bei der Abrechnung von Selbstzahlern.

Im SimpliMed Programm sollte hierfür der Katalog: „GebüH Regelhöchstsatz“ verwendet werden. Denn die hier vorgegebenen Preise bilden die durchschnittlichen Abrechnungssätze ab, die in Heilpraktiker-Praxen Verwendung finden. Im Rahmen der GOÄ können neben dem GOÄ Regelhöchstsatz, in dem die Standardleistungen mit dem 2,3 fachen Multiplikator berechnet werden, selbstverständlich auch sog. IGeL (Individuelle Gesundheits- Leistungen) abgerechnet werden, wenn vom Patienten eine entsprechende Vereinbarung unterzeichnet wurde.

Es hat sich eingebürgert, dass Patienten sich im Vorfeld einer Therapie über die Kosten der Behandlung erkundigen und eine entsprechende Auskunft verlangen. In diesem Fall sollte lediglich eine ungefähre Spanne mit dem Zusatz genannt werden, dass sich die exakten Kosten nach dem Grad der Erkrankung und nach dem GebüH bzw. der GOÄ richten.


2. Stellen Sie Gutscheine aus, die Patienten für Freunde oder Angehörige bei Ihnen erhalten können oder stellen Sie Ihren Patienten Rabatte bzw. Preisminderungen in Aussicht?

Berufsrechtswidrig verhalten sich Ärzte, wenn sie ärztliche Leistungen über Gutscheine anbieten. Darauf weisen die Ärztekammer Nordrhein und die Wettbewerbszentrale hin. Denn Ärzte sowie Zahnärzte werben immer wieder mit Gutscheinen für bestimmte Behandlungen und Rabatten. Dies widerspricht sowohl der Berufs- als auch der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), sagt der Justitiar der Ärztekammer Nordrhein, Dr. jur. Dirk Schulenburg.

Mediziner müssen nach der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärzte (BO) ein angemessenes Honorar auf der Grundlage der GOÄ berechnen, wobei die GOÄ einen Gebührenrahmen festlegt, der nach Aufwand und Schwierigkeit der Behandlung in bestimmten Grenzen variieren kann. Die GOÄ-Sätze dürfen nicht in unlauterer Weise unterschritten werden, schreibt die BO in § 12 vor. Die Rechnungsstellung erfolgt grundsätzlich nach der Behandlung. Rabatte und Pauschalpreise sind nach der Gebührenordnung nicht erlaubt, so Dr. Schulenburg.

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker unterliegen diesbezüglich denselben Bestimmungen. Auch hier darf sich die Rechnungsstellung nur an medizinischen und nicht an monetären Kriterien orientieren. Artikel 16 der Heilpraktiker Berufsordnung schließt Gutscheine zwar nicht explizit aus, sondern bezieht sich nur auf das Einräumen von Rabatten. Heilpraktikern werden dennoch dieselben Auflagen zugesprochen wie den Ärzten. Dies gilt insbesondere in Hinblick auf die in Punkt 1. genannten Problematiken der Umsatz- und Gewerbesteuerpflicht.

LÖSUNG: In SimpliMed ist es möglich, Akontozahlungen und Minderungen einzutragen. Wird der Gutschein nicht dinglich ausgehändigt, sondern lediglich der Geldbetrag als An- bzw. Akontozahlung entgegen genommen, kann dieser Geldbetrag in der Adresseneingabemaske des betroffenen Patienten eingegeben werden. Beginnt dieser Patient dann seine Therapie, können die Behandlungskosten mit dem Akontobetrag verrechnet werden. Wichtig hierbei ist darauf zu achten, dass die Rechnungsstellung mit dem Gebüh bzw. der GOÄ erfolgt. Der hieraus resultierende Restbetrag der Liquidation ist dann vom Patienten gegebenenfalls per Überweisung zu begleichen.

IBAN / BIC :	<input type="text"/>
Guthaben :	<input type="text" value="200,00"/> 
Entfernung :	<input type="text"/>

Anstelle von Rabatten ist es unter bestimmten Umständen innerhalb der GOÄ und dem Gebüh möglich, eine sog. „Minderung“ vorzunehmen. Minderungen stellen keine allgemeinen Preisnachlässe dar, sondern sind an einen bestimmten Zweck gebunden, den es zu erfüllen gilt. Das Bundesverfassungsgericht hat dieses im Rahmen des § 6 a (1) Satz 1 GOÄ bestätigt. In SimpliMed kann die Minderung zu einer bereits abgelegten Rechnung als Prozentzahl eingetragen werden. Der Minderungsbetrag wird dann auf der gedruckten Rechnung ausgewiesen und abgezogen.

Ausdrucke :	Zahlungsw.:
<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="14 Tage Zahlungsziel"/>
Minderung (%) :	Mandant :
<input type="text" value="15,00"/>	<input type="text" value="Schmitz, Marcus"/>
Rechnungsfreitext :	
<input type="text"/>	

3. Entsprechen die auf Ihrer Liquidation aufgeführten Gebührenpositionen exakt den diagnostischen- und therapeutischen Leistungen, die Sie tatsächlich durchgeführt haben?

Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (Gebüh) bzw. die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beinhalten nur einen begrenzten Teil der Leistungen, die tatsächlich in einer Naturheilpraxis angewendet werden. Da diese Tatsache hinlänglich bekannt ist, wurden vom Gesetzgeber mehrere Möglichkeiten geschaffen, die tatsächlich erbrachten Leistungen in einer rechtskonformen Weise abzurechnen. Denn die GOÄ sowie das sich daran orientierende Gebüh sind als „nicht vollständige Regelwerke“ anzusehen. Aus diesem Grund wurden in der GOÄ Regeln festgelegt, die es ermöglichen, die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen analog zu bewerten. Mit anderen Worten ist es möglich, die tatsächlich durchgeführten Leistungen mit anderen Gebührenpositionen abzurechnen.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Abrechnung analoger Leistungen sind in § 6(2) der GOÄ geregelt. Hier werden die sog. Grundsätze der analogen Bewertungen beschrieben. Werden analoge Leistungen im Rahmen einer ärztlichen Praxis abgerechnet, so bildet die Grundlage dieser Leistungen die bekannte GOÄ. Analog zu bewerten sind also nur Leistungen, die sich namentlich nicht in der GoÄ befinden. Wurde z.B. eine Infusionstherapie durchgeführt, so ist hier die Ziffer: „276 Dauertropfinfusion...“ abzurechnen. Es ist also nicht möglich, für die Infusionsleistung eine analoge Ziffer abzurechnen, da diese Leistung namentlich in der GoÄ genannt wird.

Im Rahmen der Heilpraktiker-Abrechnung kann sowohl das GebüH als auch die GOÄ herangezogen werden, so das Dienstleistungszentrum des Bundesverwaltungsamtes in seiner Veröffentlichung des GebüH vom 20.12.2010. Nicht geregelt ist, ob Leistungen aus der GOÄ nur dann Verwendung finden dürfen, wenn im GebüH keine entsprechenden Leistungen zur Verfügung stehen. Es ist dem Heilpraktiker daher gestattet selbst zu entscheiden, aus welchem Gebührenverzeichnis bzw. aus welcher Gebührenordnung Leistungen abgerechnet werden. Hieraus ergibt sich eine Vielzahl von Möglichkeiten, die später genauer beschrieben werden.

Bei der Bewertung analoger Leistungen ist aber bei Ärzten als auch bei Heilpraktikern darauf zu achten, dass es sich bei den abgerechneten Positionen um sog. neuartige und fortschrittliche Leistungen handelt. Denn der Gesetzgeber ermöglicht die Abrechnung analoger Leistungen deshalb, um dem medizinischen Fortschritt durch eine starre Gebührenordnung nicht im Wege zu stehen. Bereits bekannte oder sogar als historisch anzusehende Verfahren können nicht analog bewertet zu werden. In der Praxis dürfte es aber keine Therapie geben, die dieses Ausschlusskriterium erfüllen würde. Analoge Leistungen müssen übrigens vom Therapeuten immer selbst oder unter dessen Aufsicht durchgeführt werden.

3.1 Werden analog abgerechnete Positionen auf Ihren Rechnungen in ausreichender und geeigneter Weise gekennzeichnet?

Der Gesetzgeber schreibt bei der Verwendung der GOÄ eine klare Kennzeichnungspflicht analog abgerechneter Positionen vor. Nach § 12 Abs. 4 GOÄ muss die gewählte Position entweder mit dem Zusatz: „analog“ oder: „entsprechend“ gekennzeichnet

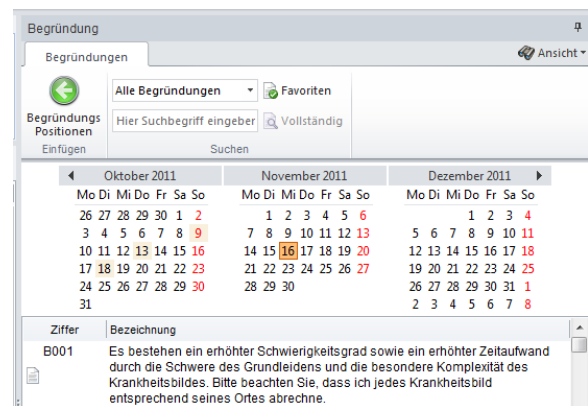
bzw. ergänzt und die erbrachte Leistung kurz, aber eindeutig beschrieben werden. Analog abgerechnete Positionen können entsprechend auch mit einem „a“ gekennzeichnet werden. Die Nummer und die Bezeichnung der analog abgerechneten Leistung müssen angegeben werden.

Da sich das GebüH grundsätzlich an die GOÄ anlehnt, sind hier die gleichen Maßnahmen zu treffen, wie bei der ärztlichen Abrechnung. Dieses gilt unabhängig davon, ob Positionen aus dem GebüH oder der GOÄ verwendet wurden. Innerhalb juristischer Auseinandersetzungen wurde in der Vergangenheit die Kennzeichnungspflicht einer Heilpraktiker-Abrechnung keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da die meisten Juristen nicht mit dieser Thematik vertraut waren. Dieses hat sich allerdings in letzter Zeit grundlegend geändert. Denn auch der Versuch des Heilpraktikers, sich dadurch zu exkulpieren, dass er vom Patienten eine allgemeine Honorarvereinbarung unterzeichnen lässt, verhindert selbstverständlich nicht die Anwendung gesetzlicher Regelungen. Denn „Gesetzesrecht“ steht vor „Vertragsrecht“.

Das Problem an einer zu aufwendigen Kennzeichnung analoger Leistungen ist, dass dies bei vielen privaten Krankenversicherungen oder Beihilfestellen zu Missverständnissen oder Verwirrungen führen kann. Denn viele Sachbearbeiter wurden in diese Thematik nur unzureichend eingearbeitet. Das kann im schlimmsten Fall dazu führen, dass eingereichte Liquidationen gekürzt oder gar nicht erstattet werden. Darüber hinaus besteht bei vielen Leistungsträgern ein Hang zur Kürzung von Leistungen, die aus Sicht des Leistungsträgers medizinisch-wissenschaftlich nicht anerkannt sind oder sich als nicht erfolgversprechend erwiesen haben.

In zwei Urteilen vom 30.10.2002 (AZ.: IV ZR 60/2001 und IV ZR 119/2001) hat der Bundesgerichtshof dennoch die Klausel über die Leistungspflicht für Methoden und Arzneimittel der Schul- und der Alternativmedizin in den Allgemeinen Musterbedingungen der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) gebilligt. Die Klausel lautet: „Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.“

LÖSUNG: Im Rahmen der korrekten Kennzeichnung analoger Leistungen werden SimpliMed Anwender in zweifacher Weise unterstützt. Denn es kommt nicht nur darauf an, dass analoge Leistungen kurz aber eindeutig beschrieben werden, sondern, auch wie diese beschrieben werden. In den Gebührenkatalogen des SimpliMed Programms wurden bereits viele Positionen mit analogen Leistungsbeschreibungen versehen, die das notwendige Maß einer eindeutigen Kennzeichnung berücksichtigen, ohne, dass es auf Seiten des Leistungsträgers zu Verwirrungen oder Rückfragen kommt. Bei den Leistungsbeschreibungen wurden u. a. die Vorgaben der Hufeland-Gesellschaft und anderen Institutionen berücksichtigt. Darüber hinaus ist es in SimpliMed sehr leicht möglich, durch Anklicken einer Checkbox die Positionen zu kennzeichnen, die analog bewertet wurden. Für diese Positionen wird im Rechnungsdruck ein dezentes „a“ an entsprechender Stelle ausgegeben. Ein umfangreicher Begründungskatalog mit vorformulierten Kommentaren hilft darüber hinaus, dem Sachbereiter und dem Patienten die notwendigen Informationen zur Leistungserbringung auf der Liquidation zu erklären.



3.2 Finden Sie immer die korrekte Analogie?

Wie nun aber eine analoge Bewertung in der Praxis vorgenommen wird, welche Gebührenpositionen ganz konkret für welche Therapien abgerechnet werden können, regelt das sog. „Abgriffverfahren“.

Wenn eine analoge Abrechnung in Frage kommt, muss eine GOÄ- bzw. GebÜH Position gewählt werden, die in der **technischen** Durchführung, im **Zeitaufwand**, im **Schwierigkeitsgrad** und in den **Kosten** der erbrachten Leistung möglichst nahekommt. Es müssen also nicht die Gebührenposition herangezogen werden, die den durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen **sinngemäß** ähnlich sind. Denn der Beweis einer sinngemäß gleichwertigen Leistung ist so gut wie nicht erbringbar. Beim Analogabgriff hat eine Gebührenposition aus demselben Leistungsabschnitt Vorrang, da hier in der Regel die Vergleichbarkeit am offensichtlichsten ist. Legitim ist aber auch der Abgriff aus einem anderen Kapitel der GOÄ als dem „primär zuständigen“. Möglich ist übrigens auch der analoge Abgriff durch eine **Summation mehrerer Gebührenpositionen** auf einmal.

Wichtig beim Abgriffverfahren ist, dass der Therapeut den Beweis zu erbringen hat, dass die von ihm verwendete analoge Gebührenposition denselben technischen Aufwand widerspiegelt, wie die Leistung, die er tatsächlich erbracht hat. So ist es z.B. nur sehr schwierig zu begründen, dass eine 30 minütige Bio-Resonanz Sitzung mit der Ziffer: „1121 Operation eines alten vollkommenen Dammrisses - EUR 222,55“ abgerechnet werden soll. Nicht minder schwierig ist es, die Gleichwertigkeit des Zeitaufwandes oder des Schwierigkeitsgrades zu begründen und zu dokumentieren.

Ein einzelner Therapeut hat aber die Möglichkeit, die technische Gleichwertigkeit einer Apparatur zu beschreiben oder die Anzahl der erforderlichen Handgriffe aufzuzählen. Für einen Therapeuten, der seine diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen genau kennt, ist das gar nicht so schwer. Dies bedeutet aber einen nicht unerheblich größeren zeitlichen Aufwand. Schwierig dagegen wird es bei der Gleichwertigkeit der Kosten.

Im Bereich der niedergelassenen Ärzte wurden deshalb sog. Interessengemeinschaften oder Gesellschaften gegründet. Eine dieser Gesellschaften ist die Deutsche Gesellschaft für Osteoplastische Medizin (DGOM). Diese Gesellschaft hat ein eigenes Analogverzeichnis erarbeitet, welches zahlreiche osteoplastische Leistungen mit den Ziffern aus der GOÄ bewertet.

So lautet z.B. die Originalbezeichnung der Ziffer: „410 Ultraschalluntersuchung eines Organs – EUR 26,82“. Im Rahmen der DGOM wird daraus: „410 Osteopathische Behandlung eines visceralen Organs im Thorax, Bauch oder Becken einschließlich der Aufhängesysteme des Organs – EUR 26,82“.

Eine der wichtigsten Organisationen, die sich mit Abrechnung naturheilkundlicher Leistungen beschäftigt, ist die Hufeland Gesellschaft. Das von ihr herausgegebene Hufeland- Leistungsverzeichnis (LVZ) existiert seit etwa 13 Jahren und ist für fast alle Leistungsträger ein wichtiger Leitfaden bei der Erstattung eingereicher Liquidationen geworden. Dies gilt aber nicht für alle Tarife innerhalb einer privaten Krankenversicherung. Insbesondere bei der Vielzahl privater Zusatzversicherungen existieren sehr unterschiedliche Leistungsvereinbarungen zwischen der Kasse und dem Patienten. Hilfreich ist hier eine Datenbank, aus der diese umfangreichen Informationen entnommen werden können.

Die Hufeland Gesellschaft hat in diesem Jahr eine Umfrage an alle der 39 in der Bundesrepublik Deutschland ansässigen Leistungsträger gestartet. 12 davon haben sich in vollem Umfang daran beteiligt und den Fragenbogen vollständig ausgefüllt zurückgesandt. Diese und andere Aktionen tragen dazu bei, alternative Heilmethoden stärker in das Bewusstsein der unterschiedlichen Leistungsträger zu rücken und ein einheitliches Erstattungsverhalten zu erreichen.

LÖSUNG: Orientieren Sie sich, wenn möglich, an den Leistungsverzeichnissen bzw. Analogverzeichnissen naturheilkundlich tätiger Organisationen, wie der Hufeland Gesellschaft, dem Verband klassischer Homöopathen Deutschlands e.V. mit ihrem neuen Leistungsverzeichnis klassische Homöopathie 2011 (LVKH), der Deutsche Gesellschaft für Klassische Homöopathie (DGKH), der Deutsche Gesellschaft für Osteoplastische Medizin (DGOM) oder dem Verband der Osteopathen Deutschland (VOD e.V.). Die entsprechenden Leistungsverzeichnisse und Vorgaben finden sich im SimpliMed Programm. Darüber hinaus recherchieren und sammeln die SimpliMed Mitarbeiter in ihrer täglichen Arbeit: Urteile, Studien und

Vorgaben aus andern Praxen und Kliniken, die in unregelmäßigen Abständen in SimpliMed veröffentlicht und dann von den Anwendern genutzt werden können.

Ziffer	Bezeichnung	Preis
6 (1)	Untersuchung, eingehende	13,41
30 (2)	Repertorisation	120,65
31 (2)	Folgerepertorisation	120,65
30 (2)	Mikroökologische Therapie	120,65
2 (3)	Kurze Information	3,15
3 (4)	Beratung, eingehende	20,11

4. Wissen Sie immer, welcher Leistungsträger welche Leistungen in welcher Höhe erstattet?

Sowohl die Gebührenordnung für Ärzte, als auch das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker weisen eine nicht unerhebliche Spanne zwischen dem Niedersatz, Höchstsatz, Regelhöchstsatz, Schwellensatz und den Beihilfesätzen aus. Das Problem der unterschiedlichen Sätze verschärft sich noch einmal vor dem Hintergrund, dass die 39 privaten deutschen Krankenversicherungen insgesamt über mehr als 3.500 relevante Tarifsysteme verfügen, die naturheilkundliche Leistungen erstatten. Jede Krankenversicherung und jeder Tarif weist diesbezüglich aber seine Besonderheiten auf.

Diese Besonderheiten beschränken sich dabei nicht nur auf die maximale Höhe der jeweiligen Positionen, sondern vor allem auf die Positionen selbst.

Denn nicht alle Leistungsträger sind bereit, alle Therapieverfahren zu erstatten.

LÖSUNG! Die umfangreiche Datenbank des SimpliMed Programms kennt alle relevanten Tarifsysteme und geht in der Abrechnung gezielt darauf ein. Voraussetzung hierfür ist, dass Leistungsträger bereits bei der Neuaufnahme eines Patienten erfragt und zu dessen Stammdaten in der Adresseneingabemaske zugeordnet werden.

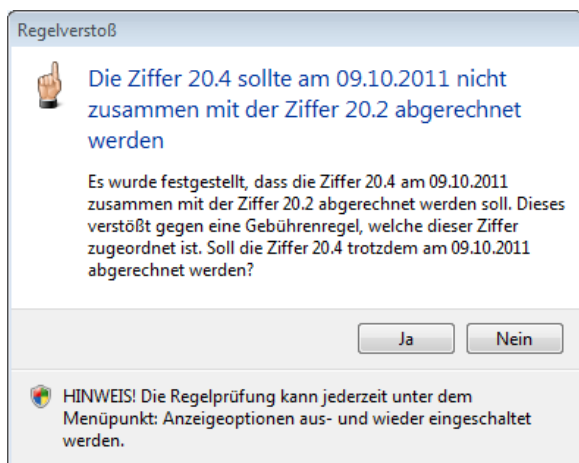
4.1 Wissen Sie, welche Regeln die jeweiligen Leistungsträger bei der Erstattung von Liquidationen zugrunde legen?

Neben der Art und Höhe der Erstattung gibt es aber noch zahlreiche weitere Regeln, die es bei der Abrechnung zu beachten gilt. So schließen sich einige Positionen gegenseitig aus und sollten daher nicht an einem Behandlungstag miteinander kombiniert werden. Andere Positionen dürfen nur in einer begrenzten Häufigkeit pro Behandlungstag oder pro eingereichter Liquidation abgerechnet werden. Wieder andere Positionen dürfen nur als alleinige Ziffer abgerechnet werden.

Diese Informationen sind in der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte ganz klar geregelt. Im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker wurden diese Regeln teilweise von den Beihilfestellen,

dem Kommentar zum Gebührenverzeichnis von K.F.K. oder den privaten Krankenversicherungen selbst aufgestellt.

LÖSUNG: SimpliMed beinhaltet eine vollständige Regelprüfung für GoÄ und GebüH, welche bereits bei der Eingabe der Leistungen bzw. Leistungsketten darauf achtet, ob eine Regelverletzung vorliegt oder nicht. Der Anwender kann dann selbst entscheiden, ob er die Abrechnung auf die geplante Weise trotzdem durchführt oder nicht.



TIPP: In der offiziellen Regelprüfung schließen sich z.B. die Ziffern: „25.3 Injektion intravenös/-arteriell“ sowie: „25.8 Infusion, Dauertropf“ gegenseitig aus. Nach der Neuregelung der 15. AMG Novelle - §2 (Abs. 3a) dürfen aber keine Einzelpräparate mehr zusammen in eine Injektion bzw. Infusion gemischt werden, da dies sonst als Herstellung eines neuen Präparates eingestuft wird.

Sollen also unterschiedliche Präparate intravenös verabreicht werden, darf dies demnach nur getrennt geschehen und muss daher auch getrennt abgerechnet werden. Der SimpliMed Begründungskatalog beinhaltet viele dieser vordefinierten Kommentare

zu einzelnen Leistungen, die dem Therapeuten wichtige Unterstützung bei der Begründung seiner Abrechnung bietet.

4.2 Wissen Sie, welche Leistungen zu welchen Diagnosen abrechnungsfähig sind?

Der meist genannte Grund für eine Nichterstattung oder Kürzung einer vom Patienten eingereichten Liquidation ist die Aberkennung der medizinischen Notwendigkeit der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen.

Ob eine Behandlung medizinisch notwendig ist oder nicht, ist grundsätzlich der Zeitpunkt der therapeutischen Entscheidung maßgebend. Von einer medizinischen Notwendigkeit wird im Allgemeinen ausgegangen, wenn eine Behandlungsmethode zur Verfügung steht bzw. angewandt wurde, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken.

Steht diese nach medizinischen Erkenntnissen fest, so steht auch die Eintrittspflicht des Leistungsträgers fest. (Siehe hierzu das Urteil des Bundesgerichtshofs - BGH vom 10.07.1996 AZ.: IV ZR 133/95). Dieses gilt z.B. für alle Punkte des GebüH, der GoÄ oder GoZ, es sei denn, der Leistungsträger hat diese mit Wissen des Patienten bei Vertragsabschluss ausgeschlossen.

Auch dann, wenn die angewandten Maßnahmen nicht als Punkt eines Gebührenverzeichnisses aufgeführt sind, reicht die Erkenntnis, dass diese Maßnahme nach den Angaben des Leistungsempfängers (Patienten) zumindest einer Verschlimmerung entgegengewirkt hat, es sei denn, dass dieses vom Leistungsträger bereits bei Vertragsabschluss ausgeschlossen wurde. Für die Naturheilkunde gilt, dass

sich sowohl die Methoden als auch die Arzneimittel der naturheilkundlich tätigen Therapeuten in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben, wie die der übrigen Mediziner. (Siehe hierzu bitte auch die Pressemitteilung des BGH vom 31.10.2002). Man kann also davon ausgehen, dass sowohl die Leistungen aus dem GebÜH als auch die Medikamente der anthroposophischen, homöopathischen und phytotherapeutischen Medizin diese Voraussetzungen erfüllen.

Nach dem Urteil des Bundesgerichtshof (BGH) vom 16.12.1986 - (siehe Versicherungsgesetz 1987 Seite 278) ist als Krankheit im Sinne der Tarifbestimmungen, unabhängig von den Vorstellungen eines Gutachters, ein **objektiv nachweisbarer, anormaler Körper- oder Geisteszustand zu verstehen**. Der Pschyrembel definiert Krankheit wie folgt:

- Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen
- in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist der Zustand von Regelwidrigkeiten im Ablauf der Lebensvorgänge, der Krankenpflege oder Therapien zu berücksichtigen, aus dem eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit resultiert
- begriffliche Bez. für eine definierbare Einheit typischer ätiol., morphol., sympt., nosologisch beschreibbarer Erscheinungen, die als eine bestehende Erkrankung verstanden wird.

Durch die gängige Argumentation vieler Leistungsträger wird der Krankheitsbegriff oftmals auf eine Weise modifiziert, dass mangels Bestandheit ein wirksamer Vertrag zwischen dem Leistungsträger und dem Versicherten nicht mehr angenommen

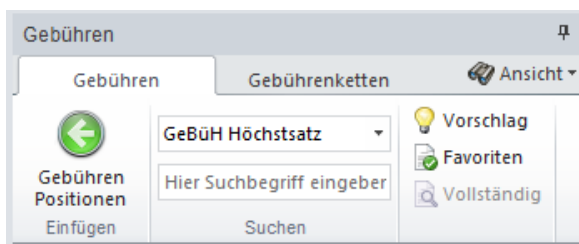
werden kann. (Siehe hierzu Urteil des BGH IV ZR 235/99 vom 22.11.2000 sowie Versicherungsrecht 2001-F5 Seite 184 ff.)

Wird also die medizinische Notwendigkeit der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen durch eine private Krankenversicherung oder eine Beihilfestelle in Frage gestellt, stellt dieses nach Meinung von Rechtsexperten einen eindeutigen Verstoß gegen die oberste Rechtsprechung dar. Das gilt vor allem dann, wenn dies durch einen Sachbearbeiter festgestellt wurde, der i. d. R. keine medizinische Ausbildung durchlaufen hat und auch nicht in der Lage ist, objektiv zu urteilen. Aus diesem Grund wird in vielen Fällen eine gutachterliche Stellungnahme eingeholt, die hilft, die Vorgaben der Krankenversicherung zu untermauern. Ein Gutachter sollte in diesen Fällen eigentlich eine neutrale bzw. objektive Position beziehen; die Realität zeigt aber regelmäßig ein ganz anderes Bild.

LÖSUNG: Sollen möglichst alle abgerechneten Positionen aus dem GebÜH oder der GoÄ durch den Leistungsträger anerkannt werden, muss etwas mehr Arbeit in die Diagnosestellung sowie die Begründung investiert werden. Denn gerade bei den auf den Liquidationen aufgeführten Diagnosen werden viele Fehler geschaffen. So werden z.B. immer wieder die konstitutionellen Merkmale einer Erkrankung bzw. nur die Symptome benannt, ohne die Krankheit selber zu benennen. Oder es werden sog. Pseudodiagnostische Teilbegriffe anstelle katalogisierter Standarddiagnosen aufgelistet.

SimpliMed verfügt über einen sehr umfangreichen Diagnosekatalog. Um eine einheitliche Basis in der Diagnosestellung zwischen Therapeut und Leistungsträger zu gewährleisten, sollten die Diagnosen mit Hilfe des international standardisierten ICD-10 Diag-

nosekatalogs formuliert werden. Der dort aufgeführte ICD-10 Code kann ein- oder ausgeschaltet werden. Darüber hinaus gibt es vorbereitete Diagnoseketten zu bestimmten Schwerpunktthemen. Wurden im SimpliMed die ICD-10 Katalogdiagnosen verwendet, so besteht die Möglichkeit, mit Hilfe des „Abrechnungsexperten“ die Gebührenpositionen ermitteln zu lassen, die zu den verwendeten Diagnosen erstattungsfähig sind.



4.3 Ist der Sachbearbeiter einer privaten Krankenversicherung oder Beihilfestelle in der Lage, aus den vom Patienten eingereichten Liquidationen Ihr Therapiekonzept zu erkennen?

Der einzelne Therapeut, sei es der niedergelassene Arzt oder Heilpraktiker, ist heute mehr denn je in der Pflicht, darzulegen, warum die von ihm durchgeführten therapeutischen Maßnahmen angewandt wurden. Insbesondere dann, wenn die Diagnosestellung mehrere Optionen zur Behandlung der Krankheit offen lässt und sich der Therapeut nicht für die günstigste aller Therapiemöglichkeiten entschieden hat, sollte zumindest offen gelegt werden, welche der abgerechneten Leistungen für welche der aufgeführten Diagnosen gebraucht wurde.

Das gilt vor allem dann, wenn mehrere Leistungspositionen an einem Behandlungstag in Rechnung gestellt wurden, was der Regel entspricht.

Auf diese Weise kann den jeweiligen Sachbearbeitern der privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen zumindest vermittelt werden, dass sich hinter den verwendeten Leistungspositionen ein Konzept verbirgt und diese Positionen nicht willkürlich abgerechnet wurden. Denn der Verdacht der sog. „Polypragmasie“, also das planlose Herumdoktern, ist in diesen Fällen immer gegeben. Dies gilt insbesondere dann, wenn die verwendeten Leistungspositionen von Behandlungstag zu Behandlungstag oder von Rechnung zu Rechnung variieren.

LÖSUNG: In SimpliMed ist es möglich, in der Abrechnung der verwendeten Leistungspositionen mit Hilfe eines Auswahlfeldes eine der in die Rechnung eingefügten Katalogdiagnosen zuzuordnen. SimpliMed merkt sich diese Zuordnung, so dass dieser Vorgang nur einmal vorzunehmen ist. Sollte eine dieser Katalogdiagnosen beim selben oder einem anderen Patienten auf die gleiche Leistungsposition treffen, so wird die Zuordnung automatisch vorgenommen.

Ziffer	Bezeichnung	A	Anz	Faktor	Einzel	Gesamt	Diagnose
2011 - Anzahl: 10 - Summe: 117,79							
1	Untersuchung, eingehende	<input checked="" type="checkbox"/>	1	1,00	12,50	12,50	Kopfschmerzen (R...
2	Reperforisation	<input checked="" type="checkbox"/>	1	1,00	35,00	35,00	Kopfschmerzen (R... Die Gesamtdauer der Reperforisation betrug über 30 Minuten und wurde außerhalb der Behandlungszeit durchgeführt
20.4	Teilmassage verschiedene Segmente und Areale (Rücken, Schulter, Arme oder Beine)	<input type="checkbox"/>	1	1,00	4,00	4,00	HWS-BWS-LWS-Sy...
20.7	Beweglichkeitstests und Krankengymnastische Behan... Bei der medikomechanischen Behandlung, werden sog. Übungsbehandlungen bzw. krankengymnastische Therapiemaßnahmen und Beweglichkeitstests durchgeführt.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	1,00	6,00	6,00	Iliosakralgelenklo...
34.1	Chiropraktische Behandlung (HWS, BWS, LWS oder IS...)	<input type="checkbox"/>	2	1,00	4,00	8,00	Iliosakralgelenklo...
35.2	Osteopathische Behandlung unterschiedlicher Segme...	<input type="checkbox"/>	2	1,00	21,00	42,00	Beckenschiefstand...
38.1	Energetische Wärmebehandlungen	<input type="checkbox"/>	1	1,00	3,00	3,00	Schulter-Nacken M...
25.2	Injektion intramuskulär	<input type="checkbox"/>	1	1,00	4,50	4,50	Dorsalgie (M54.99)
4312305	TraumeetIS 10 ST AMP	<input type="checkbox"/>	1	1,00	1,63	1,63	Dorsalgie (M54.99)
5559947	RheumaHevertInjekt 10x2 ML AMP	<input type="checkbox"/>	1	1,00	1,16	1,16	Myogelose (M82.89)

5. Halten die von Ihnen abgerechneten Leistungspositionen einer gutachterlichen Plausibilitätsprüfung stand?

Eine Plausibilitätsprüfung der ärztlichen Abrechnung mit der GoÄ gibt es schon sehr lange. Es kann vorkommen, dass dem Vertragsarzt ein scheinbar unbedeutendes Schreiben mit der Ankündigung einer Plausibilitätsprüfung zugeht. In diesem Fall sollten bei dem betroffenen Arzt / der betroffenen Ärztin alle Alarmglocken läuten. Kassenärztliche Vereinigungen sowie private Krankenversicherungen leiten gerade im Zusammenhang mit Plausibilitätsprüfungen zunehmend staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren gegen Ärzte ein, auch wenn nur der leiseste Verdacht auf eine fehlerhafte Abrechnung besteht. Auch die Beauftragung von Testpatienten sowie Privatdetektiven in ärztlichen- und Heilpraktiker Praxen sind heute leider keine Seltenheit mehr. Anlass für eingeleitete Ermittlungsverfahren könnte unter anderem sein:

- Verdeckte Arbeitsverhältnisse durch Scheingemeinschaftspraxis (bis 2006)
- Abrechnung von Leistungen durch nicht genehmigte Assistenten, Vertreter usw.
- Delegation von nicht delegationsfähigen Leistungen an dritte Personen
- Abrechnung nicht oder unvollständig erbrachter Leistungen durch GoÄ oder GebüH
- Übereinstimmung der dokumentierten Minutenzahl mit der Abrechnungsminutenzahl

Der letzte Punkt der Plausibilitätsprüfung, nämlich die Überprüfung der Minutenzahlen durch einen Gutachter, findet nun zunehmend auch in der Heilpraktiker Praxis statt.

Diese Überprüfung kann u. A. innerhalb einer juristischen Auseinandersetzung angeordnet, aber auch durch eine private Krankenversicherung oder Beihilfestelle in Auftrag gegeben werden. Werden die an einem Behandlungstag abgerechneten GoÄ oder GebüH Positionen in Minuten umgewandelt und diese anschließend aufsummiert, so wird diese Minutensumme mit der Behandlungszeit verglichen, die in den Krankenakten oder dem PC dokumentiert wurde. Weichen beide Zahlen zu stark voneinander ab, ist dies ebenfalls ein Grund für die Einleitung eines Strafverfahrens wegen vermuteten Abrechnungsbetrugs.

Folgende Tabelle zeigt einen Auszug der Behandlungszeiten in Minuten, die von einigen Gutachtern in Bezug auf das GebüH vorgegeben werden:

GebüH	Minuten	jeweils
1	30 Minuten	1x
2	30 Minuten	1x
14.8	5 Minuten	1x
20.1	20 Minuten	1x
20.4	15 Minuten	1x
20.2	5 Minuten	1x
20.7	30 Minuten	1x
25.8	30 Minuten	1x
33.1	1 Minute	1x
34.2	30 Minuten	1x
34.1	10 Minuten	1x
38.1	30 Minuten	1x
39.9	30 Minuten	1x
39.11	30 Minuten	1x

Diese Werte stammen aus der Auswertung einer Umfrage, an der in den 80er Jahren einige Heilpraktiker teilgenommen haben.

In dieser Umfrage wurden die Heilpraktiker gefragt, welchen Preis sie für die im Fragebogen aufgeführten Leistungen von einem Patienten verlangen. In diesem Fragebogen wurde eine **maximale** Behandlungszeit vorgegeben. So wurde zum Beispiel gefragt, welchen Preis der Heilpraktiker für einen maximal 30 Minuten dauernden chiropraktischen Eingriff verlangen würde. Dass dieser chiropraktische Eingriff aber auch nur 10 Minuten dauern könnte und dazu noch Teilmassagen und / oder Schröpfen durchgeführt werden können, wurde nicht abgefragt. Man kann also sagen, dass der Fragebogen ganz einfach unglücklich formuliert wurde, ohne die Konsequenzen zu berücksichtigen. Trotzdem wird dieser veraltete Fragebogen, der nach fast 30 Jahren keinerlei Bezug mehr zur heutigen Situation der Heilpraktikerpraxen aufweist, verwendet, um eine Plausibilitätsprüfung vorzunehmen.

Nicht nur vor dem Hintergrund, dass die Plausibilitätsprüfung also von maximalen Minutenzahlen ausgeht, sondern auch, dass das GebüH allgemein als veraltet gilt, stellt sich die Frage, warum die Heilpraktiker-Verbände nicht durch eine neue Umfrage ein neues, modernes Gebührenverzeichnis vorlegen. Denn auch das Bundesverwaltungsgericht stellte in seinem Urteil vom 12.11.2009 fest, dass die Begrenzungen des GebüH 85 im Rahmen der Beihilfeverordnung rechtswidrig sind. (BVerwG 2 C 61.08).

Selbst wenn alle Heilpraktiker-Verbände eine Einheit bilden und ein neues Gebührenverzeichnis entwickeln würden, würde dies schwere kartellrechtliche Konsequenzen haben. Denn das Bundeskartellamt ist seit geraumer Zeit der Meinung, dass dies eine nicht legitime **Preisabsprache** darstellen würde. Von Seiten der Entscheidungsträger oder der privaten Krankenversicherungen bzw. Beihilfestelle hat also nie-

mand ein vitales Interesse an einem neuen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker.

LÖSUNG: SimpliMed und die Privatabrechnung²⁴ sammeln Informationen unterschiedlicher Heilpraktiker Praxen über Art- und Umfang der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Diese Daten fließen in regelmäßigen Abständen in die zu aktualisierenden Gebührenkataloge des SimpliMed Programmes ein. Hieraus können sich bereits erste Anhaltspunkte darüber ergeben, wie viele Minuten von anderen Praxen für bestimmte Maßnahmen tatsächlich aufgewendet werden. Darüber hinaus liefern die Literatur und das Internet viele Beiträge, aus denen sich ebenfalls die tatsächlich aufgewendete Therapiezeit herleiten lässt.

Es verstößt zwar gegen kartellrechtliche Bestimmungen, ein neues Gebühren- oder Leistungsverzeichnis vorzugeben, Analogverzeichnisse wie das Hufeland-Verzeichnis sind davon aber nicht betroffen. SimpliMed beinhaltet aus diesem Grund mehrere Analogverzeichnisse, die es selbstverständlich auch dem Heilpraktiker erlauben, in angemessener Weise abzurechnen. Vielleicht nehmen die Leserinnen und Leser dieser Checkliste dieses ja zum Anlass, sich zusammenzuschließen und ein eigenes Analogverzeichnis ins Leben zu rufen. SimpliMed ist gerne bereit, die dazu notwendige Infrastruktur bereitzustellen.

6. Erfüllt die von Ihnen durchgeführte Dokumentation alle Kriterien der medizinischen Dokumentationspflicht?

Der Arzt oder Heilpraktiker ist gesetzlich dazu verpflichtet, den Behandlungsverlauf in den Krankenunterlagen zu dokumentieren. Diese Dokumentation muss alle notwendigen Informationen enthalten, um eine Folgebehandlung, sei es durch den gleichen Therapeuten oder durch einen Nachfolger, zu ermöglichen. Demgemäß sind in die Dokumentation aufzunehmen:

- Die Personalien des Patienten
- Die Anamnese, das heißt die Vorgeschichte des Patienten in Bezug auf seine Beschwerden
- Die Dauermedikation, Risikofaktoren, Dauertherapien, Operationen und Allergien
- Die Befunderhebung, das heißt die durchgeführten Untersuchungen und ihre Ergebnisse (z.B. Blutdruck, Körpertemperatur, Laborwerte, etc.)
- Die Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen
- Die veranlasste Therapie einschließlich therapeutischer Aufklärung (z.B.: Medikament mit Name und Dosierungsanweisung, Verhaltensanweisungen an den Patienten)
- Die Therapiezeit in Minuten
- Evtl. Unterlagen verabreichter Heilmittel, damit im Falle einer Komplikation der Beweis erbracht werden kann, dass das Präparat sein Verfallsdatum nicht überschritten hatte
- Bei manuellen Therapien die Benennung der behandelten Wirbelkörper, Gelenke und Areale
- Bei geräteabhängigen Therapien die Benennung des Therapiegerätes
- Warnhinweise an den Patienten sowie unvorhergesehene Zwischenfälle
- Einsatz von Blut und Blutprodukten (patienten- und produktbezogen) mit Chargennummern

Die Dokumentation im Sinne der nordrheinischen Berufsordnung ist nicht nur als Gedächtnisstütze für den Therapeuten zu verstehen, sondern erfüllt auch die Rechenschaftspflicht gegenüber dem Patienten, dem ein Einsichtsrecht zugestanden wird. Die Dokumentation ist auch eine zu erfüllende Pflicht gegenüber dem Leistungsträger. Das heißt, dass die Aufzeichnungen so umfangreich sein sollten, dass dem Leistungsträger eine Überprüfung der ordnungsgemäßen Leistungserbringung möglich ist (§§ 275, 295 SGB V).

Die Dokumentation ist vom Therapeuten selber **schriftlich** und zeitnah zum Ende eines jeden Behandlungsabschnitts vorzunehmen. Der Einsatz von elektronischen Speichermedien ist erlaubt. Die Dokumentation ist im Regelfall auf die Dauer von **zehn Jahren** nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Der Patient hat nach heute herrschender Auffassung ein uneingeschränktes Einsichtsrecht in die gesamten Krankenunterlagen. Nur bei psychischen Erkrankungen kann es ausnahmsweise aus therapeutischen Gründen gerechtfertigt sein, dem Patienten ein Einsichtsrecht zu verweigern.

Diese Dokumentation kann jederzeit von bestimmten Institutionen wie Amtsarzt, Staatsanwalt und Richter, aber auch von den Leistungsträgern wie privater Krankenversicherung oder Beihilfestelle angefordert werden. Liegt in so einem Fall keine oder nur eine unvollständige Dokumentation vor, kann dieses schwerwiegende, rechtliche Konsequenzen zur Folge haben. Bei einer unvollständigen oder fehlerhaften Dokumentation kann es dann in einem Haftpflichtprozess zwischen Patient und Therapeut zu einer Beweiserleichterung für den Patienten kommen.

Kommt es in der Naturheilpraxis sogar zu einem Zwischenfall, bei dem z.B. unerwartete Nebenwirkungen eine Schockreaktion beim Patienten auslösen und wird der Patient aufgrund dessen in ein Krankenhaus eingeliefert bzw. notärztlich versorgt, wird in den meisten Fällen auch ein Ermittlungsverfahren gegen den Therapeuten eingeleitet. In diesem Zusammenhang werden dann i.d.R. die gesamten Krankenunterlagen eingesehen oder gar beschlagnahmt. Die Aufbewahrungsfrist beträgt bis zu 10 Jahren (Strahlenbehandlung 30 Jahre § 43 Strahlenschutzverordnung).

Rechtsexperten empfehlen daher, die Dokumentationsunterlagen für einen erheblich längeren Zeitraum aufzubewahren, wenn es während der Behandlung zu Komplikationen kommt, für die der Therapeut haftbar gemacht werden könnte. In diesem Fall sollten die Unterlagen bis zum Ende der zivilrechtlichen Verjährungsfrist von 30 Jahren aufbewahrt werden. So sieht es auch die Rechtsprechung: z.B. das Urteil des Bundesgerichtshofes vom 7. Mai 1985 (Az.: VI ZR 224/83).

LÖSUNG! Werden die in SimpliMed angebotenen Module wie der elektronische Anamnesebogen, das Krankenblatt, die Abrechnung, der standardisierte Diagnose- und Heilmittelkatalog sowie der Terminkalender vollständig genutzt, wird der allergrößte Teil der Dokumentation völlig automatisch erstellt. Darüber hinaus ist es z.B. mit der Bildverwaltung möglich, Befundberichte, Bilder oder Heilmittelverpackungen einzuscannen. Das Krankenblatt bietet die Möglichkeit, die chronologische Verlaufsdokumentation vollständig oder für einen bestimmten Zeitraum auszugeben. Befund- und Verlaufsberichte, die z.B. von einer Krankenversicherung angefordert werden, können auf Basis der mitgelieferten Vorlagen völlig automatisch erstellt werden.

7. Erfüllt der von Ihnen verwendete Behandlungsvertrag bzw. die Einverständniserklärung alle gesetzlichen Vorgaben oder verstoßen diese gegebenenfalls gegen gesetzliche Bestimmungen?

Der Behandlungsvertrag ist eine Sonderform des Dienstvertrages. Er wird wie alle übrigen Verträge durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen abgeschlossen. Er kommt zustande, wenn ein Patient nach einem Termin fragt (auch telefonisch) und einen Termin zugeteilt bekommt und wenn der Patient die Praxis betritt und die Sprechstunde aufsucht

Die Problematik vieler Einverständniserklärungen ergibt sich daraus, dass diese von ihrer Art und ihrem Umfang her eher den allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) eines Unternehmens ähneln und somit teilweise oder vollständig als unwirksam anzusehen sind. Behandlungsverträge und Einverständniserklärungen sollten aus diesem Grund viel individueller auf den jeweiligen Patienten und seine Besonderheiten abgestimmt werden, als es bisher der Fall ist. Damit ist nicht die Individualisierung des Dokumentes mit Adresse und Geburtsdatum des Patienten gemeint, sondern ebenfalls Teile der Dokumentation, wie die erhobene Diagnose oder besondere Warnhinweise an den Patienten.

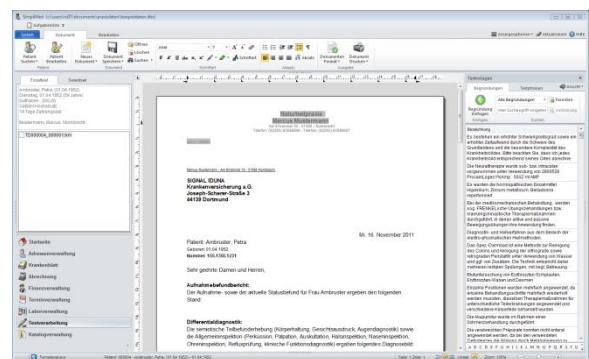
Denn nur auf diese Weise hält eine Einverständniserklärung auch juristischen Auseinandersetzungen stand, da durch den erhöhten Individualisierungsgrad dargelegt werden kann, dass es sich hier nicht nur um ein Schriftstück handelt, das dem Patienten kurz vorgelegt, sondern zusammen mit ihm sorgfältig vorbereitet und dann besprochen wurde.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der medizinischen **Aufklärungspflicht**, die in keinem Behandlungsvertrag bzw. Einverständniserklärung fehlen sollte. Immer dann, wenn z.B. invasive Maßnahmen wie Injektionen, Infusionen oder Neuraltherapie, aber auch Chiropraktik durchgeführt werden, bei denen es zu Komplikationen oder Zwischenfällen kommen kann, muss der Patient im Vorfeld auf jeden Fall auf Risiken und Nebenwirkungen hingewiesen werden. Folgende Punkte sollten in einer Einverständniserklärung enthalten sein:

- Die vollständige Adresse des Patienten, sein Geburtsdatum und ggf. ein abweichender Rechnungsempfänger oder Vormund sowie Informationen über seinen Leistungsträger.
- Die erhobenen Diagnosen oder die Diagnosen anderer Therapeuten, z.B. eines vorbehandelnden Arztes. Falls keine gesicherten- oder Verdachtsdiagnosen vorliegen, können auch Informationen aus der Anamnese des Patienten Verwendung finden.
- Hinweis darauf, dass die in der Liquidation enthaltenen Leistungspositionen seitens des Leistungsträgers einer individuellen Prüfung unterzogen werden, aus der sich eine Nichterstattung bzw. Kürzung aller oder einiger Positionen ergeben kann. Die Liquidation ist aber trotzdem in voller Höhe zu begleichen.
- Hinweis darauf, dass sich im Rahmen der individuellen Prüfung durch den Leistungsträger eine abweichende Meinung über die medizinische Notwendigkeit sowie der wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen ergeben kann.
- Hinweis darauf, dass die in den Liquidationen aufgeführten Leistungspositionen teilweise oder vollständig analog bewertet sind und dass diese entsprechend gekennzeichnet werden.

- Hinweis darauf, dass der Patient im ausreichenden Maße über die allgemeinen und speziellen Risiken und Nebenwirkungen der durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen hingewiesen wurde und diese auch verstanden hat.
- Falls gewünscht, Hinweis darüber, dass Termine nur innerhalb von 24 Stunden abgesagt werden können und bei Nichterscheinen ein entsprechender Versäumnisbetrag in Rechnung gestellt wird, der sich am Umfang der geplanten Therapieplanung orientiert.
- Falls benötigt, die Einwilligung zur Weitergabe von Daten zwecks Beratung, Abrechnung, Buchhaltung und Factoring durch eine dritte Person. Dies kann auch eine juristische Person, z.B. eine Firma sein.

LÖSUNG: Die in SimpliMed eingebaute Textverarbeitung kann auf Knopfdruck einen individualisierten Behandlungsvertrag bzw. Einverständniserklärung anfertigen, indem sie gespeicherte Informationen des Patienten, wie z.B. die Diagnose, mit vorgegebenen Textblöcken verbindet und ausdruckt.



7.1 Kommen Sie immer Ihrer Aufklärungspflicht nach und lassen diese vom Patienten bestätigen?

Der Therapeut hat eine umfassende Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten. Ohne Einwilligung des Patienten darf der Therapeut die Behandlung nicht vornehmen. Zum Umfang der Aufklärungspflicht hat sich eine umfangreiche Rechtsprechung entwickelt. Die Aufklärung hat grundsätzlich so zu erfolgen, dass der Patient in der Lage ist, eigenständig abzuwägen, ob er in die Behandlung einwilligt oder nicht. Der Patient muss rechtzeitig wissen, was medizinisch mit ihm, mit welchen Mitteln und mit welchen Risiken und Folgen geschehen soll.

Der Umfang der Aufklärung richtet sich insbesondere nach der Schwere und der Dringlichkeit des Eingriffs. Je dringlicher der Eingriff ist, desto geringere Anforderungen bestehen an der Informationspflicht.

Ein Überblick über die für die Lebensführung des Patienten wichtigen Informationen ist oftmals ausreichend. Dazu zählen: Art und Umfang der Behandlung, Risiken, Auswirkungen und Verhaltensanweisungen für die weitere Lebensführung. Über die in der Bevölkerung allgemein bekannten Risiken einer Behandlung (z.B. Risiko von Wundinfektionen usw.) muss nicht informiert werden.

Die Aufklärung gilt grundsätzlich für jede Behandlung und nicht nur bei schwerwiegenden Eingriffen, wie zum Beispiel einer Operation. Die Einwilligung des Patienten zu einer leichten ärztlichen Behandlung erfolgt im Allgemeinen formlos, dieses sollte aber im Rahmen der Dokumentation festgehalten werden. Darüber hinaus sollte dann im Behandlungsvertrag bzw. der Einverständniserklärung vom Patienten bestätigt werden, dass er über alle Risiken und Ne-

benwirkungen ausführlich aufgeklärt wurde und die ihm gegebenen Informationen auch verstanden hat. Besondere Risiken und Nebenwirkungen sollten dagegen namentlich vermerkt werden.

Der Patient kann bestimmen, dass statt seiner eine andere Person zu informieren ist oder eine Person seines Vertrauens zum Aufklärungsgespräch dazukommt. Diesen Personen steht dann - nach dem Willen des Patienten - ein Recht auf Auskunft über den Gesundheitszustand des Patienten zu. Ist der Patient zu einer solchen Willenserklärung nicht in der Lage, ist gegebenenfalls sein mutmaßlicher Wille zu ermitteln.

Die Aufklärungspflicht ist ebenso wie die Pflicht zur ordnungsgemäßen Behandlung eine Hauptpflicht aus dem Behandlungsvertrag und nicht nur eine Nebenpflicht (BGH v. 28.02.1984, NJW 1984, S. 1808). Der Therapeut ist verpflichtet, über die Aufklärung einen Nachweis zu führen. Im Zweifel hat der Therapeut nachzuweisen, dass er seiner Aufklärungspflicht nachgekommen ist. Der Patient wird daher in aller Regel vom Therapeuten dazu aufgefordert, ein entsprechendes Schriftstück über die ordnungsgemäß erfolgte Aufklärung zu unterschreiben.

Erfolgt keine Aufklärung oder wurde nur unzureichend aufgeklärt, kann sich der Therapeut darauf berufen, dass der Patient auch bei einer ordnungsgemäßen Aufklärung die Zustimmung zum Eingriff erteilt hätte. Aber auch hier gilt: Der Therapeut hat die Beweislast. Allgemein wird unterschieden zwischen der "therapeutischen Aufklärung" (therapeutische Beratungs- und Hinweispflichten des Arztes) und der Eingriffs- und Risikoaufklärung, die als grundlegende Voraussetzung für die Einholung der Einwilligung des Patienten gilt. Man unterscheidet daher verschiedene Arten der Aufklärung:

- Selbstbestimmungsaufklärung: Der Patient kann sein Selbstbestimmungsrecht nur wirksam ausüben, wenn er die Tragweite des Eingriffs verstanden hat.
- Therapeutische Aufklärung (Sicherungsaufklärung): Der Therapeut hat den Patienten auf bestimmte Folgen oder Risiken der Therapie und Verhaltensmaßregeln hinzuweisen. Beispiel: Striktes Einhalten einer Diät, Vermeidung der Führung eines Kfz. usw.
- Diagnoseaufklärung: Information über den medizinischen Befund. Der Therapeut hat wahrheitsgemäß zu informieren.
- Verlaufsaufklärung: Der Therapeut hat den Patienten über die vorgesehene Behandlung nach Art, Umfang und Durchführung „im groben“ zu informieren. Ein geplanter Eingriff braucht nicht im Detail erläutert werden. Es ist auch über den voraussichtlichen Verlauf der Krankheit bzw. des Eingriffs zu informieren. Beispiel: Zurückbleiben sichtbarer Narben.
- Risikoaufklärung: Der Patient ist über Risiken und mögliche Komplikationen - unabhängig von der Eintrittswahrscheinlichkeit - aufzuklären. Als Faustregel gilt: Je dringender die medizinische Indikation ist, desto geringer ist die Aufklärungspflicht.

Bei minderjährigen Personen sind die sorgeberechtigten Eltern aufzuklären. Bei schwerwiegenden Eingriffen soll die Einwilligung aller Sorgeberechtigten, also in der Regel Vater und Mutter, eingeholt werden. Der Patient soll die Tragweite der vorgesehenen Behandlung erfassen können.

Der Patient muss daher einsichtsfähig und einwilligungsfähig sein. Die Einsichtsfähigkeit in die Tragweite eines Eingriffes kann im Einzelfall schon bei einem Patienten vorhanden sein, der das 14. Lebensjahr vollendet hat.

Beispiel zur Aufklärungspflicht bei Krebspatienten: Dem Patienten wird eine praktisch nicht mehr vorhandene Heilungschance in Aussicht gestellt. Bei einer derart mangelhaften Aufklärung ist davon auszugehen, dass der Patient bei einer objektiven und wahrheitsgemäßen Information von einer weiteren Behandlung abgesehen hätte. Diese Vermutung kann nicht mit dem Hinweis ausgeräumt werden, dass ein so genannter „austherapierter“ Patient jede denkbare Chance für eine Heilung ergriffen hätte (Urteil des OLG Hamm vom 14.03.2001).

Therapien und Behandlungen, deren Wirksamkeit und Sicherheit wissenschaftlich noch nicht abgesichert sind, werden allgemein als Versuchsbehandlungen bezeichnet. Insbesondere klinische Prüfungen werden von Ethikkommissionen begutachtet. Bei einer vorgesehenen Teilnahme an Versuchsbehandlungen muss umfassend und vollständig informiert werden. Hier reicht eine Information „im Großen und Ganzen“ nicht aus. Stattdessen sind bei Versuchsbehandlungen die Durchführungsbedingungen, Nutzen, Risiken und Behandlungsalternativen aufzuzeigen.