

Anfragen von gesetzlichen Krankenkassen

Wann Praxen berechtigt sind, die Auskunft zu verweigern



1. Anfragen von gesetzlichen Krankenkassen	4
2. Vereinbarte Vordrucke	4
3. Formlose Anfragen/nicht vereinbarte Vordrucke	5
4. Anfragen im Zusammenhang mit Berufskrankheiten	5
5. Unzulässige Anforderung durch die Krankenkassen/ Verweisung auf die Zuständigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)	5
6. Zulässige Anforderungen durch die Krankenkassen für die Begutachtung durch den MDK	5
7. Eintragungen in Bonushefte	6
8. Auskunftspflichten aus Sonderverträgen	6
9. Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden an die Krankenkassen	6
10. Musterbriefe an die gesetzliche Krankenkasse	6

Hinweis:

Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ärztinnen und Ärzte sollen zunehmend Anfragen von gesetzlichen Krankenkassen beantworten beziehungsweise deren Vordrucke ausfüllen. Diese Arbeiten sind in der Regel mit erheblichem Verwaltungsaufwand – einschließlich umfangreicher Recherchen – sowie Kosten, zum Beispiel für Kopien verbunden.

Die Sinnhaftigkeit mancher Anfrage ist nicht zu erkennen. Auch erscheint zweifelhaft, ob der Arzt berechtigt oder gar verpflichtet ist, die Anfrage zu beantworten (Stichwort: Schweigepflicht). Die Honorierung der Antworten ist häufig ebenfalls ungeklärt.

Gerade in Zeiten einer restriktiven Honorarpolitik der gesetzlichen Krankenkassen ist es nicht hinnehmbar, dass wir Ärzte zunehmend mit von den gesetzlichen Krankenkassen verursachten nicht honorierten Verwaltungsaufgaben belastet werden.

Als Hilfestellung, wie und wann Sie dieser Bürokratie entgegenreten können, haben wir die anliegende Kurzbroschüre erstellt. Zum Inhalt gehören auch zwei Musterbriefe an die gesetzliche Krankenkasse, falls die Anfrage einer gesetzlichen Grundlage entbehrt.

Mit kollegialen Grüßen



Dr. med. Krombholz
Vorsitzender des Vorstands der KVB

1. Anfragen von gesetzlichen Krankenkassen

Die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossenen Bundesmantelverträge (BMV) einschließlich der Vordruckvereinbarungen regeln ergänzend zu den gesetzlichen Grundlagen die Modalitäten zur Auskunfts-erlaubnis und -verpflichtung gegenüber Krankenkassen und anderen.

Danach ist der Vertragsarzt grundsätzlich berechtigt und verpflichtet, den Krankenkassen für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben Auskünfte zu erteilen sowie Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten zu erstellen (siehe Paragraf 36 Absatz 1 BMV-Ä, Paragraf 6 Absatz 3 Ersatzkassenvertrag EKV).

2. Vereinbarte Vordrucke

Für Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten des Vertragsarztes an die Krankenkassen sind Vordrucke vereinbart und zu verwenden. Anfragen der Krankenkassen auf vereinbarten Vordrucken müssen vom Vertragsarzt beantwortet werden. Vereinbarte Vordrucke sind an dem Aufdruck „Muster xy“ erkennbar. Werden auf einem vereinbarten Vordruck zusätzliche Fragen gestellt oder Fragen geändert, entspricht der zusätzliche beziehungsweise der geänderte Teil nicht mehr der Vordruckvereinbarung. Die Beantwortung der zusätzlichen beziehungsweise geänderten Fragen kann vom Vertragsarzt abgelehnt werden (siehe hierzu Punkt 3).

Die jeweilige Vergütung erfolgt nach den Leistungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Die entsprechenden Leistungspositionen sind von der anfragenden Krankenkasse auf den dazugehörigen Vordrucken angegeben. Für kurze Auskünfte und Bescheinigungen, die weder einen besonderen Arbeitsaufwand noch gutachterliche Feststellungen erfordern, ist die Vergütung der Auskunft im Honorar der ärztlichen Leistung enthalten. Daher fehlt auf den vereinbarten Vordrucken auch die Angabe der abrechenbaren Leistungsposition. Leider gibt es keine vertraglich festgelegte Definition, was unter „kurz“ zu verstehen ist. Nach unserem Verständnis darf eine kurze Bescheinigung nur wenige Fragen umfassen, die mit nur geringem administrativem Aufwand (zum Beispiel Ankreuzen) in der Praxis beantwortet werden können (beispielsweise Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Verordnungen von häuslicher Krankenpflege, ärztliche Bescheinigung zur Erlangung von Krankengeld). Werden lediglich Ablichtungen von Befundberichten oder anderen Patientenunterlagen übersandt, kann der Vertragsarzt nur Auslagenersatz (Porto-/Kopierkosten) verlangen.

Die Vordruckvereinbarungen und -erläuterungen sind auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de in der Rubrik Rechtsquellen/ Bundesmantelverträge eingestellt. Eine Übersicht über die vereinbarten Vordrucke finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Formulare.

Die folgende Übersicht enthält die nach den Gebührenordnungsnummern des EBM abrechenbaren vereinbarten Vordrucke:

GOP nach EBM	Nummer Vordruckmuster	Beschreibung
01610	55	Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze zur Feststellung einer schweren chronischen Erkrankung
01611	61	Verordnung von medizinischer Rehabilitation
01612	22	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie
01620	41	Bericht des behandelnden Arztes an die Ersatzkasse
	50	Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse
01621	11	Bericht für den Medizinischen Dienst
	53	Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten
	56	Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport und Funktionstraining
01622	20	Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
	51	Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers
	52	Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit
01623	25	Kurvorschlag des Arztes

Tabelle 1

3. Formlose Anfragen/ nicht vereinbarte Vordrucke

Werden von den Krankenkassen darüber hinaus gehend auf nicht vereinbarten Vordrucken Anfragen gestellt oder werden auf einem vereinbarten Vordruck zusätzliche Fragen gestellt oder Fragen geändert, können diese von den Vertragsärzten entweder unbeantwortet an die Krankenkassen zurückgesandt oder nach vorheriger Einholung einer Kostenübernahmeerklärung (siehe Punkt 10, Musterbrief 1, Seite 6) der Krankenkasse privat liquidiert werden. Im letzteren Fall muss der Patient sein Einverständnis in die Auskunftserteilung erklärt haben.

4. Anfragen im Zusammenhang mit Berufskrankheiten

Kassenanfragen zur Ermittlung ihres Ersatzanspruchs gegenüber einem Unfallversicherungsträger bei rückwirkender Anerkennung einer Berufskrankheit sind grundsätzlich nicht vereinbarte Vordrucke (siehe Ausführungen unter Punkt 3).

5. Unzulässige Anforderung durch die Krankenkassen/Verweisung auf die Zuständigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Krankenkassen fordern von Vertragsärzten häufig Informationen

- hinsichtlich der Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung,
- zur Einleitung von Rehabilitationsleistungen,
- in bestimmten Fällen bei Arbeitsunfähigkeit.

Für eine direkte Anforderung der genannten Unterlagen durch die Krankenkassen für deren eigene Aufgaben mangelt es an einer Rechtsgrundlage. **Der Vertragsarzt muss folglich die Aushändigung der Unterlagen verweigern.**

Liegt keine Einwilligung des Patienten vor, muss der Vertragsarzt die Krankenkassen darauf hinweisen, dass eine Auskunftspflicht zu diesen Fragen gegenüber dem MDK nur aufgrund sei-

ner gesetzlichen Zuständigkeit besteht (siehe Punkt 10, Musterbrief 2, Seite 8).

6. Zulässige Anforderungen durch die Krankenkassen für die Begutachtung durch den MDK

Eine Ausnahme gilt dann, wenn die Krankenkasse in dem Anschreiben den Grund für die Begutachtung durch den MDK nennt und einen bereits vollständig ausgefüllten Weiterleitungsbogen, der unter anderem die Anschrift des MDK, eine Vorgangsnummer und die Daten des Patienten enthält, zusendet.

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben dafür das seit 1. Januar 2017 geltende neue Muster 86 („Weiterleitungsbogen“) vereinbart (siehe Punkt 10, Seite 6). Dieser Weiterleitungsbogen dient sowohl der korrekten Adressierung an den zuständigen MDK als auch der internen automatisierten Zuordnung der übermittelten Unterlagen zum Versicherten beim MDK, sodass die eingehenden Befunde und ärztlichen Unterlagen korrekt zugeordnet werden können. Der Vertragsarzt fügt dem Weiterleitungsbogen lediglich die angeforderten Unterlagen in Kopie bei und schickt diese direkt an den MDK und nicht mehr – wie bisher – in einem separaten Umschlag an die Krankenkasse. Für den Versand der Unterlagen an den MDK stellt die Krankenkasse dem Vertragsarzt auch weiterhin einen Freiumschlag zur Verfügung, ab 1. April 2017 jedoch verbindlich im Format C5.

Bitte beachten Sie: Für den Versand von Unterlagen an den MDK ist der vorausgefüllte Weiterleitungsbogen verbindlich, es sei denn, die Anforderung erfolgt direkt durch den MDK oder die notwendigen Informationen für eine korrekte Adressierung und Zuordnung liegen anderweitig vor. Ein Versand der Unterlagen an den MDK ohne Vorlage dieser Informationen ist vor allem mit Blick auf den Datenschutz nicht zulässig. Liegen beim Arzt weitere für die Beurteilung durch den MDK relevante Informationen oder Besonderheiten vor, können diese formlos den Unterlagen für den Gutachter beigelegt werden.

7. Eintragungen in Bonushefte

Nach dem seit 1. Oktober 2013 geltenden Bundesmantelvertrag gehört das Abstempeln von Bonusheften nicht generell zu den Aufgaben des Vertragsarztes. Nur wenn Durchführung und Dokumentation einer Leistung, wie dem Check-up 35, im selben Quartal erfolgen, muss der Arzt den Eintrag ohne gesonderte Vergütung vornehmen. In allen anderen Fällen stellt der Eintrag keine vertragsärztliche Leistung dar, und der Arzt darf das Ausfüllen des Bonusheftes dem Patienten in Rechnung stellen.

Bescheinigungen im Bonusheft für aktuell durchgeführte Präventionsleistungen/Impfungen durch einfaches Ankreuzen mit Stempel und Unterschrift des Arztes sind nicht gesondert honorierungsfähig.

Wenn rückwirkende Bestätigungen verlangt werden, die einen Rechercheaufwand auslösen und über das übliche Maß hinausgehen, können diese allerdings gegenüber den Versicherten privat liquidiert werden.

8. Auskunftspflichten aus Sonderverträgen

Die sich für die Vertragsärzte aus den verschiedenen Sonderverträgen (zum Beispiel DMP, hausarztzentrierte Versorgung, integrierte Versorgung) ergebenden Auskunftspflichten sind den jeweiligen Verträgen zu entnehmen.

9. Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden an die Krankenkassen

Gemäß Paragraf 294a SGB V sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie Krankenhäuser verpflichtet, bei Vorliegen von Anhaltspunkten, dass Versicherte sich eine Krankheit vorsätzlich oder bei von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen.

10. Musterbriefe an die gesetzliche Krankenkasse

- Muster 1 (Anlage): Schreiben an die Krankenkasse
- Muster 2 (Anlage): Schreiben an die Krankenkasse bei Anforderung von Befunden, Arztberichten und Krankenhausentlassungsberichten für die Krankenkasse selbst
- Muster 86 (Anlage): „Weiterleitungsbogen“

Muster 1

Anschrift Krankenkasse

Anschrift Arzt

Nicht vereinbartes Formular

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben eine Anfrage an mich gestellt, die nicht der Vordruckvereinbarung entspricht.

Die begehrte Auskunft kann ich Ihnen nur erteilen, wenn mir der Patient sein diesbezügliches Einverständnis erklärt.

Zudem würde für meine Auskunft ein Honorar in Höhe von _____ Euro fällig.

Bitte teilen Sie mir mit, ob Sie die Auskunft unter dieser Voraussetzung wünschen.

Freundliche Grüße

Anlage



Muster 2

Anschrift Krankenkasse

Anschrift Arzt

Ihr Schreiben vom

mit oben genanntem Schreiben fordern Sie detaillierte

- Behandlungsdaten
- Befundberichte
- Krankenhausentlassungsberichte

über den Patienten _____ an.

Nach Rechtsauffassung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz (siehe 19. Tätigkeitsbericht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz vom 7. Mai 2003) sind Krankenkassen nicht berechtigt, Detailberichte zu Kranken- und Behandlungsdaten für sich selbst anzufordern. Dies gilt auch, wenn der betroffene Patient zugestimmt hat, weil dadurch eindeutige gesetzliche Regelungen unterlaufen würden.

Auskunfts berechtigt ist nach dem Gesetz nur der MDK. Aus diesem Grund darf ich Ihnen die erbetene Auskunft nicht erteilen.

Bitte suchen Sie gegebenenfalls den Weg über den MDK.

Freundliche Grüße

Anlage

Weiterleitungsbogen für angeforderte Befunde an den MDK

86

Hinweis an den Arzt: Bitte verwenden Sie den Weiterleitungsbogen als erste Seite im Briefumschlag für Ihre Antwort!



Aktenzeichen Mitteilungsmanagement (MiMa)

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Leistungsbereich

Ansprechpartner Krankenkasse

Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übermitteln wir Ihnen die für den Versicherten von der Krankenkasse angeforderten Befunde in Kopie.

Daten des Versicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ Ort

KV-Nummer

Aktenzeichen Krankenkasse

Daten des Arztes/Leistungserbringers

Name, Vorname / Firma

Straße

PLZ Ort

Arzt-Nummer (LANR)

IK des Leistungserbringers

Anforderungsdatum

Impressum

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39
80687 München

www.kvb.de

Redaktion

Referat
Vertragspolitik & Arzneimittel
Mitgliederservice und Beratung

Grafik und Layout:

Stabsstelle Kommunikation

Bilder:

iStockphoto.com (Titelseite)

Stand:

Februar 2017