

Um Antwort wird gebeten

Leitfaden zum richtigen Umgang mit Anfragen
von Krankenkassen und anderen Einrichtungen



Alles Gute.

KVBW

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

rund um die Behandlung der Patienten werden viele Fragen aufgeworfen. So treten neben den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) unter anderem auch die Agentur für Arbeit oder Versicherungen an Sie heran: Sie sollen Fragen beantworten, Vordrucke ausfüllen, Gutachten erstellen und Auskünfte aller Art erteilen. Das kostet Zeit und wirft oft Fragen auf: Was darf beantwortet werden und wo gerate ich als Arzt mit der Schweigepflicht in Konflikt? Wann muss der Patient sein Einverständnis für die Weitergabe seiner Daten geben? Wie verhält es sich mit den Regelungen zum Datenschutz? Muss ich als Vertragsarzt all diese Vordrucke ausfüllen und mitunter sogar Kopien erstellen und welche Vergütung gibt es hierfür?

Um es vorneweg zu sagen: Krankenkassen und MDK dürfen vieles abfragen, aber einen Blankoscheck besitzen sie nicht. In einigen Punkten sind Sie als Vertragsarzt gesetzlich zur Auskunft verpflichtet, in anderen dürfen, ja müssen Sie Angaben sogar verweigern, um sich nicht strafbar zu machen. Rund um die Vordrucke wie auch zu den Vergütungen existieren konkrete Vorgaben.

Abnehmen können wir Ihnen die Beantwortung der Anfragen nicht. Aber wir können Ihnen die Regeln, die für alle Beteiligten gelten, transparent machen. Mit der vorliegenden Broschüre hoffen wir, Ihnen die Arbeit im Umgang mit der Beantwortung von Anfragen zu erleichtern, um den Zeitaufwand hierbei auf das Notwendige zu beschränken. Wenn Sie darüber hinaus Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) gerne zur Verfügung.

Mit kollegialen Grüßen Ihr



Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer
Vorsitzender des Vorstandes der KVBW

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort

1. Ärztliche Schweigepflicht	5
2. Gesetzliche Auskunftspflicht/Erlaubnis	6
3. Vertragliche Auskunftspflicht	7
3.1 Auskünfte auf vereinbarten Vordrucken	7
3.2 Übermittlung von Vordrucken per Fax	9
3.3 Blankoformularbedruckung	10
3.4 Auskünfte auf nicht vereinbarten Vordrucken	10
3.5 Unzulässige Anforderung der Krankenkassen/ Verweis auf die Zuständigkeit des MDK	13
3.6 Anfragen der Krankenkassen zur Unterstützung eines Versicherten bei Behandlungsfehlern	16
4. Auskünfte an den MDK	17
4.1 Allgemeine Bestimmungen	17
4.2 Krankenhausentlassungsberichte/Fremdbefunde	19
4.3 Auskünfte im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit	20
4.4 Informationsweg	20
5. Vergütung für Auskünfte an die Krankenkassen und den MDK	21
6. Anfragen von Sozialämtern	23
6.1 Sozialhilferecht	23
6.2 Auskünfte auf nicht vereinbarten Vordrucken	23
6.3 Vergütung	23
7. Anfragen von Rentenversicherungsträgern	24
7.1 Auskunft mit Einwilligung des Patienten	24
7.2 Vergütung	24
8. Anfragen der Agenturen für Arbeit	26
9. Anfragen von Gesundheitsämtern	27

10. Anfragen von Unfallversicherungsträgern.....	27
11. Anfragen von Versorgungsämtern.....	29
12. Anfragen von Gerichten	30
13. Anfragen von Patienten oder deren Anwälten	31
13.1 Einsichtsrecht in Krankenunterlagen.....	31
13.2 Anfragen von Rechtsanwälten für Patienten	31
13.3 Anfragen von Patienten zu Behandlungskosten.....	32
14. Anfragen von Arbeitgebern	33
15. Anfragen von privaten Versicherungsgesellschaften und privaten Krankenversicherungsunternehmen	34
16. Anhang.....	35
I. Übersicht über die anfragende Stellen	35
II. Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG.....	37
III. Verzeichnis der wichtigsten Vordrucke	38
Vordruckmuster 11: Bericht für den Medizinischen Dienst.....	39
Vordruckmuster 20: Wiedereingliederungsplan.....	40
Vordruckmuster 25: Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V	41
Vordruckmuster 41: Bericht des behandelnden Arztes	42
Vordruckmuster 51: Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers.....	43
Vordruckmuster 52: Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit.....	45
Vordruckmuster 53: Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten.....	47
Vordruckmuster 61: Verordnung von medizinischer Rehabilitation	49

1. ÄRZTLICHE SCHWEIGEPLICHT

Jedem Arzt ist bewusst, dass er dem sogenannten Grundsatz der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt. Er kommt berufsbedingt mit Daten von Personen in Kontakt, die im innersten Kreis der Privatsphäre anzusiedeln sind – den Gesundheitsdaten seiner Patienten. Doch die ärztliche Schweigepflicht ist nicht nur Berufsethos. Sie steht unter gesetzlichem Schutz. Dieser ist geregelt in § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB, Verletzung von Privatgeheimnissen.

Die Verletzung sogenannter Privatgeheimnisse (das sind insbesondere auch die zum persönlichen Lebensbereich gehörenden Geheimnisse betreffend die eigene Gesundheit) durch einen Arzt wird in § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB unter Strafe

gestellt. Der Arzt kann für einen Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht mit einer Geldstrafe oder sogar mit Freiheitsentzug bis zu einem Jahr belangt werden.

Die ärztliche Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch gegenüber Sozialleistungsträgern, d.h. gegenüber gesetzlichen Krankenkassen, dem MDK oder den Berufsgenossenschaften.

Persönliche Daten dürfen deshalb auch gegenüber Sozialleistungsträgern nur bei gesetzlicher Erlaubnis, gesetzlicher Verpflichtung oder mit Einverständnis des Patienten weitergegeben werden.

2. GESETZLICHE AUSKUNFTSPFLICHT/ERLAUBNIS

Persönliche Daten dürfen prinzipiell nur weitergereicht werden, wenn eine gesetzliche Erlaubnis bzw. Verpflichtung vorliegt. Für den Vertragsarzt wurde eine solche Verpflichtung im Rahmen des Fünften Sozialgesetzbuches geschaffen (§ 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V, §§ 294 ff SGB V). Danach ist der niedergelassene Vertragsarzt berechtigt und auch verpflichtet, ärztliche Bescheinigungen und Berichte zu erstellen, welche die Krankenkasse oder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Der Vertragsarzt muss die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzeichnen und den Krankenkassen mitteilen.

Aufgrund der bestehenden gesetzlichen Regelungen entfällt dabei die Pflicht zur individuellen Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch den betreffenden Patienten. Das heißt: Kommt ein Arzt seiner gesetzlichen Auskunftspflicht durch Weiterleitung von Unterlagen an den MDK nach, die dieser zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben benötigt, muss er dazu keine

gesonderte Einwilligungserklärung des Patienten einholen. Gleiches gilt auch für gesetzlich vorgeschriebene Auskünfte an Krankenkassen.

Zu beachten ist, dass in Ausnahmefällen gem. § 294a SGB V (z. B. bei Arbeitsunfällen oder selbstverschuldeter Behandlungsnotwendigkeit) eine unmittelbare Offenbarungspflicht auch ohne Einwilligung des Patienten besteht.

Sofern die Auskunftserteilung an Leistungsträger nicht gesetzlich zugelassen ist, kann diese nur nach einzelfallbezogener Einwilligung des betroffenen Patienten erfolgen (vgl. § 100 Abs. 1 Nr. 2 SGB X). Der Betroffene ist darüber zu informieren, weshalb im konkreten Fall seine patientenbezogenen Daten weiterzugeben sind. **Die Einwilligung muss dem Arzt grundsätzlich schriftlich vorliegen.**

Auch zwischen verschiedenen Leistungserbringern (z. B. dem Hausarzt und einem Facharzt) ist der Austausch von Behandlungsdaten und Befunden eines Patienten nur mit dessen schriftlicher Einwilligung zulässig, die widerrufen werden kann (§ 73 Abs. 1b SGB V). Gleiches gilt selbstverständlich auch für Auskünfte Dritten gegenüber, die keine Leistungsträger oder Leistungserbringer sind.

Fazit:

Der Vertragsarzt muss in bestimmten Fällen Bescheinigungen und Berichte an die Krankenkasse bzw. den MDK weiterleiten. Eine Verpflichtung besteht jedoch nur insoweit, wie die Krankenkassen bzw. der MDK diese Unterlagen zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. Eine Einwilligungserklärung des Patienten ist dabei nicht erforderlich.

3. VERTRAGLICHE AUSKUNFTSPFLICHT

Die gesetzlichen Vorschriften zur Auskunftspflicht des Arztes im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch vertragliche Regelungen ausgestaltet: Nach den Bestimmungen der Bundesmantelverträge (insbesondere § 36 BMV-Ä bzw. § 18 EKV) ist der niedergelassene

Vertragsarzt berechtigt und verpflichtet, die zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen schriftlichen Informationen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten) an die Krankenkassen zu übermitteln.

3.1 Auskünfte auf vereinbarten Vordrucken

Für Auskünfte des Arztes an die Krankenkassen bzw. den MDK wurden Vordrucke vereinbart. **Nur diese Vordrucke dürfen auch verwendet werden.** Die Regelungen hierzu finden sich in der Vordruckvereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen.¹ Darin ist auch die jeweilige Honorierung für den Arzt geregelt. Auf den vereinbarten Vordrucken sind die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) jeweils angegeben.² Zu beachten ist hier-

bei, dass die Gebührenordnungspositionen 01420 bis 01424 und 01610 sowie 01612 von Haus- und Kinderärzten nicht berechnet werden können, sondern mit Abrechnung der Versichertenpauschale bereits abgegolten sind.

Die wichtigsten Vordrucke mit Hinweis auf die jeweils abrechnungsfähige Gebührenordnungsposition finden Sie im Anhang auf den Seiten 40-52.

¹ Die Vordruckvereinbarung ist Anlage 2 zu BMV-Ä/ EKV.

² siehe Musterübersicht auf Seite 38

Beispiele:

- Für das Ausfüllen des Musters 52 der Vordruckvereinbarung „Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit“ kann die GOP 01622 des EBM abgerechnet werden (siehe Seite 45). Diese Position muss auf dem Vordruck angegeben sein. Gleiches gilt für das Vordruckmuster 20 (a-d) „Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)“. Auch hierfür kann die GOP 01622 angesetzt werden (siehe Seite 40).
- Die Anfrage einer Krankenkasse zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten nach Muster 53 wird über die GOP 01621 des EBM abgegolten (siehe Seite 47).
- Für Ablichtungen von Befundberichten oder Briefen an den Hausarzt nach § 73 Abs. 1 b SGB V kann der Vertragsarzt die GOP 01602 abrechnen. Voraussetzung ist, dass es sich um eine Mehrfertigung handelt, also ein Bericht oder Brief an einen anderen Arzt bereits erfolgt ist.
- Kurze Bescheinigungen und Auskünfte auf konkrete Veranlassung des Kostenträgers oder das Ausstellen der Vordrucke Muster 41 und 50 sind mit GOP 01620 anzusetzen.

Bescheinigungen hingegen, die gemäß der Vordruckvereinbarung keinen entsprechenden Aufdruck einer abrechnungsfähigen GOP enthalten, jedoch im Rahmen vertragsärztlicher Pflichten ohne konkrete Nachfrage des Kostenträgers erstellt werden, sind ohne besonderes Honorar, gegebenenfalls gegen Erstattung von Aus-

lagen, auszustellen (§ 36 Abs. 2 BMV-Ä, § 6 Abs. 3 Satz 2 EKV).

Beispiel:

Für das Ausfüllen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1a-1c) oder des Vordruckmusters 2 „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ kann kein gesondertes Honorar berechnet werden.

Achtung:

Beim Ausfüllen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sind die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien zu beachten. Der Vertragsarzt muss den Krankenkassen auf Anforderung weitere Informationen in der Regel innerhalb von drei Werktagen auf den vereinbarten Vordrucken zusenden. Allerdings sind derartige Anfragen seitens der Krankenkassen in der Regel frühestens nach einer kumulativen Zeitdauer der Arbeitsunfähigkeit von 21 Tagen zulässig (§ 4 Abs. 3 AU-Richtlinien).

Fazit:

Achten Sie darauf, dass die Anfrage der Krankenkasse oder des MDK auf einem vereinbarten Vordruck erfolgt. Auf diesem Vordruck muss in der Regel die berechnungsfähige Position des EBM angegeben sein. Der Vertragsarzt darf – sofern solche für den in Frage stehenden Sachverhalt existieren – nur vereinbarte Vordrucke verwenden.

3.2 Übermittlung von Vordrucken per Fax

Es gibt einzelne Vordruckmuster, die von den Krankenkassen auch per Fax an die Praxen übermittelt werden dürfen (vgl. abschließende Aufzählung in den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung, Allgemeines, Ziff. 10). In diesen Fällen kann die Rückantwort durch die Vertragsärzte unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen ebenfalls als Telefaxsendung erfolgen, d. h. es muss durch ein vorheriges Telefonat sichergestellt sein, dass beim Empfangsgerät nur der Auskunftsberechtigte Einsicht nehmen kann. Es handelt sich dabei um die Kassenanfragen nach folgenden Vordruckmustern (siehe auch Seite 42ff.):

Bei diesen Anfragen sind die Krankenkassen verpflichtet, dem Vordruck einen Freiumschlag beizulegen. Diese Handhabung hat sich aber durch die Übermittlung per Fax weitgehend überholt.

Achtung:

- Bei allen anderen Vordruckmustern ist die Übermittlung per Fax aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich.
- Von einer Übermittlung per E-Mail sollte aus Datenschutzgründen Abstand genommen werden.

- Muster 41:
Arztanfrage – nur Ersatzkassen
- Muster 50:
Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse
- Muster 51:
Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers
- Muster 52:
Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit
- Muster 53:
Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten

3.3 Blankoformularbedruckung

Mit Ausnahme des Vordrucks 5 „Abrechnungsschein für ambulante/ belegärztliche Behandlung“ sind alle vereinbarten Vordrucke in das Verfahren der Blankoformularbedruckung eingebunden. Es gelten die hierfür vereinbarten Regeln (vgl. Anlage 2a zu den BMV-Ä/ EKV). Die Anwen-

dung dieses Verfahrens ist den Ärzten freigestellt. Es müssen die in der Anlage 2a gesondert beschriebenen technischen und material-technischen Voraussetzungen erfüllt sein (z. B. Sicherheitspapier mit konkreten Spezifikationen).

3.4 Auskünfte auf nicht vereinbarten Vordrucken

Nur in Ausnahmefällen dürfen Krankenkassen Auskünfte formlos anfordern (wenn vereinbarte Vordrucke zur Klärung der Sachverhalte nicht zur Verfügung stehen, Ziff. 1.2.3 der Vordruckvereinbarung). Werden nicht vereinbarte Vordrucke verwendet, müssen die Krankenkassen die Rechtsgrundlage für den Auskunftsanspruch angeben und im Einzelfall nachweisen, warum sie die Auskunft benötigen (§ 36 Abs. 1 Satz 2 BMV-Ä, § 18 Abs. 1 Satz 2 EKV). Fehlt dieser Hinweis, ist der Vertragsarzt nicht verpflichtet, die Anfrage zu beantworten.

Gleiches gilt, wenn die Anfrage der Kasse über eine kurze Bescheinigung oder Auskunft hinausgeht, ohne dass dabei ein vereinbarter Vordruck nach der Vordruckvereinbarung verwendet wird. Bei solchen Fällen besteht auch dann keine Auskunftspflicht, wenn bei der schriftlichen Anforderung eine Abrechnungsposition des EBM angegeben ist.

Bei Auskünften, Bescheinigungen, Zeugnissen, Berichten und Gutachten auf nicht vereinbarten Vordrucken, bei denen ausnahmsweise die rechtlichen Voraussetzungen zur Auskunftserteilung dagegen erfüllt sind, muss die Krankenkasse oder der MDK nach Ziff. 1.2.3 der Vordruckvereinbarung auch angeben, nach welcher Gebührennummer die verlangte Information vergütet wird (Ausnahme: kurze Bescheinigungen oder Auskünfte). Sind die genannten Voraussetzungen nicht gegeben, sollten daher solche Anfragen unbeantwortet bleiben.

Verwendet die Kasse hingegen anstelle eines Formulars einen Computerausdruck, der inhaltlich dem vereinbarten Vordruckmuster voll und ganz entspricht und auf dem möglicherweise nur der Vermerk der berechnungsfähigen Gebührenpositionen fehlt, sollte die Anfrage dennoch beantwortet werden.

Beispiele:

- Im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten fragt eine Krankenkasse formlos an, welche diagnostischen bzw. therapeutischen Maßnahmen bereits durchgeführt worden und welche noch vorgesehen sind. Darüber hinaus will sie über eventuelle Gefährdungen am Arbeitsplatz unterrichtet werden.
- Die Krankenkasse richtet eine formlose Anfrage an den Arzt, mit der sie Auskunft darüber begehrt, ob der Patient an einem „Bonusprogramm“ (z.B. Disease-Management-Programm-DMP) teilnimmt.

Eine derartige Anfrage muss nicht beantwortet werden. Diese Anfrage betrifft nicht „weitere Informationen“ im Sinne von § 4 Abs. 3 AU-Richtlinien. Für Anfragen bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit wurde das Vordruckmuster 45 (siehe Seite 45) vereinbart. Der Arzt kann die Beantwortung daher ablehnen, selbst wenn eine entsprechende Leistungsposition durch die Krankenkassen bei der schriftlichen Anforderung angegeben ist.

Für die Erfüllung ihrer Aufgaben sind die Angaben hierzu für die Krankenkasse nicht notwendig. Die Krankenkasse bzw. der Patient kann die Frage selbst beantworten. Auch derartige formlose Anfragen braucht der Arzt nicht zu beantworten.

- Ein weiteres Beispiel für eine formlose Arztanfrage findet sich auf Seite 12.

Fazit:

Zu Auskünften auf nicht vereinbarten Vordrucken ist der Vertragsarzt nur im Ausnahmefall verpflichtet. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg bzw. an die für Sie zuständige

Bezirksdirektion, damit wir die Formulare prüfen und uns gegebenenfalls direkt mit der betroffenen Krankenkasse bzw. dem MDK in Verbindung setzen können.

Nicht vereinbarter Vordruck – so nicht!

Antwortschein

DUPLIKAT

.....
Bitte an die Krankenkasse schicken oder faxen – Fax-Nummer xxxx / xxx xxx Vielen Dank!

Arztanfrage für Arbeitslose

Herrn Max Mustermann
Musterstraße 1, 99999 Musterstadt

1.) Kann der Arbeitslose derzeit leichte Tätigkeiten (z.B. Pförtner, Telefondienst)
verrichten (vgl. AU-Richtlinien)?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn nein, weshalb:

2.) Falls der Arbeitslose derzeit keine 3 Stunden täglich leichte Tätigkeiten verrichten
kann, wann ist dieser Zeitpunkt wieder erreicht?

3.) Ist der Arbeitslose voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig?

4.) Wegen welcher Diagnosen ist der Patient in Behandlung?

5.) Raum für Anmerkungen des Arztes

6. Für den MDK bitten wir um Zusendung der aktuellen Facharztberichte:

Ja ☒

Nein ☐

Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01622 EBM-GO berechnungsfähig -

3.5 Unzulässige Anforderung der Krankenkassen/ Verweis auf die Zuständigkeit des MDK

Krankenkassen fordern von Vertragsärzten häufig Informationen an

- zur derzeitigen Behandlung des Patienten
- zu Ergebnis oder medizinischen Angaben aus Rehabilitationsmaßnahmen
- zur Ursache der Arbeitsunfähigkeit, zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit unter Umgehung der in Muster 52 vereinbarten Fragestellungen bzw. Befundanforderungen

Verlangt die Kasse diese Informationen für sich selbst, muss der Vertragsarzt die Angaben verweigern.¹ Etwas anderes gilt nur, wenn der Patient dem Arzt gegenüber der Informationsweitergabe zugestimmt hat. Stimmt der Patient nicht zu, muss der Vertragsarzt die Krankenkasse darauf hinweisen, dass eine Auskunftspflicht zu diesen Fragen nur gegenüber dem MDK besteht soweit dies zur Erfüllung dessen gesetzlicher Aufgaben notwendig ist.

Vorsicht:

Es gibt Anfragen, die der Arzt trotz Einwilligung des Patienten nicht direkt gegenüber den Krankenkassen beantworten darf. Zu diesen Ausnahmen gehören die Anfragen zu:

- Befunden
- Arztberichten
- Krankenhausentlassungsberichten

Nach Auffassung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz haben die Krankenkassen keine Befugnis, medizinische Daten einzufordern. Dementsprechend dürfen die niedergelassenen Vertragsärzte auch Arztbriefe, Befundberichte, ärztliche Gutachten etc. selbst auf Verlangen nicht an die Krankenkassen weiterleiten. Dies gilt ungeachtet der Bestimmungen des § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V, wonach die Erstellung von Bescheinigungen und Berichten, welche die Krankenkassen zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen, Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.

Auch die Einwilligungserklärung eines Patienten ändert daran nichts. Insofern wird die Einwilligungsfähigkeit des Patienten zur Weitergabe seiner Daten direkt an die Krankenkasse verneint. Würde man die Einwilligungserklärung des Versicherten betreffend die Übermittlung der vorgenannten Unterlagen direkt an die Krankenkasse für zulässig und wirksam halten, würde dies die Umgehung der gesetzlichen Zuständigkeit zur Prüfung der medizinischen Sachverhalte durch den MDK bedeuten. Aus diesem Grund hält der Bundesbeauftragte für den Datenschutz die Forderung der Krankenkassen an

¹ Eine Ausnahme besteht, wenn ein Unfall Ursache für die Arbeitsunfähigkeit ist. Diese Ursache muss der Arzt angeben (§ 294a SGBV, § 6 Ziff. 6 Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien)

Ärzte, bei Vorliegen einer Einwilligungserklärung des Versicherten die Unterlagen an die Krankenkassen zu übermitteln, für rechtswidrig und damit unzulässig. Nur der MDK, nicht aber die Krankenkassen, kann als sozialmedizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst durch ärztliche Qualifikation den fachgerechten Umgang mit den Sozialdaten garantieren.

Beispiel:

Ein Arzt erhält das Formular „Arztanfrage zur Bearbeitung der MDK-Vorberatung“ (abgedruckt auf Seite 15). Das Formular wurde von der Kasse direkt an den Arzt versandt.

Der Arzt ist zur Ausfüllung dieses Formulars aus zweierlei Gründen nicht verpflichtet. Einerseits wird für die Anfrage weder ein vereinbarter Vordruck verwendet noch gibt die Krankenkasse an, gemäß welcher Bestimmungen des Sozialgesetzbuches oder anderer Rechtsvorschriften die Übermittlung der Information zulässig ist.¹ Andererseits fragt die Kasse nach exakten medizinischen Befunden. Das ist unzulässig. Derartige Auskünfte dürfen nur dem MDK gegenüber erteilt werden. Zur Erstellung von Berichten für den MDK ist das Vordruckmuster 11 vereinbart.²

In der Praxis wird der Arzt häufig aufgefordert, die Unterlagen an die Krankenkasse zu senden, aber in einem verschlossenen Umschlag mit der Anschrift des MDK sowie dem zusätzlichen Vermerk „Ärztliche Unterlagen – nur vom MDK zu öffnen“. Diese Verfahrensweise ist – so auch der Bundesbeauftragte für den Datenschutz – hinnehmbar. Jedenfalls verstößt der Arzt, der so verfährt, nicht gegen Rechtsvorschriften. Er kann davon ausgehen, dass die so gekennzeichneten Unterlagen nicht unzulässigerweise von den Krankenkassen (für eigene Zwecke) geöffnet und verwendet werden und den datenschutzrechtlich notwendigen Vorgaben damit genügt wird. Darauf hat der Bundesbeauftragte für den Datenschutz aus gegebenem Anlass auch in einem seiner Tätigkeitsberichte hingewiesen.³

Fazit:

Der Vertragsarzt darf medizinische Daten nicht direkt an die Krankenkassen weiterleiten – selbst dann nicht, wenn eine Einwilligungserklärung des Patienten vorliegt!

¹ Dazu bereits unter 3.3.

² Vgl. hierzu weiter 4. „Auskünfte an den MDK“.

³ 20. Tätigkeitsbericht 2003-2004, 17.1.5: http://www.bfdi.bund.de/cln_030/nn_533554/SharedDocs/Publikationen/Taetigkeitsberichte/20-Taetigkeitsbericht-2003-2004.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/20-Taetigkeitsbericht-2003-2004.pdf

Nicht vereinbarter Vordruck – so nicht!

Antwortschein

.....
Bitte an die Krankenkasse schicken oder faxen – Fax-Nummer xxxx / xxx xxx Vielen Dank!

Arztanfrage zur Bearbeitung der MDK-Vorberatung

Name des Mitglieds: Herrn Max Mustermann

Frage:	Antwort:
☐ Wie ist der aktuelle Befund?	_____
☐ Welche speziellen Untersuchungen wurden durchgeführt? (Bitte um Überlassung dieser Berichte)	_____
☐ Diagnose?	_____
☐ Derzeitige Therapie?	_____
☐ Dauer der Therapie?	_____
☐ Prognose und voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit?	_____
☐ Sind Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich?	☐ Ja ☐ Nein
☐ Ist in nächster Zeit eine stufenweise Wiedereingliederung sinnvoll?	_____
☐ Sonstiges:	_____
_____	_____
_____	_____

Berechnungsfähig nach Nr. 01622 BMA/E-GO

(Datum) (Telefon) (Stempel/Unterschrift des Arztes)

3.6 Anfragen der Krankenkasse zur Unterstützung eines Versicherten bei Behandlungsfehlern

Nach § 66 SGB V können die Krankenkassen ihre Versicherten „bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind [...] unterstützen“. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um die Geltendmachung von Schmerzensgeldforderungen. Die Kassen sind zwar dazu berechtigt¹, diejenigen Daten zu erheben, die für die Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Behandlungsfehlern erforderlich sind. Dabei können sie durch den MDK prüfen lassen, ob dem Versicherten aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist.² Verpflichtet ist der behandelnde Arzt zu irgendwelchen

Auskünften aber nicht. Da dem Patienten die Unterstützung durch die Kasse nicht aufgedrängt werden kann, ist der Arzt zur Erteilung entsprechender Auskünfte an den MDK nur verpflichtet, sofern der Versicherte ausdrücklich dieser Datenerhebung schriftlich zugestimmt hat (vgl. § 100 Abs. 1 SGB X).

Vorsicht ist jedoch geboten, wenn die Auskünfte eigene Behandlungsfehler betreffen. Bevor sich der Arzt durch die Beantwortung selbst belastet und dadurch einen Haftpflichtfall heraufbeschwört, sollte er im Vorfeld Rücksprache mit seiner Haftpflichtversicherung nehmen.

¹ gem. § 284 Abs. 1 Nr. 5 SGB V

² § 275 Abs. 3 Nr. 4 SGB V

4. AUSKÜNFTE AN DEN MDK

4.1 Allgemeine Bestimmungen

Anders als bei den Kassen verhält es sich mit Auskünften an den MDK: Nach § 276 Abs. 2 SGB V sind die niedergelassenen Vertragsärzte verpflichtet, auf Anforderung des MDK bestimmte Informationen über ihre Patienten zur Verfügung zu stellen. (Für den Bereich der Bundesknappschaft ist ein Sozialmedizinischer Dienst (SMD) eingerichtet, der insoweit die Aufgaben des MDK übernimmt.)

Der MDK hat die Aufgabe, für die Krankenkassen zu bestimmten medizinischen Fragestellungen gutachterlich Stellung zu nehmen, z. B. zu:

- Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung
- Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach den §§ 10–12 SGB IX, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt
- Arbeitsunfähigkeit zur Sicherung des Behandlungserfolgs sowie zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit

Nur für diese im Gesetz aufgeführten Fälle (§ 275 Abs. 1–3 SGB V) besteht für den Arzt auch eine Auskunftspflicht gegenüber dem MDK.

Beispiel:

Konkret kann die gutachterliche Stellungnahme des MDK z. B. die Frage betreffen, ob eine bestimmte Rehabilitationsleistung angezeigt ist, ob im Falle lang dauernder Arbeitsunfähigkeiten Möglichkeiten der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bestehen oder welche Formen der ambulanten Dialyse in Betracht kommen.

Für den Vertragsarzt bedeutet das, dass er gesetzlich zur Auskunft gegenüber dem MDK nur verpflichtet ist, wenn eine gesetzliche Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK veranlasst hat und die Übermittlung für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung des MDK erforderlich ist.

Nur im Rahmen dieser gutachterlichen Tätigkeit hat der MDK die gesetzlich eingeräumte Befugnis, von den niedergelassenen Vertragsärzten alle Informationen einzufordern, die für seine Arbeit im Einzelfall erforderlich sind. Dabei hat der Arzt jeweils im Einzelfall die Entscheidung zu treffen, welche Berichte und Unterlagen aus seiner Sicht für den MDK notwendig

sind. Der MDK wird daher gegenüber dem Vertragsarzt auch immer angeben müssen, zu welchem Zweck von ihm eine gutachterliche Stellungnahme von den Krankenkassen angefordert wurde und inwieweit die angeforderten Unterlagen zur Erstellung des Gutachtens notwendig sind.

Vordrucke

Für Auskünfte des Arztes an den MDK wurde das Vordruckmuster 11 (siehe Seite 39) entwickelt. Dieser Vordruck ist zu verwenden. Er enthält auch die Angabe der Gebührenposition, nach der die Auskunft abgerechnet wird. Ausnahmefälle sind nur dann denkbar, wenn die zur Aufgabenerfüllung des MDK erforderlichen Informationen vom Vordruckmuster 11 nicht erfasst werden. Wird in solchen Ausnahmefällen nicht das vereinbarte Vordruckmuster verwendet, muss aus der Anfrage klar und deutlich hervorgehen, zu welchem Zweck der MDK die erbetene Auskunft im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung benötigt. Ein kurzer Hinweis allein genügt dabei nicht. Zudem muss der MDK die Rechtsgrundlage für seine Auskunftsberechtigung und die Auskunftspflicht des Arztes nennen sowie darlegen, warum er die notwendigen Daten nicht anderweitig, z. B. durch eigene Untersuchung des Patienten, einholen kann.

Fehlt der Hinweis auf die Rechtsgrundlage bzw. bleibt unklar, ob die Anfrage im Rahmen des gesetzlichen Zuständigkeitsbereiches des MDK erfolgt (§ 275 Abs. 1–3 SGB V), muss der Vertragsarzt die Auskunft verweigern.

Beispiele:

- Immer wieder werden Auskünfte im Zusammenhang mit stationären Kuren gefordert. Des vereinbarte Vordruckmuster 61 zur Verordnung medizinischer Rehabilitation enthält abschließend die anzugebenden Informationen. Dort als „ggf.“ oder „...soweit vorhanden“ angeforderte Unterlagen müssen naturgemäß nicht zwingend vorliegen. Beispielsweise können Assesmentergebnisse wie z. B. ein aktueller Barthel-Index zwar der Ergänzung dienen, eine verpflichtende Erhebung im Rahmen der Verordnung lässt sich daraus jedoch nicht ableiten.

Der Vertragsarzt ist zu weitergehenden Angaben gegenüber dem MDK nicht verpflichtet. Mit der Verordnung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (Kur) hat er seinen Pflichten Genüge getan. Ob die Verordnung zu bewilligen ist, muss gegebenenfalls der MDK beurteilen. Dazu muss der MDK unter Umständen den Patienten einbestellen, eine Anamnese durchführen und vor dem Hintergrund des erhobenen Befundes ein Gutachten erstellen. Erst wenn danach noch Fragen offen wären (etwa weil Zweifel oder Unklarheiten bestehen), wäre eine Anfrage des MDK beim Arzt gerechtfertigt.

- Der MDK bittet in einem formlosen Schreiben um die Erstellung eines Facharztberichtes, damit er die Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten beurteilen kann.

Der Arzt ist nicht verpflichtet, dem Auskunftersuchen nachzukommen. Für die Weiterleitung von Informationen an den MDK wurde das Vordruckmuster 11 (siehe Seite 39) entwickelt. Dieser Vordruck ist zu verwenden. Der MDK kann sich zudem mit Hilfe von Untersuchungen ein eigenes Bild über den gesundheitlichen

Zustand des Versicherten machen. Für die Erstellung eines gesonderten Berichtes durch den Facharzt besteht keine Notwendigkeit.

Fazit:

Auch für Anfragen des MDK gilt der Grundsatz, dass vereinbarte Vordrucke zu verwenden sind. Somit muss der MDK das Vordruckmuster 11 „Bericht für den MDK“ einsetzen. Nur ausnahmsweise darf der MDK formlos beim Arzt Auskunft begehren.

4.2 Krankenhausentlassungsberichte/Fremdbefunde

Nach § 276 Abs. 2 SGB V ist der Vertragsarzt berechtigt und verpflichtet, Sozialdaten (d.h. Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines Patienten) auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist. Im Gesetz wird hierbei nicht unterschieden, ob die angeforderten Daten solche sind, die der Arzt selbst erhoben hat (Eigenbefunde) oder ob es sich um sog. Fremdbefunde (insbesondere Krankenhausentlassungsberichte) handelt. Deshalb sind niedergelassene Vertragsärzte auch zur Übermittlung von Fremdbefunden gegenüber dem MDK berechtigt und verpflichtet. Es ist lediglich auch insofern darauf zu achten, dass die Übermittlung nicht unreflektiert erfolgt. Wie bei Eigenbefunden muss der

Arzt auch hier zunächst prüfen, welche Informationen aus seiner Sicht für den MDK notwendig sind. Im Zweifel sollte die Erforderlichkeit einzelner Unterlagen mit dem MDK abgeklärt werden.

Der Gesetzgeber hat die Auskunftspflicht des Vertragsarztes gegenüber dem MDK bewusst auf die Fälle eingeschränkt, in denen die Auskunft für die Stellungnahme oder Prüfung des MDK erforderlich ist. Dies ist beispielsweise beim Krankenhausentlassungsbericht, den der MDK ohne Weiteres auch direkt beim Krankenhaus anfordern kann, oftmals nicht der Fall.

Der Vertragsarzt ist prinzipiell berechtigt und unter bestimmten Voraussetzungen auch verpflichtet, Fremdbefunde an den MDK weiterzuleiten. Die Auskunftspflicht beschränkt sich wie bei Eigenbefunden auf

die gesetzlich genannten Fälle (§ 275 Abs. 1–3 SGB V) und besteht nur in dem Umfang, wie die Unterlagen vom MDK zur Aufgabenerfüllung benötigt werden. Daher muss der MDK auch immer die jeweilige Rechtsgrundlage und den Zweck seiner Anfrage nennen. In der Regel dient es überwiegend den Interessen des Patienten, wenn der MDK alle erforderlichen Unterlagen über ihn erhält, um über dessen Ansprüche abschließend entscheiden zu können. Es hilft daher dem

Patienten, wenn der Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen seine Unterlagen über den Patienten (Eigenbefunde und Fremdbefunde) dem MDK zur Verfügung stellt. Textteile von Fremdbefunden, die für den MDK nicht notwendig sind, sollten vom Arzt vor der Weitergabe jedoch geschwärzt werden. Insgesamt erleichtert und beschleunigt der Vertragsarzt durch die Herausgabe von Fremdbefunden die Arbeit und Entscheidung des MDK.

4.3 Auskünfte im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit kann der MDK behandelnde Ärzte nur dann in die Begutachtung miteinbeziehen, wenn der Versicherte einwilligt (§ 18 Abs. 4 SGB XI). Sofern diese Einwilligung vorliegt, treffen den Vertragsarzt grundsätzlich die-

selben Rechte und Pflichten wie aus § 276 Abs. 2 SGB V. Soweit für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erforderlich, hat er Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Zur Abrechnung vgl. Kapitel 5, „Anfragen des MDK für andere Sozialversicherungsträger“ (Seite 22).

4.4 Informationsweg

Kommt das Auskunftersuchen direkt vom MDK, so sind die Unterlagen nach § 276 Abs. 2 SGB V unmittelbar an diesen zu übermitteln. Dies ist sinnvoll, weil nur der MDK den Zweck der Informationsanforderung näher begründen kann und die Informationen auch nur selbst verwenden darf.

Der Weg über die Krankenkassen ist, wie unter 3. 5. beschrieben, gangbar, sofern die Krankenkassen nur einen verschlossenen Umschlag mit der Anschrift des MDK sowie dem zusätzlichen Vermerk „Ärztliche Unterlagen – nur vom MDK zu öffnen“ erhalten.



5. VERGÜTUNG FÜR AUSKÜNFTE AN DIE KRANKENKASSEN UND DEN MDK

Vereinbarte Vordrucke

Grundsätzlich gilt, dass Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten, die auf besonderes Verlangen der Krankenkassen oder des MDK gegeben werden, nur nach den Leistungspositionen des Abschnitts 1.6 EBM (EBM-Nr. 01610 bis 01623) berechnungsfähig sind. Die berechnungsfähige Gebührennummer ist auf dem vereinbarten Vordruck angegeben. Die Angabe ist für die anfragende Krankenkasse, den MDK und den Vertragsarzt verbindlich.

Die Kosten für die Abfassung der Leistungen nach den GOP 01620, 01621 und 01622 in freier Form sind mit der Kostenpauschale 40142 je Seite anzusetzen, wenn

vereinbarte Vordrucke nicht verwendet werden können. Die Kosten für Fotokopien fallen in aller Regel nur für Unterlagen an den MDK an (Kassen können medizinische Unterlagen ja nicht beanspruchen). Die GOP 40144 ist nicht ansetzbar, da die Kopien nicht für einen weiterbehandelnden, sondern nur für einen gutachterlich tätigen Arzt bestimmt sind. Der MDK gibt in diesem Zusammenhang auf seinen Auskunftersuchen daher auch an, welche Kostenerstattung für diese Kopien durch den MDK erfolgt. Anfallende Papierkosten sind in diesen Positionen enthalten. Für den Versand per Post oder die Übermittlung als Fax können ggf. die GOP 40120 ff. berechnet werden.

Nicht vereinbarte Vordrucke

Verwenden die Kassen oder der MDK einen nicht vereinbarten Vordruck, was nur ausnahmsweise und auch nur in bestimmten Fällen zulässig ist (siehe Kapitel 3.3), muss die Kasse bzw. der MDK angeben, nach welcher Gebührennummer die erbetene Information berechnet werden kann (s. § 36 Abs. 1 BMV-Ä, § 18 Abs. 1 EKV; Vordruckvereinbarung Ziff. 1.2.3).

Die Vergütung richtet sich grundsätzlich nach dem Umfang der Anfrage. Fehlt der Hinweis zur Vergütung, kann der Vertragsarzt die Auskunft verweigern.

Kurze Bescheinigungen und Auskünfte auf konkrete Veranlassung des Kostenträgers sind jedoch auch ohne entsprechenden Hinweis mit GOP 01620 anzusetzen.

Anfragen des MDK für andere Sozialversicherungsträger

Nicht jede Auskunft, die der Vertragsarzt auf Anfrage des MDK diesem zu erteilen verpflichtet ist, kann als Kassenleistung über EBM abgerechnet werden. So erfolgt die Abrechnung für die Auskünfte, die im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (§ 18 Abs. 5 SGB XI) erteilt werden, nach speziellen Vereinbarungen.¹ In diesem Falle können folgende Vergütungssätze abgerechnet werden:

Die Abrechnung dieser Positionen sowie der bereits erwähnten Kopiekosten erfolgt unmittelbar zwischen dem Vertragsarzt und dem MDK, sind also direkt der jeweiligen Beratungsstelle des MDK in Rechnung zu stellen.

- 1) Gezielte Fragestellung nach einer bereits erfolgten Untersuchung durch den MDK (bis zu drei Fragen)..... 12,80 €
- 2) Frage zur pflegebegründenden Krankheit bzw. Behinderung zur Vorbereitung eines Hausbesuches durch den MDK..... 4,90 €
- 3) Anfrage zu einem verstorbenen Patienten..... 25,60 €
- 4) Anforderung bereits vorhandener Befundunterlagen..... 8,20 €

¹ Mit dem 1. Nachtrag zur Vereinbarung über ärztliche Informationen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 12.04.1995 zwischen den KVen in Baden-Württemberg und dem MDK wurden die Beträge für ganz Baden-Württemberg vereinbart.

6. ANFRAGEN VON SOZIALÄMTERN

6.1 Sozialhilferecht

Das Sozialhilferecht enthält eine gesetzliche Verpflichtung des Arztes zur Auskunftserteilung.¹ Eine Einwilligung des Patienten ist nicht erforderlich.

Das Auskunftsbegehren der Sozialhilfeträger muss sich ebenfalls auf den Einzelfall und den konkreten Sachverhalt beschränken. Es müssen konkrete Fragen gestellt werden. Mehrseitige Vordrucke braucht der Vertragsarzt nur dann auszufüllen, wenn der konkrete Leistungsfall dazu veranlasst.

Auskunftspflicht nach Vertrag

Auch nach dem Vertrag zwischen der KVBW und den Sozialleistungsträgern in Baden-Württemberg (Sozialhilfeabkommen) ist der Arzt verpflichtet und befugt, dem Kostenträger die zur Durchführung seiner Aufgaben erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen.

6.2 Auskünfte auf nicht vereinbarten Vordrucken

Verwendet der Sozialhilfeträger einen nicht vereinbarten Vordruck, ist der niedergelassene Vertragsarzt – im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung – dennoch zur Auskunft verpflichtet,

sofern die Auskunft zu dessen Aufgabenerfüllung erforderlich ist und der Patient der Informationsweitergabe zugestimmt hat (§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X).

6.3 Vergütung

Die im Rahmen der Behandlung einschließlich Verordnung erforderliche Ausstellung von Vordrucken ist mit den berechnungsfähigen Leistungen abgegolten, sofern nicht zusätzliche vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenkassen getroffen wurden (§ 8 Abs. 1 Sozialhilfe-

abkommen). Für andere schriftliche Informationen und Bescheinigungen richtet sich die Berechnungsfähigkeit nach den für die örtlich zuständige AOK geltenden Bestimmungen (§ 8 Abs. 2, § 9 Sozialhilfeabkommen).

¹ Nach § 52 Abs. 3 S. 3 SGB XII ist er verpflichtet, Auskünfte nach Maßgabe der §§ 294, 295, 300 – 302 des SGB V (in Verbindung mit der sog. Vordruckvereinbarung) zu erteilen.

7. ANFRAGEN VON RENTENVERSICHERUNGSTRÄGERN

Im Rentenversicherungsrecht (SGB VI) besteht gegenüber dem Rentenversicherungsträger keine gesetzliche Verpflichtung

des Vertragsarztes zur Auskunftserteilung.

7.1 Auskunft mit Einwilligung des Patienten

Auskünfte darf und muss der Vertragsarzt dem Rentenversicherungsträger nur erteilen, soweit diese im Einzelfall für die Durchführung dessen Aufgaben benötigt werden. Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung muss der Patient in

die Informationsweitergabe zuvor schriftlich eingewilligt haben (§ 100 Abs. 1 SGB X). Das heißt, es muss eine ausdrückliche Einwilligungserklärung des Patienten zur Entbindung des Arztes von seiner Schweigepflicht eingeholt werden.

7.2 Vergütung

Derzeit gibt es keine gültige Vergütungsvereinbarung zwischen der Bundesärztekammer und der Deutschen Rentenversicherung. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind jedoch Behörden im Sinne des SGB X und nehmen ihre Vergütungen auf der Grundlage des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes (JVEG)¹ vor (§§ 1 Abs. 2, 10 Abs. 1 JVEG).²

Falls die Behörde einen Arzt als Sachverständigen herangezogen hat, erhält dieser auf Antrag in entsprechender Anwendung des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes eine Entschädigung oder Vergütung; abweichend davon kann die Behörde mit Sachverständigen auch eine freie Vergütung vereinbaren (§ 21 Abs. 3 Satz 4 SGB X).

¹ bis 01.07.2004 Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen (ZSEG).

² Anlage 2 zum JVEG ist unter Übersichten, S. 37 abgedruckt.

Die Höhe der Vergütung ist gesetzlich geregelt (§ 10 Abs. 1 JVEG, Anlage 2 zum JVEG; vgl. Seite 37). Schreibgebühren werden nicht zusätzlich bezahlt werden. Welcher Betrag vergütet wird, steht im Ermessen der Behörde. Für Befundberichte oder schriftliche Auskünfte ohne gutachtliche Äußerung kann eine Gebühr in Höhe von 21,- Euro verlangt werden. Für kurze Gutachten erhält der Arzt eine Gebühr von 44,- Euro bis zu 75,- Euro.

Nach einer Empfehlung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger wird seit der Einführung des Euro prinzipiell eine Vergütung für das Ausfüllen ärztlicher Befundbögen zum Reha-Antrag von 18,- Euro zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 7,20 Euro ange-

boten. Diese schließt auch Schreibgebühren, Kosten für Porto und Kopien ein. Die Pauschalgebühren gelten nur für das Ausfüllen vorgegebener Befundbögen. Freie Berichte und Gutachten werden dagegen nach dem JVEG vergütet.

Vergütung und Pauschale erhält der Arzt nur, wenn der Patient auch tatsächlich den Rentenanspruch einreicht. Tut er das nicht, ist der Rentenversicherungsträger nicht verpflichtet, den Aufwand des Arztes zu vergüten. Mit dem Patient sollte daher vereinbart werden, dass der Arzt den ausgefüllten Antrag zusammen mit dem Befundbericht für den Patienten bei der zuständigen Stelle einreicht.

8. ANFRAGEN DER AGENTUREN FÜR ARBEIT

8.1 Auskunftspflicht

Wie bei Rentenversicherungsträgern darf und muss der Vertragsarzt gegenüber den Agenturen für Arbeit Auskünfte nur dann erteilen, wenn die Behörde diese zu ihrer Aufgabenerfüllung benötigt und der

betroffene Patient in die Auskunftserteilung zuvor schriftlich eingewilligt hat (§ 100 Abs. 1 SGB X). Es gelten hier bzgl. der Auskunftspflicht die gleichen Regeln wie bei den Rentenversicherungsträgern.

8.2 Vergütung

Die Vergütung von Auskünften an die Agenturen für Arbeit erfolgt ebenfalls in entsprechender Anwendung des JVEG (§ 21 Abs. 3 SGB X). Der Arzt erhält eine

Entschädigung von 32,50 Euro (Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG; Befundberichte oder schriftliche Auskunft ohne gutachtliche Äußerung).

9. ANFRAGEN VON GESUNDHEITSÄMTERN

Bei Anfragen von Gesundheitsämtern gilt hinsichtlich der Auskunftspflicht das Gleiche wie bei den Agenturen für Arbeit und Rentenversicherungsträgern.

Achtung: Meldepflicht!

Krankheiten im Sinne des § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) muss der Vertragsarzt dem zuständigen Gesundheitsamt melden. Es besteht eine sogenannte gesetzliche Meldepflicht. Für diese Meldung hat die Behörde dem Arzt lediglich seine Aufwendungen (z. B. Portokosten) zu erstatten (§ 69 Abs. 1 IfSG).

10. ANFRAGEN VON UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGERN

10.1 Gesetzliche Auskunftspflicht

Nach dem Unfallversicherungsrecht (§§ 201, 203 SGB VII) ist der Arzt zur Auskunftserteilung gegenüber den Unfallversicherungsträgern verpflichtet. Ärzte, die an einem Unfallheilverfahren beteiligt sind, müssen daher Patientendaten, die für ihre Entscheidung zur Durchführung einer Unfallheilbehandlung maßgeblich waren, an die zuständige Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse übermitteln. Soweit es für Zwecke der Heilbehandlung und der Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist, müssen auch Daten über die Behandlung und den Zustand des Unfallversicherten sowie andere personenbezogene Daten weitergeleitet werden. Einer Einwilligungserklärung des Unfallversicherten

bedarf es dazu nicht. Gegenüber dem Patienten besteht lediglich eine Informationspflicht.

Der Arzt muss die Auskunft selbst dann erteilen, wenn der Patient dem nicht zustimmt. Bei Verweigerung kann das zuständige Sozialgericht um Vernehmung des Arztes ersucht werden (§ 22 SGB X).

Verweigert der Arzt dem Unfallversicherungsträger die erforderlichen Auskünfte, handelt er ordnungswidrig. Bei Vorsatz sowie Fahrlässigkeit kann er mit einer Geldbuße bis zu 2500,- Euro belegt werden.¹

¹ § 209 Abs. 3 iVm. Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 SGB VII

10.2 Vertragliche Auskunftspflicht

Neben der gesetzlichen Auskunftspflicht besteht für den Vertragsarzt auch eine Auskunftspflicht nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger.¹ Der Arzt, der die Erstversorgung geleistet oder den Versicherten behandelt hat, muss dem Unfallversicherungsträger Auskünfte erteilen sowie Berichte und Gutachten

erstellen, die dieser für seine gesetzlichen Aufgaben benötigt. Die Auskunftspflicht beschränkt sich auf die Daten über die Behandlung und den Zustand des Versicherten sowie andere personenbezogene Daten, soweit sie für die Zwecke der Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich sind.

10.3 Vergütung

Die Abrechnung erfolgt über den Unfallversicherungsträger direkt.² Die Vergütung richtet sich nach den mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern vereinbarten Leistungs- und Gebührenverzeichnissen.³

¹ gem. § 34 Abs. 3 SGB VII zwischen dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, dem Bundesverband der Unfallkassen einerseits und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen (§ 46 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Hier wird vertraglich § 201 SGB VII in Bezug genommen.

² § 64 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

³ gem. § 57 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger dort nach den Nr. 110 ff.

11. ANFRAGEN VON VERSORGUNGSÄMTERN

11.1 Gesetzliche Auskunftspflicht

Wie bei Sozialämtern, Rentenversicherungsträgern und Arbeitsämtern gilt grundsätzlich auch bei Versorgungsämtern nur die gesetzliche Regelung des § 100 SGB X. Danach ist der Arzt verpflichtet, Auskünfte zu erteilen, wenn diese zur gesetzlichen Aufgabenerfüllung der Behörde notwendig sind und der Patient dem schriftlich zugestimmt hat.

Der Arzt darf in diesen Fällen die erbetene Auskunft nicht verweigern. Er ist aber berechtigt, die Beantwortung der Fragen des Versorgungsamtes auf das Notwendige zu beschränken.

11.2 Vergütung

Da es derzeit keine gültige Vereinbarung mit der Bundesärztekammer gibt, erfolgt die Vergütung von Auskünften an Versorgungsämtern, die ebenfalls Behörden im Sinne des SGB X sind, in der Regel auf der Grundlage des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes (§ 21 Abs. 3 SGB X). Die Höhe der Vergütung richtet sich gem. § 10 Abs. 1 JVEG nach der Anlage 2 zum JVEG (Abdruck siehe Anhang II, S.37), wobei Schreibgebühren nicht zusätzlich bezahlt werden. Welcher Betrag vergütet wird, steht im Ermessen der Behörde.

versäumnis in Höhe von 3,- Euro je Stunde (§ 20 JVEG) kommt insofern nur noch eine Aufwandsentschädigung in Betracht (§ 19 Abs. 1 JVEG). Für die Anfertigung von Kopien und Ausdrucken werden 0,50 Euro je Seite für die ersten 50 Seiten und 0,15 Euro für jede weitere Seite, für die Anfertigung von Farbkopien oder Farbausdrucken 2,- Euro je Seite ersetzt (7 Abs. 2 JVEG). Für die Überlassung von elektronisch gespeicherten Dateien anstelle von Kopien und Ausdrucken werden 2,50 Euro je Datei ersetzt.

Überlässt der Arzt dem Versorgungsamt einen unbearbeiteten (nicht speziell auf die Anfrage abgestellten) Computerausdruck, wird er nicht als sachverständiger Zeuge, sondern als „einfacher“ Zeuge tätig. Neben einer Entschädigung für Zeit-

Erstattung von Schreibauslagen

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts¹ ist der Schreibaufwand bei einem Befundbericht bereits in der eigentlichen Entschädigung enthalten.

¹ Urteil vom 9.02.2000, Az: B 9 SB 8/98 R und 10/98 R

12. ANFRAGEN VON GERICHTEN

12.1 Rechtsgrundlage

Der Arzt muss auf Anforderung von Gerichten Auskünfte erteilen, soweit der Patient schriftlich sein Einverständnis erklärt hat. Ein Arzt, der vom Gericht als Sachverständiger, als Zeuge oder sachverständiger Zeuge geladen und vom Patien-

ten von der Schweigepflicht befreit wurde, kann sich nicht auf ein Zeugnisverweigerungsrecht berufen. Er muss und darf aber nur aussagen, soweit die Befreiung von der Schweigepflicht durch den Patienten reicht.

12.2 Vergütung

Die Erteilung von Auskünften wird vergütet nach dem JVEG. Wird der Arzt als Zeuge geladen oder als Sachverständiger vom Gericht bestellt, erhält er die Fahrtkosten erstattet und eine Entschädigung für seine versäumte Arbeitszeit. Für Zeugen richtet sich die Entschädigung nach dem regel-

mäßigen Bruttoverdienst. Die Entschädigung beträgt jedoch maximal 17,- Euro je Stunde. Sachverständige erhalten eine angemessene Entschädigung in Abhängigkeit vom Schwierigkeitsgrad der Leistung (Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG abgedruckt unter Anhang II, S. 37).

13. ANFRAGEN VON PATIENTEN ODER DEREN ANWÄLTEN

13.1 Einsichtsrecht in Krankenunterlagen

Der Patient hat das Recht, die ihn betreffenden Behandlungsunterlagen einzusehen und auf seine Kosten Kopien oder Ausdrucke von den Unterlagen fertigen zu lassen. Der Anspruch entspringt dem Selbstbestimmungsrecht eines Menschen gem. Art. 2 Grundgesetz (GG). Der Patient kann eine Person seines Vertrauens mit der Einsichtnahme beauftragen. Der Anspruch auf Einsichtnahme erstreckt sich auf alle objektiven Feststellungen über den Gesundheitszustand des Patienten (z. B. naturwissenschaftlich objektivierbare Befunde, Ergebnisse von Laboruntersuchungen sowie von Untersuchungen am Patienten

wie EKG, Röntgenbilder usw.) und die Aufzeichnungen über die Umstände und den Verlauf der Behandlung (z. B. Angaben über verabreichte oder verordnete Arzneimittel, Operationsberichte, Arztbriefe und dgl.).

Das Einsichtsrecht erstreckt sich nicht auf die Aufzeichnungen, die subjektive Einschätzungen und Eindrücke des Arztes betreffen. Weitere Einschränkungen des Einsichtsrechts können im Bereich der psychiatrischen Behandlung bestehen und wenn Rechte anderer in die Behandlung einbezogener Personen (z. B. Angehörige, Freunde) berührt werden.

13.2 Anfragen von Rechtsanwälten für Patienten

Den Anspruch auf Einsicht in seine Krankenunterlagen kann der Patient auch durch einen Rechtsanwalt wahrnehmen lassen. Voraussetzung für Auskünfte an den Rechtsanwalt ist ein schriftlicher Auftrag des Patienten. Auch der Rechtsanwalt

ist auf das Einsichtsrecht, das dem Patienten zusteht, beschränkt. Ein Anspruch auf Herausgabe von Originalen aus den Krankenunterlagen besteht deshalb auch gegenüber dem Rechtsanwalt nicht.

13.3 Anfragen von Patienten zu Behandlungskosten („Patientenquittung“)

Nach § 305 Abs. 2 SGB V hat der Vertragsarzt auf Verlangen den Patienten schriftlich über die zu Lasten der Krankenkassen zu zahlenden Entgelte, die aus der Behandlung des Patienten entstanden sind, innerhalb von vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind, zu unterrichten. Hierfür ist dem Arzt vom

Versicherten 1,- Euro zuzüglich Versandkosten zu erstatten.

Über Arzneikosten, Heilmittelkosten oder Hilfsmittelkosten braucht und kann der Arzt keine Angaben machen. Mitteilen muss der Vertragsarzt nur die Höhe der vorläufigen ärztlichen Honorare. Dies sind die „Entgelte“ i.S.v. § 305 Abs. 2 SGB V.

14. ANFRAGEN VON ARBEITGEBERN

14.1 Rechtsgrundlage

Der Vertragsarzt ist zu Auskünften an den Arbeitgeber ohne Einwilligung des Patienten nicht berechtigt. Es gilt die ärztliche Schweigepflicht. Diese schließt z. B. auch Informationen über eine Arbeitsunfähigkeit des Patienten mit ein. Zwar ist im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Vordruckvereinbarung ein dreiteiliger Durchschreibevordruck zur

Arbeitsunfähigkeit vereinbart, bei welchem auch ein Exemplar für den Arbeitgeber bestimmt ist (Vordruckmuster 1b). Der Vertragsarzt darf dieses Durchschriftsexemplar für den Arbeitgeber jedoch nicht an diesen weiterleiten; eine Weiterleitung kann ausschließlich durch den Patienten erfolgen.

14.2 Vergütung

Sofern die Auskünfte und Gesundheitszeugnisse dem Arbeitgeber für seine Zwecke dienen und diesem mit Einwilligung des Patienten auch direkt zugeleitet werden, ist die Leistung gegenüber diesem privat abzurechnen (GOÄ-Nr. 70, 75, 80 ff.).¹ Anfragen des Arbeitgebers können z. B. die Sehtauglichkeit betreffen. Die

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wird nicht dem Arbeitgeber erteilt. Er erhält nur einen Durchschlag – Vordruckmuster 1b. Eine gesonderte Vergütung findet nicht statt.

¹ Gegenüber den Vordruckmustern 1a und 1c fehlen auf diesem Vordruck jedoch z. B. Angaben zur Diagnose, Unfall und besonderen Maßnahmen.

15. ANFRAGEN VON PRIVATEN VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN UND PRIVATEN KRAKENVERSICHERUNGSUNTERNEHMEN

15.1 Auskunftspflicht

Grundsätzlich gilt, dass der Arzt über seine Patienten nur dann Auskunft erteilen darf, wenn eine aktuelle Schweigepflichtentbindung des Betroffenen vorliegt.

Häufig haben private Krankenversicherungsunternehmen und private Versicherungsgesellschaften (z. B. Lebensversicherungen, private Unfallversicherungen) eine generelle Entbindung aller behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber der Versicherungsgesellschaft in ihren Verträgen aufgenommen. Dies soll die Gesellschaften in die Lage versetzen, die für die Beurteilung des Risikos oder später für die Prüfung der Leistungspflicht benötigten ärztlichen Angaben zu beschaffen.

Pauschale Entbindungserklärungen nehmen aber weder Bezug auf die Patienten-geheimnisse, zu deren Preisgabe der Arzt ermächtigt werden soll, noch auf den Kreis der Ärzte, die zur Auskunft berechtigt werden sollen. Pauschale Entbindungser-

klärungen von der Schweigepflicht werden deshalb von der Rechtsprechung und in der Literatur als zu weitreichend und somit unwirksam angesehen. Der Arzt ist zur Auskunft daher nur insoweit verpflichtet und auch berechtigt, wie der Patient im Einzelfall auch aktuell in die Auskunftserteilung eingewilligt hat.

Beispiel:

Ein Versicherungsnehmer will seine Lebensversicherung aufstocken lassen. Die Versicherungsgesellschaft benötigt hierzu Informationen vom Arzt und beruft sich dabei auf eine frühere Entbindungserklärung des Versicherungsnehmers.

In solchen Fällen wird dem Arzt empfohlen, sich vor der Auskunftserteilung nochmals eine aktuelle Entbindungserklärung von der Versicherungsgesellschaft vorlegen zu lassen.

15.2 Vergütung

Die Vergütung von Auskünften an private Versicherungsgesellschaften und private Krankenversicherungen erfolgt auf der

Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ-Nrn. 70, 75 und 80 ff.).

16. ANHANG

I. Übersicht über die anfragenden Stellen

Anfragende Stelle	Voraussetzung für die Auskunftspflicht / -berechtigung des Vertragsarztes	Vergütung nach
Krankenkassen	• Gesetzliche Pflicht nach §§ 73 Abs. 2 Nr. 9, 294 ff. SGB V oder • Schriftliche Einwilligung des Patienten (aber nur möglich, sofern nicht ausschließlich der Zuständigkeitsbereich des MDK betroffen ist)	EBM-Nr. 01610 ff.
MDK	• Begutachtungs- oder Prüfauftrag durch die Krankenkasse	EBM-Nr. 01621
Sozialämter	• Gesetzliche Pflicht nach § 52 Abs. 3 Satz 3 SGB XII bzw. • Erforderlichkeit der Auskunft zur Aufgabenerfüllung und Schriftliche Einwilligung des Patienten bei nur formlosen Anfragen	EBM-Nr. 01610 ff.
Rentenversicherungsträger	• Erforderlichkeit der Auskunft zur Aufgabenerfüllung • und Schriftliche Einwilligung des Patienten	JVEG (Anlage zu § 10 Abs. 1 JVEG)
Agenturen für Arbeit	• Erforderlichkeit der Auskunft zur Aufgabenerfüllung • und Schriftliche Einwilligung des Patienten	JVEG (Anlage zu § 10 Abs. 1 JVEG)
Gesundheitsämter	• Erforderlichkeit der Auskunft zur Aufgabenerfüllung und • Schriftliche Einwilligung des Patienten Ergänzung: Meldepflicht von Krankheiten i.S.d. § 6 Infektionsschutzgesetz	Anfragen: JVEG (Anlage zu § 10 Abs. 1 JVEG) in Erfüllung der Meldepflicht: Aufwendersatz nach IfSG

Anfragende Stelle	Voraussetzung für die Auskunftspflicht / -berechtigung des Vertragsarztes	Vergütung nach
Unfallversicherungsträger	• Gesetzliche Pflicht nach §§ 201 u. 203 SGB VII • Vertrag Ärzte / Unfallversicherungsträger (Einwilligung des Patienten nicht erforderlich)	Leistungs- und Gebührenverzeichnis zu Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
Versorgungsämter	• Gesetzliche Pflicht oder • Schriftliche Einwilligung des Patienten	JVEG (Anlage zu § 10 Abs. 1 JVEG)
Gerichte	• Schriftliche Einwilligung des Patienten	JVEG (Anlage zu § 10 Abs. 1 JVEG)
Patienten	• Auskunftsrecht nach Art. 2 GG	-
Rechtsanwälte	• Schriftliche Einwilligung des Patienten/ Auskunftsrecht nach Art. 2 GG	
Arbeitgeber	• Schriftliche Einwilligung des Patienten	GOÄ-Nr. 70, 75, 80 ff.
Private Versicherungsgesellschaften und private Krankenversicherungen	• Schriftliche Einwilligung des Patienten	GOÄ-Nr. 70, 75, 80 ff.

II. Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG (Auszug)

Nr.	Art der Tätigkeit	Vergütung
200	Ausstellung eines Befundscheins oder Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachtliche Äußerung	21,00 €
201	Die Leistung der in Nummer 200 genannten Art ist außergewöhnlich umfangreich: das Honorar 200 beträgt	bis zu 44,00 €
202	Zeugnis über einen ärztlichen Befund mit von der heranziehenden Stelle geforderter kurzer gutachtlicher Äußerung oder Formbogengutachten, wenn sich die Fragen auf Vorgeschichte, Angaben und Befund beschränken und nur ein kurzes Gutachten erfordern	38,00 €
203	Die Leistung der in Nummer 202 genannten Art ist außergewöhnlich umfangreich: das Honorar 202 beträgt	bis zu 75,00 €

III. Die wichtigsten Vordrucke nach der Vordruckvereinbarung

(Stand: 1. Juli 2009)

Die jeweils aktuelle Version steht auf der Homepage der KBV bereit.

www.kbv.de → Service → Formulare

Muster-Nummer	Bezeichnung	EBM-Nr.	Punkte
11	Bericht für den MDK	01621	120
20	Wiedereingliederungsplan	01622	225
25	Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V	01623	140
41	Arztanfrage (gilt nur für Ersatzkassen)	01620	80
51	Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers	01622	225
52	Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	01622	225
53	Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten	01621	120
61	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	855

Vordruckmuster II:

Bericht für den Medizinischen Dienst

- berechnungsfähig nach Nr. 01620 EBM

Der behandelnde Arzt wird gebeten, den nachstehenden Berichtsvordruck auszufüllen und Röntgen-, Labor- und andere Spezialbefunde sowie Krankenhausberichte und dergleichen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung zu stellen.

Dieser Vordruck ist dann nicht auszufüllen, wenn spätestens am Tage der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst die Arbeitsunfähigkeit beendet ist.

Bericht für den Medizinischen Dienst

Datum der letzten Untersuchung

Diagnose

Befunde

Mitbehandlung

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, in welchem Fachgebiet

Es droht

☐

eine Verschlimmerung des Leidens

☐

oder Behinderung

Besondere Hinweise

Patient/Patientin kann den Medizinischen Dienst nicht aufsuchen, weil

Eine Begutachtung ist voraussichtlich nach Tagen / Wochen möglich.

Arbeitsfähig ab

Voraussichtlich arbeitsfähig ab

Röntgenbefund/Ultraschallbefund/EKG-Befund/
Laborbefund/Arzt- oder Krankenhausberichte

ist / sind mit der Bitte um Rückgabe beigelegt.

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

- Für den Bericht des Arztes ist die Nr. 73 BMÄ/E-GO berechnungsfähig.

Muster 11 (10.1992)

Vordruckmuster 20:

Wiedereingliederungsplan / Ausfertigung für die Krankenkasse (Auf Abdruck der Ausfertigung für Arbeitgeber, Vertragsarzt und Versicherten wird verzichtet, da identisch.)
- berechnungsfähig nach Nr. 01622 EBM

Krankenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 06.02.2009		Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)	20
Name, Vorname des Versicherten geb. am			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

Wieviel Stunden täglich:

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit:

vom	bis	Stunden täglich	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)
TTMMJJ	TTMMJJ		
TTMMJJ	TTMMJJ		
TTMMJJ	TTMMJJ		
TTMMJJ	TTMMJJ		

Zeitpunkt der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit absehbar?

☐ ja, ggf. wann

☐ z. Z. nicht absehbar

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

☐ ja ☐ nein

☐ nur unter folgenden Voraussetzungen:

Wird für die geleisteten Stunden ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

☐ ja ☐ nein

Datum

TTMMJJ

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 20b (4/2009)

Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung
- berechnungsfähig nach Nr. 01623 EBM

41

Vordruckmuster 41:

Bericht des behandelnden Arztes

- berechnungsfähig nach Nr. 01620 EBM

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

41

Bericht des behandelnden Arztes

1. In Behandlung seit

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

2. Diagnose

3. Wieder arbeitsfähig?

☐ ja, ab

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

☐ nein, arbeitsunfähig voraussichtlich bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

4. Ist zur Sicherung des Heilerfolges und/oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche Maßnahmen werden vorgeschlagen

5. Bestehen begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit?

☐ ja ☐ nein

Bemerkungen

Für den Bericht des Arztes ist die
Nr. 01620 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Freigabe 04.08.2005

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 41 (10.2005)

Vordruckmuster 51:

Anfrage auf Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers (Vorderseite)
- berechnungsfähig nach Nr. 01622 EBM

51

Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers

Sehr geehrte(r) Frau / Herr _____

Sie haben am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 für Frau / Herrn

Name und Vorname des Versicherten _____

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Anschrift des Versicherten _____

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

☐ folgende Verordnung(en) _____

☐ eine Verordnung von Krankenhausbehandlung
ausgestellt.

Bitte geben Sie auf der Rückseite Auskunft zu folgendem Sachverhalt:

☐ 1. Nach unseren Unterlagen liegt

☐ ein Arbeitsunfall (auch Wegeunfall oder Berufskrankheit)

☐ ein sonstiger Unfall (Sportunfall, häuslicher- oder Verkehrsunfall) bzw. Gewalteinwirkung
vor.

☐ 2. Es besteht möglicherweise ein ursächlicher Zusammenhang mit dem/den anerkannten Versorgungsleiden

Freigabe 08.08.2005

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.
Mit freundlichen Grüßen

Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Verbindliches Muster

Anlage
Freiumschlag

Muster 51 (10.2005)

Vordruckmuster 51:

Anfrage auf Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers (Rückseite)

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

zu 1. Angaben bei Arbeitsunfall / sonstigem Unfall / Drittschädigung

Wurde der Patient wegen des Unfalls oder der Schädigung überwiesen?

☐ nein

☐ ja, und zwar

☐ an einen anderen Arzt

☐ von einem anderen Arzt

Name des Arztes

Anschrift

Wurden von Ihnen Leistungen (z.B. Arzneimittel, Heil-/Hilfsmittel, Krankentransport aufgrund des Unfalls) veranlasst / verordnet?

☐ ja☐ nein

Wenn ja, welche? (bitte genaue Bezeichnung)

Dauert die Behandlung noch an?

☐ ja☐ nein

Ist mit Spätfolgen zu rechnen?

☐ ja☐ nein☐ noch nicht absehbar

Bitte in jedem Fall ausfüllen!

Behandlungstag

EBM-Nr.

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Behandlungstag

EBM-Nr.

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

zu 2. Angaben zum ursächlichen Zusammenhang mit dem Versorgungsleiden

Steht die für die Bescheinigung / Verordnung (s. Vorderseite) maßgebliche Diagnose im ursächlichen Zusammenhang mit den anerkannten Versorgungsleiden?

☐ ja☐ nein☐ zweifelhaft

Nur bei Arbeitsunfähigkeit / Krankenhauseinweisung!

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung / Krankenhauseinweisung war

☐ ausschließlich / überwiegend wegen der anerkannten Schädigungsfolgen vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

☐ überwiegend wegen anderer Leiden vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Bitte in jedem Fall ausfüllen!

Behandlungstag

EBM-Nr.

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Freigabe 08.08.2005

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Vordruckmuster 52:

Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit (Vorderseite)
 - berechnungsfähig nach Nr. 01622 EBM

52

Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

Sehr geehrte(r) Frau / Herr _____

Freigabe 05.05.2008

Ihr Patient / unser Mitglied

Name und Vorname des Versicherten _____

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Anschrift des Versicherten _____

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ist seit

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 arbeitsunfähig erkrankt.

Um gegebenenfalls Maßnahmen (z. B. zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit) einleiten zu können,
 bitten wir Sie um Angabe Ihrer Einschätzung auf der Rückseite.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
 Freiumschlag

Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Muster 52 (7.2008)

Vordruckmuster 52:

Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit (Rückseite)

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

1. Wegen welcher Diagnose(n) besteht die Arbeitsunfähigkeit?
(Bitte fügen Sie im verschlossenen Umschlag für den MDK eigene Befunde sowie vorhandene Berichte wie z.B. Facharzt-, Krankenhaus-, Rehaberberichte bei.)

2. Welche Tätigkeiten übt der Versicherte derzeit aus? (Bei Arbeitslosengeldempfängern bitte 2.1 und 2.2 beantworten.)

- 2.1 Für welchen zeitlichen Umfang hat sich der Versicherte der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt? Stunden pro Woche

- 2.2 Kann der Versicherte in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? ☐ ja ☐ nein

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab

4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ (ggf. wann und welche)

operativ (ggf. wann und welche)

5. Mitbehandler ist (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)
(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich.)

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

- | | |
|--|---|
| ☐ Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit)
(Gilt nicht für Arbeitslose.) | ☐ Ernährungsberatung |
| ☐ Stufenweise Wiedereingliederung
(Gilt nicht für Arbeitslose.) | ☐ Rückenschule |
| ☐ Medizinische Reha-Maßnahme | ☐ Umschulung |
| ☐ Sonstige (z.B. Suchttherapie, Soziotherapie) <input type="text"/> | |

7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?

☐ ja (z.B. Arbeitsplatz, Muttersprache, soziales Umfeld)

☐ nein

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung? ☐ ja ☐ nein

9. Sonstiges / Bemerkungen

Ausstellungsdatum

Freigabe 05.05.2008

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Vordruckmuster 53:

Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten (Rückseite)

Von der Krankenkasse auszufüllen!

I. Arbeitsunfähig vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

wegen

II. Vorher bestand Arbeitsunfähigkeit wegen

	vom	bis	behandelnder Arzt												
1	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										
2	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										
3	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										
4	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										
5	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										
6	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Handelt es sich bei der unter I. angegebenen Krankheit und einer der unter II. genannten Krankheiten um dieselbe Krankheit* im Sinne der unten abgedruckten versicherungsrechtlichen Erläuterungen?

☐ nein ☐ ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) _____ genannten Krankheit(en).

III. Sind während der unter I. genannten Arbeitsunfähigkeit weitere Krankheiten hinzugetreten?

☐ nein ☐ ja, und zwar _____ am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Wird die Arbeitsunfähigkeit nur noch von der/den hinzugetretenen Krankheit(en) bedingt?

☐ nein ☐ ja, und zwar _____ ab

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Handelt es sich bei der hinzugetretenen Krankheit und einer unter II. genannten früheren Erkrankung um dieselbe Krankheit* im Sinne der unten abgedruckten versicherungsrechtlichen Erläuterungen?

☐ nein ☐ ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) _____ genannten Krankheit(en).

Ergänzende Bemerkungen

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

*) Versicherungsrechtliche Erläuterungen

Der Begriff "dieselbe Krankheit" setzt nicht voraus, dass fortlaufende Behandlungsbedürftigkeit besteht. Bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit kommt es darauf an, ob die neue Arbeitsunfähigkeit und die frühere(n) auf derselben Krankheitsursache beruhen oder zumindest in einem inneren Zusammenhang mit ihr stehen. Der innere Zusammenhang kann schon dadurch begründet sein, dass die Entstehung der Krankheit jedesmal durch eine gemeinsame Bedingung begünstigt oder herbeigeführt wird.

Freigabe 04.08.2005

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Vordruckmuster 61 Teil A:

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

(Auf Abdruck Ausfertigung Vertragsart wird verzichtet, da identisch.)

Krankenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 14.03.2008 Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____ Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____	Verordnung von medizinischer Rehabilitation* 61 Teil A Ist ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. Unfall-, Rentenversicherung) zuständig, ist dieses Formular nicht auszufüllen * für Kinder/Jugendliche, Mütter/Mutter-Kind, Sucht, neurologische Rehabilitation Phase C-, D-, psychosomatische und geriatrische Rehabilitation sind ggf. weitergehende spezifische Fragestellungen zu beantworten Bitte Nein / Ja Antworten ankreuzen Nein = ☐ Ja = ☐
--	--

I. Sozialanamnese

A. Lebenssituation

allein lebend ☐ mit (Ehe-)Partner/-in ☐ betreutes Wohnen ☐
 mit / bei Kindern ☐ Pflegeeinrichtung ☐

B. Welche berufliche Tätigkeit übt die / der Versicherte derzeit aus?
 (berufliche Tätigkeit, Schüler-/in, Student-/in, Hausfrau/Hausmann, Rentner/-in)

 Stunden/Woche: _____ und zwar:
 _____ Schichtdienst ☐ ☐ _____

arbeitslos ☐ seit ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ arbeitsunfähig ☐ seit ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

C. Ist die/der Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung ihrer/seiner beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?
 Art der Einschränkung ☐ ☐ _____

D. Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?
 Pflegestufe _____ GdB _____ Merkzeichen _____
 Schwerbehinderung anerkannt ☐ ☐ ☐

II. Klinische Anamnese
Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen nach ICD 10

1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Verbindliches Muster

Diagnose(n) Nummer(n) _____ ist / sind zurückzuführen auf _____

Arbeitsunfall, Schulunfall ☐ sonstiger Unfall ☐ Berufskrankheit ☐ Gesundheitsschaden nach dem BVG ☐

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil A.a (7.2008)

Vordruckmuster 61 Teil B:

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

(Auf Abdruck Ausfertigung Vertragsart wird verzichtet, da identisch.)

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		
61 Teil B				
Freigabe 14.03.2008				
Verordnung von medizinischer Rehabilitation				
IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)				
A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)				
B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe				
	keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	☐	☐	☐	☐
Mobilität (z. B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	☐	☐	☐	☐
Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	☐	☐	☐	☐
Sonstige _____				
Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index) _____				
C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt				
Persönliches und familiäres Umfeld (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)				
Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)				
Soziales Umfeld (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)				
Verbindliches Muster				
Risikofaktoren				
Nikotin ☐	Alkoholmissbrauch ☐	Übergewicht ☐	Bewegungsmangel ☐	
Drogengebrauch/Medikamentenmissbrauch ☐	Sonstiges ☐		_____	
Ausfertigung für die Krankenkasse				
Muster 61 Teil B.a (7.2008)				

Vordruckmuster 61 Teil C:

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

(Auf Abdruck Ausfertigung Vertragsart wird verzichtet, da identisch.)

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	61 Teil C
Freigabe 14.03.2008			
Verordnung von medizinischer Rehabilitation			
V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation			
A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)			
B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)			
C. Heilmittel			
In den letzten 12 Monaten erfolgt	Anzahl	Ausreichend	
N	J	N	J
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	N	J	Wärme-/Kältetherapie
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie)	N	J	Standardisierte Heilmittelkombinationen
Traktionsbehandlung	N	J	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Elektrotherapie	N	J	Ergotherapie
Inhalation	N	J	
Hinweis zu der angegebenen Einschätzung			
D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel			
Welche? Seit wann?		Verordnet	Ausreichend
		N	J
E. Andere Maßnahmen		Durchgeführt	Ausreichend
Psychotherapie	N	J	Ernährungsberatung
Rehabilitationssport/Funktionstraining	N	J	Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen
Patientenschulung	N	J	Medizinische Vorsorgeleistungen
F. Sonstiges		Durchgeführt	Ausreichend
		N	J
		N	J
VI. Rehabilitationsfähigkeit			
Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit		N	J
Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität		N	J
Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation		N	J
Der Patient ist motivierbar		N	J
VII. Rehabilitationsziele			
A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf			
a) Schädigungen			
b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe			
c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren			
B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen			

Verbindliches Muster

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil C.a (7.2008)

Vordruckmuster 61 Teil D:

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

(Auf Abdruck Ausfertigung Vertragsart wird verzichtet, da identisch.)

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	61 Teil D
Freigabe 14.03.2008			
Verordnung von medizinischer Rehabilitation			
VIII. Rehabilitationsprognose			
Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der			
Schädigungen	☐ N ☐ J	Kontextfaktoren	☐ N ☐ J
Aktivitäten und Teilhabe	☐ N ☐ J	Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen	☐ N ☐ J
IX. Sonstige Angaben			
A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)			
B. Reisefähigkeit			
öffentliche Verkehrsmittel ausreichend	☐	PKW erforderlich	☐
		Krankentransport erforderlich	☐
C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?			
Begründung			
☐ N ☐ J			
D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?			
☐ N ☐ J			
E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?			
☐ N ☐ J			
X. Zusammenfassende Wertung			
A. Empfohlene Rehabilitationsform			
ambulante Rehabilitation	☐	stationäre Rehabilitation	☐
B. Inhaltliche Schwerpunkte			
C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen			
D. Vorliegende Befundberichte			
weil			
sind beigefügt ☐ sind nicht beigefügt ☐			
E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer			
durch die Krankenkasse ☐ durch den MDK ☐			
F. Besondere Hinweise			
Für das Ausstellen dieser Verordnung ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig		Datum T T J J	
Ausfertigung für die Krankenkasse		Verbindliches Muster	
Muster 61 Teil D.a (7.2008)			

IMPRESSUM

Um Antwort wird gebeten

Ein Leitfaden der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zum richtigen Umgang mit Anfragen von Krankenkassen, MDK, Behörden und anderen Einrichtungen.

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

Redaktion Neuauflage

Dina Stahn

Redaktion Erstauflage

Monika Mayer
Denise Jacoby
Alexandra Boldt

Überarbeitung

Frank Hofmann
Holger Schmidt

Gestaltung und Realisation

Sommer Corporate Media Elanders GmbH
Waiblingen

Stand

Januar 2010
Vollständig überarbeitete Neuauflage

Auflage

22.0000

Anmerkung

Der Begriff „Arzt“ im Text steht immer sowohl für die männliche als auch die weibliche Berufsbezeichnung.

www.kvbawue.de

Alles Gute.

