

Ein leidiges Thema: Anfragen von Krankenkassen, MDK, Behörden und anderen

Rechtsgrundlagen, Vordrucke, Vergütungen, Steuern

4., überarbeitete Auflage, Stand 2/2009



Vorwort

Der Vertragsarzt soll in seiner Praxis zunehmend **Anfragen** beantworten, **Vordrucke** ausfüllen und **Gutachten** unterschiedlichster Art erstellen. Diese Arbeiten sind in der Regel mit erheblichem Verwaltungsaufwand (auch Sucharbeiten) sowie Kosten (z. B. für Kopien) verbunden.

Die Sinnhaftigkeit mancher Anfrage ist nicht zu erkennen. Auch erscheint zweifelhaft, ob der Vertragsarzt **berechtigt** oder gar **verpflichtet** ist, die Anfrage zu beantworten (Stichwort: **Schweigepflicht**). Die **Honorierung** der Antworten und der Erstellung von Gutachten ist häufig ebenfalls ungeklärt. Unklar ist oft auch, ob der Patient der Weitergabe der Informationen zustimmen muss oder nicht.

Zur Erleichterung Ihrer Arbeit in der Vertragsarztpraxis finden Sie hier **Antworten zu den häufigsten Fallgestaltungen**. Eine Schnellübersicht findet sich auf den Seiten 6 und 7; die einschlägigen **Vordrucke und Musterbriefe** an die Krankenkassen sind im Anhang abgedruckt (s. 45 ff).

Herausgeberin

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe (KVWL)
Robert-Schirrigk-Straße 4-6
44141 Dortmund

Redaktion

Thomas Draws
Dr. Gernot Steinhilper
Michael Vieth

Inhalt

Übersicht	6		
I. Grundsatz der Verschwiegenheitspflicht im Arzt-Patienten-Verhältnis	9	19.	Anfragen von privaten Versicherungs- gesellschaften und privaten Krankenversicherern 37
II. Auskunftersuchen, Anfragen, Gutachtensaufträge an den Vertragsarzt	10	20.	Dokumentation für Pflege- und Altenheime 39
1. Anfragen von Krankenkassen	10	21.	Leichenschau 39
2. Anfragen vom MDK	14	III. Telefaxantworten des Vertragsarztes	41
3. Vergütung für Auskünfte an die Krankenkassen und Auslagenersatz	18	1. Krankenkassenanfragen	41
4. Auskünfte an den MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit	21	2. Auskunftersuchen Dritter	41
5. Anfragen von Sozialämtern	22	IV. Hinweise zur Umsatzsteuerpflicht und den Befreiungsmöglichkeiten	42
6. Anfragen von Rentenversicherungsträgern	25	1. Grundsätze	42
7. Anfragen von Arbeitsämtern	26	2. Beispiele	42
8. Anfragen von Gesundheitsämtern	27	V. Anhang	45
9. Anfragen von Unfallversicherungsträgern	28	- Musterbriefe	46
10. Anfragen und Aufträge von Bundeswehr, Bundesgrenzschutz und Zivildienst	29	- Vereinbarte Vordrucke nach der Vordruckvereinbarung	
11. Anfragen von Versorgungsämtern	31	1. Muster 11 (Bericht für den MDK)	47
12. Anfragen von Gerichten	32	2. Muster 50 (Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse)	48
13. Anfragen von Patienten/Rechtsanwälten	33	3. Muster 51 (Angaben bei Arbeitsunfall)	50
14. Anfragen von Patienten zu Behandlungskosten (§ 305 SGB V)	34	4. Muster 52 (Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit)	52
15. Anfragen von Arbeitgebern	35	5. Muster 53 (Arbeitsunfähigkeitszeiten)	54
16. Anfragen von Reisegesellschaften bei privaten Kurreisen	35	6. Muster 55 (Erreichen der Belastungsgrenze)	56
17. Anfragen von Rehabilitationseinrichtungen	36		
18. Anfragen von Sportvereinen	37		

Übersicht

Anfragende Stelle	Voraussetzung für die Auskunftspflicht/-berechtigung	Vergütung des Vertragsarztes	Seite
Krankenkassen	• Gesetzliche Erlaubnis oder • schriftliche Einwilligung des Patienten	EBM-GNRN 01620 ff	10
MDK	• Begutachtungs- oder Prüfungsauftrag durch die Krankenkasse	EBM-GNRN 01620 ff	14
Sozialämter	• Erforderlichkeit der Auskunft zur Aufgabenerfüllung und • schriftliche Einwilligung des Patienten	EBM-GNRN 01620 ff	22
Rentenversicherungsträger	• Erforderlichkeit der Auskunft zur Aufgabenerfüllung und • schriftliche Einwilligung des Patienten	Anlage 2 zu § 10 JVEG	25
Arbeitsämter	• Erforderlichkeit der Auskunft zur Aufgabenerfüllung und • schriftliche Einwilligung des Patienten	Anlage 2 zu § 10 JVEG	26
Gesundheitsämter	• Erforderlichkeit der Auskunft zur Aufgabenerfüllung und • schriftliche Einwilligung des Patienten • Ergänzung: Meldepflicht von Krankheiten i. S. d. § 6 Infektionsschutzgesetz	Anlage 2 zu § 10 JVEG Erfüllung der Meldepflicht: Aufwandsersatz	27

Übersicht (Fortsetzung)

Unfallversicherungsträger	• Gesetzliche Pflicht nach §§ 201 u. 203 SGB VII • Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger (Einwilligung des Patienten nicht erforderlich)	Vereinbartes Gebührenverzeichnis im Anhang des Vertrags	28
Bundeswehr Bundesgrenzschutz Zivildienst	• Verträge • Überweisungsaufträge	Besonderes Verzeichnis	29
Versorgungsämter	• Gesetzliche Pflicht oder • schriftliche Einwilligung des Patienten	Anlage 2 zu § 10 JVEG	31
Gerichte	• Schriftliche Einwilligung des Patienten	Anlage 2 zu § 10 JVEG	32
Patienten/ Rechtsanwälte	• Auskunftsrecht nach Art. 2 GG • Schriftliche Einwilligung des Patienten	Keine Nur Kosten- erstattung	33
Patienten	• Anfrage an behandelnden Arzt; Auskunft zu Behandlungskosten nach § 305 Abs. 2 SGB	1 Euro und Versandkosten	34
Arbeitgeber	• Schriftliche Einwilligung des Patienten	GOÄ GNRN 70 ff	35
Reisegesellschaften	• Schriftliche Einwilligung des Patienten	GOÄ GNRN 70 ff	35

Übersicht (Fortsetzung)

Reha-Einrichtungen	• Rechtsgrundlage § 73 I b 3	GOÄ GNRN 70 ff	36
Sportvereine	• Schriftliche Einwilligung des Patienten	GOÄ GNRN 70 ff	37
Private Versicherungsgesellschaften und private Krankenversicherungen	• Schriftliche Einwilligung des Patienten	GOÖ GNRN 70 f	37
Pflege- und Altenheime	• Keine Verpflichtung des Arztes zur Dokumentation in den Heimunterlagen		39
Leichenschau	• Verpflichtung nach § 3 Abs. 2 der VO über das Leichenwesen NRW	GOÄ GNR 100	39

I. Grundsatz der Verschwiegenheitspflicht im Arzt-Patienten-Verhältnis

Der Arzt ist nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB auch gegenüber Krankenkassen, „Medizinischem Dienst der Krankenkassen“ (MDK), Behörden etc. grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Persönliche Patientendaten darf er nur bei gesetzlicher Erlaubnis oder Pflicht oder mit Einwilligung des Patienten weitergeben.

Gesetzliche Erlaubnis/Pflicht zur Auskunftserteilung

Der Vertragsarzt ist berechtigt und auch verpflichtet, ärztliche Bescheinigungen auszustellen und Berichte zu erstellen, die die Krankenkasse oder der MDK für ihre gesetzlichen Aufgaben benötigen (s. § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V). Entsprechendes gilt bei gesetzlichen Offenbarungspflichten gegenüber anderen Einrichtungen (z. B. Sozialämter, Versorgungsämter etc.).

Einwilligung des Patienten

Der Arzt darf darüber hinaus Dritten Daten über Patienten bei deren vorheriger schriftlicher Einwilligung auch weitergeben. Der Patient muss dabei darüber informiert sein, weshalb im konkreten Fall gegenüber welcher Krankenkasse die patientenbezogenen Daten an wen weitergegeben werden.

II. Auskunftersuchen, Anfragen, Gutachtensaufträge an den Vertragsarzt

Die Bundesmantelverträge (BMV) für die Primärkassen (PK) und die Ersatzkassen (EK) sowie die sog. **Vordruckvereinbarung**¹ (zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen) regeln ergänzend zu den gesetzlichen Grundlagen die Modalitäten zur Auskunftserlaubnis und -verpflichtung gegenüber Krankenkassen und anderen.

Danach ist der Vertragsarzt befugt und verpflichtet, den Krankenkassen für deren **gesetzliche Aufgaben** Auskünfte zu erteilen sowie Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten zu erstellen (s. § 36 Abs. 1 BMV-Ä/PK; § 6 Abs. 3 BMV-Ä/EK).

1. Anfragen von Krankenkassen

Für Auskünfte des Arztes an die Krankenkassen sind grundsätzlich **Vordrucke** vereinbart und zu verwenden. In der Vordruckvereinbarung ist auch die jeweilige Vergütung für den Arzt geregelt. Die **Gebührennummer** (GNR) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), nach der zu vergütet ist, ist auf den Vordrucken **aufgedruckt**. Anfragen von Seiten der Krankenkasse auf vereinbarten Vordrucken müssen vom Vertragsarzt beantwortet werden.

¹ Die Vordruckvereinbarung ist jeweils Anlage 2 zu den Bundesmantelverträgen-Ärzte. Die Vordruckvereinbarung, die Erläuterungen dazu (jeweils neuester Stand) sowie die Vordrucke selbst sind im Internet unter der Adresse www.kbv.de eingestellt.

Auskünfte auf nicht vereinbarten Vordrucken

Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten dürfen von den Krankenkassen ausnahmsweise auch auf nicht vereinbarten Vordrucken angefordert werden, wenn vereinbarte Vordrucke zur Klärung des Sachverhaltes nicht ausreichen oder nicht zur Verfügung stehen. Bei Anfragen auf nicht vereinbarten Vordrucken muss die Krankenkasse die Rechtsgrundlage für die Auskunftspflicht des Arztes angeben. Zu den Honoraren bei Auskünften auf nicht vereinbarten Vordrucken siehe unten, Nr. 3 (S. 15 f). Werden auf einem vereinbarten Vordruck zusätzliche Fragen gestellt oder Fragen geändert, entspricht der geänderte oder zusätzliche Teil nicht mehr der Vordruckvereinbarung.

Die Beantwortung ergänzender oder geänderter Fragen kann abgelehnt werden. Handelt es sich um Fragen, die im Interesse des Patienten beantwortet werden sollten, kann der Arzt mit der Krankenkasse vor der Beantwortung dieses Teils eine zusätzliche Vergütung vereinbaren.

Auskunftersuchen der Krankenkasse zur Unterstützung eines Versicherten bei Behandlungsfehlern

Nach § 284 Abs. 1 Nr. 5 SGB V ist die Krankenkasse berechtigt, auch solche Daten zu erheben, soweit diese für die Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V) erforderlich sind. Der Arzt ist daher verpflichtet, den Krankenkassen diese Auskünfte zu erteilen, sofern der Versicherte ausdrücklich dieser Datenherausgabe schriftlich zugestimmt hat.

Vergütung

Die Auskünfte dienen den gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse und sind deshalb nach den Leistungspositionen des Abschnitts 1.6 EBM (GNRN 01610 - 01623) abzurechnen. In der Regel werden von den Kassen lediglich Auszüge aus den Patientenunterlagen angefordert, für deren Übersendung kein besonderes Honorar berechnet werden kann.

Möglichkeit der Auskunftsverweigerung

Schriftliche Anfragen der Krankenkassen, die über einfache Auskunftsbegehren wie Bescheinigungen, Zeugnisse und Auskünfte hinausgehen, und für die kein vereinbarter Vordruck nach der Vordruckvereinbarung besteht, können nach Auffassung der KBV nicht nach Leistungspositionen des EBM abgerechnet werden, auch wenn eine entsprechende Leistungsposition durch die Krankenkassen bei der schriftlichen Anforderung angegeben ist. Derartige Anfragen sollen nach Ansicht der KBV

- entweder unbeantwortet an die Krankenkasse zurückgereicht
- oder privat (nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)) liquidiert werden.

Unzulässige Anforderung der Krankenkassen/ Verweisung auf die Zuständigkeit des MDK

Krankenkassen fordern von Vertragsärzten häufig Informationen zu:

- derzeitigen Behandlung des Patienten
- Rehabilitationsmaßnahmen
- Ursache der Arbeitsunfähigkeit, Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit etc.

Fordern die Krankenkassen diese Informationen für ihre Zwecke an, kann der Arzt diese Angaben verweigern. Etwas anderes gilt nur, wenn der Patient dem Arzt gegenüber der Informationsweitergabe zugestimmt hat. Stimmt der Patient nicht zu, muss der Vertragsarzt die Krankenkassen darauf hinweisen, dass eine **Auskunftspflicht** zu diesen Fragen **nur gegenüber dem MDK** aufgrund seiner gesetzlichen Prüfungszuständigkeit besteht.

Vorsicht bei Befunden, Arztberichten und Krankenhausentlassungsberichten: Krankenkassen fordern von Vertragsärzten häufig (auch) solche Unterlagen an. Ein Auskunftsrecht steht jedoch nur dem MDK zu seiner Aufgabenerfüllung zu. Der Vertragsarzt darf solche Unterlagen an die Krankenkassen auch dann nicht herausgeben, wenn der Patient der Weitergabe zugestimmt hat. Dies hat der Bundesbeauftragte für den Datenschutz ausdrücklich festgestellt (19. Tätigkeitsbericht vom 07.05. 2003).

2. Anfragen vom MDK

Nach § 276 Abs. 2 SGB V sind (auch) Vertragsärzte verpflichtet, auf Anforderung des MDK bestimmte Informationen über ihre Patienten zur Verfügung zu stellen. Der MDK ist auskunftsberechtigt nur im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung. Dies setzt voraus, dass die zuständige Krankenkasse den MDK im konkreten Fall zuständigkeithalber beauftragt hat (z. B. mit der Prüfung des Leistungsanspruches).

Die Krankenkassen sind mithin nicht berechtigt, zunächst vom Vertragsarzt Unterlagen zu erbitten, um zu prüfen, ob der MDK einzuschalten ist. Es obliegt vielmehr den Krankenkassen selbst, den MDK aufgrund eigener Erkenntnisse einzuschalten. Dieser kann dann nach Bejahung seiner Zuständigkeit erforderlichenfalls ergänzende Unterlagen von den Vertragsärzten anfordern.

Einfache Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse etc.

Begehrt der MDK vom Vertragsarzt einfache Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse etc., ist dafür kein Vordruck vereinbart. Der MDK muss bei seiner Anfrage die Rechtsgrundlage (z. B. Prüfungs- oder Beratungsauftrag nach § 275 SGB V) für seine Auskunftsberechtigung und die Auskunftspflicht des Vertragsarztes angeben. Er muss darüber hinaus angeben, zu welchem Zweck er die erbetene Auskunft im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung benötigt. Eine Vergütung für diese Auskünfte steht dem Vertragsarzt **nicht** zu.

Ausführlicher Bericht

Für ausführliche Berichte an den MDK ist ein Vordruck vereinbart (Muster 11, s. S. 39). Dieser ist zu verwenden. Er enthält auch den Aufdruck der Gebührenposition (GNR 01621 EBM), nach der die Auskunft vergütet wird.

Eigenbefunde/Krankenhausentlassungsberichte

§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V regelt, welche Unterlagen der Vertragsarzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung an den MDK herausgeben muss.

Eigenbefunde: Nach dieser Vorschrift ist der Arzt berechtigt und verpflichtet, selbst erhobene Daten, also Eigenbefunde an den MDK zu dessen Aufgabenerfüllung herauszugeben.

Fremdbefunde: Für die Herausgabe von Fremdbefunden (insbesondere: Krankenhausentlassungsberichte) gibt es keine ausdrückliche Rechtsgrundlage. Ob insoweit eine Herausgabepflicht besteht, war daher zunächst strittig. Nach Auffassung des Landesbeauftragten für den Datenschutz NRW (Schreiben vom 21.04.1999 und 10.12. 1999) fehlt es an einer Ermächtigungsgrundlage, so dass der Vertragsarzt gegen datenschutzrechtliche Vorschriften verstößt, wenn er Fremdbefunde an den MDK (oder andere) herausgibt. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz hat in seinem 18. Tätigkeitsbericht vom 04.04.2001 indessen eine andere Auffassung vertreten. Danach soll § 276 Abs. 2, Satz 1 2. Halbsatz SGB V den Vertragsarzt auch berechtigen, dem MDK Fremdbefunde zu übermitteln. Dieser Auffassung ist auch das Bundesministerium für Familie und Gesundheit. Der Vertragsarzt ist verpflichtet, Fremdbefunde (z. B.

Laborwerte vom Laborarzt, Krankenhausentlassungsberichte) aufzubewahren (wie die selbst erstellten Patientenunterlagen), soweit sie für die Behandlung des Patienten (noch) erforderlich sind.

Fazit: In der Regel dient es den Interessen des Patienten, wenn der MDK alle erforderlichen Unterlagen über ihn erhält, um über dessen Ansprüche abschließend entscheiden zu können. Der Vertragsarzt sollte daher nach pflichtgemäßem Ermessen seine Unterlagen über den Patienten (Eigenbefunde und Fremdbefunde) dem MDK zur Verfügung stellen. Die Herausgabe von Fremdbefunden ist rechtlich zulässig. Der Arzt verstößt damit nicht gegen datenschutzrechtliche Vorschriften. Textteile von Fremdbefunden, die für den MDK nicht notwendig sind, hat der Vertragsarzt vor der Weitergabe zu schwärzen. Der Arzt erleichtert durch diese Herausgabe die Entscheidung des MDK. Der MDK wäre ohnehin berechtigt, von dem Urheber der Fremdbefunde (z. B. vom Krankenhaus, das den Krankenhausentlassungsbericht erstellt hat) dieselben Unterlagen anzufordern.

Informationsweg

Nach dem Gesetz ist der MDK auskunftsberechtigt. Häufig fordern indessen die Krankenkassen im Auftrage des MDK von den Vertragsärzten Informationen für den MDK an.

- Fordert der MDK Informationen selbst an, so sind diese nach § 276 Abs. 2 SGB V „unmittelbar an diesen zu übermitteln“. Sinnvoll ist dies schon deswegen, weil nur der MDK selbst den Zweck der Informationsanforderung näher begründen kann und die Informationen auch nur selbst verwenden darf.

- In der Praxis hat sich z. T. eine andere Verfahrensweise herausgebildet. Der Arzt wird z. T. aufgefordert, die Unterlagen an die Krankenkasse zu senden, und zwar 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 in seinem 18. Tätigkeitsbericht – 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.

Anfragen der KK oder des MDK zur Verordnung von Reha-Maßnahmen

Rechtsgrundlage und Auskunftspflicht

Die Verordnung von Reha-Maßnahmen gehört zum vertragsärztlichen Versorgungsbereich (§§ 40 und 41 SGB V). Die Verordnung durch den Vertragsarzt (Muster 61) stellt die Grundlage für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse dar. Verordnungsberechtigt sind aber nur solche Vertragsärzte, die über eine rehabilitationsmedizinische Qualifikation verfügen und eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung besitzen (s. § 11 Abs. 1 Satz 2 Reha-Richtlinien). Die Voraussetzungen zur Erteilung der Genehmigung sind geregelt in § 11 Abs. 2 Reha-Richtlinien.

Ab dem 01. April 2007 dürfen Vertragsärzte, die nicht über eine der in Abs. 2 der Richtlinien geforderten Zusatzqualifikation verfügen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr verordnen.

Auskunftspflicht

Soweit die Krankenkasse die Notwendigkeit einer medizinischen Reha-Maßnahme durch den MDK prüfen lässt, besteht für den Arzt gegenüber dem MDK eine gesetzliche Auskunftspflicht nach § 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i.V.m. § 276 Abs. 2 SGB V.

Abrechnungsmöglichkeit

Die Verordnung von medizinischer Rehabilitation unter Verwendung des Vordrucks Muster 61 kann nach der Leistungsposition 01611 EBM berechnet werden.

3. Vergütung für Auskünfte an die Krankenkassen und Auslagenersatz

Auskünfte des Arztes innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung sind zu vergüten, wenn dies in der Gebührenordnung (EBM) oder durch Vertrag ausdrücklich vorgesehen ist.

Vereinbarte Vordrucke

Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten auf besonderes Verlangen der Krankenkassen sind nur nach den Leistungspositionen des Abschnitts 1.6 EBM (GNRN 01610 - 01621) berechnungsfähig; diese sind auf den vereinbarten Vordrucken angegeben. Die angegebene Leistungsposition ist für die anfragende Krankenkasse und den Vertragsarzt verbindlich.

Ergänzung

Mit der AOK und den Betriebs- und Innungskrankenkassen in Westfalen-Lippe ist vereinbart,

- dass Auskünfte nach den GNRN 01620, 01621, 01622 EBM außerhalb des Praxisbudgets bezahlt
- und mit einem (festen) Punktwert von 4,5 Cent honoriert werden.

Werden lediglich Ablichtungen von Befundberichten oder anderen Patientenunterlagen übersandt, kann der Arzt lediglich **Auslagenersatz** verlangen (Porto-/Kopierkosten).

Teilweise ist die Vergütung der Auskunft im Honorar für die ärztliche Leistung enthalten (z. B. AU-Bescheinigung). Auch dafür ist ein Vordruck vereinbart. Auf diesem ist dann zwangsläufig keine GNR aufgedruckt, nach der eine zusätzliche Vergütung zu zahlen wäre.

Nicht vereinbarte Vordrucke

Bei Auskünften, Bescheinigungen, Zeugnissen, Berichten und Gutachten auf nicht vereinbarten Vordrucken, bei denen die oben erläuterten rechtlichen Voraussetzungen zur Auskunftserteilung erfüllt sind, muss die Krankenkasse oder der MDK angeben, nach welcher Gebührennummer die erbetene Information vergütet wird (s. § 36 Abs. 1 BMV-Ä/PK; Vordruckvereinbarung Ziff. 1.2.3). Die Vergütung richtet sich grundsätzlich nach dem Umfang der Beantwortung der Anfrage.

Kurze Auskünfte, die weder einen besonderen Arbeits-

aufwand noch gutachtliche Feststellungen erfordern, sind ohne besonderes Honorar gegen Erstattung von Auslagen zu erteilen (s. Vordruckvereinbarung Ziff. 1.2.2). Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten dürfen von den Krankenkassen auf **nicht vereinbarten Vordrucken ausnahmsweise** angefordert werden, wenn vereinbarte Vordrucke zur Klärung der Sachverhalte nicht zur Verfügung stehen. Dabei soll die Krankenkasse angeben, nach welcher Rechtsgrundlage die erbetene Information zulässig ist. Ist eine Rechtsgrundlage bei der Anfrage auf nicht vereinbarten Vordrucken nicht angegeben kann der Arzt die Auskunft verweigern.

Dasselbe gilt, wenn die Krankenkasse mit einem vereinbarten Vordruck zusätzliche, d. h.: im Vordruck nicht vorgesehene Informationen anfordert. Diesen Teil muss der Arzt nicht beantworten.

Anfragen, die Gutachten erfordern, oder Bescheinigungen mit gutachterlichen Fragestellungen, für die **keine Vordrucke** vereinbart wurden, sind nach den **Leistungspositionen des EBM** (GNR 01610 ff) zu vergüten (s. § 36 Abs. 2 S. 2 BMV-Ä/PK; Vordruckvereinbarung Ziff. 1.2.3). Dabei ist zu prüfen, ob inhaltlich die Anforderungen einer der Leistungsziffern der GNRN 01620 ff EBM erfüllt sind .

4. Auskünfte an den MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Der Arzt ist nach § 18 Abs. 4 SGB XI verpflichtet, dem MDK auch die für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

Vergütung/Auslagenersatz

Für Auskünfte zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit sind Vordrucke vereinbart. Diese befinden sich im Anhang zur Vereinbarung zwischen der KVWL und dem MDK WL als Anlagen 1 bis 4.

Berichtsvergütung, Kostenerstattung, Abrechnung

1. Beantwortung einer Anfrage SNR 98251 12,78 Euro
nach Hausbesuch durch
den MDK (Anlage 1)
2. Beantwortung der Anfrage SNR 98252 4,86 Euro
zur Vorbereitung eines
Hausbesuchs (Anlage 2)
3. Beantwortung der Anfrage SNR 98253 25,56 Euro
zu einem verstorbenen Pa-
tienten, der vor seinem Tode
einen Antrag auf Freistellung
von Pflegebedürftigkeit ge-
stellt hat (Anlage 3)

4. Übersendung von Befund- unterlagen	SNR 98254	8,18 Euro (inkl. Porto- kosten pauschal 1,02 Euro)
5. Fotokopierkosten	SNR 98255	0,15 Euro

5. Anfragen von Sozialämtern

Sozialhilferecht

Das Sozialhilferecht enthält eine gesetzliche Verpflichtung des Arztes zur Auskunftserteilung.

Nach § 38 Abs. 4 S. 3 BSHG ist er verpflichtet, Auskünfte nach Maßgabe der §§ 294, 295, 300 – 302 des SGB V (in Verbindung mit der sog. Vordruckvereinbarung) zu erteilen. Eine Einwilligung des Patienten ist nicht erforderlich.

Auskunftspflicht nach Vertrag

Der Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und den Sozialleistungsträgern Westfalen-Lippe enthält keine eigenständige Verpflichtung zur Auskunftserteilung, sondern verweist auf die im Abschnitt „Sozialhilferecht“ dargestellte Rechtslage.

Insoweit gilt die sog. Vordruckvereinbarung (s. § 9 Abs. 2 des Vertrages).

Auskünfte auf nicht vereinbarten Vordrucken

Auskünfte auf nicht vereinbarten Vordrucken darf der Arzt auch gegenüber dem Sozialleistungsträger nicht verweigern, sofern die Auskunft zu dessen Aufgabenerfüllung erforderlich ist und der Patient eingewilligt hat (s. § 100 Abs. 1, 2 Altern. SGB X).

Vergütung der Auskunft

Auskünfte sind kostenpflichtig. Die Vergütung der Auskunft richtet sich nach den für die AOK Westfalen-Lippe geltenden Bestimmungen (s. § 1 Abs. 3 des Vertrages). Es gelten damit die gleichen Grundsätze für die Vergütung wie bei Auskünften an die Krankenkasse. Eine Abrechnung nach GOÄ ist deshalb ausgeschlossen (es sei denn, es handelt sich um eine Anfrage außerhalb der Vordruckvereinbarung).

Besonderheit

Anfragen zur Arbeitsfähigkeit von Leistungsempfängern

Häufig befragt das Sozialamt den Arzt, um die Vermittelbarkeit des Patienten im Arbeitsleben festzustellen zu können.

Rechtsgrundlage

Der Arzt ist nach § 100 SGB X zur Auskunft verpflichtet, wenn der Patient (Leistungsempfänger) schriftlich eingewilligt hat.

Vergütung der Auskunft

Form und Zweck derartiger Anfragen entsprechen nicht den in § 9 Abs. 2 des Vertrages der KVWL mit den Sozialhilfeträgern vereinbarten Auskünften.

Auskünfte auf derartige Anfragen sind deshalb nach GNRN 70 ff GOÄ privat mit dem Sozialamt abzurechnen.

Wie ist abzurechnen, wenn die Anfrage eine zusätzliche Untersuchung des Leistungsempfängers voraussetzt?

Die Untersuchung hat den Zweck, die Möglichkeit der Wiedereingliederung in das Berufsleben des Leistungsempfängers festzustellen. Diese Untersuchungen sind damit keine kurativen Behandlungen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung.

Soweit der Vertragsarzt vom Sozialamt um derartige Untersuchungen gebeten wird, sind die ärztlichen Leistungen daher nach GOÄ privat abzurechnen.

6. Anfragen von Rentenversicherungsträgern

Rentenversicherungsrecht

Der Vertragsarzt ist nach dem Rentenversicherungsrecht (SGB VI) gesetzlich nicht verpflichtet, dem Rentenversicherungsträger auf dessen Anfrage Auskünfte zu erteilen.

Auskünfte

Auskünfte darf und muss der Vertragsarzt dem Rentenversicherungsträger deshalb nur erteilen, soweit diese im Einzelfall für die Durchführung dessen Aufgaben benötigt werden und der Patient in die Auskunftserteilung zuvor schriftlich eingewilligt hat (s. § 100 Abs. 1, 2. Altern. SGB X).

Vergütung

Nach Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz) erhält der Arzt eine Entschädigung. Für Befundberichte oder schriftliche Auskünfte ohne gutachtliche Äußerung kann eine Gebühr in Höhe von 21,00 Euro verlangt werden.

Für kurze Gutachten erhält der Arzt eine Gebühr von 44 bis zu 75 Euro.

Nach einer Empfehlung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger wird seit der Euro-Einführung prinzipiell eine Vergütung für das Ausfüllen ärztlicher Befundbögen zum Reha-Antrag von 18,00 EUR zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 7,20 EUR angeboten. 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 den Rentenantrag auch tatsächlich einreicht. Reicht der Patient den Antrag nicht ein, sind die zuständigen Stellen nicht verpflichtet, den ärztlichen Aufwand zu vergüten.

Mit dem Patienten sollte daher vereinbart werden, dass der Arzt den ausgefüllten Antrag, zusammen mit dem Befundbericht, für den Patienten bei der zuständigen Stelle einreicht.

7. Anfragen von Arbeitsämtern

Auskunftsrecht/-pflicht des Vertragsarztes

Auch an Arbeitsämter darf und muss der Vertragsarzt Auskünfte nur erteilen, wenn die Behörde diese zu ihrer Aufgabenerstellung benötigt und der betroffene Patient in die Auskunftserteilung zuvor schriftlich eingewilligt hat.

Vergütung

Nach Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG erhält der Arzt eine Entschädigung (Befundberichte oder schriftliche Auskunft ohne gutachtliche Äußerung: 32,50 Euro).

8. Anfragen von Gesundheitsämtern

Grundsatz

Bei Anfragen von Gesundheitsämtern gilt das gleiche wie bei Rentenversicherungsträgern und Arbeitsämtern (s. Kap. 6 und 7).

Meldeverpflichtung

Krankheiten i. S. des § 6 Infektionsschutzgesetz muss der Arzt der zuständigen Gesundheitsbehörde melden (gesetzliche Meldepflicht).

Auslagenersatz

Für die Meldung hat die Behörde dem Arzt seine Aufwendungen (z. B. Portokosten) zu erstatten (s. § 69 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz). Eine Vergütung wird nicht gewährt.

Ärztliches Zeugnis nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)

Für die sofortige Unterbringung ohne vorherige gerichtliche Entscheidung benötigt die Ordnungsbehörde ein ärztliches Zeugnis über einen entsprechenden Befund über die Notwendigkeit der sofortigen Unterbringung (§ 14 Abs. 1 PsychKG).

Vergütung

Das ärztliche Zeugnis nach dem PsychKG ist keine Bescheinigung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Der

Arzt kann die Erstellung des Zeugnisses deshalb nicht bei der KV abrechnen.

Das ärztliche Zeugnis kann nur privat nach GOÄ gegenüber dem Auftraggeber (Ordnungsamt) abgerechnet werden.

9. Anfragen von Unfallversicherungsträgern

Gesetzliche Auskunftspflicht des Arztes

Im Recht der Unfallversicherung (SGB VII) bestehen für den Arzt nach §§ 201, 203 SGB VII gesetzliche Verpflichtungen zur Auskunftserteilung gegenüber den berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherungsträgern. Er muss daher dem Unfallversicherungsträger Auskünfte auch dann erteilen, wenn der Patient dem nicht zustimmt.

Verweigert der Arzt die erforderlichen Auskünfte, kann ihn der Unfallversicherungsträger mit einer Geldbuße bis zu 2.500,00 Euro belegen (s. § 209 SGB VII).

Vertragliche Verpflichtung

Neben den gesetzlichen Pflichten besteht für den Vertragsarzt auch eine Auskunftspflicht nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger (§ 46).

Danach muss der Arzt, der die Erstversorgung geleistet oder den Versicherten behandelt hat, dem Unfallversicherungsträger Auskünfte erteilen, Berichte und Gutachten erstatten, die dieser für seine gesetzlichen Aufgaben benötigt.

Vergütung

Die Vergütung richtet sich nach den Leistungs- und Gebührenverzeichnissen im Anhang des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger.

10. Anfragen und Aufträge von Bundeswehr, Bundesgrenzschutz und Zivildienst

Mit der Bundeswehr, dem Bundesgrenzschutz und dem Zivildienst sind Verträge zur Erbringung ärztlicher Leistungen, zur Erstellung von Gutachten etc. geschlossen (abgedruckt in KBV (Hrsg.): Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Stand: Oktober 2001, S. 819 ff, S. 843 ff und S. 851 ff).

Aufgrund dieser Verträge kann der Vertragsarzt für kurative Leistungen und auch für die Übermittlung von ärztlichen Befunden, Berichten sowie Gutachten etc. in Anspruch genommen werden (sog. Überweisungs- oder Abrechnungsschein).

Diese Leistungen werden grundsätzlich über die jeweilige KV abgerechnet. Musterungs-, Tauglichkeits- und Verwendungsfähigkeitsuntersuchungen und Gutachten sind jedoch seit 1.1.2002 unmittelbar mit dem Auftraggeber/Kostenträger abzurechnen (s. dazu DÄ vom 7.12.2001, S. A-3317).

Seit 1.1.2002 ergibt sich hierbei wegen der Umsatzsteuerpflicht (vgl. dazu unten IV, S. 34 ff) eine Besonderheit.

Getrennte Abrechnung

Erbringt der Arzt aufgrund eines Überweisungsscheines kurative Leistungen, sind diese grundsätzlich auf dem Überweisungsschein bei der KV abzurechnen. Enthält der Überweisungsschein auch nichtkurative Leistungen (z.B. Bericht über Wehrdiensttauglichkeit), so sind diese Gutachten, Befunde etc. dem Auftraggeber unmittelbar in Rechnung zu stellen. Der Überweisungsschein enthält daher in der Regel den Aufdruck „umsatzsteuerpflichtige Leistung“.

Einheitliche Abrechnung

Überschreiten die umsatzsteuerpflichtigen Einnahmen eines Arztes jährlich nicht den Betrag von 16.620,00 EUR, unterliegen die Honorare für Gutachten nicht der Umsatzsteuerpflicht (sog. Kleinunternehmerprivileg). Nimmt ein Arzt diese Regelung in Anspruch, so kann er auch die Kosten für das Gutachten etc. bei der KV auf dem „Überweisungsschein“ (ohne Ausweis der Umsatzsteuer) abrechnen (zu dieser Problematik s. DÄ vom 7.12.2001, S. A 3317).

11. Anfragen von Versorgungsämtern

Auskunftspflicht des Arztes nach § 100 SGB X

Der Arzt ist verpflichtet, den Versorgungsämtern Auskünfte zu erteilen, wenn diese zur gesetzlichen Aufgabenerfüllung der Behörde notwendig sind und es gesetzlich zugelassen ist oder der Betroffene (Patient) eingewilligt hat.

Spezialregelung des § 12 Abs. 2 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung: Nach dieser Regelung muss der Arzt notwendige Auskünfte erteilen.

Der Auskunftserteilung muss auch der Versorgungsberechtigte vorher schriftlich zugestimmt haben (§ 12 Abs. 2).

Vergütung

Nach Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG: 21 Euro.

Erstattung von Schreibauslagen

Bislang waren die Versorgungsämter bereit, neben der Vergütung für Befundberichte und Gutachten auch Schreibauslagen zu erstatten.

Diese Schreibauslagen dürfen nicht mehr erstattet werden. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 09.02.2000 (Az: B 9 SB 8/98 R und 10/98 R) ist der Schreibaufwand bei einem Befundbericht bereits in der eigentlichen Entschädigung enthalten.

Der Arzt darf die erbetenen Auskünfte nicht verweigern. Er ist aber berechtigt, die Beantwortung der Fragen des Versorgungsamtes auf das Notwendige zu beschränken.

12. Anfragen von Gerichten

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

Vergütung

Die Erteilung von Auskünften wird vergütet nach dem JVEG (z. B. schriftliche Auskunft ohne gutachterliche Äußerung: 21 Euro; bei außergewöhnlich umfangreicher Tätigkeit: 21 bis 75 Euro).

13. Anfragen von Patienten/Rechtsanwälten

1. Einsichtsrecht in Krankenunterlagen

Der Patient hat ein umfassendes Einsichtsrecht in seine Krankenunterlagen.

Zu beachten ist, dass dem Patienten lediglich ein Einsichtsrecht in seine Krankenunterlagen zusteht. Der Anspruch auf Kopien beschränkt sich darauf, dass der Patient selbst Kopien (auf eigene Kosten) anfertigen und mitnehmen darf. Der Arzt kann dem Patienten auch Kopien übersenden. Der Arzt ist nicht verpflichtet, Originale oder Kopien von Krankenunterlagen dem Patienten zuzusenden.

Auslagenersatz

Kopierkosten und bei (freiwilliger) Zusendung Portokosten sind dem Arzt vom Patienten zu erstatten.

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 beschränkt, das dem Patienten zusteht (s. Ziff. 1). Ein Anspruch auf Herausgabe von Originalen aus den Krankenunterlagen besteht deshalb auch gegenüber dem Rechtsanwalt nicht.

14. Anfrage von Patienten zu Behandlungskosten (§ 305 SGB V)

Auskunftsanspruch des Versicherten gegen den Vertragsarzt (Abs. 2)

Nach § 305 Abs. 2 SGB V hat der Vertragsarzt 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.

Der Arzt erhält nach § 305 Abs. 2 Satz 3 SGB V eine Aufwandspauschale von 1 Euro zuzüglich Versandkosten vom Patienten.

Arzneikosten, Heilmittelkosten oder Hilfsmittelkosten braucht und kann der Arzt nicht mitteilen. Mitteilen muss der Vertragsarzt nur die Höhe der **ärztlichen Honorare** (= „Entgelte“ i. S. des § 305 Abs. 2 SGB V).

Zur Berechnung des Arzthonorars kann der Arzt zur Ermittlung eines Annäherungswertes den Punktwert aus dem Vorquartal zugrundelegen.

Auskunftsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse (Abs. 1)

Nach Abs. 1 der o. g. Vorschrift unterrichten die Krankenkassen ihre Versicherten auf deren Antrag über die im jeweiligen letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten.

Nach Abs. 1 wird der Versicherte nur über die in Anspruch genommenen Leistungen und der Kosten im vergangenen Geschäftsjahr informiert. Die Auskunft des Vertragsarztes nach Abs. 2 bezieht sich hingegen immer auf das vergangene Quartal.

15. Anfragen von Arbeitgebern

Bei Auskünften an den Arbeitgeber des Patienten und für die Erstellung von Gesundheitszeugnissen muss die schriftliche Einwilligung des Patienten vorliegen.

Vergütung

Da die Auskünfte und Gesundheitszeugnisse dem Arbeitgeber für seine Zwecke dienen, ist die Leistung gegenüber diesem privat abzurechnen (GNRN 70 ff GOÄ).

16. Anfragen von Reisegesellschaften bei privaten Kurreisen

Auskünfte zur Reise-, Flug- und Kurfähigkeit bedürfen der schriftlichen Einwilligung des Patienten.

Vergütung

Abrechnung privat nach GOÄ (je nach Umfang GNRN 70 ff).

17. Anfragen von Rehabilitationseinrichtungen

Rechtsgrundlage zur Auskunftserteilung

Nach § 73 Abs. 1 b S. 3 SGB V ist der Arzt berechtigt und verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde auch an andere Leistungserbringer, also auch an Reha-Einrichtungen mitzuteilen, soweit der Patient schriftlich eingewilligt hat.

Vergütung

Bei Auskünften, Bescheinigungen oder Gutachten, die die Reha-Einrichtung für sich selbst benötigt, richtet sich die Vergütung nach GNRN 70 ff GOÄ.

Für den Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/Funktionstraining bei der Krankenkasse ist ein Muster-vordruck (Muster 56) vereinbart. Die ärztliche Verordnung/Bescheinigung ist nach EBM 2000 + mit der GNR 01621 berechnungsfähig.

Bei Anträgen auf eine Reha-Maßnahme zu Lasten der zuständigen Landesversicherungsanstalt spricht der Patient mit seinem Antrag in der Arztpraxis vor.

Für das Ausfüllen des Antrages steht dem Arzt nach einer Empfehlung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger prinzipiell eine Vergütung in Höhe von 18,00 Euro zuzüglich einer Pauschale von 7,20 Euro zur Abgeltung von Schreibgebühren, Portokosten und der Kosten für Fotokopien von Befundunterlagen zu.

Der Arzt erhält nur diese Vergütung und Pauschale, wenn der Patient den Antrag auch tatsächlich einreicht. Der Arzt sollte deshalb auch hier mit dem Patienten vereinbaren, den ausgefüllten Antrag selbst der zuständigen Stelle zu übersenden.

18. Anfragen von Sportvereinen

Auskunftsrecht des Arztes

Der Arzt darf Auskünfte über seinen Patienten Sportvereinen nur geben, soweit dieser ihn von der Schweigepflicht entbunden hat (s. § 9 Abs. 2 Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe). Liegt diese Erklärung vor, ist der Arzt auch zur Auskunft verpflichtet.

Vergütung

Das ärztliche Honorar für diese Auskünfte, die Erstellung von Bescheinigungen und Berichten sowie Gutachten für private Auftraggeber richtet sich nach GNRN 70 ff GOÄ.

19. Anfragen von privaten Versicherungsgesellschaften und privaten Krankenversicherern

Auskunftsrechtsrecht und -pflicht des Arztes

Auch hier ist der Arzt zur Auskunft nur berechtigt und verpflichtet, wenn eine konkrete Schweigepflichtsentbindung des Patienten vorliegt.

Umfang der Auskunftspflicht

Häufig haben private Krankenversicherungsunternehmen und private Versicherungsgesellschaften (z. B. Lebensversicherungen, private Unfallversicherungen) eine generelle Entbindung aller behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber der Gesellschaft in ihren Versicherungsverträgen 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 Patientengeheimnisse, zu deren Preisgabe der Arzt ermächtigt werden soll, noch auf den Kreis der Ärzte, die zur Auskunft ermächtigt werden sollen. Pauschale Entbindungserklärungen von der Schweigepflicht werden deshalb von der Rechtsprechung und der Literatur als zu weitreichend und deshalb als unwirksam angesehen.

Der Arzt ist deshalb nur verpflichtet, Auskünfte zu erteilen, soweit der Patient im Einzelfall in die Auskunftserteilung eingewilligt hat.

Vergütung

Die Vergütung richtet sich nach den GNRN 70 ff GOÄ.

20. Dokumentation für Pflege- und Altenheime

Der Vertragsarzt muss in seiner Krankenkartei Diagnose und Behandlung dokumentieren. Er ist aber nicht verpflichtet, bei Pflege- und Altenheimen (gleichsam parallel zu seiner eigenen Praxisdokumentation) Diagnose- und Behandlungsverlauf auch in den Heimunterlagen zu erfassen oder die vom Heim erstellten Dokumentationen abzuzeichnen.

Zur Rechtssicherheit für die Pflegeperson kann lediglich empfohlen werden, dass der Arzt z. B. mündliche Anordnungen später schriftlich fixiert oder die Dokumentation der Pflegeeinrichtung abzeichnet.

21. Leichenschau

Rechtsgrundlage

§ 3 Abs. 2 der VO über das Leichenwesen NRW verpflichtet den Arzt zur Leichenschau unverzüglich nach Erhalt der Todesanzeige.

Vergütung

Die Leichenschau ist nicht über die KV abzurechnen, sondern mit den Erben nach GNR 100 GOÄ.

Wegegeld

Bei einer Leichenschau außerhalb seiner Praxis darf der Arzt für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 GOÄ

berechnen.

Muss der Fall nach der UV-GOÄ abgerechnet werden, ist das Wegegeld nach den GNRN 71 – 74 und 81 – 84 der UV-GOÄ abrechenbar.

Ansatz der Besuchsziffer

Neben der GNR 100 GOÄ ist eine Besuchsziffer nach GNR 50 grundsätzlich nicht zusätzlich berechnungsfähig.

Ausnahme:

Der Besuch nach GNR 50 GOÄ ist dann berechnungsfähig, wenn der Arzt z. B. zur Behandlung eines Kranken gerufen wird und zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststeht, ob der Patient bereits verstorben ist oder nicht.

Dies gilt auch, wenn die Person bis zum Eintreffen des Arztes zwischenzeitlich gestorben ist, so dass die ärztliche Hilfe dann nicht mehr erforderlich war. Bei gesetzlich Krankenversicherten ist der Besuch dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GNRN 01410 ff EBM) abzurechnen.

III. Telefaxantworten des Vertragsarztes

1. Krankenkassenanfragen

Bisher mussten die Krankenkassen dem Vertragsarzt Originale der Vordrucke 11, 50, 51,52,53 und 55 (s. Anhang; S. 39 ff.) zur Beantwortung per Post übersenden. Die KBV teilt mit Rundschreiben vom 30.04.2001 mit, dass nach eingehender datenschutzrechtlicher und honorartechnischer Prüfung beim Vertragsarzt auch per Telefax angefragt werden kann. Der Vertragsarzt darf auch per Telefax antworten. Abrechnungstechnisch ändert sich dadurch für den Vertragsarzt nichts.

2. Auskunftersuchen Dritter

Auskünfte an andere Auskunftersuchende und Auskünfte an Krankenkassen, die nicht auf den o. g. Vordrucken erteilt werden, dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung des Patienten per Telefax übersandt werden.

Bei der Übersendung ist sicherzustellen, dass dort, wo die Daten ankommen, nur Berechtigte von den Daten Kenntnis nehmen können. Vor Absendung des Telefaxes ist deshalb ggf. eine telefonische Rücksprache mit dem Empfänger nötig.

IV. Hinweise zur Umsatzsteuerpflicht und den Befreiungsmöglichkeiten

Seit 2001 unterliegen Gutachten und auch andere ärztliche Leistungen (z.B. Untersuchungen, Berichte) unter bestimmten Voraussetzungen der Umsatzsteuerpflicht.

Befreiungstatbestände sind eingeschränkt. Dies ist Folge einer Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (vgl. dazu Nösser, in: DÄ vom 30.3.2001, S. A-850 ff, 16.7.2001, S. A-1904 ff und Berner, in: DÄ vom 1.2.2002, S. A-307 ff).

1. Grundsätze

- Umsätze des Arztes aus seiner vertragsärztlichen und privatärztlichen Tätigkeit (Ausübung der Heilkunde) sind umsatzsteuerfrei.
- Honorare für ärztliche Gutachten, Untersuchungen, Berichte etc. sind (nach wie vor) steuerfrei, **wenn ein therapeutisches Ziel im Vordergrund** steht (§ 4 UStG).
- (An sich) steuerpflichtige Honorare für Gutachten und andere ärztliche Tätigkeiten sind von der Umsatzsteuer befreit, wenn die Umsätze des Arztes dafür **jährlich unter 17.500,00 EUR** liegen (sog. **Kleinunternehmerprivileg**; § 19 UStG). Liegen die Umsätze höher, unterliegen sämtliche Einkünfte dieser Art der Umsatzsteuer.

2. Beispiele

Umsatzsteuerpflicht

Honorare für (Sachverständigen-)Gutachten sowie Berichte für ärztliche Befunde etc. sind umsatzsteuerpflichtig, wenn

bei den Gutachten nicht ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht, sondern folgende Fragen:

- Schadensersatzanspruch eines Geschädigten (z.B. Gutachten im Auftrag von Gerichten, Versicherungen, auch bei Kunstfehlerprozessen)
- Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse
- Leistungspflicht der Krankenkasse
- Leistungspflicht des Versorgungsamtes
- Reisefähigkeit, Sporttauglichkeit etc.
- Schuldfähigkeit oder erheblich geminderte Schuldfähigkeit (gerichtlicher Auftrag; Untersuchungen nach § 126a StPO)
- voraussichtlicher Erfolg von Reha-Maßnahmen im Rahmen des Rentenverfahrens
- Rückfallprognose bei Straftätern und Personen im Maßregelvollzug
- Pflegebedürftigkeit (es sei denn, es werden gesetzliche Leistungen i. S. von § 4 Nr. 15a UStG erbracht)
- Musterungs-, Tauglichkeits- und Verwendungsfähigkeitsuntersuchungen; auch Berufstauglichkeit
- ärztliche Untersuchungen nach dem Jugendschutzgesetz
- Beurteilung des Gesundheitszustandes vor Vertragsabschluss mit einer Versicherung (z. B.

Lebensversicherung)

- Blutgruppenuntersuchung für Vaterschaftsfeststellungen, bei Tötungsdelikten etc.
- Alkoholuntersuchungen (es sei denn zum Zwecke der Heilbehandlung).

Umsatzsteuerpflichtig sind auch medizinische Leistungen, die für umsatzsteuerpflichtige Gutachten etc. erbracht werden müssen (z.B. Röntgenaufnahmen, ohne die ein ärztliches Gutachten nicht möglich ist und die nicht kurativen Zwecken dienen).

Umsatzsteuerbefreiung

Honorare und Entgelte des Arztes für Untersuchungen, Berichte etc. sind von der Umsatzsteuer befreit, wenn sie im Rahmen der Ausübung der Heilkunde anfallen. Dies ist immer der Fall, wenn die Maßnahme der Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beim Menschen oder der vorbeugenden Gesundheitspflege dienen. Auch Gutachten, Bescheinigungen, Berichte etc., die Nebenleistungen zu umsatzsteuerbereiten ärztlichen Hauptleistungen sind, unterliegen **nicht** der Umsatzsteuer.

V. Anhang

- Musterbriefe 46
- Vereinbarte Vordrucke nach der Vordruckvereinbarung, soweit diese der Beantwortung von Anfragen des MDK oder der Krankenkassen dienen
 1. Muster 11 (Bericht für den MDK) 47
 2. Muster 50 (Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse) 48
 3. Muster 51 (Angaben bei Arbeitsunfall) 50
 4. Muster 52 (Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit) 52
 5. Muster 53 (Arbeitsunfähigkeitszeiten) 54
 6. Muster 55 (Erreichen der Belastungsgrenze) 56

Schreiben an die Krankenkasse bei Anfragen auf nicht vereinbarten Vordrucken

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben eine Anfrage an mich gestellt, die nicht der Vordruckvereinbarung entspricht. In diesem Falle ist die Krankenkasse verpflichtet anzugeben, nach welcher Vorschrift des Sozialgesetzbuches oder anderer Rechtsvorschriften die Übermittlung der Information zulässig ist und wie die Anfrage vergütet wird (s. § 36 Abs. 1 BMV Ärzte-PK; § 6 Abs. 3 BMV Ärzte-EK).

Ihre o. g. Anfrage enthält diese Angaben nicht. Ich bitte daher zunächst um ergänzende Angaben. Für meine Auskunft erbitte ich ein Honorar in Höhe von ... Euro.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. ...

Schreiben an die Krankenkasse bei Anforderung von Befunden, Arztberichten und Krankenhausentlassungsberichten für sich selbst

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit o. g. Schreiben fordern Sie detaillierte Behandlungsdaten/Befundberichte/Krankenhausentlassungsberichte über den Patienten ... an.

Nach Mitteilung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz vom 04.02.2002 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.

Auskunftsberechtigt ist nach dem Gesetz nur der MDK.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. ...

MUSTER I

MUSTER II

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

- Angaben zum Versicherten nötig, falls das Formular im Blankobedruckungsverfahren erstellt wurde -

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

Für den Bericht des Arztes ist die GNR 01621 EBM 2000plus berechnungsfähig -

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 11/E (1.1999) KBV-PRF.NR.

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse

Sehr geehrte(r) Herr / Frau _____

Sie haben am _____ für Herrn / Frau

Name und Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Anschrift _____

Versichertennummer _____

☐ eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

☐ folgende Verordnung(en): _____

☐ eine Verordnung von Krankenhausbehandlung
ausgestellt.

Bitte geben Sie auf der Rückseite Auskunft zu folgendem Sachverhalt:

Bei uns kann keine Mitgliedschaft festgestellt werden, bzw. die Mitgliedschaft endete am _____

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
Freiumschlag

- Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die GNR 01620 EBM 2000plus berechnungsfähig -



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

Angaben des Arztes

Wurden Name und Geburtsdatum von uns richtig wiedergegeben ? ☐ ja ☐ nein

Wenn nein, bitte berichtigen:

Name des Versicherten : _____ geb. am _____

Hat ein Behandlungsausweis zum Zeitpunkt der Behandlung vorgelegen ? ☐ ja ☐ nein

Name der Krankenkasse : _____

Bei Kassenwechsel: Name der Krankenkasse: _____

Bitte nur ausfüllen bei Angabe einer neuen Krankenkasse:

Behandlungstag	Nr. des BMÄ/der EGO	Behandlungstag	Nr. des BMÄ/der EGO

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Datum

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers

Sehr geehrte(r) Herr / Frau _____

Sie haben am _____ für Herrn / Frau _____

Name und Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Anschrift _____

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/Berufskrankheit) oder
- ☐ ein sonstiger Unfall (Sportunfall, häuslicher- oder Verkehrsunfall) oder Gewalteinwirkung vor.
- ☐ 2. Es besteht möglicherweise ein ursächlicher Zusammenhang mit dem/den anerkannten Versorgungsleiden

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
Freiumschlag

- Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die GNR 01622 EBM 2000plus berechnungsfähig -

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

— Angaben des Arztes —

Zu 1: (Angaben bei Arbeitsunfall/Sonstigem Unfall/Drittschädigung)

Wurde der Patient wegen des Unfalls oder der Schädigung überwiesen ? ☐ ja ☐ nein

☐ an einen anderen Arzt

☐ von einem anderen Arzt

Name der 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	Nr. des BMÄ/der EGO	Behandlungstag	Nr. des BMÄ/der EGO

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 _____ bis _____

☐ überwiegend wegen anderer Leiden vom _____ bis _____ bedingt.

Bitte in jedem Fall ausfüllen:

Behandlungstag	Nr. des BMÄ/der EGO	Behandlungstag	Nr. des BMÄ/der EGO

Datum _____

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

Sehr geehrte(r) Herr / Frau _____
unser Mitglied

Name und Vorname des Versicherten geb. am _____

Anschrift _____

Versichertennummer _____

ist seit _____ arbeitsunfähig erkrankt.

Um ggf. Maßnahmen z. B. zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit einleiten zu können, bitten wir, Ihre Einschätzung auf der Rückseite anzugeben.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
Freiumschlag

- Für die Angaben des Arztes ist die GNR 01622 EBM 2000plus berechnungsfähig -

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

Angaben des Arztes

1. Wegen welcher Diagnose(n) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

(Bitte fügen Sie im verschlossenen Umschlag für den MDK eigene Befunde sowie vorhandene Berichte, z.B. Facharzt-, Krankenhaus-, Reha-Berichte bei.)

2. Welche Tätigkeiten übt der Versicherte derzeit aus?

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) | ☐ Ernährungsberatung |
| ☐ Stufenweise Wiedereingliederung | ☐ Rückenschule |
| ☐ medizinische Reha-Maßnahme | ☐ Umschulung |
| ☐ sonstige (z.B. Suchttherapie, Psychotherapie): | _____ |

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

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten

Sehr geehrte(r) Herr / Frau _____

Ihr Patient / unser Mitglied

Name und Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Anschrift: _____

Versichertennummer: _____

ist seit _____

- ☐ arbeitsunfähig erkrankt
- ☐ in stationärer Behandlung

Um die Dauer des Leistungsanspruchs prüfen zu können, teilen Sie uns bitte mit, ob die Arbeitsunfähigkeit mit den vorherigen Arbeitsunfähigkeitszeiten (Daten siehe Rückseite) in ursächlichem Zusammenhang steht.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

– Verbindliches Muster –

Anlage
Freiumschlag

- Für die Angaben des Arztes ist die GNR 01621 EBM 2000plus berechnungsfähig -

Neu Albrechts Verlag, 22360 Lüneburg

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

- Angaben der Krankenkasse -

I. Arbeitsunfähig vom _____ bis _____ wegen _____

II. Vorher bestand Arbeitsunfähigkeit:

Nr.	Krankheit	vom	bis	zu behandelnder Arzt
1				
2				
3				
4				
5				
6				

- Angaben des Arztes -

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 _____

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

☐ nein ☐ ja, und zwar _____ ab _____

Handelt es sich bei der hinzugetretenen Krankheit und einer unter II. bezeichneten 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: _____

Datum _____

Vertragseinstempel / Unterschrift des Arztes

*) 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.

Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze zur Feststellung einer schweren chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V 55

Zuerst von der Krankenkasse auszufüllen!

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

A1 Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegekategorie 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor

☐ ja ☐ nein

A2 Es ist ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% nach Maßstab des § 90 Abs. 1 BVG oder des § 98 Abs. 2 SGB VII festgelegt worden.

☐ ja ☐ nein

Hinweis: Der GdB bzw. die MdE muss zur Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V durch die in Abschnitt B 1 bestätigte Krankheit begründet sein.

Hinweis: Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn eine Dauerbehandlung gemäß Abschnitt B 1 vorliegt und eines der Merkmale (A 1 bis A 3) vorhanden ist.

Ausstellungsdatum

Kategorie 11 (Anzahl der Krankheitsfälle)

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

B1 Der/der oben genannte Versicherte ist seit dem wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung

Hinweis: Eine „Dauerbehandlung“ liegt vor, wenn der/die Versicherte mindestens ein Jahr lang von Ausstellen dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.

Dauerdiagnose(n)

Ende der Dauerbehandlung

☐ nicht abzsehbar ☐ voraussichtlich am

B2 Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der unter B 1 genannten Krankheit erforderlich (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Hilf- und Hilfsmitteln), da ohne Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

☐ ja ☐ nein

Ausstellungsdatum

Für das Ausstellen dieser Bescheinigung ist die Nr. 01810 IMdM-450 berechnungsfähig

Versicherungsschein (Stempel des Trägers)

Abschließend von der Krankenkasse auszufüllen!

A3 Es liegt eine ärztliche Bescheinigung der kontinuierlichen Behandlungsbedürftigkeit gemäß Abschnitt B 2 vor

☐ ja ☐ nein

Hinweis: Die Feststellung, dass der/die Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet, wird durch die Krankenkasse gestellt.