

UM ANTWORT WIRD GEBETEN

LEITFADEN ZUM UMGANG MIT AUSKUNFTSERSUCHEN, ANFRAGEN
UND GUTACHTERAUFTRÄGEN – ÜBERARBEITETE AUFLAGE 2015



 **KVRLP**

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

IMPRESSUM

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP)
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Redaktion

verantwortlich (i. S. d. P.)
Dr. Sigrid Ultes-Kaiser, Vorsitzende des Vorstands
Dr. Peter Heinz, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands
Dr. Klaus Sackenheim, Mitglied des Vorstands
Abteilung Kommunikation

Bildnachweis

KV RLP,
© Picture-Factory/Fotolia
© Africa Studio/Fotolia
© lenetstan/iStockphoto

Stand: Juli 2015

Umsetzung

Imprimerie Centrale
15, Rue du Commerce
L-1351 Luxembourg,
Internet: www.ic.lu

Hinweise

Diese Broschüre basiert zum Teil auf Texten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein, Bayerns und Baden-Württemberg. Wir bedanken uns für die Abdruckgenehmigung.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

Für den – auch teilweisen – Nachdruck von Texten, Grafiken und dergleichen ist das schriftliche Einverständnis der KV RLP Voraussetzung.



INHALT

ÜBERSICHT	5
1. GRUNDSATZ DER VERSCHWIEGENHEITSPFLICHT IM ARZT-PATIENTEN-VERHÄLTNIS	6
1.1 Gesetzliche Erlaubnis / Pflicht zur Auskunftserteilung	6
1.2 Einwilligung des Patienten	6
2. ANFRAGEN UND GUTACHTENAUFTRÄGE AN DEN NIEDERGELASSENEN ARZT	8
2.1 Telefax- und E-Mail-Antworten des Vertragsarztes	8
2.1.1 Krankenkassenanfragen	8
2.1.2 Anfragen Dritter	8
2.1.3 Antworten per E-Mail	8
2.2 Anfragen von Patienten	8
2.2.1 Anfragen von Patienten/Rechtsanwälten	8
2.2.2 Anfragen von Erziehungsberechtigten	10
2.2.3 Anfragen von gesetzlichen Betreuern beziehungsweise Vorsorgebevollmächtigten	11
2.2.4 Anfragen von Angehörigen und Erben	11
2.2.5 Anfragen von Patienten zu Behandlungskosten (§ 305 SGB V)	12
2.2.6 Anfragen vom Arbeitgeber des Patienten	12
2.2.7 Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes	12
2.2.8 Todesfälle und Geburten	13
2.3 Anfragen von Ärzten und ärztlichen Einrichtungen	13
2.3.1 Anfragen und Schweigepflicht unter Ärzten	13
2.3.2 Anfragen an die/von der KV RLP	15
2.4 Anfragen von gesetzlichen Krankenkassen und sonstigen Kostenträgern	15
2.4.1 Anfragen von Krankenkassen	15
2.4.2 Anfragen vom MDK	20
2.4.3 Anfragen von Unfallversicherungsträgern	21
2.4.4 Anfragen von Rentenversicherungsträgern	21
2.4.5 Anfragen von Arbeitsagenturen	22
2.4.6 Anfragen von sonstigen Kostenträgern	22
2.5 Anfragen von Gerichten, Ämtern und Behörden	23
2.5.1 Anfragen von Gerichten und Polizei	23
2.5.2 Anfragen von Sozialämtern	24
2.5.3 Anfragen von Gesundheitsämtern	24
2.5.4 Anfragen des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung	24
2.5.5 Anfragen von Finanzämtern	25
2.6 Anfragen von privaten Versicherungsgesellschaften	25
3. AUFBEWAHRUNGSPFLICHT UND -FRISTEN	26
3.1 Längere Aufbewahrungsfristen	26
3.2 Kürzere Aufbewahrungsfristen	26

4. MUSTER	30
4.1 Die wichtigsten Vordrucke nach der Vordruckvereinbarung	30
4.2 Muster für nicht vereinbarten Vordruck, Muster 1.....	31
4.3 Muster für nicht vereinbarten Vordruck, Muster 2	33
4.4 Muster für nicht vereinbarten Vordruck, Muster 3	35
5. MUSTERBRIEFE	36
5.1 Musterbrief 1 (Schreiben an die Krankenkasse / Kostenträger bei Nutzung nicht vereinbarter Vordrucke)	36
5.2 Musterbrief 2 (Schreiben an die Krankenkasse bei Anforderung von Befunden, Arztberichten und Krankenhausentlassungsberichten für die Krankenkasse selbst)	36
5.3 Musterbrief 3 (Schreiben an die Deutsche Rentenversicherung)	36
5.4 Musterbrief 4 (Schreiben an private Versicherungsunternehmen)	37
6. KONTAKTADRESSEN DER DIENSTSTELLEN DES MDK RHEINLAND-PFALZ	38
7. VERGÜTUNG NACH § 10 ABS. I JVEG (AUSZUG)	39
8. UNFALLVERSICHERUNG: GUTACHTERGEBÜHREN	40



STICHWORTVERZEICHNIS

ANFRAGENDE STELLE

Arbeitgeber	12
Arbeitsagenturen	22
Ärzte	13
Betreuer und Vorsorgebevollmächtigter	11
Erben und Angehörige	11
Erziehungsberechtigte	10
Fahrerlaubnisbehörde	6
Gerichte	23
Gesundheitsämter	24
Krankenkassen	15
Landesamt für Soziales, Jugend und Familie	24
Leichenschau und Todesbescheinigung	13
MDK	20
Patienten	8
Polizei	22
Private Krankenversicherungen	25
Private Versicherungsgesellschaften	25
Rentenversicherungsträger	21
Sonstige Kostenträger	22
Sozialämter	23
Unfallversicherungsträger	21

GRUNDSATZ DER VERSCHWIEGENHEITSPFLICHT IM ARZT-PATIENTEN-VERHÄLTNIS

1

Der Arzt ist nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 des Strafgesetzbuches auch gegenüber Krankenkassen, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung (MDK), Behörden etc. grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Persönliche Patientendaten darf er nur gemäß gesetzlicher Erlaubnis oder Pflicht oder mit Einwilligung des Patienten weitergeben. Dabei ist zu beachten, dass sich die Weitergabe von Informationen in diesen Fällen auch als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag ergibt.

1.1 GESETZLICHE ERLAUBNIS / PFLICHT ZUR AUSKUNFTSERTEILUNG

Der Vertragsarzt ist berechtigt und auch verpflichtet, ärztliche Bescheinigungen auszustellen und Berichte zu erstellen, die die Krankenkassen oder der MDK für ihre gesetzlichen Aufgaben benötigen; § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V. Entsprechendes gilt bei gesetzlichen Offenbarungspflichten gegenüber anderen Einrichtungen wie Sozialämtern, Versorgungsdiensten.

1.2 EINWILLIGUNG DES PATIENTEN

Der Arzt darf darüber hinaus auch Dritten Daten über Patienten mit deren vorheriger schriftlicher Einwilligung weitergeben. Eine Einwilligung kann auch durch schlüssiges Verhalten des Patienten erfolgen. Beispielsweise bittet der Patient den Arzt um Ausfüllen eines Auskunftformulars oder einer Einstellungsuntersuchung. Man spricht dann von der so genannten konkludenten Einwilligung.

Die Einwilligung kann auch gegenüber dem Sozialversicherungsträger abgegeben werden. Das Landesamt für Soziales, Jugend und Familie verwendet nur Antragsvordrucke, auf denen der Patient eine Einwilligungserklärung abgibt. Der Arzt kann sich in diesem Fall nach §§ 6 Abs. 2, 67d Abs. 2 SGB X darauf verlassen, dass die Behörde die Abgabe der aktuellen Erklärung überprüft.

Die Einwilligungserklärung muss konkret und aktuell sein, das heißt nicht älter als maximal sechs bis zwölf Monate. Dabei ist der Grund und der Sachzusammenhang für die Schweigepflichtsentbindung anzugeben. In den Fällen, in denen sich der Patient zum Beispiel aufgrund von Bewusstlosigkeit nicht

mehr äußern kann, gilt: Wenn die Weitergabe seiner persönlichen Daten im Interesse des Patienten vorgenommen wird und dieser bei Nachfrage vermutlich einwilligen würde, aber nicht rechtzeitig einwilligen kann, ist der Bruch der Schweigepflicht durch eine so genannte mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt.

Ein weiterer Rechtfertigungsgrund ist der so genannte rechtfertigende Notstand. Danach kann ein Arzt – muss aber nicht – ein ihm anvertrautes Geheimnis offenbaren, wenn dies zum Schutz eines anderen Rechtsgutes erforderlich ist, das zu schützende andere Interesse das Geheimhaltungsinteresse bei sorgfältiger Abwägung wesentlich überwiegt und die Offenbarung angemessen ist.

Beispiele

Schweigepflicht gegenüber der Fahrerlaubnisbehörde

Ohne Einwilligung darf ein Arzt – muss jedoch nicht – zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes die Schweigepflicht brechen. Man spricht vom sogenannten rechtfertigenden Notstand. Danach darf der Arzt sogar gegen den Willen des Patienten die Fahrerlaubnisbehörde darüber informieren, dass der Patient aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage ist, ein Fahrzeug ohne Gefahr für sich und andere im Verkehr zu führen und dennoch mit seinem Kraftfahrzeug am Straßenverkehr teilnimmt. Hier überwiegt das öffentliche Interesse an der Sicherheit des Straßenverkehrs das Interesse des Patienten an der Einhaltung der Schweigepflicht. Das gilt allerdings nur dann, wenn der Arzt vorher gegenüber dem Patienten dafür geworben hat, von sich aus auf das Autofahren zu verzichten.

Anregung eines Betreuungsverfahrens

Wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu regeln, hat der Arzt zu entscheiden, ob er ein Betreuungsverfahren beim Amtsgericht anregen darf. Auch in diesem Fall hat eine Güterabwägung zu erfolgen, wobei das Interesse am Schutz des Betroffenen in der Regel überwiegen dürfte.



Verdacht der Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung

Wenn der Arzt anlässlich der Untersuchung eines Kindes Feststellungen trifft, die wohl begründet auf Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung hindeuten, kann er – beim Erstkontakt nur bei gewichtigen Anhaltspunkten – das Jugendamt oder die Polizei informieren, wobei sorgfältig abzuwägen ist, welche Stelle unterrichtet wird. Vorrangig hat der Arzt jedoch zu prüfen, ob die Gefahr dadurch abgewendet werden kann, dass er den Erziehungsberechtigten mit deren Einverständnis weitergehende Hilfen vermittelt.

AIDS-Infektion eines Patienten

Der Arzt darf den Ehe- oder Sexualpartner seines HIV-positiven Patienten benachrichtigen, wenn er zuvor alle Möglichkeiten ausgeschöpft hat, um seinen Patienten zur Aufklärung von dessen Ehe- oder Sexualpartner zu veranlassen. Gehören sowohl die HIV-positive Person als auch deren Partner zum Patientenkreis desselben Arztes, so hat das Oberlandesgericht Frankfurt sogar eine Offenbarungspflicht des Arztes angenommen.

Auch in dem Fall, dass ein Unfallopfer noch am Unfallort viel Blut verloren hat und sich dann aus den Unterlagen ergibt, dass der Patient HIV-positiv ist, überwiegt das geschützte Interesse – Gesundheit und Leben des Ersthelfers – das beeinträchtigte Geheimhaltungsinteresse des Patienten wesentlich. Der Arzt ist in diesem Fall zur Offenbarung der HIV-Infektion gegenüber dem Ersthelfer befugt – selbstverständlich ohne den Namen oder sonstige personenbezogene Daten des Patienten zu nennen.

! Schweigepflicht bei HIV-Infektion: Urteil OLG Frankfurt a. M. vom 5. 10. 1999, Az.: 8 U 67/99, in: Zeitschrift „Medizinrecht“ Heft 4, Ausgabe 2000, Seiten 196 ff., C.H. Beck Verlag

Wird dem Arzt bekannt, dass ein schweres Verbrechen geplant ist, ist er nach §§ 138, 139 Abs. 3 des Strafgesetzbuches sogar verpflichtet, den Polizeibehörden dies anzuzeigen. Ein „schweres Verbrechen“ liegt in folgenden Fällen vor:

- Vorbereitung eines Angriffskrieges
- Hoch- und Landesverrat
- Geld- und Wertpapierfälschung
- schwerer Menschenhandel
- Mord, Totschlag
- Völkermord
- Menschenraub, erpresserischer Menschenraub
- Geiselnahme, Verschleppung
- Raub, räuberische Erpressung
- bestimmte gemeingefährliche Straftaten

Will die Polizei auf richterliche Anordnung Patientenunterlagen beschlagnahmen, ist zu differenzieren: Richtet sich das Strafverfahren nicht auch gegen den Arzt selbst, unterliegen die Behandlungsunterlagen einem gesetzlichen Beschlagnahmeverbot. Ist jedoch auch der Arzt (Mit-) Beschuldigter des Verfahrens, kann eine Beschlagnahme erfolgen.

Schließlich ist der Arzt zur Wahrnehmung eigener berechtigter Interessen befugt, Patientendaten weiterzugeben. So darf er sich vor Gericht selbstverständlich mit allen erforderlichen Mitteln verteidigen, wenn gegen ihn etwa der Vorwurf eines Behandlungsfehlers erhoben wird.

Auch offenstehende Honorarforderungen können vor Gericht eingeklagt werden. Die Einschaltung einer privaten Verrechnungsstelle bedarf allerdings des schriftlichen Einverständnisses des Patienten.

+ Die Initiative „Mit Sicherheit gut behandelt“ des Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz sowie der KV RLP unterstützt Ärzte, die Vorgaben der ärztlichen Schweigepflicht weiterhin zu gewährleisten:
www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de

ANFRAGEN UND GUTACHTENAUFTRÄGE AN DEN NIEDERGELASSENEN ARZT

2

2.1 TELEFAX- UND E-MAIL-ANTWORTEN DES VERTRAGSARZTES

2.1.1 Krankenkassenanfragen

Der Versand von Krankenkassenanfragen – Muster 41, 50, 51, 52 und 53 der Vordruckvereinbarung – kann auch per Telefax erfolgen. Auch die Rückantwort des Vertragsarztes kann in diesen Fällen als Telefax versendet werden. In allen anderen Fällen muss die Krankenkasse der Anfrage grundsätzlich einen Freiumschlag beilegen. Die Antwort durch den Vertragsarzt erfolgt dann auf dem Postweg.

2.1.2 Anfragen Dritter

Anfragen von Dritten sowie Auskünfte an Krankenkassen, die nicht auf den vereinbarten Vordrucken erteilt werden, dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung des Patienten per Telefax übersandt werden.

Es ist bei der Übersendung des Telefax sicherzustellen, dass beim Empfänger der Daten nur der Auskunftsberechtigte Kenntnis von den Daten nehmen kann. Vor Absendung von Telefaxen ist deshalb eine entsprechende gegebenenfalls telefonische Rückversicherung bei dem Empfänger notwendig.

2.1.3 Antworten per E-Mail

Hier stellt sich das Problem, dass E-Mails auf dem Weg durch das Internet regelmäßig über viele verschiedene Rechner laufen, bis sie beim Computer des Empfängers ankommen. Auf jedem dieser Rechner kann die Nachricht gelesen und auch verändert werden, ohne dass dies für den Empfänger erkennbar ist. Deshalb sollte bei Zweifeln durch Rückfrage sichergestellt werden, ob der Patient mit dieser Form der Datenweitergabe einverstanden ist. Grundsätzlich ist von einer Datenübermittlung per E-Mail abzuraten.

Ausführliche Antworten zu Fragen der externen elektronischen Kommunikation geben die von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung erarbeiteten „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“. In deren Anlage werden die organisatorischen und technischen Sicherheitsvorkehrungen auch für den EDV-Laien verständlich

dargestellt. Die Empfehlungen samt Anlage können auch auf der Website der Bundesärztekammer heruntergeladen werden. Die KBV hat zudem in ihrer Broschüre „Praxis am Netz“ Informationen zur IT-Ausstattung und zum Sicheren Netz für Ärzte und Psychotherapeuten zusammengestellt.

 www.bundesaerztekammer.de > Richtlinien > Empfehlungen/Stellungnahmen > Schweigepflicht/Datenschutz (Stand: Mai 2014)

„Praxis am Netz“: www.kbv.de > Service > Service für die Praxis > Praxis-IT > Sicheres Netz

2.2 ANFRAGEN VON PATIENTEN

2.2.1 Anfragen von Patienten/Rechtsanwälten

Einsichtsrecht in Krankenunterlagen

Ärzte und Psychotherapeuten sind zur Dokumentation der Behandlung verpflichtet – und zwar unmittelbar bei oder nach der Behandlung; § 630f Abs. 1 BGB. In jedem Falle aber hat die Dokumentation noch am Tag der Behandlung zu erfolgen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

In diese Patientenunterlagen hat der Patient ein Einsichtsrecht sowohl nach § 630g Abs. 1 und 2 BGB als auch nach § 10 Abs. 2 der Berufsordnung. Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren. Dabei ist die Einsichtnahme aber an den Praxisablauf, zum Beispiel an die Sprechzeiten der Praxis, gebunden. Die Art der Einsichtnahme bestimmt der Arzt. Bestehen etwa aus Datenschutzgründen berechnete Bedenken dagegen, einem Patienten Einsicht unmittelbar am Praxis-PC zu gewähren, so darf der Arzt den Patienten darauf hinweisen, dass er lediglich einen Ausdruck, eine zu fertigende Kopie oder eine zu fertigende CD erhalten kann. Der Patient hat kein Recht darauf, Original-Dokumente mitzunehmen. Aus Sicherheitsgründen sollte die Praxis auch darauf verzichten, die Daten



auf vom Patienten mitgebrachte USB-Sticks, CDs und andere Datenträger zu speichern. Damit es nicht zu Datenmissbrauch oder Urkundenfälschung kommt, sollten die Praxen bei der digitalen Herausgabe darauf achten, dass die Dokumente in einem unveränderbaren Format sind.

Das Einsichtsrecht erstreckt sich grundsätzlich auf die gesamte Patientenakte. Auch subjektive Eindrücke und Wahrnehmungen sind grundsätzlich herauszugeben und dürfen nur im konkreten und begründeten Einzelfall geschwärzt werden. Das Einsichtsrecht erstreckt sich auch auf Fremdbefunde, sofern diese in die Behandlung oder Therapieentscheidung einbezogen worden sind. Zur Erläuterung von Auszügen aus der Patientenakte sollte dem Patienten ein Gespräch mit dem Arzt angeboten werden. Auch bei psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung kann die Einsicht in die vollständigen Patientenunterlagen nicht verweigert werden, wenn dem keine schützenswerten Interessen des Patienten, des Arztes oder Dritter entgegenstehen. Grundsätzlich darf der behandelnde Arzt die Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen nur dann verweigern, wenn sich bei Herausgabe und Kenntnis des Patienten von diesen Aufzeichnungen in therapeutischer Hinsicht negative gesundheitliche Konsequenzen für den Patienten ergeben können. Man spricht vom sogenannten therapeutischen Vorbehalt. Gleiches gilt, wenn dem Einsichtsverlangen erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Der Behandler muss in derartigen Fällen eine Güterabwägung vornehmen und deren Ergebnis gegebenenfalls begründen können.

Vergütung

Die Gewährung der Einsichtnahme gehört zu den ärztlichen Pflichten. Eine Vergütung ist daher nicht möglich. Verlangt der Patient jedoch im Rahmen des Rechts auf Einsichtnahme einen Ausdruck, eine Kopie oder einen Datenträger beziehungsweise ist dies zur Gewährung der Einsicht (vorheriger Abschnitt) notwendig, sind dem Arzt die entstehenden Kosten vom Patienten zu erstatten. Es kann hierfür jedoch keine Kostenpauschale für Kopien berechnet werden, sondern lediglich die Kosten, welche der Arzt hierfür verauslagt hat.

! Kostenberechnung in Anlehnung an § 7 Abs. 2, 3 JVEG: Für die ersten 50 Kopien/Ausdrucke je 0,50 Euro, für weitere Kopien je 0,15 Euro; beim Patienten verbleibende Datenträger nach Anschaffungspreis.

Anfragen von Rechtsanwälten für Patienten

Den Anspruch auf Einsicht in seine Krankenunterlagen kann der Patient auch durch Dritte, zum Beispiel durch einen Rechtsanwalt, wahrnehmen lassen. Voraussetzung für Auskünfte an den Rechtsanwalt ist eine schriftliche Vollmacht und eine Schweigepflichtentbindungserklärung des Patienten.

Auch der Rechtsanwalt ist auf das Einsichtsrecht beschränkt, das dem Patienten zusteht. Ein Anspruch auf Herausgabe von Originalen aus den Krankenunterlagen besteht deshalb auch seitens des Rechtsanwalts grundsätzlich nicht.

Antworten per Telefon

Da in der GOÄ und im EBM unter anderem auch die telefonische Beratung vorgesehen ist, können Anfragen auch am Telefon beantwortet werden. Bestehen jedoch Zweifel, ob der Anrufer tatsächlich der Patient oder eine Person ist, an die eine Datenweitergabe erfolgen darf, sollte eine Rückversicherung beim Patienten erfolgen.

Informationspflicht und Aufklärungsunterlagen

Ärzte und Psychotherapeuten sind verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern; § 630c Abs. 2 Satz 1 BGB. Dies umfasst insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach einer Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Die Informationspflicht reicht jedoch nur soweit, wie dem Vertragsarzt oder -psychotherapeuten die Informationen bekannt sind. Dem Patienten sind Abschriften von den Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen; § 630e Abs. 2 Satz 2 BGB.

2.2.2 Anfragen von Erziehungsberechtigten

Grundsätzlich kann der Arzt den Erziehungsberechtigten Auskunft erteilen, wenn der minderjährige Patient einwilligt. Verweigert der Minderjährige eine solche Einwilligung, muss der Arzt die widerstreitenden Interessen sorgfältig gegeneinander abwägen: das Interesse des Minderjährigen an der Geheimhaltung und das aus der elterlichen Sorge herrührende Interesse der Erziehungsberechtigten, über den Gesundheitszustand ihres Kindes unterrichtet zu sein. Kriterium zur Beurteilung ist die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des minderjährigen Patienten. Das heißt, der Patient muss „ein solches Maß an Verstandesreife erreicht haben, dass er die Tragweite seiner Entscheidungen zu übersehen vermag“. Eine starre Altersgrenze gibt es nicht, auch nicht durch die Festlegung der „Sozialrechtlichen Handlungsfähigkeit“ auf die Vollendung des 15. Lebensjahres nach § 36 SGB I. Vielmehr kommt es auf die Beurteilung der Entwicklung der Persönlichkeit des Patienten durch den Behandler an. Die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit im vorstehenden Sinne kann schon bei einer 14-jährigen Jugendlichen gegeben sein, die den Arzt um ein Rezept für eine Anti-Baby-Pille bittet. Selbst im Falle einer Schwangerschaft einer 15-jährigen Jugendlichen ist das Landgericht Köln in seinem Urteil vom 17. September 2008 zu der Auffassung gelangt, dass eine Information der Eltern über die Feststellung der Schwangerschaft in diesem konkreten Fall nur mit Einwilligung der Jugendlichen zulässig gewesen wäre. In jedem Fall sollte der Arzt bei Verneinen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit die ablehnenden Gründe dokumentieren. Abgesehen vom bloßen Informationsbegehren der Eltern kann eine Unterrichtung über den Gesundheitszustand des Minderjährigen erforderlich sein, wenn für die geplante ärztliche Maßnahme die Einwilligung der sorgeberechtigten Eltern erforderlich ist.

Für die Frage, ob ein Minderjähriger in einen ärztlichen Eingriff wirksam einwilligen kann, kommt es auf die geistige und sittliche Reife des Minderjährigen an. So muss der Minderjährige die Bedeutung und Tragweite des Eingriffes insbesondere des Nutzens und der Risiken erkennen, beurteilen, gegeneinander abwägen und danach eine eigenverantwortliche Entscheidung treffen können. Die geistige

und sittliche Reife des Minderjährigen ist durch den Arzt im Einzelfall zu beurteilen, wobei die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Minderjährigen mit steigendem Alter und steigender Nähe zur Volljährigkeit zunimmt. Der behandelnde Arzt muss die geistige und sittliche Reife des Minderjährigen vor der geplanten Behandlung bewerten und positiv feststellen.

Nimmt er eine Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Minderjährigen an, so muss er diesen ebenfalls vollumfänglich aufklären und dessen Einwilligung einholen. Ob in diesem Fall die Einwilligung der sorgeberechtigten Eltern entbehrlich ist, ist rechtlich nicht abschließend geklärt. In der Regel reicht jedoch zumindest bei Routineeingriffen und -behandlungen die Einwilligung des einsichts- und urteilsfähigen Minderjährigen aus. So soll sich der Arzt darauf verlassen können, dass die Eltern den einsichts- und urteilsfähigen Minderjährigen zur Einwilligung ermächtigt haben. Eine Einwilligung nur des einsichts- und urteilsfähigen Minderjährigen reicht jedoch nicht aus, wenn es sich um einen nicht unwichtigen Eingriff handelt und die vorherige Einwilligung der Eltern problemlos möglich ist. In diesen Fällen müssen auch die Eltern von dem Arzt aufgeklärt werden und in die Behandlung einwilligen.

Bei Auskünften gegenüber nur einem Elternteil muss sich der Arzt bei schwerwiegenden Entscheidungen mit weitreichendem Risiko die Gewissheit verschaffen, dass der nicht erschienene, ebenfalls sorgeberechtigte Elternteil der Behandlung zustimmt. Ansonsten hat sich der Arzt – abgesehen von Routinefällen – zwar der Ermächtigung des anwesenden Elternteils zu vergewissern, er darf aber insoweit grundsätzlich von dessen wahrheitsgemäßer Auskunft ausgehen. Leben die Eltern getrennt und steht ihnen die elterliche Sorge gemeinsam zu, kann der Elternteil, bei dem sich das Kind gewöhnlich aufhält, Entscheidungen des täglichen Lebens allein treffen. Kann es bei ärztlichen Maßnahmen zu schwer abzuändernden Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes kommen, müssen beide Elternteile zustimmen.

 LG Köln vom 17.9.2008, Az. 25 O 35/08



2.2.3 Anfrage von gesetzlichen Betreuern beziehungsweise Vorsorgebevollmächtigten

Ist für einen Patienten ein Betreuer gemäß §§ 1896 BGB bestellt und umfasst dessen Aufgabenbereich die Gesundheitsvorsorge für den Betreuten gemäß § 1901 BGB, so steht dem Betreuer ein umfassender Auskunftsanspruch gegenüber dem Arzt zu. Aber auch, wenn der Aufgabenbereich nicht die Gesundheitsvorsorge umfasst, kann ein Anspruch des Betreuers bestehen, wenn es zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderlich ist. Ist der Betreuer zum Beispiel für die Vermögenssorge eingesetzt, muss er die Rechtmäßigkeit einer Privatrechnung überprüfen können und die dafür notwendigen Angaben erhalten.

Soweit Patientendaten eines Betreuten – außer aufgrund gesetzlicher Vorgaben – an andere Personen oder Stellen als den Betreuer übermittelt werden sollen, bedarf es hierfür grundsätzlich der Einwilligung des Betreuten, also des Patienten. Nur wenn dieser nicht mehr einwilligungsfähig ist, kann der Betreuer anstelle des Patienten rechtswirksam in die Datenübermittlung einwilligen. Die Einwilligungsfähigkeit setzt grundsätzlich eine entsprechende Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten voraus, das heißt, er muss sich ein eigenes Urteil über den Inhalt und den Sinn, gegebenenfalls auch die Konsequenzen der Datenweitergabe bilden können.

2.2.4 Anfragen von Angehörigen und Erben

Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch gegenüber Familienangehörigen der Patienten einschließlich deren Ehepartner. Die Erteilung von Auskünften an Angehörige stellt ohne Einverständnis des Patienten eine Verletzung der Schweigepflicht dar, sofern nicht ein sonstiger Rechtfertigungsgrund vorliegt (Kapitel 1.2). Der Patient kann seinen Willen zur Entbindung von der Schweigepflicht ausdrücklich oder konkludent dadurch deutlich machen, dass er in Anwesenheit von Angehörigen mit seinem Arzt über die Krankheit spricht. Ist der Patient über die Diagnose selbst (noch) nicht aufgeklärt, können auch Angehörige keine Informationen zur Diagnose erhalten, da dies dem „informationellen Selbstbestimmungsrecht“ des Patienten widersprechen würde. Anders liegt der Fall, wenn der Patient erklärt, er wolle selbst keine Aufklärung, möchte aber,

dass seine oder bestimmte Angehörige aufgeklärt werden. Auf das Gelten der Schweigepflicht muss auch bei der Rechnungsstellung geachtet werden. Das heißt, Rechnungsempfänger ist stets der Patient, soweit dies nicht ausdrücklich anders mit ihm vereinbart wurde.

Die Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch im Falle des Todes des Patienten; man spricht von der so genannten postmortalen Schweigepflicht, auch gegenüber den Erben. Das Recht zur Entbindung von der Schweigepflicht ist ein höchstpersönliches Recht und geht mit dem Tod des Patienten nicht auf dessen Erben über.

Jedoch steht nach dem Tod des Patienten den Erben zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen ein Einsichtsrecht in die Patientenakten zu, soweit der Einsichtnahme nicht der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht; § 630g Abs. 3 Satz 1 BGB. Der Grund für die Einsichtnahme ist dem Arzt plausibel darzulegen. Unter diesen Voraussetzungen ist die Einsichtnahme etwa dann zulässig, wenn die Erben Ansprüche gegenüber einer Lebensversicherung oder Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche durchsetzen wollen. Der Nachweis der Erben erfolgt über die Vorlage des Erbscheins.

Weiterhin steht auch den nächsten Angehörigen ein Einsichtsrecht in die Patientenakten zur Wahrnehmung der immateriellen Interessen wie dem postmortalen Persönlichkeitsrecht des verstorbenen Patienten – zum Beispiel Schutz/Wiederherstellung der Ehre des Verstorbenen – zu, soweit der Einsichtnahme nicht der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht; § 630g Abs. 3 Satz 2 BGB.

2.2.5 Anfragen von Patienten zu Behandlungskosten (§ 305 SGB V)

Auskunftsanspruch des Versicherten gegen dem Vertragsarzt

Nach § 305 Abs. 2 SGB V haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und Medizinischen Versorgungszentren die Versicherten auf Verlangen schriftlich in verständlicher Form, direkt im Anschluss an die Behandlung oder mindestens quartalsweise spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind, über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten (Patientenquittung) zu unterrichten.

Für eine quartalsweise schriftliche Unterrichtung hat der Versicherte eine Aufwandspauschale in Höhe von einem Euro plus Versandkosten zu erstatten. Die Leistungsaufstellung soll in verständlicher Form auf der Grundlage des jeweils geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) erfolgen. Zu den ausgewiesenen Eurobeträgen sollte der Hinweis erfolgen, dass es sich um Werte vor Budgetierung handelt, die somit nicht das tatsächlich ausgezahlte Honorar darstellen. Eine darüber hinausgehende genaue Kenntnis der Kosten kann der Versicherte aufgrund seines Auskunftsanspruchs gemäß § 305 Abs. 1 SGB V auf entsprechenden Antrag gegenüber seiner Krankenkasse erlangen.

2.2.6 Anfragen vom Arbeitgeber des Patienten

Rechtsgrundlage

Selbstverständlich gilt auch die Schweigepflicht gegenüber dem Arbeitgeber des Patienten. Der Arzt ist deshalb zum Beispiel bei Arbeitsunfähigkeit des Patienten ohne dessen Einwilligung nicht befugt, die Diagnose dem Arbeitgeber mitzuteilen. Zum Zwecke der Beweissicherung sollte eine schriftliche Einwilligung eingeholt werden.

Vergütung

Eine Vergütung erfolgt privat nach den GOÄ-Nummern 70 ff. gegenüber dem Arbeitgeber.

2.2.7 Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes

Rechtsgrundlage

Jugendliche, die in das Berufsleben eintreten, dürfen gemäß § 32 Absatz 1 JArbSchG nur beschäftigt werden, wenn sie innerhalb der letzten 14 Monate von einem Arzt untersucht worden sind (Erstuntersuchung) und dem Arbeitgeber eine von diesem Arzt ausgestellte Bescheinigung vorliegt. Ein Jahr nach Aufnahme der Beschäftigung hat sich der Arbeitgeber gemäß § 33 Absatz 1 JArbSchG die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, dass die Jugendlichen nachuntersucht worden sind (Erste Nachuntersuchung). Die Nachuntersuchung darf nicht länger als drei Monate zurückliegen. Die Untersuchungsergebnisse sind auf den amtlichen Formularen zu dokumentieren, der Arzt muss den Untersuchungsbogen zehn Jahre aufbewahren. Die Untersuchungsergebnisse und gegebenenfalls weitere Daten müssen nach § 39 Abs. 1 JArbSchG vom untersuchenden Arzt dem Personensorgeberechtigten mit dem dafür vorgesehenen Formular schriftlich mitgeteilt werden. Die Bescheinigung für den Arbeitgeber ist dem Jugendlichen auszuhändigen und von diesem dem Arbeitgeber vorzulegen. Bei einem Arbeitgeberwechsel hat der bisherige Arbeitgeber dem Jugendlichen die Bescheinigung zur Vorlage beim neuen Arbeitgeber auszuhändigen. Untersuchungsbefunde nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz darf der untersuchende Arzt dem staatlichen Gewerbearzt und dem Arzt, der den Jugendlichen im Sinne der §§ 34, 35 Jugendarbeitsschutzgesetz nachuntersucht, nur auf Verlangen und mit Einwilligung des Personensorgeberechtigten und des Jugendlichen zur Einsicht aushändigen; § 45 JArbSchG.

 Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung: www.gesetze-im-internet.de > Gesetze/Verordnungen > J > JArbSchUV

Vergütung

Die Untersuchungen sind für die Jugendlichen kostenfrei; die Kosten werden den Ärzten vom Land Rheinland-Pfalz erstattet; § 44 JArbSchG. Nach § 2 der Verordnung über die ärztlichen Untersu-



chungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung – JArbSchUV) vom 16. Oktober 1990 (BGBl. I S. 2221) werden die Kosten nur erstattet, wenn der Arzt der Kostenforderung einen ausgefüllten Untersuchungsberechtigungsschein beifügt. Diesen Untersuchungsberechtigungsschein erhält der zu untersuchende Jugendliche beim zuständigen Meldeamt seines Hauptwohnsitzes und hat ihn zur Untersuchung mitzubringen.

2.2.8 Todesfälle und Geburten

Rechtsgrundlage

Nach § 4 der Bestattungsverordnung ist der die Leichenschau durchführende Arzt verpflichtet, unverzüglich die Polizei zu informieren, wenn die Leichenschau Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod – Selbsttötung, Unfall, strafbare Handlung, andere äußere Einwirkung – ergibt, die Todesursache nicht festgestellt werden kann oder die Leiche eines Unbekannten aufgefunden wird. In diesen Fällen ist der Polizei auch die, gegebenenfalls vorläufige, Todesbescheinigung zuzuleiten. Ausführliche Informationen zur Leichenschau und zu den landesspezifischen Regelungen sind in einem Fachbeitrag im „Deutschen Ärzteblatt“ zusammengefasst. Wie im Fall von Geburten auch (folgender Abschnitt) kann der Arzt nachrangig verpflichtet sein, Todesfälle dem Standesamt anzuzeigen; §§ 29, 30 Personenstandsgesetz.

! „Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung“, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 48, 28. November 2003

Geburten sind vorrangig von einem sorgeberechtigten Elternteil dem zuständigen Standesamt mündlich anzuzeigen. Eine Anzeigepflicht anderer bei der Geburt anwesender Personen oder von der Geburt aus eigenem Wissen unterrichtete Personen besteht dann, wenn die sorgeberechtigten Eltern an der Anzeige gehindert sind; § 19 Personenstandsgesetz. Findet die Geburt jedoch in Einrichtungen statt, liegt die Anzeigepflicht alleine beim Träger der Einrichtung; § 20 Personenstandsgesetz.

Vergütung

Die Kosten der ärztlichen Leichenschau haben üblicherweise die Hinterbliebenen zu tragen. Sofern keine Hinterbliebenen vorhanden sind, sind die Aufwendungen für die ärztliche Leichenschau grundsätzlich von der Ordnungsbehörde zu übernehmen (Bezirksregierung Düsseldorf; Schreiben vom 15. Mai 2008, Az. 21.03.06/00). Für die Durchführung der ärztlichen Leichenschau ist der Ansatz der Nr. 100 GOÄ („Untersuchung eines Toten – einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauscheines“) zutreffend. Umstände, die den Zeitaufwand oder die Schwierigkeit dieser Leistung erhöhen, können über den Gebührenrahmen bis maximal zum 3,5-fachen des Gebührensatzes berücksichtigt werden. Es ist eine Begründung in der Rechnung erforderlich. Begibt sich der Arzt zur Erbringung der ärztlichen Leichenschau außerhalb seiner Arbeitsstätte – Praxis oder Krankenhaus oder Wohnung –, kann für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 GOÄ berechnet werden. Falls das amtliche Leichenschauformular dem Arzt nicht von dritter Seite unentgeltlich zur Verfügung gestellt wird, ist eine gesonderte Berechnung der Formularekosten als Auslagenersatz entsprechend § 10 Abs. 1 Satz 1 GOÄ gerechtfertigt. Eine Besuchsgebühr kann hingegen neben der Nr. 100 GOÄ nur dann berechnet werden, wenn bei der Anforderung des Arztes davon auszugehen war, dass der Patient noch lebte und insoweit ärztliche Hilfe benötigte. Bei Privatversicherten kann dann zusätzlich die Nr. 50 GOÄ berechnet werden, gegebenenfalls mit Zuschlägen, bei gesetzlich Krankenversicherten ist der Besuch über die Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen.

2.3 ANFRAGEN VON ÄRZTEN UND ÄRZTLICHEN EINRICHTUNGEN

2.3.1 Anfragen und Schweigepflicht unter Ärzten

Grundsätze

Grundsätzlich gilt auch unter Ärzten die Verpflichtung zur Einhaltung der Schweigepflicht. Die Schweigepflicht unter Kollegen ist aber gelockert bei der Weiter- und Nachbehandlung von Patienten.

ten. Nach § 9 Abs. 4 der Berufsordnung der Ärzte in Rheinland-Pfalz sind Ärzte, die gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

Wenn für den Patienten erkennbar ein Informationsaustausch zur erfolgreichen Behandlung des Patienten erforderlich ist, kann der Arzt im Regelfall vom stillschweigenden Einverständnis des Patienten ausgehen.

Schweigepflicht bei Praxisveräußerung

Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch gegenüber dem Praxismachfolger. Die Übertragung der Patientenkartei auf den Praxismachfolger in einem Praxisveräußerungsvertrag ist unwirksam, soweit die Übergabe der Patientenunterlagen nicht durch die Einwilligung des Patienten gedeckt ist. Bloße vorherige oder begleitende Hinweise auf den Praxisübergang in der Arztpraxis, zum Beispiel mittels Schild, in der Tagespresse oder auf mündlichem Wege an die Patienten genügen nicht, um den Zugriff des Nachfolgers auf die bestehenden Patientendaten zu rechtfertigen. Ausnahmen gelten bei Betriebsärzten, wenn ein Aushang am Schwarzen Brett erfolgt und die Mitarbeiter kraft Dienstanweisung ohnehin verpflichtet sind, die Informationstafel regelmäßig auf aktuelle Mitteilungen durchzusehen. Auch eine vorsorgliche formularmäßige Einwilligung, die zum Beispiel beim erstmaligen Aufsuchen der Praxis für den Fall eines irgendwann eintretenden Falles des Praxisverkaufs eingeholt wird, ist wegen ihrer Unbestimmtheit unwirksam.

Im Idealfall holt der Verkäufer der Praxis in jedem Einzelfall schriftlich die Zustimmung der Patienten zur Übergabe der Patientenunterlagen an den konkret benannten Praxismachfolger ein. Alternativ können alle Patienten, die die Praxis vor dem konkret anstehenden Praxisverkauf beziehungsweise vor der Praxisübergabe aufsuchen, schriftlich um Zustimmung zur Übergabe der Patientenunterlagen gebeten werden. Für den Teil der Patientenunterlagen, für die keine Zustimmungserklärungen vorliegen, kann mit dem Praxismachfolger ein Verwahrungsvertrag

geschlossen werden (für entsprechende Regelungsvorschläge: „Heidelberger Musterverträge, Heft 41, Verträge zwischen Ärzten in freier Praxis“). Danach ist ein Zugriff des Praxismachfolgers auf die –manuelle oder elektronische – Altkartei nur zulässig, wenn der jeweilige Patient entweder ausdrücklich schriftlich zustimmt oder durch sein Erscheinen in der Praxis schlüssig (konkudent) seine Zustimmung hierzu erklärt. Entsprechendes gilt bei einer Praxisübergabe an Ärzte, die bereits vor der Übergabe in der Praxis tätig waren, wie angestellte Ärzte, Praxisassistenten, Praxisvertreter.

Schweigepflicht bei Gemeinschaftspraxen

Gemeinschaftspraxen sind Berufsausübungsgemeinschaften und stellen berufsrechtlich „eine“ Praxis dar. Grundsätzlich schließt der Patient bei einer Gemeinschaftspraxis mit allen Ärzten gemeinschaftlich einen Behandlungsvertrag. Die Ärzte sind zur wechselseitigen Behandlung berechtigt und insoweit auch von der ärztlichen Schweigepflicht befreit. Gemeinschaftspraxen haben deshalb in der Regel einen gemeinsamen Patientenstamm, eine gemeinsame Dokumentation und damit verbunden auch einen gemeinsamen Datenbestand, auf den jeder Arzt im Bedarfsfall zugreifen darf. Ausnahmen liegen vor, wenn ein Patient ausdrücklich nur mit einem Arzt einen Behandlungsvertrag schließt oder die Gemeinschaftspraxis intern so organisiert ist, dass jeder Praxispartner über einen eigenen Patientenstamm verfügt. In diesen Fällen gilt die ärztliche Schweigepflicht auch gegenüber den Kollegen der Gemeinschaftspraxis. Dies erfordert gegebenenfalls entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen, die eine eindeutige Zuordnung und Beschränkung der Zugriffsrechte auf die Patienten durch den behandelnden Arzt und das Praxispersonal ermöglichen.

Wird eine bestehende Gemeinschaftspraxis durch Aufnahme einer bisherigen Einzelpraxis erweitert oder eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft gegründet, kann nicht ohne weiteres angenommen werden, dass die bisherigen Patienten der Einzelpraxen mit einer gemeinsamen Behandlung durch die Mitglieder der – neu gebildeten – Gemeinschaftspraxis einverstanden sind. Die bisher



geführten Patientenkarteien müssen zunächst getrennt bleiben. Eine Zusammenführung sollte erst dann erfolgen, wenn der Patient der gemeinsamen Behandlung nicht widerspricht oder ausdrücklich zugestimmt hat.

Bei der Auflösung von Gemeinschaftspraxen hat der Arzt, der die Gemeinschaftspraxis verlässt und damit keinen Zugriff mehr auf die Patientenkartei hat, ein legitimes Interesse an den „gemeinsamen“ Patientendaten. Datenschutzrechtlich hat er jedoch nur einen Anspruch auf die Daten derjenigen Patienten, die ihm aus der Gemeinschaftspraxis in seine neue Praxis folgen. In den meisten Fällen ist damit erst eine nachträgliche Herausgabe der entsprechenden Patientenunterlagen beziehungsweise Datenträger an den ausgeschiedenen Arzt gegen Empfangsbestätigung und die Löschung der Daten im EDV-System der – bisherigen – Gemeinschaftspraxis vertretbar. Wurde in der Gemeinschaftspraxis eine Trennung nach „eigenen“ Patienten vorgenommen, stellt sich dieses Problem nicht, das heißt, dem ausscheidenden Praxispartner stehen die Daten und Unterlagen der ihm zugeordneten Patienten im Original zu, diese sind im EDV-System der bisherigen Gemeinschaftspraxis zu löschen.

Schweigepflicht bei Praxisgemeinschaften

Bei Praxisgemeinschaften handelt es sich um reine Organisationsgemeinschaften. Jede an der Praxisgemeinschaft teilnehmende Praxis ist rechtlich selbständig und muss deshalb eine eigene Dokumentation und einen eigenen Datenbestand führen. Im Verhältnis zu den Partnern der Praxisgemeinschaft gilt die ärztliche Schweigepflicht. In Praxisgemeinschaften können deshalb nur EDV-Systeme eingesetzt werden, die technisch eine Zuordnung der Patientendaten zu dessen Arzt ermöglichen und einen Zugriff der anderen Partner der Praxisgemeinschaft ausschließen. Aufgrund der eindeutigen Zuordnung der Patienten bereitet die Auflösung von Praxisgemeinschaften keine datenschutzrechtlichen Probleme.

2.3.2 Anfragen an die/ von der KV RLP

Anfragen von Ärzten an die KV RLP beziehungsweise Anfragen der KV RLP im Zusammenhang mit GKV-Versicherten – auch unter Angabe des Patientennamens – verstoßen nicht gegen die Schweigepflicht des zusendenden Arztes, da für diese personenbezogenen Daten gesetzliche Ermächtigungsgrundlagen bestehen; §§ 285 Abs. 1, 295 Abs. 1 a SG B V, 100 SGB X.

2.4 ANFRAGEN VON GESETZLICHEN KRANKENKASSEN UND SONSTIGEN KOSTENTRÄGERN

2.4.1 Anfragen von Krankenkassen

Die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossenen Bundesmantelverträge (BMV) einschließlich der Vordruckvereinbarungen regeln ergänzend zu den gesetzlichen Grundlagen die Modalitäten zur Auskunftserlaubnis und -verpflichtung gegenüber Krankenkassen und Anderen. Danach ist der Vertragsarzt grundsätzlich berechtigt und verpflichtet, den Krankenkassen für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben Auskünfte zu erteilen sowie Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten zu erstellen; § 36 Abs. 1 BMV-Ä, § 6 Abs. 3 BMV-Ä/EK.

Vereinbarte Vordrucke

Rechtsgrundlage

Für Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten des Vertragsarztes an die Krankenkassen sind Vordrucke vereinbart. Die vereinbarten Vordrucke sind verbindlich zu verwenden. Die Regelungen hierzu finden sich in der Vordruckvereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen. Darin ist auch die jeweilige Honorierung für den Arzt geregelt, die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM sind auf den vereinbarten Vordrucken angegeben. Zu beachten ist, dass die GOP 01420 bis 01424 und 01610 sowie 01612 von Haus- und Kinderärzten nicht berechnet

werden können, sondern mit Abrechnung der Versichertenpauschale bereits abgegolten sind. Eine Tabelle der wichtigsten Vordrucke mit Hinweis auf die abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen befindet sich auf Seite 30 dieser Broschüre. Die aktuelle Vordruckvereinbarung ist auf der Website der KBV zu finden.

 Mustersammlung der Vordrucke: www.kbv.de
> Service > Service für die Praxis > Formulare

Beispiele:

- Für das Ausfüllen des Musters 52 der Vordruckvereinbarung „Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit“ kann die GOP 01622 des EBM abgerechnet werden. 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.
- Die Anfrage einer Krankenkasse zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten nach Muster 53 wird über die GOP 01621 des EBM abgegolten.

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 Auslagen, auszustellen; § 36 Abs. 2 BMV-Ä, § 6 Abs. 3 Satz 2 EKV.

Nicht vereinbarte Vordrucke – Rechtsgrundlage

Nur in Ausnahmefällen dürfen Krankenkassen Auskünfte formlos anfordern, wenn vereinbarte Vordrucke zur Klärung der Sachverhalte nicht zur Verfügung stehen; Ziffer 1.2.3 der Vordruckvereinbarung. Werden nicht vereinbarte Vordrucke verwendet – dies sind auch „vereinbarte“ Vordrucke, die von der anfragenden Stelle erweitert oder verändert wurden –, 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. In 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 erfüllt sind, muss die Krankenkasse oder der MDK nach Ziffer 1.2.3 der Vordruckvereinbarung auch angeben, nach welcher Gebührennummer die verlangte Information vergütet wird. Ausnahmen sind 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 abrechnungsfähigen Gebührenpositionen fehlt, sollte die Anfrage dennoch beantwortet werden.

Seit dem 1. Oktober 2013 müssen die Krankenkassen für formlose Anfragen ein Rahmenformular verwenden. Das Formular wird von den Partnern des Bundesmantelvertrages entwickelt. Aus ihm soll sich auch die Rechtsgrundlage für die Anfrage ergeben, um Rechtsunsicherheiten insbesondere in Bezug auf die Schweigepflicht und den Datenschutz



zu vermeiden. Ausserdem ist vorgesehen, dass das Formular einen Hinweis auf eine mögliche Vergütung enthält. Für Gutachten oder Bescheinigungen mit gutachterlichen Stellungnahmen, die Ärzte aufgrund solcher bisher formloser Anfragen abgeben, erhalten die Ärzte zukünftig eine entsprechende Vergütung. Sobald das Formular erstellt ist, wird es auf der Website der KV RLP bereitgestellt

 Musterformulare zum Abruf:
www.kv-rlp.de/309397-6389

Beispiele

- Im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten fragt eine Krankenkasse formlos an, welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Maßnahmen bereits durchgeführt wurden und welche noch vorgesehen sind. Darüber hinaus will sie über eventuelle Gefährdungen am Arbeitsplatz unterrichtet werden. 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 52 vereinbart. Der Arzt kann die Beantwortung daher ablehnen, selbst wenn eine entsprechende Leistungsposition durch die Krankenkassen bei der schriftlichen Anforderung angegeben ist.
- Die Krankenkasse richtet eine formlose Anfrage an den Arzt, mit der sie Auskunft darüber begehrt, ob der Patient an einem „Bonusprogramm“ teilnimmt. Für die Erfüllung ihrer Aufgaben sind die Angaben hierzu für die Krankenkasse nicht notwendig. Die Krankenkasse beziehungsweise der Patient kann die Frage selbst beantworten. Auch derartige formlose Anfragen braucht der Arzt nicht zu beantworten.
- Ein Beispiel für eine Anfrage auf einem nicht vereinbarten Vordruck ist der Anlage (Muster 1-3 in der Anlage auf den Seiten 31 bis 35) zu entnehmen. Ein Musteranschreiben an die anfragende Krankenkasse befindet sich ebenfalls in der Anlage (Musterbrief 1 in der Anlage auf Seite 36). Zur Sicherheit lassen sich Vertragsärzte die Kosten-

übernahme durch die anfragende Krankenkasse schriftlich bestätigen.

Bei Unklarheiten wenden sich Mitglieder bitte an die KV RLP, die die Formulare prüft und sich gegebenenfalls direkt mit der betreffenden Krankenkasse beziehungsweise dem MDK in Verbindung setzen kann.

 Service-Center, Telefon 06131 326-326,
service@kv-rlp.de

Vergütung

Verwenden die Kassen einen nicht vereinbarten Vordruck, was nur ausnahmsweise und auch nur in bestimmten Fällen zulässig ist, muss die Kasse angeben, nach welcher Gebührennummer die erbetene Information berechnet werden kann (§ 36 Abs. 1 BMV-Ä, § 18 Abs. 1 EKV; Vordruckvereinbarung Ziffer 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.

Einfache Auskünfte

Für einfache Auskünfte, zum Beispiel über ein Formular mit wenigen Fragen, die mit ja oder nein beantwortet werden können – keine Freitextfelder, Bescheinigungen, Zeugnisse etc. – ist kein Vordruck vereinbart. Die Krankenkasse muss bei ihrer Anfrage die Rechtsgrundlage, zum Beispiel Prüfungs- oder Beratungsauftrag nach § 275 SGB V, für ihre Auskunftsberechtigung und die Auskunftspflicht des Vertragsarztes sowie den Zweck der von ihr erbetenen Auskunft im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung angeben. Eine Vergütung für diese Auskünfte steht dem Vertragsarzt nicht zu.

Eintragungen in Bonushefte

Die Bundesmantelpartner haben mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 vereinbart, dass das Ausfüllen eines Bonusheftes im Zusammenhang mit der Bestätigung von gesundheitsbewusstem Verhalten eines Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung ge-

hört. Das heißt, die Eintragung erfolgt ohne Vergütung. Der Arzt muss diese Eintragung allerdings nur dann ohne gesonderte Vergütung erledigen, wenn Durchführung und Dokumentation der Leistung im selben Quartal erfolgen. Legt der Versicherte sein Bonusheft erst in einem späteren Quartal vor, stellt der Eintrag keine vertragsärztliche Leistung mehr dar mit der Folge, dass sie privat liquidiert werden kann. In diesen Fällen besteht die Möglichkeit, die Leistung nach GOÄ-Nummer 70 (kurze Bescheinigung) mit 2,33 Euro abzurechnen. Wird der 2,3-fache Satz zu Grunde gelegt, können dem Patienten 5,36 Euro in Rechnung gestellt werden.

Auskunftspflichten aus Sonderverträgen

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

Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden an die Krankenkassen

In bestimmten Fällen sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie Krankenhäuser nach § 294a Abs. 1 SGB V verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen – einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher. Um solche Fälle handelt es sich, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Krankheit:

- eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen,
- die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls,
- die Folge eines Unfalls, einer Körperverletzung oder Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Infektionsschutzgesetzes ist.
- Die gleiche Verpflichtung gilt bei Vorliegen von Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden.

Nach dieser Vorschrift besteht keine Auskunftspflichtung des Arztes gegenüber der Krankenkasse, wenn ihm selbst ein Behandlungsfehler angelastet wird (Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 24. November 2009, Az. L 1 KR 152/08). Allerdings besteht auch in solchen Fällen das Akteneinsichts-

recht des Patienten beziehungsweise eine Datenübermittlungsverpflichtung an den MDK; §§ 275 Abs. 3 Nr. 4, 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V.

Des Weiteren sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten zu übermitteln, wenn sich die Patienten eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben; § 52 SGB V. Die Versicherten sind über den Grund der Meldung und die gemeldeten Daten zu informieren.

Anfragen der Krankenkassen 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 berechtigt, 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.

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 Auskünften an den MDK nur verpflichtet, sofern der Versicherte ausdrücklich dieser Datenherausgabe schriftlich zugestimmt hat; § 100 Abs. 1 SGB X. Vorsicht ist jedoch geboten, wenn die Auskünften 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 halten.



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

Krankenkassen sind nicht berechtigt, von den Vertragsärzten für eigene Zwecke Informationen

- zur derzeitigen Behandlung des Patienten (Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung),
- zu Rehabilitationsmaßnahmen (zur Einleitung, zum Ergebnis oder zu medizinischen Angaben),
- zur Arbeitsunfähigkeit – Ausnahme: § 294a SGB V – oder zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit anzufordern, zum Beispiel zur Ursache der Arbeitsunfähigkeit, zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit unter Umgehung der in Muster 52 vereinbarten Fragestellungen beziehungsweise Befundanforderungen.

Für eine direkte Anforderung der genannten Unterlagen durch die Krankenkassen für deren eigene Aufgaben mangelt es an einer Rechtsgrundlage. Denn im Regelfall handelt es sich hierbei um medizinische Daten beispielsweise aus Arztbriefen, Befundberichten oder ärztlichen Gutachten, die die Krankenkassen nicht zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. Der Vertragsarzt muss folglich die Auslieferung der Unterlagen verweigern, selbst wenn eine Einwilligungserklärung des Patienten vorliegt.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz hat in seinem 18. und 19. Tätigkeitsbericht 2001/2002 sowie abermals in seinem 21. Tätigkeitsbericht 2005/2006 entsprechend dargestellt, dass das Einholen einer Einwilligungserklärung des Versicherten zur Übermittlung von Behandlungsunterlagen, wie von einigen Krankenkassen praktiziert, eine Umgehung der abschließenden Regelung des § 301 SGB V sowie der gesetzlichen Regelung sei. Allein der MDK ist für die Prüfung medizinischer Sachverhalte zuständig. Aus diesem Grund hält der Bundesdatenschutzbeauftragte Forderungen der Krankenkasse an Krankenhäuser und Ärzte, bei Vorliegen einer Einwilligungserklärung des Versicherten, die Behandlungsunterlagen an die Krankenkasse zu übermitteln, für rechtlich nicht gedeckt und damit für unzulässig.

❗ Musteranschreiben an die anfragende Krankenkasse: Musterbrief 2, Seite 36

Der Vertragsarzt darf also medizinische Daten nicht direkt an die Krankenkassen weiterleiten – selbst dann nicht, wenn eine Einwilligungserklärung des Patienten vorliegt. Nur der MDK, nicht aber die Krankenkasse, kann als sozialmedizinischer Begutachtungsdienst durch ärztliche Qualifikation den fachgerechten Umgang mit den Sozialdaten garantieren.

Beispiel:

Ein Arzt erhält das Formular „Arztanfrage zur Bearbeitung der MDK-Vorberatung“. 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. 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.

❗ Muster 3: Seite 35

In der Praxis wird der Arzt häufig aufgefordert, die Unterlagen an die Krankenkasse zu senden, aber in einem verschlossenen Umschlag mit dem zusätzlichen Vermerk „Ärztliche Unterlagen – nur vom MDK zu öffnen“ (Kapitel 2.4.2 „Anfragen vom MDK“, Seite 20). Diese Verfahrensweise ist nach den Ausführungen des Datenschutzbeauftragten in seinem 25. Tätigkeitsbericht nicht hinnehmbar. Er hat festgestellt, dass die datenschutzrechtlichen Vorgaben durch die Krankenkassen nicht beachtet werden. Damit ist das so genannte Umschlagsverfahren nicht mehr zulässig. Ärzte müssen daher Unterlagen an den MDK direkt und unmittelbar an diesen übermitteln.

Hinweise zum Gutachterverfahren Psychotherapie
Bis auf weiteres nicht betroffen von der Stellungnahme des BfDI ist das sogenannte Gutachterverfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hier besteht deswegen ein Unterschied, weil hier keine gesetzliche Regelung besteht, die eine unmittelbare Übersendung der Daten an den MDK vorgibt.

Insofern bleibt es hier bis auf weiteres bei den bisherigen Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung.

2.4.2 Anfragen vom MDK

Rechtsgrundlage

Nach §§ 275, 276 Abs. 2 SGB V sind Vertragsärzte verpflichtet, auf Anforderung des MDK Sozialdaten über ihre Patienten zur Verfügung zu stellen. Der MDK ist nur im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung auskunftsberechtigt. Dies setzt voraus, dass die zuständige Krankenkasse den MDK im konkreten Fall zuständigkeitshalber beauftragt hat.

Für Auskünfte des Vertragsarztes an den MDK ist der Vordruck 11 vereinbart und somit zu verwenden. Die Regelungen hierzu finden sich in der Vordruckvereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Darin ist auch die jeweilige Honorierung für den Arzt geregelt, die berechnungsfähigen GOP des EBM ist auf dem vereinbarten Vordruck angegeben. Die wichtigsten Vordrucke mit Hinweis auf die abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen befindet sich im Anhang auf Seite 30.

Wird in 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, zum Beispiel durch eigene Un-

tersuchung des Patienten, einholen kann. Fehlt der Hinweis auf die Rechtsgrundlage beziehungsweise bleibt unklar, ob die Anfrage im Rahmen des gesetzlichen Zuständigkeitsbereiches des MDK nach § 275 Abs. 1-3 SGB V erfolgt, muss der Vertragsarzt die Auskunft verweigern.

Beispiele:

- Immer wieder werden Auskünfte im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen gefordert. Das vereinbarte Vordruckmuster 61 zur Verordnung medizinischer Rehabilitation enthält abschließend die anzugebenden Informationen. Dort als „gegebenenfalls“ oder „...soweit vorhanden“ angeforderte Unterlagen müssen naturgemäß nicht zwingend vorliegen. Beispielsweise können Assessmentergebnisse wie 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 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 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 Berichts durch den Facharzt besteht keine Notwendigkeit.



Vergütung

Für Auskünfte des Vertragsarztes an den MDK ist der Vordruck 11 vereinbart. Die berechnungsfähige Gebührennummer (GOP 01621) ist auf dem Vordruck angegeben. Bei Anfragen auf nicht vereinbarten Vordrucken, die nur in Ausnahmefällen zulässig sind, kommt es auf den Umfang an. Kann die Anfrage im Sinne einer „kurzen Auskunft“ erfolgen, die weder einen besonderen Arbeitsaufwand, das heißt wenige Fragen, die mit ja oder nein zu beantworten sind – keine Freitextfelder, noch gutachterliche Feststellungen erfordert, ist diese ohne besonderes Honorar, aber gegen Erstattung von Auslagen (Ziffer 1.2.2 Vordruckvereinbarung) zu erteilen. Andernfalls ist die Vergütung, die sich nach dem Umfang der Anfrage richtet, vom MDK auf der Anfrage anzugeben (§ 36 Abs. 1 BMV-Ä, § 18 Abs. 1 EKV, Ziffer 1.2.3 Vordruckvereinbarung). Verwendet der MDK regelrechte Fragenkataloge, so dass die gesetzliche Aufgabe eines Gutachtens faktisch auf den Arzt übergeht, kann dies abgelehnt werden.

Krankenhausentlassungsbericht/Fremdbefund

Auch Fremdbefunde (insbesondere Krankenhausentlassungsberichte) sind vom Arzt zu übermitteln. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz hat in seinem 18. Tätigkeitsbericht vom 4. April 2001 die Rechtsauffassung vertreten, dass § 276 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V den Vertragsarzt auch verpflichtet, die ihm vorliegenden Fremdbefunde dem MDK zu übermitteln. Der Vertragsarzt selbst ist verpflichtet, Fremdbefunde wie Laborwerte vom Laborarzt oder Krankenhausentlassungsberichte und die selbst erstellten Patientenunterlagen mindestens bis zehn Jahre nach Abschluss seiner Behandlung aufzubewahren.

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 auf Seite 19 beschrieben, nicht mehr gangbar, da die Krankenkassen die datenschutzrechtlichen Vorgaben beim

so genannten Umschlagsverfahren nicht beachten und daher der Datenschutzbeauftragte in seinem 25. Tätigkeitsbericht dieses Verfahren als nicht mehr datenschutzrechtlich zulässig bewertet hat.

Um den Vertragsärzten eine direkte Kontaktaufnahme mit dem MDK zu erleichtern, sind in der Anlage die regionalen Kontaktdaten des MDK Rheinland-Pfalz zusammengefasst. Ein kurzes Telefonat kann häufig aufwendige schriftliche Nachfragen vermeiden!

! Kontakte des MDK Rheinland-Pfalz: Seite 38

2.4.3 Anfragen von Unfallversicherungsträgern

Rechtsgrundlage

Im Recht der Unfallversicherung (SGB VII) bestehen für den Arzt ausdrückliche spezialgesetzliche Vorschriften zur Datenübermittlung (§ 201 SGB VII) und zur Auskunftserteilung (§ 203 SGB VII) gegenüber den berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherungsträgern. Daneben besteht für den Vertragsarzt auch eine Auskunftspflicht nach § 46 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger. Danach muss der Arzt, der die Erstversorgung geleistet oder den Versicherten behandelt hat, dem Unfallversicherungsträger die 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 (UV-GOÄ).

! Auszug aus dem UV-GOÄ: Seite 40

2.4.4 Anfragen von Rentenversicherungsträgern

Rechtsgrundlage

Es besteht lediglich eine allgemeine Auskunftspflicht, das heißt, der Arzt muss dem Rentenversicherungsträger Auskünfte nur erteilen, soweit diese im Einzelfall für die Durchführung der Aufgaben des

Trägers benötigt werden und der Patient in die Auskunftserteilung zuvor schriftlich eingewilligt hat; § 100 Abs. 1 Nr. 2 SGB X.

Vergütung

Nach § 21 Abs. 3 SGB X erhält der Arzt auf Antrag eine Entschädigung nach dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG). Für die Ausstellung eines Befundscheines oder die Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachterliche Äußerung kann ein Betrag in Höhe von 21 Euro verlangt werden, bei einer außergewöhnlich umfangreichen Tätigkeit bis zu 44 Euro. Voraussetzung: Die Fragen können mit ja oder nein beantwortet werden, eine Auseinandersetzung mit dem Sachverhalt beim Patienten sowie eine Beurteilung derselben ist nicht notwendig. Für kurze Gutachten oder Formbogengutachten, wenn sich die Fragen auf Vorgeschichte, Angaben und Befund beschränken, kann ein Betrag in Höhe von 38 Euro berechnet werden, bei einer außergewöhnlich umfangreichen Tätigkeit von bis zu 75 Euro. Die Höhe der Vergütung ist gesetzlich geregelt (§ 10 Abs. 1 JVEG, Anlage 2 zum JVEG, Auszug Kapitel 7, Seite 39). Schreibgebühren werden nicht zusätzlich bezahlt.

 www.gesetze-im-internet.de > J > JVEG

Von der Deutschen Rentenversicherung wird verschiedentlich ausgeführt, dass das JVEG hier nicht zur Anwendung komme. Vielmehr erfolge die Inanspruchnahme eines Gutachtens auf „individualvertraglicher Grundlage“ – mit niedrigeren Vergütungen. Das ist im Grundsatz zwar möglich und im JVEG auch vorgesehen, setzt aber die Zustimmung des betroffenen Arztes voraus.

Wenn die Träger der Rentenversicherung Ärzte auffordern, ein Gutachten beziehungsweise einen Befundbericht zu erstellen, sollten diese in jedem Fall der Rentenversicherung mitteilen, dass sie grundsätzlich bereit sind, den angeforderten Bericht beziehungsweise das angeforderte Gutachten zu erstellen, jedoch nicht zu der angebotenen Vergütung sondern nach JVEG. Andernfalls würden sie den von der Deutschen Rentenversicherung angebotenen Betrag quasi stillschweigend akzeptieren.

Gleichzeitig sollten die Ärzte um eine schriftliche Kostenzusage nach JVEG bitten. Ein entsprechendes Musterschreiben befindet sich in der Anlage (Musterbrief 3, Seite 36). Gleiches gilt auch für Anfragen von Versorgungsämtern.

2.4.5 Anfragen von Arbeitsagenturen

Rechtsgrundlage

Auch an Agenturen für Arbeit muss der Arzt nach § 100 SGB X Auskünfte nur erteilen, wenn der Leistungsträger diese zu seiner Aufgabenerstellung im Einzelfall benötigt und der betroffene Patient in die Auskunftserteilung zuvor schriftlich eingewilligt hat.

Vergütung

Nach § 21 Abs. 3 SGB X erhält der Arzt auf Antrag eine Entschädigung nach dem JVEG. Insofern sind für Befundberichte oder schriftliche Auskünfte ohne gutachterliche Äußerungen 21,00 Euro vorgesehen; für kurze Gutachten 38 Euro. Gemäß einer Vereinbarung der Bundesärztekammer mit der Bundesagentur für Arbeit beträgt die Vergütung abweichend der genannten Beträge 32,50 Euro für die Ausstellung eines vollständigen Befundberichtes (ohne nähere gutachterliche Äußerung), wenn dieser innerhalb von zehn Werktagen übermittelt wird. Zusätzlich werden Kosten für Kopien von Befundunterlagen in Höhe von 0,50 Euro je Seite (für die ersten 50 Seiten), jede weitere Seite mit 0,15 Euro sowie anfallende Portokosten erstattet.

 Kapitel 2.4.4, „Anfrage von Rentenversicherungsträgern“: Seite 21

Gelegentlich werden auch Gutachten von den Arbeitsagenturen in Auftrag gegeben. Diese können ebenfalls nach JVEG abgerechnet werden.

2.4.6 Anfragen von Sonstigen Kostenträgern

Bundeswehr, Bundespolizei, Postbeamte Gruppe A und Bundesbahnbeamte Beitragsklasse 1–3

Für die genannten Personenkreise hat die KBV bundeseinheitliche Verträge zur Erbringung ärzt-



licher Leistungen abgeschlossen. Aufgrund dieser Verträge hat der Vertragsarzt dem Kostenträger die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Soweit in den Verträgen nichts Abweichendes vereinbart ist, gelten die unter 3.4 dargestellten Ausführungen entsprechend.

Bereitschaftspolizei Rheinland-Pfalz

Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung des aufgeführten Personenkreises hat die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz mit der Bereitschaftspolizei Rheinland-Pfalz einen Vertrag geschlossen. Es gelten die unter 3.4 dargestellten Ausführungen entsprechend.

2.5 ANFRAGEN VON GERICHTEN, ÄMTERN UND BEHÖRDEN

2.5.1 Anfragen von Gerichten und Polizei

Rechtsgrundlage

Der Arzt muss auf Anforderung von Gerichten/Polizei Auskünfte erteilen, soweit der Patient sein Einverständnis erklärt hat. Liegt keine Einverständniserklärung vor, darf keine Auskunft erteilt werden. Dies gilt jedoch nicht in den Fällen des § 138 StGB (geplante Straftaten), des § 34 StGB (rechtfertigender Notstand) sowie der Wahrnehmung eigener berechtigter Interessen (Kapitel 1.2.).

Ein typisches Gegenbeispiel ist der Diebstahl einer Geldbörse im Wartezimmer der ärztlichen Praxis oder die eingebeulte Stoßstange auf dem Praxisparkplatz. Der Arzt darf in diesem Fall der Polizei nicht mitteilen, welche Patienten und Begleitpersonen sich im Wartezimmer befanden. Denn schon allein die Tatsache, dass ein Patient die Arztpraxis aufsucht, unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Will die Polizei auf richterliche Anordnung Patientenunterlagen beschlagnahmen, ist zu differenzieren: Richtet sich das Strafverfahren nicht auch gegen den Arzt selbst, unterliegen die Behandlungsunterlagen einem gesetzlichen Beschlagnahmeverbot. Ist jedoch auch der Arzt (Mit-) Beschuldigter des

Verfahrens kann eine Beschlagnahme erfolgen.

Ein Arzt, der vom Gericht 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 Vergütung für die Leistung ärztlicher Sachverständiger orientiert sich mit Wirkung vom 1 Juli 2004 an dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG). Der Sachverständige erhält für jede Stunde ein Honorar in Höhe von 50 Euro (M 1), 60 Euro (M 2) oder 85 Euro (M 3). Das Honorar der Gruppe M 1 wird für einfache gutachterliche Beurteilungen, wie in Gebührenrechtsfragen, zur Haft-, Verhandlungs- oder Vernehmungsfähigkeit etc. gewährt. Das Honorar der Gruppe M 2 kann für die beschreibende (Ist-Zustands-) Begutachtung nach standardisiertem Schema ohne Erörterung spezieller Kausalzusammenhänge mit einfacher medizinischer Verlaufsprognose und mit durchschnittlichem Schwierigkeitsgrad, insbesondere für Gutachten in Verfahren nach dem Schwerbehindertengesetz, zur Minderung der Erwerbsfähigkeit und zur Invalidität, zur Einrichtung einer Betreuung etc. gewährt werden. Die Gruppe M 3 steht für das Gutachten mit hohem Schwierigkeitsgrad wie Begutachtungen spezieller Kausalzusammenhänge und/oder differenzialdiagnostischer Probleme und/oder Beurteilung der Prognose und/oder Beurteilung strittiger Kausalitätsfragen. Insbesondere zählen dazu Gutachten zu ärztlichen Behandlungsfehlern, zur Schuldfähigkeit bei Schwierigkeiten der Persönlichkeitsdiagnostik, zur Kriminalprognose, zur Aussagetüchtigkeit, in Verfahren zur Regelung von Sorge- und Umgangsrechten und weitere. Dabei entscheidet das Gericht, ob der Arzt als sachverständiger Zeuge oder als ärztlicher Sachverständiger geladen wird. Der Arzt hat darauf grundsätzlich keinen Einfluss. Der Ladung muss grundsätzlich Folge geleistet werden.

2.5.2 Anfragen von Sozialämtern

Rechtsgrundlage

Das Sozialhilferecht enthält keine ausdrücklichen gesetzlichen Verpflichtungen des Arztes zur Auskunftserteilung. Jedoch ist seit dem 1. Januar 2004 der größte Teil der Sozialhilfeempfänger Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Insofern gelten für diesen Personenkreis die Bestimmungen bei Anfragen von Krankenkassen (Kapitel 2.4.1). Daneben gibt es einen kleinen Kreis von Hilfeempfängern, für den nach wie vor die Verträge zwischen der KV RLP und den Sozialhilfeträgern in Rheinland-Pfalz zur ärztlichen Versorgung von Hilfeempfängern Anwendung findet. Hier gilt der Grundsatz – wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung – dass der Arzt den Trägern der Sozialhilfe Auskunft erteilen muss, wenn diese Informationen zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigen. Zusätzlich ist jedoch eine schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten erforderlich (§ 100 SGB X). Das Auskunftsbegehren muss sich auf den Einzelfall und konkreten Sachverhalt beschränken und es müssen konkrete Fragen gestellt werden.

Vergütung

Die Regelungen für die gesetzlichen Krankenversicherungen (Kapitel 2.4.1) gelten entsprechend.

2.5.3 Anfragen von Gesundheitsämtern

Rechtsgrundlage

Bei Anfragen von Gesundheitsämtern gilt das gleiche wie bei Rentenversicherungsträgern und Agenturen für Arbeit (Seiten 21/22), das heißt, der Arzt muss nach § 100 SGB X Auskünfte nur erteilen, wenn der Leistungsträger diese zu seiner Aufgabenerstellung im Einzelfall benötigt und der betroffene Patient in die Auskunftserteilung zuvor schriftlich eingewilligt hat.

Meldeverpflichtung

Bei bestimmten ansteckenden Erkrankungen, das heißt Krankheiten im Sinne des § 6 Infektionsschutzgesetz, besteht für den Arzt eine gesetzliche Meldepflicht gegenüber der zuständigen Gesund-

heitsbehörde. Die Meldung muss unverzüglich, spätestens innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis gegenüber dem für den Aufenthalt des Betroffenen zuständigen Gesundheitsamt erfolgen. Eine Meldung darf wegen einzelner fehlender Angaben nicht verzögert werden. Die Nachmeldung oder Korrektur von Angaben soll unverzüglich nach deren Vorliegen erfolgen.

 Die entsprechenden Meldeformulare für Ärzte/Einrichtungen und Labore sind der Website des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministeriums zu entnehmen:
www.msagd.rlp.de > Gesundheit > Öffentlicher Gesundheitsdienst, Hygiene und Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz

Vergütung

Für die Meldung hat die Behörde dem Arzt seine Aufwendungen, zum Beispiel Portokosten, zu erstatten (§ 9 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz). Eine Vergütung wird nicht gewährt.

2.5.4 Anfragen des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung

Rechtsgrundlage

Der Arzt ist nach § 100 Abs. 1 SGB X, und § 12 Abs. 2 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsoferversorgung verpflichtet, dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Auskünfte zu erteilen, wenn diese zur gesetzlichen Aufgabenerfüllung der Behörde notwendig sind und der Patient schriftlich eingewilligt hat. Patienten, die beim Versorgungsamt die Feststellung einer Gesundheitsstörung beziehungsweise die Feststellung einer Schwerbehinderung beantragen, müssen deshalb gegenüber dem Versorgungsamt eine Schweigepflichtentbindungserklärung unterschreiben, die sich der Arzt von der Behörde vorlegen lassen sollte.

Vergütung

Nach § 21 Abs. 3 SGB X erhält der Arzt auf Antrag eine Entschädigung nach dem JVEG (Kapitel 2.4.4). Insofern sind für Befundberichte oder schriftliche Auskünfte ohne gutachterliche Äußerungen 21



Euro vorgesehen; für kurze Gutachten: 38 Euro. Daneben werden Kopien und Portokosten erstattet. Die Versorgungsämter weisen in der Regel im Rahmen ihrer Anfragen auf die Vergütungsregelungen hin. Die Vergütung darf nicht mit Hinweis auf die Auskunftspflicht nach §§ 294 ff. SGB V verweigert werden, denn diese speziellen Regelungen finden nur im Verhältnis Arzt/Krankenkasse und nicht im Verhältnis zum Landesamt Anwendung.

2.5.5 Anfragen von Finanzämtern

Die allgemeine Pflicht, dem Finanzamt Auskünfte zu erteilen und Belege vorzulegen, wird für Ärzte durch das Auskunftsverweigerungsrecht gemäß § 102 Abs. 1 Nr. 3 c Abgabenordnung (AO) eingeschränkt, das gemäß § 102 Abs. 2 AO auch deren nichtärztlichen Mitarbeitern zusteht. Die steuerlichen Unterlagen können deshalb so geführt werden, dass die der Schweigepflicht unterliegenden Daten daraus nicht hervorgehen beziehungsweise durch Schwärzung oder Anonymisierung unkenntlich gemacht werden. Keinesfalls hat das Finanzamt einen Anspruch auf Einsicht in die Patientenkartei.

Die Finanzämter vertreten häufig vor dem Hintergrund der in § 200 AO geregelten Mitwirkungspflicht des Steuerpflichtigen die Auffassung, dass dem Außenprüfer bei einer Betriebsprüfung Privatrechnungen und Kassenbücher über die Einnahmen aus der Praxisgebühr im Original vorzulegen seien. Dieses Verlangen ist, unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Einsichtsrecht des Landesrechnungshofs in die Patientenkartei eines Universitätsklinikums, berechtigt. Da aber der Name des Patienten unter die ärztliche Schweigepflicht fällt, genügt die Vorlage von Kopien, in denen die patientenbezogenen Daten geschwärzt sind.

! OLG Karlsruhe. Urteil vom 11.08.2006, Az. 14 U 45/04).

2.6 ANFRAGEN VON PRIVATEN VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN

Rechtsgrundlage

Auch hier ist der Arzt zur Auskunft nur berechtigt wenn eine konkrete und aktuelle, nicht älter als maximal sechs bis zwölf Monate Schweigepflichtentbindungserklärung des Patienten vorliegt

! Musterbrief 4: Seite 37

Häufig haben private Krankenversicherungsunternehmen und private Versicherungsgesellschaften, zum Beispiel Lebensversicherungen, private Unfallversicherungen, Berufsunfähigkeitszusatzversicherungen und Reiserücktrittsversicherungen, 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.

Nach § 213 Abs. 1 VVG kann ein Versicherungsunternehmen personenbezogene Gesundheitsdaten nur dann bei Ärzten erheben, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und der Patient eine Einwilligung erteilt hat. Zwar kann gemäß § 213 Abs. 2 VVG nach wie vor eine pauschale Einwilligungserklärung des Patienten vor Vertragsschluss abgegeben werden. Das Versicherungsunternehmen hat den Patienten aber vor der Datenerhebung im Einzelfall zu unterrichten. Dem Patienten steht dann die Möglichkeit offen, der Erhebung der Daten beim Arzt zu widersprechen. Darüber hinaus kann der Patient jederzeit verlangen, dass eine Erhebung seiner Daten nur erfolgt, soweit er in die einzelne Erhebung eingewilligt hat. Damit kann ein Patient jederzeit eine pauschal erteilte Entbindungserklärung außer Kraft setzen. Über diese Widerspruchsrechte hat das Versicherungsunternehmen den Patienten zu unterrichten.

Vergütung

Die Vergütung richtet sich nach den GOÄ-Nrn. 70 ff.

AUFBEWAHRUNGSPFLICHT UND -FRISTEN

3

Nach der Berufsordnung für Ärzte in Rheinland-Pfalz und den Bestimmungen der Bundesmantelverträge ist der Arzt verpflichtet, seine Unterlagen 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht eine andere gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht.

3.1 LÄNGERE AUFBEWAHRUNGSFRISTEN

Längere Aufbewahrungsfristen ergeben sich aus folgenden Vorschriften:

Röntgen-Verordnung:	30 Jahre
Strahlenschutz-Verordnung:	30 Jahre
Berufsgenossenschaftliche Verletzungsverfahren: (Durchgangsarzt-Verfahren)	15 Jahre
Transfusions-Gesetz:	
- Aufzeichnungen gem. § 14 Abs. 1 TFG	mind. 15 Jahre
- Daten gem. § 14 Abs. 2 TFG	30 Jahre

3.2 KÜRZERE AUFBEWAHRUNGSFRISTEN

Längere Aufbewahrungsfristen ergeben sich aus folgenden Vorschriften:

Richtlinien zu Krebsfrüherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen	10 Jahre
Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung	3 Jahre
Bundesmantelverträge (datenverarbeitendes Abrechnungsverfahren)	2 Jahre
Bundesmantelverträge (Erläuterungen zur Vordruck-Vereinbarung – Nr. 1 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen)	1 Jahr



A

Abrechnung mit der KV mittels EDV (Sicherungskopie der Quartals-Abrechnung)	4 Jahre
Arztbriefe (eigene und fremde)	10 Jahre
Ärztliche Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde z. B.:	10 Jahre
<ul style="list-style-type: none"> ■ Dokumentation ambulanten Operierens ■ Sonographische Untersuchungen ■ EEG Oszillogramme u. EKG-Streifen ■ Langzeit-EKG (Computerauswertungen / keine Tapes) ■ Lungenfunktionsdiagnostik (Diagramme) ■ Laborbefunde (evtl. auch durch Eintrag in Kartei / PC) ■ Durchschläge für vertretenden Arzt Notfall-/ Vertreterschein (Muster 19) ■ Gutachten / Unfallunterlagen 	
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Durchschrift des gelben Dreifachsatzes)	1 Jahr

B

Berichtsvordrucke (Durchschrift für Gesundheitsuntersuchung und Krebsfrüherkennung)	10 Jahre
Berufsgenossenschaftliches Verletzungsverfahren (Unterlagen)	20 Jahre
Berufsunfähigkeitsgutachten	10 Jahre
Betäubungsmittel	3 Jahre
<ul style="list-style-type: none"> ■ BTM-Rezeptdurchschriften ■ BTM-Karteikarten ■ Betäubungsmittelbücher 	
Blutprodukte	15 Jahre
und genetisch hergestellte Plasmaproteine zur Behandlung von Hämastase-Störungen (für die im Gesetz näher bezeichneten Zweige)	

D

D-Arzt-Verfahren (Behandlungsunterlagen einschl. Röntgenbilder)	15 Jahre
DMP (Personenbezogene Daten)	15 Jahre
Doku-Bögen ambulantes Operieren	10 Jahre

E

EEG- und EKG-Streifen	10 Jahre
Einweisungen (Durchschrift)	10 Jahre

G

Gesundheitsuntersuchungen (Durchschrift der Dokumentation)	10 Jahre
Gutachten über Patienten (eigener Patient)	10 Jahre
Gutachterliche Stellungnahme (Gutachter)	2 Jahre

H	
Heilmittelverordnungen	10 Jahre
J	
Jugendarbeitschutzbogen	10 Jahre
K	
Kinder-Krankheitsfrüherkennung U 1 – U 10 (Aufzeichnung in Kartei)	10 Jahre
Krankenhausberichte	10 Jahre
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Berichtsvordrucke (Durchschrift)	10 Jahre
L	
Labor-Befunde (Labor-Buch)	10 Jahre
Labor – externe Qualitätssicherung (Zertifikate)	5 Jahre
Labor – interne Qualitätssicherung (Kontrollkarten)	5 Jahre
Langzeit-EKG Auswertung (keine Tapes)	10 Jahre
N	
Notfall- und Vertretungsscheine (Durchschrift Muster 19)	10 Jahre
P	
Patienten-Unterlagen (s. unter A / Ärztl. Aufzeichnungen)	10 Jahre
R	
Röntgen (Konstanzprüfungen)	2 Jahre
Röntgenuntersuchung (Aufnahmen, Ausnahme: D-Arzt!)	10 Jahre
Röntgenaufnahmen von Personen bis zum 18. Lebensjahr müssen bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufbewahrt werden.	
Röntgenbilder und Aufzeichnungen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 RöV über Röntgenuntersuchungen	10 Jahre
Aufzeichnungen über Röntgenbehandlung	30 Jahre
S	
Sonographische Untersuchungen (Aufzeichnungen, Fotos, Prints, Befunde)	10 Jahre
Strahlenbehandlung (Aufzeichnungen, Berechnungen)	30 Jahre
Strahlendiagnostik (Aufzeichnungen, Filme)	10 Jahre



U

Überweisungsscheine (nur EDV-abrechnende Ärzte)	1 Jahr
Untersuchung mittels radioaktiver oder ionisierender Stoffe	10 Jahre

Z

Zytologische Befunde	10 Jahre
Zytologische Befunde (im Rahmen der Krebsfrüherkennung)	10 Jahre
Zytologische Präparate	10 Jahre

3.3 AUFBEWAHRUNGSFRISTEN IN SONDERFÄLLEN

Praxisaufgabe

Gibt ein Arzt seine Praxis auf, bleibt er weiterhin für die ordnungsgemäße Aufbewahrung der Patientenakten in der Pflicht. Die Aufbewahrungsfristen sind zu beachten und die Auskunftsrechte der Patienten bleiben bestehen. Auch zur Beantwortung von Versicherungsanfragen muss der Zugriff auf die Akten bestehen bleiben (§10 Abs. 4 Berufsordnung Ärzte Rheinland-Pfalz und § 22 Abs. 2 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz). Kommt ein Kammermitglied dieser Pflicht nicht nach, ist die Kammer verpflichtet, die Unterlagen im Rahmen der Verwaltungsvollstreckung zu verwahren und zu verwalten.

Im Todesfall

Die Erben müssen die vollständigen Pflichten des Arztes übernehmen und für eine ordnungsgemäße Aufbewahrung der Patientenakten sorgen.

Im Insolvenzfall

Der Praxisinhaber bleibt auch nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens für die Aufbewahrung der Behandlungsdokumentation verantwortlich. Selbst bei einer insolvenzrechtlich nach § 148 InsO gebotenen Sicherung des Patientenstammes ist der Arzt alleine befugt, den Zugang zu den Aufzeichnungen unter Beachtung der Schweigepflicht zu regeln.

Datenschutzgerechte Entsorgung

Alte Patientenunterlagen sind nach Ablauf der jeweils geltenden Aufbewahrungsfristen datenschutzgerecht zu vernichten. Entsorgt werden müssen nicht nur die dokumentationspflichtigen Unterlagen der Anamnese, Diagnose und Therapie, sondern auch alle sonstigen Daten, die sich auf einen bestimmten Patienten beziehen lassen, wie Patientenlisten, Telefaxe oder Telefonnotizen. Neben Patientenunterlagen in Papierform sind auch alle patientenbezogenen Daten umfasst, die in anderer Form vorliegen, zum Beispiel Festplatte, CD-ROM etc.

Für die Vernichtung der Patientenunterlagen gilt die Sicherheitsstufe 4 nach DIN 32757 und DIN 33858. Das heißt, dass ein Wiederherstellen der Unterlagen unter Verwendung gewerbeüblicher Einrichtungen beziehungsweise Sonderkonstruktionen ausgeschlossen ist. Das so vernichtete Material kann im Altpapier oder Gewerbemüll entsorgt werden. Die Schweigepflicht ist auch bei der Vernichtung zu beachten.

DIE WICHTIGSTEN VORDRUCKE NACH DER VORDRUCKVEREINBARUNG

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



MUSTER FÜR NICHT VEREINBAREN VORDRUCK, MUSTER 1 (VORDERSEITE)

Name, Vorname:	geboren am:
Anschrift:	Versichertennummer:

arbeitsunfähig seit: _____

1. Diagnose(n), die zur Zeit die Arbeitsunfähigkeit beschreiben:

1.1 Nebendiagnose(n):

2. Psychopathologischer Befund:

3. Psychosoziale Anamnese / Vorbehandlung (Art, Datum):

stat.: _____

amb.: _____

4. Mitbehandler ist (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung):

5. Vermuteter Auslöser der Symptomatik?

6. Beschwerdebild?

7. Medikamentöse Behandlung:

Medikament: _____

Dosis: _____

Dauer: _____

8. Therapieplan:

MUSTER FÜR NICHT VEREINBARTEN VORDRUCK, MUSTER 1 (RÜCKSEITE)

Name, Vorname:	geboren am:
Anschrift:	Versichertennummer:

1. Psychodynamik, Entwicklung, Fortschritte:

2. Prognose: _____

Ist der Zeitpunkt der Wiederherstellung der Arbeitsunfähigkeit absehbar?

- ja ggf. ab _____
 nein

3. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

- Innerbetriebl. Arbeitsplatzwechsel stufenweise Wiedereingliederung
 medizinische Reha-Maßnahme Umschulung
 sonstige (z. B. Sucht-, Soziotherapie) _____

4. Suchterkrankung: ja nein

5. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

- ja nein

6. Ist eine Vorstellung beim Medizinischen Dienst angezeigt?

- ja, weil _____
 nein

7. Sonstiges /Bemerkungen:



MUSTER FÜR NICHT VEREINBARTEN VORDRUCK, MUSTER 2 (VORDERSEITE)

4

Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

Mitglied: _____
KV-Nr.: _____ arbeitsunfähig seit: _____

Derzeitige die Arbeitsunfähigkeit verursachende Krankheit und deren Schweregrad
(Befund, Symptomatik, Diagnose, ICD)

Konfliktlösler – erkennbare Ursache der Erkrankung:

Familiäre Probleme: _____

Arbeitsplatzprobleme: _____

Soziale Probleme: _____

Bisheriger Krankheitsverlauf

Handelt es sich um die erste Episode der Erkrankung? ja nein

Behandlungsplan – welche Medikation / Maßnahmen wurde(n) bisher durchgeführt?

Wie schätzen Sie die therapeutische Compliance des Patienten / der Patientin ein?

MUSTER FÜR NICHT VEREINBARTEN VORDRUCK, MUSTER 2 (RÜCKSEITE)

Mitglied: _____

Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt, welche bereits eingeleitet?

	angezeigt	eingeleitet	
Fachärztliche Mitbehandlung:			
Neurologie / Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere, ggf. welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamentöse Einstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stationäres Heilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychotherapie			
tiefenpsychologisch fundiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychoanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entspannungsverfahren (ggf. welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sozialberatung (ggf. welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbsthilfegruppe (ggf. welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Erkrankung auf berufliche Risikofaktoren zurückzuführen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist eine stufenweise Wiedereingliederung in die bisherige Tätigkeit sinnvoll?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind andere Maßnahmen in Hinblick auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sinnvoll?			
Arbeitsplatzumsetzung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Umschulung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Prognose – Zeitpunkt der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit:			
Ist die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Rentenbegehren vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist die Vorstellung beim MDK angezeigt?	<input type="checkbox"/> ja, sofort	<input type="checkbox"/> in _____ Wochen	

Datum

Unterschrift / Stempel des Arztes

Ich bitte um Rücksendung der beigefügten med. Berichte

() ja () nein

MUSTERBRIEFE

5

5.1 MUSTERBRIEF 1

Schreiben an die Krankenkasse / Kostenträger bei Nutzung nicht vereinbarter Vordrucke

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben eine Anfrage an mich gestellt, die nicht der Vordruckvereinbarung entspricht. Die begehrte Auskunft kann ich Ihnen nur erteilen, wenn mir der Patient sein diesbezügliches Einverständnis erklärt. Zudem würde für meine Auskunft ein Honorar in Höhe von ... Euro fällig.

Bitte teilen Sie mir mit, ob Sie unter dieser Voraussetzung die Auskunft wünschen und senden uns die aktuelle Schweigepflichtentbindung des Patienten zu.

Mit freundlichen Grüßen

5.2 MUSTERBRIEF 2

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Nach Rechtsauffassung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz (vgl. 19. Tätigkeitsbericht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz vom 07.05.2003) sind Krankenkassen nicht berechtigt, Detailberichte zu Kranken- und Behandlungsdaten für sich selbst anzufordern. Dies gilt auch, wenn der betroffene Patient zugestimmt hat, weil dadurch eindeutige gesetzliche Regelungen unterlaufen würden.

Auskunfts berechtigt ist nach dem Gesetz nur der MDK. Aus diesem Grund darf ich Ihnen die erbetene Auskunft nicht erteilen. Bitte suchen Sie gegebenenfalls den Weg über den MDK.

Mit freundlichen Grüßen

5.3 MUSTERBRIEF 3

Schreiben an die Deutsche Rentenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Anforderung eines Befundberichts / einer gutachterlichen Äußerung zu dem Patienten Herr / Frau habe ich erhalten. Den gewünschten Bericht / das gewünschte Gutachten werde ich erstellen. Gemäß § 21 Abs. 3 SGB X ist ein solcher Bericht / ein solches Gutachten jedoch nach dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) und nicht zu dem von Ihnen angebotenen Honorar zu vergüten. Bitte übersenden Sie mir daher zunächst eine entsprechende Kostenzusage.

Mit freundlichen Grüßen



5.4 MUSTERBRIEF 4

Schreiben an private Versicherungsunternehmen

Sehr geehrte Damen und Herren,
Ihre Anfrage zu dem Patienten Herr / Frau habe ich erhalten. Diese werde ich gerne beantworten. Die beigelegte Schweigepflichtentbindungserklärung des Patienten ist jedoch weder aktuell (nicht älter als maximal 6 – 12 Monate) noch konkret. Daher bitte ich Sie zunächst um Übersendung einer Schweigepflichtentbindungserklärung, die diesen Kriterien genügt.

Mit freundlichen Grüßen

KONTAKTADRESSEN DER DIENSTSTELLEN DES MDK RHEINLAND-PFALZ

6

Dienststelle	Adresse	Telefon/Fax
Hauptverwaltung		
Alzey	Albiger Straße 19d 55232 Alzey	Telefon 06731 486-0 Fax 06731 486-270
Beratungs- und Begutachtungszentren		
Kaiserslautern	Denisstraße 1a 67663 Kaiserslautern	Telefon 0631 35192-0 Fax 0631 35192-77
Koblenz	Jakob-Hasslacher-Straße 4 56070 Koblenz	Telefon 0261 30438-0 Fax 0261 30438-38
Ludwigshafen	Rathausplatz 10-12 67059 Ludwigshafen	Telefon 0621 59120-0 Fax 0621 59120-27
Mainz	Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 28 55130 Mainz	Telefon 06131 96061-0 Fax 06131 96061-34
Trier	Aulstraße 1 54290 Trier	Telefon 0651 93831-0 Fax 06131 96061-34



VERGÜTUNG NACH § 10 ABS. I JVEG (AUSZUG)

Nr.	Art der Tätigkeit	Vergütung
200	Ausstellung eines Befundscheins oder Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachtliche Äußerung	21 Euro
201	Die Leistung der in Nummer 200 genannten Art ist außergewöhnlich umfangreich: das Honorar 200 beträgt	bis zu 44 Euro
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 Euro
203	Die Leistung der in Nummer 202 genannten Art ist außergewöhnlich umfangreich: das Honorar 202 beträgt	bis zu 75 Euro

UNFALLVERSICHERUNG: GUTACHTERGEBÜHREN

8

GOP	Leistung Formulargutachten	Gebühr
146	Vordruck A 4200 Erstes Rentengutachten	120 Euro
147	Vordruck A 4202 Erstes Rentengutachten Augen	120 Euro
148	Vordruck A 4500 Zweites Rentengutachten (Rente auf unbestimmte Zeit)	100 Euro
149	Vordruck A 4502 Zweites Rentengutachten Augen (Rente auf unbestimmte Zeit)	100 Euro
150	Vordruck A 4510 Rentengutachten (Nachprüfung MdE)	100 Euro
151	Vordruck A 4512 Zweites Rentengutachten Augen (Nachprüfung MdE)	100 Euro
152	Vordruck A 4520 Rente nach Gesamtvergütung	100 Euro

GOP	Leistung freie Gutachten	Gebühr
160	Ohne Fragestellung zum ursächlichen Zusammenhang	180 Euro
161	Mit Fragestellung zum ursächlichen Zusammenhang	280 Euro
165	Eingehend begründetes wissenschaftliches Gutachten	360 Euro



**Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz (KV RLP)**
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Kontakt
Telefon 06131 326-326
Telefax 06131 326-327
E-Mail service@kv-rlp.de
Internet www.kv-rlp.de