Bürokratie in der Praxis zielgerichtet stoppen!

Wer darf was (nicht) fragen?

Ärzte aller Fachgruppen, insbesondere aber Hausärzte beklagen den seit Jahren zunehmenden Verwaltungsaufwand für Anfragen der Krankenkassen. Dagegen können Sie sich wehren. Wir helfen Ihnen dabei. Nicht jede Frage, die an Sie gerichtet wird, müssen Sie auch beantworten.

Nicht vereinbarte Kassenanfragen

Grundsätzlich gilt: Anfragen der Krankenkassen, die nicht auf dem vereinbarten Vordruck angefordert werden, muss der Vertragsarzt nicht beantworten. Dies gilt auch, wenn auf einem vereinbarten Vordruck zusätzlich Fragen gestellt werden oder Fragen verändert worden sind. Der Vertragsarzt kann die Vordrucke kommentarlos – evtl. Stempel: „Kein vereinbarter Vordruck!“ – unbeantwortet zurückschicken. Alternativ kann eine Kostenübernahmeerklärung mit Kostenvoranschlag nach GOÄ beigelegt werden. Hier sollte je nach Arbeitsaufwand die Vergütung nach GOP 70 oder 80 bzw. 85 ggf. Schreibgebühren nach GOP 95 und 96 (Kopie für die eigenen Akten) eingefordert werden. Zusätzlich sind Porto und Versandkosten sowie 0,50 Euro pro angefertigte Fotokopie nach § 10 der GOÄ berechnungsfähig. Ist der Arzt umsatzsteuerpflichtig, muss die gesetzliche Umsatzsteuer zusätzlich ausgewiesen werden. In diesem Falle muss die Liquidation auch die Steuernummer des Arztes enthalten.

Sollte die Krankenkasse der Kostenübernahme zustimmen, muss noch das Einverständnis des Patienten in die Auskunftserteilung eingeholt werden. Erst dann darf geantwortet werden.

Zur Arbeitserleichterung sollten entsprechende Textvorlagen in der EDV vorgehalten werden.

Einige Kassenärztliche Vereinigungen sind das Problem bereits angegangen und haben mit einzelnen Krankenkassen wie beispielsweise Knappschaft oder Ersatzkassen „Sonderregelungen zur Vergütung

von Kassenanfragen auf nicht vereinbarten Vordrucken“ getroffen. Hier wird außerhalb der begrenzten Gesamtvergütung ein vereinbartes Honorar gezahlt nach Ansatz einer „Ersatz- oder Pseudo-GOP“ über die KV. Um unbezahlte Arbeit zu vermeiden ist es in jedem Fall lohnenswert, eine schriftliche Anfrage an die jeweilige KV zu richten.

Unzulässige Kassenanfragen

Unzulässig sind Anforderungen von Informationen durch Krankenkassen in Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung, ob entsprechende Voraussetzungen vorliegen, zu Art und Umfang der Leistung, zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen oder in bestimmten Fällen bei Arbeitsunfähigkeit. Hier fehlt nach Feststellung des Bundesbeauftragten für Datenschutz (21. Tätigkeitsbericht) den Krankenkassen die gesetzliche Grundlage. Allein der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) ist für die Prüfung medizinischer Sachverhalte zuständig. Diesen muss die Krankenkasse beauftragen. Der MDK wiederum muss bei seiner Anfrage die Rechtsgrundlage sowie den Zweck der von ihm erbetenen Auskunft angeben.

Anfragen des Medizinischen Dienstes der Kassen

Der MDK kann die Auskünfte über die Krankenkassen anfordern. In diesem Zusammenhang ist die Versendung der Antwort direkt an die Krankenkasse nur zulässig, wenn die ärztlichen Unterlagen in einem gesonderten, verschlossenen Umschlag mit der Anschrift des MDK sowie dem Vermerk „Ärztliche Unterlagen – nur vom MDK zu öffnen“ übersandt werden.

Ausführliche Berichte an den MDK werden auf einem vereinbarten Vordruck (Muster 11) erstellt. Dieser muss den Vergütungsvermerk nach GOP 01 621 EBM enthalten. Der MDK erhält nie Originale von Arztbriefen, Befunden etc., sondern Kopien. Diese wer-

den der Krankenkasse mit der entsprechend vereinbarten Pseudo-GOP, multipliziert mit der Anzahl der Kopien, verrechnet.

Leider gibt es für einfache Auskünfte und Bescheinigungen keine Vordruckvereinbarung. Deshalb steht für diese Auskünfte dem Vertragsarzt keine Vergütung zu. Dennoch besteht gegenüber dem MDK Auskunftspflicht. Da Muster 11 oft absichtlich aus Kostenspargründen vorenthalten wird, muss der Vertragsarzt vorher den geforderten Leistungsumfang kurz abprüfen und ggf. Muster 11 mit der zustehenden Vergütung anfordern.

Eintragungen in Bonushefte

Grundsätzlich sind die Bestätigungen von durchgeführten vertragsärztlichen Leistungen (Vorsorgeuntersuchungen/Impfungen) in einem Bonusheft keine vertragsärztlichen Leistungen, die über den EBM abgerechnet werden können.

Diese Leistungen sind privatärztlich nach GOP 70 der GOÄ mit Mindestsatz 2,33 Euro pro Bestätigung/Unterschrift direkt mit dem Versicherten abzurechnen. Die Krankenkassen wissen das und haben bundesweit ganz unterschiedliche Regelungen getroffen.

Eine Information an die Mitglieder einer Kasse lautet: „Sollte der Arzt für die Bestätigung eine Vergütung verlangen, reicht die Angabe des Datums der Vorsorge- oder Impfleistung.“

Mit einigen Krankenkassen haben einzelne Länder-KVen Vergütungsvereinbarungen und Pseudo-GOPs getroffen. Die Bestätigung wird von diesen Krankenkassen über die KV extrabudgetär vergütet. Da auch hier die Vielfalt der Einzelvereinbarungen durch die Länderhoheit der KVen und Kassen keinen Überblick ermöglicht, bleibt auch hier dem Kassenarzt nichts anderes übrig als seine zuständige KV schriftlich um eine Aufstellung zu bitten.

HELMUT WALBERT ■