



Um Antwort wird gebeten

ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT
UND AUSKUNFTSPFLICHT
FEBRUAR 2017

Alles Gute.

KVBW 

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

- 5 Vorwort
- 6 1. ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT BEI ANFRAGEN DRITTER**
- 7 _ Gesetzliche Auskunftspflichten
- 8 2. AUSKÜNFTE AN DIE KRANKENKASSEN**
- 8 _ Auskünfte auf vereinbarten Vordrucken
- 8 _ Übermittlung von Auskünften per Fax und E-Mail
- 9 _ Blankoformularbedruckung
- 9 _ Auskünfte auf nicht vereinbarten Vordrucken
- 9 _ Anfragen der Krankenkasse zur Unterstützung eines Versicherten bei Behandlungsfehlern
- 10 3. AUSKÜNFTE AN DEN MEDIZINISCHEN DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG (MDK)**
- 10 _ Allgemeines
- 10 _ Muster der Vordruckvereinbarung für den MDK
- 10 _ Auskünfte im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- 11 _ Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den MDK
- 11 _ Überprüfung von Heil- und Hilfsmittelverordnungen durch den MDK
- 11 _ Informationsweg
- 13 4. VERGÜTUNG FÜR AUSKÜNFTE AN DIE KRANKENKASSEN UND DEN MDK**
- 13 _ Vereinbarte Vordrucke
- 14 5. ANFRAGEN VON SOZIALÄMTERN/ JUGENDÄMTERN**
- 14 _ Gesetzliche Übermittlungspflicht
- 14 _ Auskunft mit Einwilligung des Patienten
- 14 _ Vergütung
- 15 6. ANFRAGEN VON RENTEN- VERSICHERUNGSTRÄGERN**
- 15 _ Auskunft mit Einwilligung des Patienten
- 15 _ Vergütung
- 16 7. ANFRAGEN DER AGENTUREN FÜR ARBEIT**
- 16 _ Auskunft mit Einwilligung des Patienten
- 16 _ Vergütung
- 17 8. ANFRAGEN VON GESUNDHEITSÄMTERN**
- 17 _ Gesetzliche Meldepflicht
- 17 _ Auskunft mit Einwilligung des Patienten
- 17 _ Vergütung
- 18 9. ANFRAGEN VON UNFALL- VERSICHERUNGSTRÄGERN**
- 18 _ Gesetzliche Auskunftspflicht
- 18 _ Vergütung

19 10. ANFRAGEN VON VERSORGUNGSÄMTERN

- 19 _ Auskunft mit Einwilligung des Patienten
- 19 _ Vergütung

**20 11. ANFRAGEN VON GERICHTEN,
STAATSANWALTSCHAFTEN ODER POLIZEI**

- 20 _ Gerichte
- 20 _ Staatsanwaltschaften/Polizei

**21 12. ANFRAGEN VON PATIENTEN,
ANGEHÖRIGEN ODER ANWÄLTEN**

- 21 _ Patient
- 21 _ Angehörige
- 22 _ Anwälte
- 22 _ Patientenquittung

24 13. ANFRAGEN VON ARBEITGEBERN

- 24 _ Auskunft mit Einwilligung des Patienten
- 24 _ Zuständigkeit des MDK zur Überprüfung
von Arbeitsunfähigkeit
- 24 _ Vergütung

**25 14. ANFRAGEN VON PRIVATEN VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN UND PRIVATEN
KRANKENVERSICHERUNGSUNTERNEHMEN**

- 25 _ Auskunftspflicht
- 25 _ Vergütung

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

unsere Broschüre „Um Antwort wird gebeten“ leistet schon seit vielen Jahren wertvolle Unterstützung in den Praxen bei der Bitte um Auskunft über Patientendaten. Krankenkassen, der MDK, Behörden, Angehörige, Arbeitgeber oder auch Polizei und Justiz – es gibt eine Reihe von Anfragen, in den vom Arzt oder Psychotherapeuten Auskünfte über Patienten erfragt werden. Mit dieser Broschüre wollen wir Ihnen einen Überblick über den rechtlichen Rahmen geben, Sie aber auch darüber informieren, auf welchem Weg Sie die Daten übermitteln können und wie Sie dafür gegebenenfalls vergütet werden. Da sich in einigen Bereichen Änderungen ergeben haben, haben wir nun eine aktualisierte Version erarbeitet. Nutzen Sie die Broschüre als Nachschlagewerk, sie ist selbstverständlich auch auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de veröffentlicht, und fragen Sie auch gerne bei Ihrer KVBW nach, wenn es im Einzelfall Unklarheiten gibt.

A handwritten signature in black ink, reading "Dr. N. Metke". The signature is written in a cursive style.

Ihr Dr. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

I. Ärztliche Schweigepflicht bei Anfragen Dritter

Sie kommen als Arzt und Psychotherapeut¹ berufsbedingt mit personenbezogenen Daten in Kontakt, die dem innersten Kreis der Privatsphäre zuzuordnen sind und besonderem Schutz unterliegen – den Gesundheitsdaten Ihrer Patienten. Die ärztliche Schweigepflicht ist nicht nur Berufsethos. Verstößt ein Arzt gegen die Schweigepflicht macht er sich strafbar und kann mit einer Geldstrafe, in schweren Fällen sogar mit Freiheitsentzug bis zu einem Jahr belangt werden (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 Strafgesetzbuch - StGB).

Dabei unterfallen der Schweigepflicht nicht nur Diagnosen, sondern bereits die Information, dass ein bestimmter Patient einen bestimmten Arzt aufsucht.

Im Bewusstsein des mündigen Patienten sowie der allgemeinen gesellschaftlichen Sensibilität ist das Bedürfnis nach Vertraulichkeit zunehmend verankert und wird auch als Rechtsanspruch immer mehr wahrgenommen. Die Schweigepflicht erfordert daher auch im Praxisalltag gesteigerte Sorgfalt. So ist etwa zu vermeiden, dass wartende Patienten ungewollt Einblick in Patientenakten bekommen, die am Empfang auf dem Tisch liegen oder auf einem Bildschirm geöffnet sind. Ebenso ist die Unterhaltung über Patientendaten im Beisein anderer Patienten zu vermeiden. Auch das Praxispersonal unterliegt selbst der Schweigepflicht und ist gegebenenfalls selbst strafbar.

Die Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch unter Ärzten. Auch der früher sog. Arztbrief, erfordert eine schriftliche Einwilligung (§ 73 Abs. 1b Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V).

Tipp: Verwenden Sie einen Praxisaufnahmebogen, lassen Sie sich die Einwilligung des Patienten zur Übermittlung des Arztbriefes an Kollegen bei Behandlungsbeginn generell – jedoch mit dem Zusatz der Widerrufsmöglichkeit – erklären.

Auch gegenüber Sozialleistungsträgern gilt die Schweigepflicht, u. a. gegenüber gesetzlichen Krankenkassen, dem MDK oder den Berufsgenossenschaften. Hierauf gehen wir aber im Folgenden gesondert ein, denn gerade in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen oft gesetzliche Offenbarungsbefugnisse oder gar -pflichten für den Arzt.

FAZIT

Persönliche Daten dürfen stets nur mit aktueller Einwilligung des Berechtigten, gesetzlicher Erlaubnis oder zum Schutz in der Abwägung höherrangiger Güter offenbart werden. Wir empfehlen, solche Abwägungsentscheidungen im Hinblick auf die betroffenen Rechtsgüter, sowie im Hinblick auf das Ihnen drohende Risiko in der Patientenakte zu dokumentieren und Ihre Entscheidung damit kurz zu begründen. Auch die Einwilligung sollten Sie schriftlich und mit Bezug zum konkreten Sachverhalt geben lassen.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine geschlechtliche Differenzierung verzichtet. Aufgrund der gängigen Lesegewohnheiten wird zumeist die männliche Geschlechtsform verwendet. Diese schließt jedoch die weiblichen Personen immer mit ein. Eine Wertung jeglicher Art ist damit nicht verbunden. Ebenso wird auf eine Differenzierung zwischen Ärzten und Psychotherapeuten verzichtet. Ist vom Arzt die Rede, so sind auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemeint. Auch hierin ist keinerlei Wertung enthalten.

Gesetzliche Auskunftspflichten

Wichtige gesetzliche **Auskunftspflichten**, welche auch **ohne Einwilligung des Patienten** greifen, sind für die vertragsärztliche Versorgung im SGB V normiert (z.B. §§ 294 ff., 295 i. V. m. § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V). Danach sind Sie als Vertragsarzt **verpflichtet** und aufgrund dieser Verpflichtung auch **berechtigt**, diejenigen Daten aufzuzeichnen und zu übermitteln, die zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung benötigt werden (Einzelheiten und Spezifizierungen siehe in den nachfolgenden Kapiteln), **insbesondere**:

- die Abrechnungsdaten des Behandlungsfalles einschließlich der Diagnosen, aber auch
- alle anderen Daten, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen (z.B. Anhaltspunkte dafür, dass die Erkrankung eines Patienten eine Berufskrankheit darstellt oder Folge eines Arbeitsunfalles oder einer kosmetischen Operation ist).

Es bleibt aber festzustellen: Es sollte immer nur so viel herausgegeben werden, wie aus **ärztlicher** Sicht zwingend nötig ist!

2. Auskünfte an die Krankenkassen

Auskünfte auf vereinbarten Vordrucken

Für Auskünfte des Arztes an die Krankenkassen wurden Vordruckmuster vereinbart. Kassenseitig sollen diese grundsätzlich für ihre Anfragen verwendet werden. Die Regelungen hierzu finden sich in der Vordruckvereinbarung, den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung und der Vordruckmustersammlung. Darin ist auch die jeweilige Honorierung für die Anfragen geregelt. Sie müssen immer prüfen, welche Daten für die Klärung des Sachverhaltes erforderlich sind. Nur diese Daten dürfen Sie übermitteln. Anfragen nach einer vollständigen Patientenakte sind beispielsweise unzulässig, auch wenn der Versicherte eine „Pauschaleinwilligung“ unterschrieben hat.

Auf den vereinbarten Vordrucken sind die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) angegeben.

Bitte beachten Sie, dass die Kostenpauschalen (GOP 01420 bis 01424 EBM) von Haus- und Kinderärzten nicht berechnet werden können, sondern für diese Fachgruppen bereits mit Abrechnung der Versichertenpauschale abgegolten sind.

FAZIT

Achten Sie darauf, dass die Anfrage der Krankenkasse auf einem vereinbarten Vordruck erfolgt. Auf diesem Vordruck muss in der Regel die berechnungsfähige Position des EBM angegeben sein. Von der Beaufkundung telefonsicher Anfragen raten wir in der Regel ab.

Übermittlung von Auskünften per Fax und E-Mail

Grundsätzlich sollten Sie für die Rücksendung ausgefüllter Vordrucke einen Freiumschlag von der anfragenden Krankenkasse/dem anfragenden MDK erhalten. Eine Übermittlung der Muster 50 bis 53 der Vordruckvereinbarung (*Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse; Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers; Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit; Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten* → vgl. Vordruckmustersammlung) ist aber auch mittels Telefax möglich, soweit sie datenschutzkonform erfolgt (vgl. Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung, Allgemeines, Ziff. 11). Alle anderen Vordruckmuster dürfen aus Gründen des Datenschutzes nicht per Fax übermittelt werden.

Hinsichtlich der Übermittlung per E-Mail ist Folgendes zu beachten: Zur Übermittlung von elektronischen Briefen in der vertragsärztlichen Versorgung hat der Vertragsarzt ausschließlich dafür zertifizierte Programme zu verwenden, da er unter anderem die Vertraulichkeit, die Rechtssicherheit und die Authentizität des Arztbriefes gewährleisten muss. Als datenschutzkonformer Transportweg für die Übermittlung eines elektronischen Briefes durch den Vertragsarzt anhand der zertifizierten Programme und Dienste ist ein virtuelles privates Netzwerk zu verwenden. Hierzu dürfen nur Netze verwendet werden, deren jeweilige Anbindung an die Telematikinfrastruktur für die Erprobung oder den Wirkbetrieb der Telematikinfrastruktur von der gematik zugelassen sind. Der Vertragsarzt muss den elektronischen Brief mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz, die mit einem elektronischen Heilberufsausweis § 291a Abs. 5 Satz 5 SGB V erzeugt wurde, versenden (§ 291a Abs. 5 Satz 5 SGB V). Die Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 f SGB V finden Sie im Deutschen Ärzteblatt, Heft 3 2017.

Blankoformularbedruckung

Mit Ausnahme der Vordrucke 16 („Arzneiverordnungsblatt“, Stand 10/2014) und 85 („Nachweis der Anspruchsberechtigung bei Ruhen des Anspruchs gemäß § 16 Absatz 3a SGB V“, Stand 10/2014) sind alle vereinbarten Vordrucke in das Verfahren der Blankoformularbedruckung eingebunden. Dieses Verfahren ist in Anlage 2a des Bundesmantelvertrages für Ärzte geregelt. Es müssen die in der Anlage 2a gesondert beschriebenen technischen und materialtechnischen Voraussetzungen erfüllt sein (z. B. Sicherheitspapier mit konkreten Spezifikationen). Die Anwendung der Blankoformularbedruckung ist den Ärzten freigestellt.

Auskünfte auf nicht vereinbarten Vordrucken

Nur in Ausnahmefällen dürfen Krankenkassen Auskünfte formlos anfordern, wenn vereinbarte Vordrucke zur Klärung der Sachverhalte nicht zur Verfügung stehen (Abschnitt 1 „Allgemeines“, Punkt 1.2, Ziff. 1.2.3 der Vordruckvereinbarung). Werden nicht vereinbarte Vordrucke verwendet, müssen die Krankenkassen die Rechtsgrundlage für den Auskunftsanspruch angeben, im Einzelfall nachweisen, warum sie die Auskunft benötigen (§ 36 Abs. 1 Satz 2 des Bundesmantelvertrages für Ärzte (BMV-Ä)) und die Vergütung angeben (Ausnahme: kurze Bescheinigungen oder Auskünfte – dies sind solche ohne gutachtliche Fragestellungen). Fehlen diese Hinweise, ist der Vertragsarzt nicht verpflichtet und nicht berechtigt, die Anfrage zu beantworten.

In solchen Fällen besteht selbst dann keine Auskunftspflicht, wenn bei der schriftlichen Anforderung eine Vergütung 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 angeben, wie die verlangte Information vergütet wird (Ausnahme: kurze Bescheinigungen oder Auskünfte) (Abschnitt 1 „Allgemeines“, Punkt 1.2, Ziff. 1.2.3 der Vordruckvereinbarung). Sind die genannten Voraussetzungen nicht gegeben, sollten solche Anfragen unbeantwortet bleiben.

FAZIT

Zu Auskünften auf nicht vereinbarten Vordrucken sind Sie nur im Ausnahmefall verpflichtet

Anfragen der Krankenkasse zur Unterstützung eines Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V)

Die Krankenkassen sollen ihre Versicherten „bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind [...] unterstützen“ (§ 66 SGB V). Im Wesentlichen handelt es sich dabei um die Geltendmachung von Schmerzensgeldforderungen.

Gemeint sind Schmerzensgeldansprüche des Patienten gegen den Verursacher; nicht hingegen Schadensersatzansprüche, die die Krankenkasse ggf. gegenüber dem Verursacher geltend machen kann (§ 116 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - SGB X). Solche Ansprüche darf die Krankenkasse ausdrücklich nicht über eine Anfrage nach § 66 SGB V ermitteln.

Die Kassen sind berechtigt, diejenigen Daten zu erheben, die für eine Unterstützungsleistung im Rahmen der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen erforderlich sind. Dabei müssen sie aber letztlich durch den MDK prüfen lassen, ob dem Versicherten aus dem vermuteten Behandlungsfehler ein Schaden entstanden ist.

Da dem Patienten die Unterstützung durch die Krankenkasse nicht aufgedrängt werden darf, sind Sie zur Erteilung entsprechender Auskünfte nur soweit verpflichtet, wie der Versicherte ausdrücklich dieser Auskunft schriftlich zugestimmt hat.

3. Auskünfte an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Allgemeines

Der MDK ist der gemeinsame sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung. Im Auftrag der Pflegekassen überprüft der MDK beispielsweise, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Für den Bereich der Bundesknappschaft erfüllt der dort eingerichtete Sozialmedizinische Dienst (SMD) die Aufgaben des MDK.

Der MDK hat die Aufgabe, für die Krankenkassen zu bestimmen im Gesetz genannten medizinischen Fragestellungen gutachtlich Stellung zu nehmen (§ 275 SGB V), so zum Beispiel bei Fragen nach den Voraussetzungen einer GKV-Leistung und bei Arbeitsunfähigkeit.

Nur im Rahmen dieser gutachtlichen Tätigkeit hat der MDK die gesetzliche Befugnis, alle Informationen einzufordern, die für seine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung erforderlich sind (§ 275 Abs. 1 bis 3 SGB V). Das bedeutet, Sie müssen im Einzelfall die Entscheidung treffen, welche Berichte und Unterlagen aus Ihrer Sicht für den MDK zur Beantwortung einer spezifischen Frage notwendig sind. Die Anforderung beispielsweise der gesamten Patientenakte durch die Krankenkasse für den MDK ist in der Regel weder zulässig noch erforderlich.

Der MDK oder die Krankenkasse wird daher gegenüber dem Vertragsarzt auch immer angeben müssen, zu welchem Zweck von ihm eine gutachtliche Stellungnahme von der Krankenkasse angefordert wurde.

Vertragsärzte sind prinzipiell verpflichtet, auf Anforderung des MDK oder der Krankenkasse unmittelbar an den MDK bestimmte Informationen über ihre Patienten zu übermitteln (§ 276 Abs. 2 SGB V und § 62 Abs. 2 des BMV-Ä).

Muster der Vordruckvereinbarung für den MDK

Für Auskünfte an den MDK ist das Muster 11 der Vordruckvereinbarung zu verwenden. Sollten dem MDK die Informationen auf dem Vordruckmuster 11 für die gestellte

Aufgabe nicht ausreichen und er deshalb zulässigerweise formlos anfragen, so muss aus der Anfrage deutlich hervorgehen, zu welchem Zweck der MDK diese Informationen im Rahmen seines Auftrages benötigt. Ein lediglich stichwortartiger kurzer Hinweis reicht nicht aus. Darüber hinaus muss der MDK oder die Krankenkasse die Rechtsgrundlage für deren Auskunftsanspruch und die Auskunftspflicht des Arztes nennen.

Auskünfte im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegekassen beauftragen den MDK zur Prüfung und Feststellung des Grades der Pflegedürftigkeit (§ 18 SGB XI). Der MDK soll dabei die behandelnden Ärzte, insbesondere die Hausärzte in die Begutachtung einbeziehen – aber nur wenn der Versicherte einwilligt. Sofern diese Einwilligung vorliegt, sind die Auskünfte ausschließlich dem MDK zuzuleiten (§ 276 Abs. 2 SGB V). Die Ärzte haben Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, soweit sie zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den MDK

Die Krankenkassen sind verpflichtet, in bestimmten Fällen den MDK mit einer gutachtlichen Stellungnahme zu beauftragen – insbesondere dann, wenn Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit bestehen (§ 275 Abs. 1 bis 3 SGB V). Auch der Arbeitgeber eines gesetzlich Versicherten kann von der Krankenkasse verlangen, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme des MDK zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. Sie sind als Vertragsarzt auf Anfrage der Krankenkasse oder des MDK grundsätzlich verpflichtet, die hierzu notwendigen versichertenbezogenen Daten unmittelbar dem MDK zu übermitteln (§ 276 Abs. 2 SGB V und § 62 Abs. 2 BMV-Ä). Dies muss in der Regel innerhalb von drei Werktagen ab Erhalt der Anfrage geschehen (§ 6 Abs. 1 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-Richtlinie)). Der MDK seinerseits ist verpflichtet, dem Vertragsarzt das Ergebnis der Begutachtung mitzuteilen (§ 277 SGB V). Die Krankenkasse hat, solange ein Anspruch auf Fortzahlung des

Arbeitsentgelts besteht, dem Arbeitgeber und dem Versicherten das Ergebnis des Gutachtens des MDK über die Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen, wenn das Gutachten mit der Bescheinigung des Arztes im Ergebnis nicht übereinstimmt. Die Mitteilung an den Arbeitgeber darf keine Angaben über die Krankheit des Versicherten enthalten.

Das Gutachten des MDK ist grundsätzlich verbindlich (§ 62 Abs. 3 BMV-Ä und § 6 Abs. 2 Satz 1 AU-Richtlinie). Bestehen allerdings zwischen Arzt und MDK Meinungsverschiedenheiten, kann der Arzt unter schriftlicher Darlegung von Gründen bei der Krankenkasse eine erneute Entscheidung auf der Basis eines Zweitgutachtens beantragen. Dieser Zweitgutachter soll ein Arzt des Gebiets sein, in das die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt. Das Ergebnis der Zweitbegutachtung ist dem Arzt erneut mitzuteilen.

Überprüfung von Hilfsmittelverordnungen durch den MDK

Krankenkassen können in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 275 Abs. 3 SGB V). Die Beratung und Begutachtung kann sich dabei auf

- die medizinische Indikation für die Versorgung,
- die Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Verordnung oder der bereits erfolgten Versorgung,
- die Auswahl eines geeigneten Hilfsmittels,
- die alternative Versorgung oder alternative Maßnahmen zur Unterstützung bzw. an Stelle einer Hilfsmittelversorgung,
- die Reparatur oder Änderung,
- die Frage, ob vorhandene Hilfsmittel weiter benötigt werden,
- die Übereinstimmung der Verordnung und Lieferung unter Berücksichtigung von Funktionstauglichkeit, Zweckerfüllung und Passform

sowie die Notwendigkeit einer Ausbildung zum Gebrauch des Hilfsmittels beziehen.

Auch in diesem Verfahren sind Sie verpflichtet, auf Anfrage von Krankenkasse oder MDK die für diese Fragestellung erforderlichen versichertenbezogenen Daten unmittelbar an den MDK zu übermitteln (§ 276 Abs. 2 SGB V und § 62 Abs. 2 BMV-Ä).

Informationsweg

Im Rahmen des bisher praktizierten sogenannten „Umschlagverfahrens“ versenden Ärzte Patientenunterlagen nicht direkt an den MDK, sondern in einem verschlossenen Umschlag mit einer Aufschrift „Ärztliche Unterlagen nur vom MDK zu öffnen“ an die Krankenkassen zur Weiterleitung an den MDK, damit die Daten den Krankenkassen selbst nicht zur Kenntnis gelangen. Die amtierende Bundesdatenschutzbeauftragte hat das bisherige Verfahren beanstandet und klargestellt, dass künftig Unterlagen, die für den MDK vorgesehen sind, auch unmittelbar, das heißt direkt an diesen übermittelt werden müssen, wie es der Gesetzeswortlaut ohnehin vorsieht. Ab dem 1. Januar 2017 wird das Umschlagverfahren nun verändert: Sie erhalten von der Krankenkasse neben dem Anschreiben, aus dem der Grund für die Begutachtung durch den MDK hervorgeht, einen bereits vollständig ausgefüllten Weiterleitungsbogen, der u.a. die Anschrift des MDK, eine Vorgangsnummer und die Daten des Patienten beinhaltet. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben dafür das neue Muster 86 („Weiterleitungsbogen“) in der Vordruckvereinbarung vereinbart. Dieser Weiterleitungsbogen dient sowohl der korrekten Adressierung an den zuständigen MDK als auch der internen automatisierten Zuordnung der übermittelten Unterlagen zum Patienten beim MDK, sodass die eingehenden Befunde und ärztlichen Unterlagen korrekt zugeordnet werden können. Sie müssen also künftig dem Weiterleitungsbogen lediglich die angeforderten Unterlagen in Kopie beifügen und diese direkt an den MDK schicken (nicht mehr wie bisher in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse). Für den Versand der Unterlagen an den MDK stellt Ihnen die Krankenkasse auch weiterhin einen Freiumschlag zur Verfügung (ab 1. April 2017 verbindlich im Format C5).

FAZIT

Bitte beachten Sie: Für den Versand von Unterlagen an den MDK ist ab dem 01.01.2017 der vorausgefüllte Weiterleitungsbogen verbindlich, es sei denn, die Anforderung erfolgt direkt durch den MDK oder die notwendigen Informationen für eine korrekte Adressierung und Zuordnung liegen anderweitig vor. Ein Versand von Unterlagen an den MDK ohne Berücksichtigung von Informationen über dessen zuständige Stelle ist im Hinblick auf den Datenschutz nicht zulässig.

4. Vergütung für Auskünfte an die Krankenkassen und den MDK

Vereinbarte Vordrucke

Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten auf besonderes Verlangen der Krankenkassen oder des MDK sind nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Abschnitts 1.6 EBM (GOP 01610 bis 01623) berechnungsfähig. Die berechnungsfähige GOP ist auf dem vereinbarten Vordruck angegeben.

Wenn vereinbarte Vordrucke zur Klärung der Sachverhalte nicht zur Verfügung stehen, sind die Kosten für die Abfassung der Antworten nach den GOP 01620, 01621 und 01622 in freier Form mit der Kostenpauschale 40142 je Seite anzusetzen.

5. Anfragen von Sozialämtern/Jugendämtern

Im Hinblick auf Auskünfte an Sozialämter/Jugendämter ist nach dem Anlass der Anfrage zu differenzieren.

Gesetzliche Übermittlungspflicht

Anfragen des Sozialamtes/Jugendamtes aus **Anlass der Krankenhilfe** begründen eine gesetzliche Übermittlungspflicht des Arztes (§ 8 Abs. 2 Satz 1, § 9 des Sozialhilfeabkommens, § 52 Abs. 3 Satz 3 SGB XII i. V. m. § 294 SGB V). Einer **Einverständniserklärung** des Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten bedarf es **nicht**.

Auskunft mit Einwilligung des Patienten

Hiervon zu unterscheiden sind die Anfragen von Sozialämtern/Jugendämtern, die nicht aus Anlass der Krankenhilfe gestellt werden. Für die Beantwortung dieser Anfragen gibt es keine gesetzliche Verpflichtung, so dass zuvor das schriftliche Einverständnis des Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten einzuholen ist (§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X).

Vergütung

Für schriftliche Informationen und Bescheinigungen die Sie aus Anlass der Krankenhilfe abgeben, richtet sich die Berechnungsfähigkeit nach den Gebührenordnungspositionen 01620 bis 01622 EBM (§ 8 Abs. 2, § 9 Sozialhilfeabkommen).

Geben Sie Auskünfte auf Anfragen von Sozialämtern/Jugendämtern, die nicht aus Anlass der Krankenhilfe gestellt werden, so richtet sich die Vergütung nach dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) (§ 21 Abs. 3 Satz 4 SGB X i. V. m. §§ 1 Abs. 1, 10 Abs. 1 JVEG). Das bedeutet, dass ein Arzt, den das Sozialamt/Jugendamt als Sachverständigen herangezogen hat, eine Vergütung erhalten kann. Die Vergütung muss binnen drei Monaten beim Sozialamt/Jugendamt geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Befundbericht oder das Gutachten dort eingeht. Das Sozialamt/Jugendamt hat den Arzt über diese Antragsfrist und über den Fristbeginn zu belehren.

Die Höhe der Vergütung bemisst sich nach der Anlage 2 zum JVEG. Welcher Betrag im Einzelfall vergütet wird, steht im Ermessen der Behörde. Für Befundberichte oder schriftliche Auskünfte ohne gutachtliche Äußerung kann eine Gebühr in Höhe von 21,- Euro verlangt werden. Für kurze Gutachten erhalten Sie eine Gebühr von 38,- Euro bis zu 75,- Euro – nach zu begründendem Aufwand und Schwierigkeitsgrad.

Abweichend davon kann die Behörde mit Sachverständigen auch eine freie Vergütung vereinbaren (§ 21 Abs. 3 Satz 4 SGB X).

6. Anfragen von Rentenversicherungsträgern

Auskunft mit Einwilligung des Patienten

Sie sind als Vertragsarzt gesetzlich nicht verpflichtet, dem Rentenversicherungsträger Auskunft zu erteilen. Damit muss immer die Einwilligung des Patienten vorliegen (§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X).

Außerdem dürfen und müssen Auskünfte nur in dem Maße erteilt werden, wie es der Rentenversicherungsträger im Einzelfall für die Durchführung seiner Aufgaben benötigt. Dies bedeutet, dass nicht automatisch direkt ein Gutachten oder ein ausführlicher Befundbericht erstellt werden muss. Oftmals wird es auch genügen, wenn Sie dem Rentenversicherungsträger erforderliche Kopien aus den Behandlungsunterlagen übermitteln.

Vergütung

Derzeit gibt es keine gültige Vergütungsvereinbarung zwischen der Bundesärztekammer und der Deutschen Rentenversicherung, so dass Auskünfte nach dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes (§ 21 Abs. 3 Satz 4 SGB X i. V. m. §§ 1 Abs. 1, 10 Abs. 1 JVEG) vergütet werden. Das bedeutet, dass ein Arzt, den der Rentenversicherungsträger als Sachverständigen herangezogen hat, eine Vergütung erhalten kann. Die Höhe der Vergütung bemisst sich nach der Anlage 2 zum JVEG. Welcher Betrag im Einzelfall vergütet wird, steht im Ermessen der Behörde. Für Befundberichte oder schriftliche Auskünfte ohne gutachtliche Äußerung kann eine Gebühr in Höhe von 21,- Euro verlangt werden. Für kurze Gutachten erhalten Sie eine Gebühr von 38,- Euro bis zu 75,- Euro – nach zu begründendem Aufwand und Schwierigkeitsgrad.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat mittlerweile eine Regelung zur Vergütung ärztlicher Leistungen (Gutachten und Befundberichte) für die gesetzliche Rentenversicherung veröffentlicht. Hierin sind Grundhonorare für die Erstellung von Gutachten und Befundberichten beziffert. Diese Vergütungsempfehlung der Deutschen Rentenversicherung Bund ist für den Arzt allerdings nicht bindend.

Nach diesen Empfehlungen würden Sie beispielsweise für das Ausfüllen eines Antragsformulars auf Erhalt einer Rehabilitationsleistung 48,- Euro erhalten, sowie einen Pauschalbetrag zusätzlich in Höhe von 7,20 Euro als Schreibgebühr.

Vergütung und Pauschale sind Teil der Verfahrenskosten, die die Behörde zu tragen hat. Daher erhält der Arzt Vergütung und Pauschale nur, wenn der Patient den Antrag stellt. Denn erst damit beginnt das Verfahren (§ 18 Satz 2 Nr. 2 SGB X). Sie sollten daher mit dem Patienten vereinbaren, dass Sie den ausgefüllten Antrag zusammen mit dem Befundbericht für den Patienten bei der zuständigen Stelle einreichen.

7. Anfragen der Agenturen für Arbeit

Auskunft mit Einwilligung des Patienten

Sie dürfen und müssen als Vertragsarzt gegenüber den Agenturen für Arbeit Auskünfte nur dann erteilen, wenn die Behörde diese zu ihrer Aufgabenerfüllung benötigt und der betroffene Patient in die Auskunftserteilung zuvor schriftlich eingewilligt hat (§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X).

Vergütung

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

Sie erhalten für einen Befundbericht oder die Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachterliche Äußerung eine Vergütung zwischen 21,- Euro und 44,- Euro.

Für ein Zeugnis über einen ärztlichen Befund mit von der Agentur für Arbeit geforderter, kurzer gutachterlicher Äußerung oder Formbogengutachten bekommen Sie von 38,- Euro bis zu 75,- Euro (Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG). Die konkrete Höhe der Vergütung hängt jeweils vom Umfang der zu erstattenden Auskunft ab.

Die Agentur der Arbeit kann mit Ihnen auch eine freie Vergütung vereinbaren (§ 21 Abs. 3 Satz 4 SGB X).

8. Anfragen von Gesundheitsämtern

Gesetzliche Meldepflicht

Krankheiten im Sinne des § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) müssen Sie dem zuständigen Gesundheitsamt namentlich melden (§§ 8 Abs. 1 Nr. 1; 9 Abs. 1 IfSG). Es besteht eine gesetzliche Meldepflicht. Für diese Meldung können Sie keine Vergütung fordern. Lediglich Ihre Aufwendungen (z. B. Portokosten) werden Ihnen ersetzt (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 IfSG).

Vergütung

Die Vergütung von Auskünften an Gesundheitsämter, die außerhalb der gesetzlichen Meldepflicht gegeben werden, erfolgt ebenfalls in entsprechender Anwendung des JVEG (§ 21 Abs. 3 SGB X).

Auskunft mit Einwilligung des Patienten

Außerhalb der gesetzlichen Meldepflicht, im Rahmen derer Sie initiativ werden müssen, kann es zu Anfragen von Gesundheitsämtern hinsichtlich Patienteninformationen kommen. Auch hier dürfen und müssen Sie gegenüber den Gesundheitsämtern Auskünfte nur dann erteilen, wenn die Behörde diese zu ihrer Aufgabenerfüllung benötigt und der betroffene Patient in die Auskunftserteilung zuvor schriftlich eingewilligt hat (§ 100 Abs. 1 SGB X).

9. Anfragen von Unfallversicherungsträgern

Gesetzliche Auskunftspflicht

Nach dem Unfallversicherungsrecht sind Sie zur Auskunftserteilung gegenüber den Unfallversicherungsträgern verpflichtet (§§ 201, 203 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch - SGB VII).

Dies gilt sowohl dann, wenn Sie am Heilverfahren beteiligt sind oder waren (§ 201 Abs. 1 Satz 1 SGB VII), als auch, wenn Sie nicht daran beteiligt sind oder waren (§ 203 Abs. 1 Satz 1 SGB VII).

Es gibt hier also eine gesetzliche Auskunftspflicht gegenüber den Unfallversicherungsträgern. Dies bedeutet, dass Sie die Auskunft auch dann erteilen müssen, wenn der Patient dem nicht zustimmt (§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X). Bei Verweigerung kann das zuständige Sozialgericht um Vernehmung des Arztes ersucht werden (§ 22 SGB X).

Verweigert ein Arzt, der am Heilverfahren nicht beteiligt ist oder war, dem Unfallversicherungsträger die erforderlichen Auskünfte, handelt er ordnungswidrig. Bei Vorsatz sowie Fahrlässigkeit kann er mit einer Geldbuße bis zu 2.500,- Euro belegt werden (§ 209 Abs. 3 i. V. m. Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 SGB VII).

Der Patient kann vom Unfallversicherungsträger verlangen, über die vom Arzt übermittelten Daten unterrichtet zu werden.

Vergütung

Die Abrechnung erfolgt über den Unfallversicherungsträger direkt (§ 64 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Die Vergütung richtet sich nach dem mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern vereinbarten Leistungs- und Gebührenverzeichnis (§ 57 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger i.V.m. dem Gebührenverzeichnis).

10. Anfragen von Versorgungsämtern

Auskunft mit Einwilligung des Patienten

Bei Anfragen von Versorgungsämtern gilt, dass Sie nur dann verpflichtet sind, Auskünfte zu erteilen, wenn diese zur gesetzlichen Aufgabenerfüllung der Behörde notwendig sind und der Patient schriftlich eingewilligt hat (§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X).

Sie dürfen im Falle einer vorliegenden Schweigepflichtentbindungserklärung die erbetene Auskunft nicht verweigern. Sie müssen aber die Beantwortung der Fragen des Versorgungsamtes auf das Notwendige beschränken.

Vergütung

Da es derzeit keine gültige Vereinbarung mit der Bundesärztekammer gibt, erfolgt die Vergütung von Auskünften an Versorgungsämter in der Regel auf der Grundlage des JVEG (§ 21 Abs. 3 SGB X).

Sie erhalten für einen Befundbericht oder die Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachterliche Äußerung eine Vergütung zwischen 21,- Euro und 44,- Euro.

Für ein Zeugnis über einen ärztlichen Befund mit vom Versorgungsamt geforderter, kurzer gutachterlicher Äußerung oder Formbogengutachten bekommen Sie von 38,- Euro bis zu 75,- Euro (Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG). Die konkrete Höhe der Vergütung hängt jeweils vom Umfang der zu erstattenden Auskunft ab.

Die Versorgungsämter können mit dem Arzt auch eine freie Vergütung vereinbaren (§ 21 Abs. 3 Satz 4 SGB X).

II. Anfragen von Gerichten, Staatsanwaltschaften oder Polizei

Gerichte

Die ärztliche Schweigepflicht gilt prinzipiell auch gegenüber Gerichten. Auf Anforderung von Gerichten müssen Sie Auskünfte erteilen soweit der Patient schriftlich sein Einverständnis erklärt hat. Liegt keine Einverständniserklärung vor, dürfen Sie keine Auskunft erteilen. Im Gerichtsverfahren haben Sie als Arzt deshalb auch ein Zeugnisverweigerungsrecht (§ 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO), auf das Sie vor der Vernehmung hingewiesen werden müssen. Über Patientendaten müssen Sie daher nur aussagen, wenn der Patient Sie von der Schweigepflicht entbunden hat und nur in dem Umfang, soweit die Befreiung reicht.

Staatsanwaltschaften/Polizei

Im Rahmen von Ermittlungsverfahren kann es vorkommen, dass Staatsanwaltschaften oder die Polizei Auskünfte zu Patienten oder Einsicht in Krankenunterlagen verlangen – auch ohne Einwilligung des Patienten.

Die ärztliche Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch gegenüber den Ermittlungsbehörden, so dass vom Patienten eine schriftliche Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht benötigt wird, wenn die Ermittler Einsicht in die Krankenunterlagen nehmen wollen. Eine Anordnung der Staatsanwaltschaft oder der Hinweis der Polizei darauf reicht nicht aus. **Behandlungsunterlagen** unterliegen einem **Beschlagnahmeverbot**, es sei denn, Sie sind selbst Beschuldigter.

12. Anfragen von Patienten, Angehörigen oder Anwälten

Einsichtsrecht in die Patientenakte

Patient

Aus der Dokumentationspflicht (§ 630f BGB) ergibt sich die Offenlegungspflicht gegenüber dem Patienten (siehe auch „Leitfaden für Ärzte und Psychotherapeuten - Patientenrechtgesetz: Wir informieren“ von Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Landesärztekammer Baden-Württemberg und KVBW). In seine Patientenunterlagen hat der Patient ein Einsichtsrecht (§ 630g Abs. 1 und 2 BGB, § 10 Abs. 2 der Berufsordnung, § 57 BMV-Ä). Dem Patienten ist auf Verlangen „unverzüglich“, das heißt, sobald es Ihnen unter Berücksichtigung Ihrer ärztlichen Verpflichtungen möglich ist, 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 bestimmen Sie. Bestehen etwa aus Datenschutzgründen berechtigte Bedenken dagegen, einem Patienten Einsicht unmittelbar am Praxis-PC zu gewähren, so dürfen Sie 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.

Der Patient kann auch Kopien gegen Kostenerstattung verlangen (§ 630g Abs. 2 BGB). Dabei wird ein Höchstsatz von 50 Ct./Kopie für die ersten 50 Seiten und à 13 Ct. für jede weitere Seite anerkannt. Damit sollen alle Kosten abgedeckt sein.

Das Einsichtsrecht erstreckt sich grundsätzlich auf die „vollständige“ Patientenakte. Dies bezieht sich auch auf dokumentierte subjektive Eindrücke und Wahrnehmungen des Arztes. Auch Fremdbefunde oder Krankenhausentlassberichte unterliegen dem Einsichtsrecht. Sie sollten auch ggf. zur Erläuterung von Inhalten der Patientenakte bereitstehen. Auch bei psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung kann die Einsicht in die vollständigen Patientenunterlagen nicht grundsätzlich verweigert werden. Stehen „erhebliche therapeutische Gründe“ oder Rechte Dritter einer umfassenden Einsicht durch den Patienten entgegen, sind Art und Umfang einer möglichen Einsicht abzuwägen. Die Abwägung ist sorgfältig zu dokumentieren.

Werden Vermerke oder Stempelaufdrucke auf Berichten von Kliniken verwendet wie z.B. „nicht zur Weitergabe an Dritte geeignet“, können Sie diese Angaben in Ihrer Pflicht zur Gewährung des Einsichtsrechts gegenüber dem Patienten nicht einschränken.

Angehörige

Grundsätzlich besteht auch gegenüber Familienangehörigen oder dem Lebenspartner die ärztliche Schweigepflicht. Sie gilt auch im Falle der Behandlung Minderjähriger gegenüber den Erziehungsberechtigten, soweit der Minderjährige einsichtsfähig ist. Dies ist dann anzunehmen, wenn der minderjährige Patient nach Einschätzung des Arztes in der Lage ist, die Tatsachen, die für die Bildung eines Urteils über medizinische Belange notwendig sind, zu erfassen, autonom auf die eigenen Wertvorstellungen zu übertragen und die aus seiner Entscheidung resultierenden Folgen zu erkennen. Dies setzt immer eine zu dokumentierende Einzelfallbetrachtung durch den Arzt voraus. Altersgrenzen können hierbei nur Anhaltspunkte darstellen. Klassische Beispiele hierfür sind:

- Kinder bis sieben Jahre: Ist der Minderjährige jünger als sieben Jahre, kann nur der gesetzliche Vertreter den Behandlungsvertrag schließen bzw. seine Zustimmung zu Therapien und Behandlungen geben oder verweigern.
- Minderjährige zwischen sieben und 18 Jahren: Ist der Minderjährige über sieben Jahre alt, aber noch nicht 18, kann er den Behandlungsvertrag mit dem Arzt zwar selbst abschließen, bedarf aber der Mitwirkung, sprich dem Einverständnis seines gesetzlichen Vertreters, d.h. der Zustimmung vorab oder der Genehmigung im Nachhinein, es genügt die Erklärung gegenüber dem Minderjährigen. Es empfiehlt sich also z. B. in der Patientenakte zu dokumentieren, wenn der Minderjährige äußert, mit seinen Eltern gesprochen zu haben. Bezüglich der Festlegung von Behandlungsmaßnahmen oder Therapien ohne Einverständnis des gesetzlichen Vertreters ist vertretbar, diese um so eher in Betracht zu ziehen, je näher der Minderjährige an der Erlangung der Volljährigkeit ist und vom Arzt als einsichtsfähig eingeschätzt wird. Ein gutes Indiz kann auch der 15. Geburtstag des Jugendlichen sein, da er zu diesem Zeitpunkt Anträge auf Sozialleistungen stellen und verfolgen, sowie Sozialleistungen ent-

gegennehmen kann (§ 36 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch – SGB I). Er erhält auch eine eigene eGK.

Es ist immer eine Abwägungsentscheidung des Arztes notwendig, die neben der geistigseelischen Reife und dem (sozial-)anamnestischen Hintergrund auch die Schwere der geplanten Behandlung bzw. der zugrundeliegenden Krankheit miteinbeziehen muss. Handelt es sich um eine Krankheit oder Therapie, die weitreichende Folgen auf die weitere Lebensführung des Minderjährigen haben wird, so sollten in der Regel die Eltern zumindest miteinbezogen werden. Es empfiehlt sich, die Eltern in Abstimmung mit dem Minderjährigen zu beteiligen und diesem das Erfordernis der Beteiligung nahezubringen.

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.

Die Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch im Falle des Todes des Patienten auch gegenüber den Erben; man spricht von der so genannten postmortalen Schweigepflicht. Das Recht zur Entbindung von der Schweigepflicht ist ein höchstpersönliches Recht und geht mit dem Tod des Patienten nicht auf dessen Erben über. Das bedeutet auch, dass Angehörige oder Erben den Arzt nicht von seiner Schweigepflicht anderen gegenüber entbinden können. 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 Erbeneigenschaft erfolgt durch Vorlage des Erbscheins. Potentielle Erben haben kein eigenes Einsichtsrecht in die Patientenakte des

Verstorbenen. Das Einsichtsrecht geht als höchstpersönliches Recht im Rahmen der Gesamtrechtsnachfolge ausschließlich auf den tatsächlichen Erben über. Potentielle Erben können die Testierfähigkeit des Verstorbenen im sog. Erbscheinverfahren prüfen lassen bzw. im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens. Hier ist der Arzt dann im Zweifel zur Auskunft verpflichtet.

Weiterhin steht auch den nächsten Angehörigen ein Einsichtsrecht in die Patientenakten zur Wahrnehmung der immateriellen Interessen wie dem postmortalen Persönlichkeitsrecht des verstorbenen Patienten zu, z.B. zum Schutz/Wiederherstellung der Ehre des Verstorbenen oder zur Klärung der Betroffenheit von Erberkrankungen (§ 630g Abs. 3 Satz 2 BGB).

Anwälte

Das Einsichtsrecht kann auch durch dazu ausdrücklich bevollmächtigte Rechtsanwälte wahrgenommen werden. Dem Anwalt können Kopien gegen Kostenerstattung überlassen werden.

Patientenquittung

GKV-Patienten haben einen gesetzlichen Anspruch auf die sog. Patientenquittung (§ 305 Abs. 2 SGB V). Diese Quittung muss

- schriftlich und in verständlicher Form gehalten sein,
- direkt im Anschluss an die Behandlung oder – bei einer Quittung mit Quartalsbezug – spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals erstellt werden,
- die zu Lasten der Krankenkasse erbrachten Leistungen (Gebührenordnungspositionen) aufführen und die "vorläufigen Kosten" enthalten, es müssen also Euro-Beträge ausgewiesen werden.

Über Arzneikosten, Heilmittelkosten oder Hilfsmittelkosten brauchen und können Sie keine Angaben machen.

Ein verbindliches Vordruckmuster ist für die Patientenquittung nicht vereinbart, so dass sie – unter Berücksichtigung der genannten Punkte – frei gestaltet werden kann.

Für erstellte Patientenquittungen hat Ihnen der Patient eine pauschale Aufwandserstattung in Höhe von je einem Euro, ggf. zuzüglich Versandkosten zu entrichten (§ 305 Abs. 2 Satz 3 SGB V).

13. Anfragen von Arbeitgebern

Auskunft mit Einwilligung des Patienten

Sie haben als Arzt keine gesetzliche Verpflichtung, dem Arbeitgeber eines Patienten Auskünfte über diesen zu erteilen. Sie sind daher zu Auskünften an den Arbeitgeber ohne Einwilligung des Patienten nicht berechtigt. Es gilt die ärztliche Schweigepflicht. Diese schließt zum Beispiel auch Informationen über eine Arbeitsunfähigkeit des Patienten mit ein. Zwar ist im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Vordruckvereinbarung ein vierteiliger Durchschreibevordruck zur Arbeitsunfähigkeit vereinbart, wovon ein Durchschlag auch für den Arbeitgeber bestimmt ist (Vordruckmuster 1b). Auf diesem Durchschlag sind bewusst keine Diagnosen vermerkt. Der Patient übermittelt diesen Durchschlag selbst an seinen Arbeitgeber.

Vergütung

Sofern die Auskünfte und Gesundheitszeugnisse dem Arbeitgeber für seine Zwecke dienen und diesem mit Einwilligung des Patienten auch direkt zugeleitet werden, ist die Leistung gegenüber dem Patienten privat abzurechnen, denn ausschließlich mit ihm besteht ein Vertragsverhältnis (GOÄ-Nr. 70, 75, 80 → abhängig vom Aufwand der eingeforderten Informationserteilung).

Zuständigkeit des MDK zur Überprüfung von Arbeitsunfähigkeit

Der Arbeitgeber kann von der Krankenkasse verlangen, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme des MDK zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt (§ 275 Abs. 1a Satz 3 SGB V). Diese Regelung gilt allerdings nur bei Arbeitnehmern, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Hierauf kann der Arbeitgeber bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers verwiesen werden.

14. Anfragen von privaten Versicherungsgesellschaften und privaten Krankenversicherungsunternehmen

Auskunftspflicht

Sie dürfen über Ihre Patienten nur dann Auskunft erteilen, wenn eine aktuelle Schweigepflichtentbindung des Betroffenen vorliegt.

Häufig haben private Krankenversicherungsunternehmen und private Versicherungsgesellschaften (z. B. Lebensversicherungen, private Unfallversicherungen) eine generelle Entbindung aller behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber der Versicherungsgesellschaft zu Vertragsbeginn in ihren Verträgen aufgenommen. Dies soll die Gesellschaften in die Lage versetzen, die für die Beurteilung des Risikos benötigten ärztlichen Angaben zu beschaffen. Für die Prüfung der Leistungspflicht (die ggf. viele Jahre später erfolgen kann), ist eine aktuelle Schweigepflichtentbindung notwendig.

Pauschale Entbindungserklärungen nehmen weder Bezug auf die Patientengeheimnisse, zu deren Preisgabe Sie ermächtigt werden sollen, noch auf den Kreis der Ärzte, die zur Auskunft berechtigt werden sollen. Pauschale Entbindungserklärungen von der Schweigepflicht werden deshalb von der Rechtsprechung und in der Literatur als zu weitreichend und somit unwirksam angesehen. Sie sind zur Auskunft daher nur insoweit verpflichtet und auch berechtigt, wie der Patient im Einzelfall auch aktuell in die Auskunftserteilung eingewilligt hat.

Vergütung

Die Vergütung von Auskünften an private Versicherungsgesellschaften und private Krankenversicherungen erfolgt dem Patienten gegenüber auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ-Nrn. 70,75 und 80).

Impressum

Um Antwort wird gebeten
Februar 2017

Herausgeber KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Inhaltlich Verantwortlicher Dr. Norbert Metke

Autoren KVBW Dr. Leonie Hübner
Yvonne Motzer
Holger Schmidt
Katja Schwalbe
Diana Wöhr

Erscheinungstermin Februar 2017

Gestaltung und Realisation Tanja Peters

Auflage 23.000

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefon 0711 7875-0
Telefax 0711 7875-3274