

Anforderung von Entlassungsberichten und Krankenunterlagen durch Krankenkassen (Falldiskussionen)

1. Fall:

Zweifel der Krankenkasse an der Abrechnung der erbrachten Leistung

Frage:

Welche Patientenunterlagen darf die Krankenkasse (KK) für Abrechnungszwecke anfordern?

Antwort:

Die Krankenhausbehandlung nach den §§ 39 und 112 SGB V erfordert eine Übermittlung von Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassungsdaten, die zunächst nach § 301 SGB V abschließend geregelt ist. Die beschriebenen Daten sind zur Prüfung der Behandlung erforderlich. Auf Verlangen der Krankenkassen ist eine kurze medizinische Begründung für die Überschreitung der Dauer der Krankenhausbehandlung zu übermitteln. Bei Zweifeln an der Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung, zur Einleitung von Rehabilitationsleistungen und in bestimmten Fällen bei Arbeitsunfähigkeit kann die KK nach §§ 275 bis 277 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung des Sachverhaltes beauftragen. Die KK muss das Krankenhaus über den konkreten Prüfauftrag informieren, der sich nur auf die in Rede stehende Behandlung beziehen kann. Das Krankenhaus hat dem MDK in der geschäftsüblichen Zeit von 08:00 bis 16:00 Uhr Einsicht zu gewähren, Fragen zu beantworten und ggf. den Patienten vorzustellen. Es ist akzeptabel, die aktuellen Behandlungsunterlagen (in der Regel den Entlassungsbericht) direkt an den MDK zu senden. Die Prüfung ist in der Krankenunterlage zu dokumentieren. Der MDK hat das Ergebnis der Begutachtung nach § 277 SGB V dem Krankenhaus für den Nachweis in der Patientenakte zuzusenden.

Der Anlage beigelegt ist das Beispiel eines Antwortschreibens bei rechtswidriger Anfrage einer Krankenkasse.

2. Fall:

Die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger fordern im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme Krankenunterlagen an.

Frage:

Ist eine Einwilligung erforderlich? Welche Daten dürfen übermittelt werden?

Antwort:

Die vom Arzt empfohlene und für den Patienten beantragte Anschlussheilbehandlung oder die Rehabilitationsmaßnahme werden im Rahmen der ärztlichen Behandlung zwischen Arzt und Patient besprochen. Eine Einwilligung des Patienten ist nicht erforderlich. Es dürfen nur die für diese Maßnahme erforderliche Unterlagen übermittelt werden, in der Regel medizinische und soziale Stellungnahmen, die sich auf den aktuellen Krankenhausaufenthalt beziehen.

3. Fall:

Die Krankenkasse vermutet Drittverschulden (gegen das Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen, Unfallverursacher)

Antwort:

Siehe GDD – Mitteilungen Nr. 01 / 05

4. Fall:

Die Krankenkasse berät den Patienten bei einem Haftungsanspruch gegen das Krankenhaus.

Frage:

Welche Anforderungen werden an die wirksame Einwilligung des Patienten gestellt?

Antwort:

Nach § 66 SGB V kann die Krankenkasse den Patienten bei einem Haftungsanspruch gegen das Krankenhaus unterstützen.

Der Patient seinerseits hat Anspruch auf Einblick in und Kopie seiner Krankenakte. Dafür braucht er auch keine Begründung anzugeben.

Es sollte dem Patienten deutlich gemacht werden, dass die Krankenkasse nur berät und er nur die Unterlagen der Krankenkasse übergeben sollte, die mit seinem Haftungsanspruch in Verbindung stehen können. Sollte der Patient daraufhin einen Haftungsanspruch gegenüber dem Krankenhausarzt oder dem Krankenhaus geltend machen, so wird er diese Unterlagen für seinen Anwalt benötigen.



Beispiel einer durch die KK vorzulegenden rechtswirksamen Einwilligungserklärung:

Einwilligung:

Ich, Herr/Frau war vom bis in stationärer Behandlung im Krankenhaus

Die Krankenkasse unterstützt mich im Rahmen der Klärung eines Haftungsanspruches gegen das Krankenhaus nach § 66 SGB V.
Hiermit bitte ich um die Zusendung aller Behandlungsunterlagen aus o.g. Krankenhausaufenthalt an die Krankenkasse.

Unterschrift des Versicherten.

Diese Auffassung ist keine juristisch geprüfte Stellungnahme, sondern die abgestimmte Meinung des Arbeitskreises. Im Einzelfall sollte sie durch die Rechtsabteilung geprüft werden.

gez.: GDD-AK GSW (Bearbeiter: Holger Koch, Marianne Tzschentke)
07.03.2005



Patient:
Aufnahme-Nr.:
Rechnungs-Nr.:

Ihr Schreiben vom:.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

ihr o.g. Schreiben haben wir dankend erhalten.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz hat sich mit Schreiben vom 12. Januar 2001 grundsätzlich zu der Frage geäußert, inwieweit über den MDK hinaus auch die Krankenkassen Einsicht in Patientenunterlagen nehmen und deren Herausgabe verlangen dürfen.

Der Datenkatalog des § 301 SGB V ist grundsätzlich eine abschließende Regelung zulässiger Datenübermittlungen zu Abrechnungszwecken zwischen Krankenhaus und Krankenkasse. § 301 Abs. 1 S.1 Nr. 3 SGB V sieht lediglich vor, dass auf Verlangen der Krankenkasse eine medizinische Begründung für die Überschreitung der Dauer der Krankenhausbehandlung mittels ärztlichen Kurzberichtes gemäß § 275 Abs. 1 SGB V, zu übermitteln sei.

Diese Vorschrift eröffnet nicht die Befugnis zur Erhebung von Krankenhausentlassungsberichten, Arztbriefen, Befundberichten usw. Die Versendung der genannten Unterlagen hat unmittelbar an den MDK zu erfolgen.

Weiterhin führte der Bundesbeauftragte für Datenschutz in seinem Schreiben III-363 II K aus, dass es die bestehende Rechtslage nicht zulässt, dass die medizinische Begutachtung von Versicherten durch eigene Ärzte der Krankenkassen oder durch von den Krankenkassen unmittelbar beauftragten externen Gutachter durchgeführt wird. Die Kompetenz für eine Begutachtung und endgültige Beurteilung, ob die DRG richtig ermittelt worden ist oder nicht, obliegt ausschließlich dem MDK und nicht den Krankenkassen.

Wegen dieser vom Gesetzgeber in einem streng formalisierten Verfahren eindeutig geregelten Aufgabenzuweisung sind die Krankenkassen nicht befugt, im Vorfeld von Begutachtungen Unterlagen, Befunde oder Arztberichte für sich selbst anzufordern **oder durch die Krankenhäuser ermittelte DRG's selbständig zu korrigieren**. Diese gesetzliche Aufgabenverteilung darf von den Krankenkassen nicht durch die Beschäftigung eigener Beratungsärzte umgangen werden, da hierin ein Verstoß gegen § 276 Abs. 2a SGB V liegt, wonach lediglich dem MDK eine Kompetenz zur Einschaltung externer Gutachter zugewiesen ist.

Wir bitten Sie daher, zur Prüfung des o.g. Falles den **MDK in** zu beauftragen.

Da wir davon ausgehen, dass die gesetzlichen Bestimmungen auch für Sie gelten, möchten wir Sie gemäß SGB V § 12 Nr.4 des Vertrages nach § 112 Abs.2 Nr.1 bitten, unsere offenen Forderung innerhalb von 14 Tagen zu zahlen.

Sollten dennoch Rückfragen auftreten, steht Ihnen telefonisch unterzur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß