

Am 22.09.21 beantworteten Dr. Reinhard Martens und Dr. Bettina van Ackern am bvvp-Expertentelefon Fragen zum Thema „Sozialmedizin in der Psychotherapie – Anfragen von Krankenkassen und dem medizinischen Dienst (MDK)“.

Die wichtigsten Fragen und Antworten können Sie im Folgenden nachlesen.

1. Welche Informationen muss ich an die Krankenkasse schicken, wenn diese bei Arbeitsunfähigkeit von Patient*innen deren Unterlagen für den Medizinischen Dienst anfordern?

Bei Zusendung des Vordrucks 86 (Weiterleitungsbogen) müssen nur bereits vorliegende Berichte und Befunde weitergeleitet werden. Krankenkassen nutzen dieses Weiterleitungsverfahren bestimmungswidrig, um Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen dazu zu verpflichten, einen aktuellen Befundbericht zu erstellen. Das ist nicht zulässig. Es müssen damit nur vorliegende Fremdbefunde weitergeleitet werden. Die Zusendung des Vordruckmusters 86 verpflichtet nicht dazu, selbst einen aktuellen Befundbericht zu erstellen. Lediglich mit dem Muster 11 darf die Krankenkasse eine aktuelle Auskunft für den MDK einholen. Dieses Muster ist jedoch den meisten Krankenkassen nicht bekannt. Es darf auch nur zugeschickt werden, wenn die Patient*innen zur Begutachtung beim MDK persönlich einbestellt werden sollen. Für eine Prüfung nach Aktenlage darf es nicht verwendet werden. Der MDK selbst darf auch ohne Formblatt Informationen anfordern. Das haben sich einige Krankenkassen zunutze gemacht, indem sie selbst Anfragen erstellen, die mit der Kopfzeile MDK versehen sind. Sie geben sich also als MDK aus. Auch bei derartigen Anfragen sollte Zurückhaltung in der Beantwortung geübt werden. Im Zweifelsfall sollte man eine Anfrage erbeten, die von einer Ärzt*in oder einer approbierten Psychotherapeut*in unterschrieben worden ist. Folgende Formulierung könnte auf eine Befundanforderung mit dem Vordruck 86 verwendet werden:

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Ihre Anfrage vom ____ danke ich Ihnen sehr herzlich. Mit Ihrem Schreiben haben Sie Kopien von vorliegenden (Fremd)befunden unter Beifügung des Vordrucks Nr. 86 angefordert. Relevante Berichte, die ich in Kopie weiterleiten kann, liegen mir leider nicht vor. Zudem fehlt der Hinweis auf die Abrechenbarkeit der Erstellung der Kopien.

Sollte der MDK einen Befundbericht benötigen, dann muss dieser mit dem Formular Nr. 11 entsprechend der Vordruckvereinbarung angefordert werden. Diesen werde ich für diesen Zweck dann erstellen. Auf diesem Formular ist auch entsprechend der Vorgaben die Abrechnungsziffer für meine Leistung angegeben.

Sollten Sie als Krankenkasse hingegen Informationen in Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit des Patienten benötigen, dann müssen diese entsprechend der gültigen Vereinbarungen unter Hinweis auf das Formular Nr. 52 der Vordruckvereinbarung angefordert werden.

Mit freundlichen Grüßen ...

2. Welche Voraussetzungen müssen für eine Krankschreibung bei arbeitslosen Patient*innen erfüllt sein?

Wenn der Patient, die Patientin bereits während der letzten Beschäftigung arbeitsunfähig war, dann gelten als Maßstab die Anforderungen der letzten Beschäftigung. Sollte die Arbeitsunfähigkeit erst während der Zeit der Arbeitslosigkeit eintreten, dann gilt das Kriterium, dass es dem Patienten oder der Patientin nicht einmal mehr möglich ist, drei Stunden täglich einer leichten Tätigkeit (z. B. Bedienung einer Schranke) nachzugehen.

3. Was ist bei älteren arbeitsunfähigen Patient*innen in Zusammenhang mit einem Antrag auf Medizinische Rehabilitation zu beachten?

Der Antrag auf Medizinische Rehabilitation kann als Rentenantrag umgedeutet werden, was zur Folge haben kann, dass die Patient*innen anstelle von Krankengeld und gegebenenfalls nachfolgend zu zahlendem Arbeitslosengeld nur die deutlich geringere Erwerbsminderungsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten. Sollte die Krankenkasse Versicherte auffordern, einen Antrag auf Medizinische Rehabilitation zu stellen, können sich diese nicht widersetzen, ohne den Weiterbezug des Krankengeldes zu gefährden. Sollte jedoch die Erkrankung hinreichend schwer und akut sein mit dennoch günstiger Prognose, dann sollte dies im ärztlichen/psychotherapeutischen Befundbericht an die Rentenversicherung hinreichend deutlich beschrieben werden. Denn wenn die Rentenversicherung den Antrag auf Medizinische Rehabilitation wegen fehlender Rehabilitationsfähigkeit nicht bewilligt, kann diese, wenn eine hinreichend günstige Prognose formuliert wurde, den Antrag zumindest nicht so einfach als Rentenantrag umdeuten.

4. Soll ich Patient*innen empfehlen, dass sie sich nicht zugelassene Medikamente von einer Klinikambulanz verschreiben lassen?

Meist liegen gute Gründe dafür vor, dass Medikamente nur innerhalb ihrer Zulassung eingesetzt werden dürfen. Erstattungsrechtlich ist in §2 Abs. 1a SGB V festgelegt unter welchen Voraussetzungen ein Medikament außerhalb seiner Zulassung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden kann. „Eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung oder eine zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung [gemeint ist hier eine zugelassene Medikation] nicht zur Verfügung steht.“ Für schizophrene Psychosen bei Kindern und Jugendlichen wurde beispielsweise eine solche Feststellung in der S3-Leitlinie von 2019 getroffen. Eine Voraussetzung für eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen besteht zusätzlich darin, dass die Patient*innen oder die Ärzt*innen vor dem Einsatz des nicht zugelassenen Medikaments eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse einholen. Für Klinikärzt*innen in Ambulanzen und auf den Stationen gilt diese gesetzliche Festlegung in gleicher Weise.