

VEREINBARUNG
ZWISCHEN DER
KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SACHSEN
UND DEM
MEDIZINISCHEN DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG IM FREISTAAT SACHSEN E. V

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Zielsetzung	2
§ 2	Unterlagen und Auskünfte/Vordrucke	2
§ 3	Vergütung	2
§ 4	Abrechnung	3
§ 5	Nebenabreden, Schriftform und Unwirksamkeit von Bestimmungen.....	3
§ 6	Inkrafttreten und Geltungsdauer.....	4

Zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und dem MDK Sachsen

wird folgende Vereinbarung über das Einholen von Unterlagen und Auskünften des behandelnden Arztes im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geschlossen:

§ 1 Zielsetzung

Nach § 18 Abs. 4 SGB XI soll der Medizinische Dienst, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfsbedürftigkeit einholen. Diese Vereinbarung dient dem Ziel, die im Begutachtungsverfahren erforderlichen Rückfragen der Ärzte des MDK bei den behandelnden Vertragsärzten zu regeln.

§ 2 Unterlagen und Auskünfte/Vordrucke

Der Text der Anmeldung zum Hausbesuch durch den MDK wurde gemeinsam abgestimmt (Anlage 1 „Anmeldung zur Begutachtung“).

Benötigt der MDK bei der Begutachtung Auskünfte des behandelnden Arztes sowie Behandlungs- und Befundberichte, die bei dem behandelnden Vertragsarzt bereits vorliegen, verwendet der Arzt des MDK den Vordruck „Arztanfrage“ (Anlage 2) bzw. „Arztanfrage/Verstorbene“ (Anlage 3).

§ 3 Vergütung

Für die Auskünfte des behandelnden Vertragsarztes einschließlich der Übersendung von Behandlungs- und Befundberichten wird bei einer Bearbeitung

innerhalb von **2 Wochen** eine Vergütung in Höhe von **15,00 EUR/Patient** –

gemäß Sonder GOP: 99141

innerhalb von **4 Wochen** eine Vergütung in Höhe von **10,00 EUR/Patient** –

gemäß Sonder GOP: 99142

vereinbart.

Die vorgenannten Fristen beginnen am Tag des Einganges der in § 2 geregelten Anfragen beim behandelnden Arzt (Posteingangsvermerk, z.B. Posteingangsstempel auf Abrechnungsabschnitt ist notwendig). Für die Einhaltung der Frist ist der Eingang der beantworteten Arztanfrage beim MDK maßgeblich.

§ 4 Abrechnung

- 1) Grundlage der Vergütung ist die Einhaltung der zwei- bzw. vierwöchigen Rücklauffrist für die beantwortete Arztanfrage.
Die oberen zwei Drittel der Arztanfrage (Anfrageteil) sind vom Arzt auszufüllen und an das Beratungs- und Begutachtungszentrum (BBZ) zurückzusenden, das die Arztanfrage gestellt hat.
Das untere Drittel des Arztanfragebogens (Abrechnungsteil) ist vom behandelnden Arzt abzutrennen und mit der Quartalsabrechnung vollständig ausgefüllt bei der KV Sachsen einzureichen.
- 2) Quartalsweise werden von der KV Sachsen je KVS-Bezirksgeschäftsstelle Aufstellungen pro Arzt (Liste) mit den Abrechnungsteilen als Beleg bis zum 15. Kalendertag des vierten Monats nach Ende des Leistungsquartals an die Hauptverwaltung des MDK Sachsen (Team Finanzen/Kostenrechnung, Am Schießhaus 1, 01067 Dresden) übergeben.
- 3) Der MDK Sachsen begleicht die Rechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen spätestens 14 Kalendertage nach Zugang der Anforderung.

§ 5 Nebenabreden, Schriftform und Unwirksamkeit von Bestimmungen

- 1) Mündliche Nebenabreden bestehen nicht; Änderungen der Vereinbarung bedürfen der Schriftform.
- 2) Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so führt dies nicht zur Unwirksamkeit dieser Vereinbarung bzw. berührt dies die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht. Die Partner der Vereinbarung sind verpflichtet, unwirksame Bestimmungen alsbald durch neue, wirksame vertragliche Regelungen zu ersetzen, die dem Sinn und Zweck der ursprünglichen Bestimmungen möglichst nahe kommen.
Gleiches gilt für Regelungslücken.

§ 6 Inkrafttreten und Geltungsdauer

Die vorstehende Vereinbarung tritt in Sachsen am 01.08.2011 in Kraft und ersetzt damit die Vereinbarung vom 08.12.2008.

Sie ist durch beide Vertragspartner jeweils zum Jahresende kündbar. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

Dresden, 26.07.2011

Dresden, 07.07.2011

gez. Dr. med. Klaus Heckemann
Vorsitzender des Vorstandes
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

gez. Dr. Ulf Sengebusch
Geschäftsführer
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
im Freistaat Sachsen e. V.

Anlage 1 „Anmeldung zur Begutachtung“



>> Herrn
Günter Musterversicherter
Musterstraße 8 B
08107 Musterberg <<



>> Telefonnummer des BBZ <<

>> Ort, Datum <<

Anmeldung zur Begutachtung

>> Sehr geehrte/r Frau/Herr Musterversicherte/r, <<

Sie haben bei Ihrer >> Pflegekasse, Geschäftsstelle, Ort << einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt. Aus diesem Grund wurde unser Dienst beauftragt, Ihre Pflegebedürftigkeit zu begutachten.

Dazu würde unser/e Mitarbeiter/in, >> Frau/Herr Mustergutachter << Sie gern am

12.11.2008 zwischen 08:00 – 09:00 Uhr

unter der o. a. Adresse besuchen.

Für die Begutachtung wäre es hilfreich, wenn Personen, die Sie unterstützen, ggf. auch Mitarbeiter von Pflegediensten, zu diesem Zeitpunkt anwesend wären.

Bitte halten Sie, wenn vorhanden, Folgendes zur An- bzw. Einsicht bereit:

- Hilfsmittel
- Medikamente
- Pflegedokumentation bzw. –Tagebuch.

Sofern Sie bereits im Besitz von

- Krankenhaus-/Rehabilitationsberichten und/oder
- Befunden Ihrer behandelnden Ärzte

sein sollten, legen Sie diese Unterlagen bitte zur Begutachtung vor.

Bitte beschaffen Sie diese Unterlagen nicht extra für die Begutachtung!

Sollten wir weitere Auskünfte benötigen, setzen wir uns direkt mit Ihrem behandelnden Arzt, dem Pflegedienst etc. in Verbindung.

Bitte ermöglichen Sie uns, diesen Termin zu realisieren.

Für Rückfragen stehen wir unter umseitig genannter Telefonnummer zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Mitarbeiter/in MDK

>> Karin Testerin <<

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und trägt deshalb keine Unterschrift.

Anlage 2 „Arztanfrage“



>> Frau

Dr. med. Evelyn Musterbehandler

Mustergasse 14

08005 Musterhausen <<

>> Ort, Datum <<

>> Sehr geehrte/r Herr/Frau Dr. med. Musterbehandler <<,

Ihr/e Patient/in >> Herr/Frau Günter Musterversicherter, geb. am 17.09.1936, wohnhaft in 01807 Musterberg, Musterstraße 8 B <<, hat einen Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz gestellt.

Mit dem Antrag erfolgte auch die Befreiung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht hinsichtlich des Auskunftersuchens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung durch Ihre/n Patienten/in.

Wir sind von der zuständigen Pflegekasse beauftragt worden, zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt.

In diesem Zusammenhang bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Welche wesentlichen und pflegerlevanten Erkrankungen (auch geistiger Art) bestehen?

MDK Sachsen e. V. BBZ >> Ort << Standort: << Ort >> >> Straße << >> PLZ << >> Ort <<	Name des Patienten: >> Herr/Frau Name << geboren am: >> Geburtsdatum << Behandelnder Arzt: >> Dr. med. Evelyn Musterbehandler << >> Fachrichtung <<
--	--

2. Welche daraus resultierenden funktionellen Ausfälle bedingen Ihrer Auffassung nach eine möglicherweise erhebliche Pflegebedürftigkeit auf Dauer (mindestens 6 Monate)?

3. Bestehen die Pflege erschwerende Faktoren wie:

- | | | | |
|--------------------------|--|------|-------|
| <input type="checkbox"/> | demenziell/psychisch bedingte Beeinträchtigungen | seit | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Bettlägerigkeit | seit | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Inkontinenz | seit | _____ |
| <input type="checkbox"/> | nächtlicher Grundpflegebedarf | seit | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Wunden | seit | _____ |

Bitte senden Sie uns eine Kopie folgender Befunde mit:

MDK Sachsen e. V. BBZ >> Ort << Standort: >> Ort <<

Datum

Unterschrift, Stempel
Behandelnder Arzt

Für Ihre Mitwirkung besten Dank.

Dieser Bericht ist berechnungsfähig. Für eine Bearbeitung **innerhalb von 2 Wochen** ist ein Honorar von **15,00 EUR**, **innerhalb von 4 Wochen** von **10,00 EUR** vereinbart. Bei Überschreitung des Bearbeitungszeitraumes (max. 4 Wochen) kann keine Vergütung erfolgen. In der Abrechnung sind alle Kosten einschließlich Porto enthalten. Nehmen Sie diese bitte über die KVS vor. Den unteren Teil bitte abtrennen und mit der Quartalsabrechnung an die KVS schicken. Den Anfragebogen einschließlich der Befundkopien senden Sie bitte an das MDK-Beratungs- und Begutachtungszentrum.

Mit freundlichen Grüßen

Teamleiter/in des Beratungs- und
Begutachtungszentrums

Datum, Unterschrift, Stempel

Arztanfrage beantwortet am: _____

Unterschrift, Stempel
Behandelnder Arzt

Anlage 3 „Arztanfrage/Verstorbene“



>> Frau

Dr. med. Evelyn Musterbehandler

Mustergasse 14

08005 Musterhausen <<

>> Ort, Datum <<

>> Sehr geehrte/r Herr/Frau Dr. med. Musterbehandler <<,

Ihr/e Patient/in Herr/Frau >> Günter Musterversicherter, geb. am 17.09.1936, wohnhaft in 01807 Musterberg, Musterstraße 8 B <<,

verstorben am:

hatte vor ihrem/seinem Ableben einen Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz gestellt. Dieser Antrag ist deshalb noch leistungsrechtlich durch die Kasse zu entscheiden.

Hierfür ist zuvor eine gutachterliche medizinische Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erforderlich. Mit dem Antrag erfolgte auch die Befreiung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht hinsichtlich des Auskunftersuchens des MDK durch Ihre/n Patientin/en.

Wir sind von der zuständigen Pflegekasse beauftragt worden, zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt waren und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorlag.

In diesem Zusammenhang bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Welche wesentlichen und pflegerelevanten Erkrankungen (auch geistiger Art) bestanden vor dem Tod des Patienten?

MDK Sachsen e. V. BBZ >> Ort << Standort: << Ort >> >> Straße << >> PLZ << >> Ort <<	Name des Patienten: >> Herr/Frau Name << geboren am: >> Geburtsdatum << Behandelnder Arzt: >> Dr. med. Evelyn Musterbehandler << >> Fachrichtung <<
--	--

2. Welche daraus resultierenden funktionellen Ausfälle haben Ihrer Auffassung nach eine erhebliche Pflegebedürftigkeit auf Dauer (mindestens 6 Monate) verursacht?

3. Bestanden die Pflege erschwerende Faktoren wie:

- | | | | |
|--------------------------|--|------|-------|
| <input type="checkbox"/> | demenziell/psychisch bedingte Beeinträchtigungen | seit | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Bettlägerigkeit | seit | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Inkontinenz | seit | _____ |
| <input type="checkbox"/> | nächtlicher Grundpflegebedarf | seit | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Wunden | seit | _____ |

Durch den Tod Ihrer/es Patientin/en ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die möglicherweise bestand, durch den Hausbesuch eines Mitarbeiters des MDK nicht mehr möglich. Wir sind deshalb besonders auf Ihre Hilfe angewiesen.

MDK Sachsen e. V. BBZ >> Ort << Standort: >> Ort <<

Datum

Unterschrift, Stempel
Behandelnder Arzt

Für Ihre Mitwirkung besten Dank.

Dieser Bericht ist berechnungsfähig. Für eine Bearbeitung **innerhalb von 2 Wochen** ist ein Honorar von **15,00 EUR**, **innerhalb von 4 Wochen** von **10,00 EUR** vereinbart. Bei Überschreitung des Bearbeitungszeitraumes (max. 4 Wochen) kann keine Vergütung erfolgen. In der Abrechnung sind alle Kosten einschließlich Porto enthalten. Nehmen Sie diese bitte über die KVS vor. Den unteren Teil bitte abtrennen und mit der Quartalsabrechnung an die KVS schicken. Den Fragebogen einschließlich der Befundkopien senden Sie bitte an das MDK-Beratungs- und Begutachtungszentrum.

Mit freundlichen Grüßen

Teamleiter/in des Beratungs- und
Begutachtungszentrums

>> Datum <<, Unterschrift, Stempel

Arztanfrage beantwortet am: _____

Unterschrift, Stempel
Behandelnder Arzt