

## Rechtsreport

## Krankenkassen haben Anspruch auf Abrechnungsdaten

Die Krankenkassen können die Übermittlung von vertrags(zahn)ärztlichen Behandlungsdaten verlangen. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. Im vorliegenden Fall hatte eine Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) die Übermittlung von zahnarzt- und versichertenbezogenen Abrechnungsdaten für konservierende chirurgische Leistungen verweigert. Die KZV war der Auffassung, dass diese Daten für die Honorarabrechnung nicht erforderlich seien. Ein Schiedsverfahren im Jahr 2010 blieb ohne Ergebnis.

Das BSG entschied, dass eine K(Z)V trotz vereinbarter Gesamtvergütung verpflichtet ist, den Krankenkassen die in § 295 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Daten wie zum Beispiel die Krankenversicherungsnummer des Versicherten und die (Zahn-)Arztnummer für die Honorarab-

rechnung zu übermitteln. Näheres regelten der Bundesmantelvertrag und der Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung. Die Krankenkassen benötigten diese Daten, um die Richtigkeit der für ihre Versicherten abgerechneten Leistungen nach § 106 d Abs. 3 SGB V prüfen zu können. Der Anspruch auf Übermittlung umfasst im vorliegenden Fall nach Meinung des BSG auch Daten ab dem Jahr 2009, die die Krankenkassen beziehungsweise die KZV wegen des Ablaufs der Aufbewahrungsfristen hätten löschen müssen. Weder dürfe die KZV durch Löschung von Daten während des Prozesses das Übermittlungsbegehren der Krankenkassen vereiteln noch seien diese an der Auswertung von Daten gehindert, die ihnen infolge eines längeren Prozesses erst nach Ablauf von Aufbewahrungsfristen über-

mittelt würden. Die Garantie eines effektiven Rechtsschutzes gebiete es, Aufbewahrungs- und Lösungsfristen während eines Gerichtsverfahrens als gehemmt anzusehen. Auch die Vorschriften der seit dem 25. Mai 2018 geltenden Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des ergänzenden nationalen Rechts führen nach Meinung des BSG zu keinem anderen Ergebnis. Zwar erfasse die DSGVO jede ab dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens erfolgende Verarbeitung von personenbezogenen elektronischen Daten. Insofern stelle die Datenübermittlung im vorliegenden Fall eine Form der Verarbeitung im Sinne von Art. 4 Nr. 2 DSGVO dar. Diese sei nach § 67 b Abs. 1 Satz 3 SGB X in Verbindung mit § 295 Abs. 2 SGB V aber weiterhin zulässig.

BSG, Urteil vom 27. Juni 2018, Az.: B 6 KA 27/17 R  
RAin Barbara Berner

## GOÄ-Ratgeber

## Geriatrisches Basis-Assessment – Untersuchungen (1)

Das hausärztliche geriatrischen Basis-Assessments wurde vor einiger Zeit in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) implementiert. Diese Komplexleistungen beinhalten eine Art körperliche und geistige Befunderhebung (EBM-Nr. 03360) und eine Art Beratungs- und Betreuungspaket (EBM-Nr. 003362).

Bei den Komplexleistungen des EBM werden zahlreiche obligate und fakultative Leistungen mit einer Pauschale vergütet. Pauschalen sind in der GOÄ jedoch ausgeschlossen. Aus diesem Grund wurde zu den in den EBM-Nummern aufgeführten Leistungen eine Zuordnung der Inhalte zu Leistungspositionen der GOÄ (soweit möglich) hergestellt.

Für die physische und psychische Befunderhebung sind in verschiedenen Abschnitten der GOÄ Gebührenpositionen aufgeführt.

Die körperliche Untersuchung kann je nach Umfang mit den Nrn. 5 (symptombezogen) oder 7 GOÄ (vollständiges Organ-

system) sowie je nach Indikation nach den Nrn. 800 (eingehende neurologische Untersuchung) und/oder 801 GOÄ (eingehende psychiatrische Untersuchung) angesetzt werden. Beispielsweise könnte die Überprüfung der Mobilität eine symptombezogene Untersuchung darstellen. Die Nr. 5 GOÄ ist obligater Bestandteil des Hausbesuches nach Nr. 50 GOÄ und daher nicht daneben berechnungsfähig. Zum Ansatz der Nr. 5 GOÄ ist auf die Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen, hier Bestimmung Ziffer 2, „Die Leistungen nach den Nrn. 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.“ zu achten. Weiterhin heißt es in der Bestimmung Ziffer 3: „Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei

mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 3 generell zu begründen.“

Mit der Nr. 7 GOÄ wird die „Vollständige körperliche Untersuchung, mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation –“ abgerechnet. Weitere Hinweise, z. B. welcher Umfang je Organsystem beinhaltet ist, sind den ergänzenden Bestimmungen zu Nr. 7 GOÄ zu entnehmen. Hilfreich für die erstattende Stelle kann die explizite Nennung des jeweils untersuchten Organsystems (z. B. Herz/Lunge oder Skelettsystem) auf der Rechnung sein.  
Dr. med. Anja Pieritz