B 3 KR 24/07 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Mainz (RPF)
Aktenzeichen
S 11 KR 155/05
Datum
10.04.2006
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 166/06
Datum
05.04.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 24/07 R
Datum
22.04.2009
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Die Ärzte eines Krankenhauses sind zur Befolgung von gesetzlich vorgesehenen und landesvertraglich konkretisierten Auskunfts- und Mitwirkungspflichten "befugt" iS von § 203 Abs 1 Nr 1 StGB.
2. Die Auskunfts- und Mitwirkungspflichten eines Krankenhauses im Abrechnungsverfahren mit der Krankenkasse gelten uneingeschränkt auch dann, wenn ein Versicherter belegärztlich versorgt wird und die Aufnahmeentscheidung deshalb nicht durch einen Krankenhausarzt erfolgt.
3. Werden Auskunfts- und Mitwirkungspflichten im Abrechnungsverfahren durch das Krankenhaus nachhaltig und dauerhaft verletzt, reduziert dies die Amtsermittlungspflicht der Sozialgerichte.
Die Revision des Beigeladenen gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 5. April 2007 wird zurückgewiesen. Der Beigeladene trägt die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1.985,83 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Streitig ist die Vergütung von Krankenhausleistungen.

2

Die Klägerin ist Trägerin einer belegärztlich geführten internistischen Klinik, die von dem als Internist ohne Schwerpunktbezeichnung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Beigeladenen geleitet wird und aktuell über 18 Betten verfügt. Dort wurde die Versicherte S. auf Grund einer Verordnung des Beigeladenen zunächst am 28.6.2001 mit der Diagnose einer instabilen Angina pectoris (ICD 10: I 20) stationär aufgenommen und am 4.7.2001 entlassen. Noch an demselben Tag wurde sie zur stationären Behandlung in das Krankenhaus der B. in T. eingeliefert und dort am 6.7.2001 entlassen. Unmittelbar anschließend wurde die Versicherte mit der Diagnose einer oder atherosklerotischen Herzkrankheit (ICD 10: I 25.11) wiederum auf Verordnung des Beigeladenen im Krankenhaus der Klägerin erneut aufgenommen und am 11.7.2001 endgültig entlassen.

3

Auf Kostenübernahmeanträge der Klägerin vom 29.6.2001 und vom 6.7.2001 beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zunächst am 12.7.2001 mit der Überprüfung der Notwendigkeit, Art und Dauer der ersten Krankenhausbehandlung (28.6. - 4.7.2001) und wies auf die innerhalb des kurzen Krankenhausaufenthalts zweimalige Durchführung einer Darmspiegelung hin. Der MDK bat die Klägerin daraufhin zweimal um Übersendung des Entlassungsberichts, weil die Notwendigkeit der stationären Behandlung zweifelhaft und eine Abgrenzung zu ambulant erbringbaren Leistungen erforderlich sei. Die Klägerin lehnte dies durch Schreiben des Beigeladenen ab. Sie werde häufig mit entsprechenden Anfragen konfrontiert; deswegen sei bereits ein Rechtsstreit mit den Kassen geführt worden. Der Entlassungsbericht sei erst dann zu übersenden, wenn der MDK dies nach Überprüfung für erforderlich halte und Zweifel an der Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung konkret aufzeige. Dem genüge der einfache Hinweis auf Zweifel an der Notwendigkeit einer stationären Behandlung nicht. Nach weiterer Beauftragung durch die beklagte Krankenkasse am 23.7.2001 forderte der MDK auch im Hinblick auf die zweite Krankenhausbehandlung (6. - 11.7.2001) zur Überprüfung deren Notwendigkeit,

Art und Dauer den Entlassungsbericht mit dem Zusatz an: "Wieso noch 6-tägiger Aufenthalt bei Verlegung aus Trier?" Diese Anfrage ließen Klägerin und Beigeladener gänzlich unbeantwortet.

4

Die Beklagte traf über die Kostenübernahmeanträge der Klägerin keine Entscheidung und beglich auch die für beide stationäre Behandlungen eingereichten Rechnungen vom 8.1.2002 nicht, sie verzichtete allerdings auf die Einrede der Verjährung. Die erst im Juni 2005 erhobene Zahlungsklage der Klägerin ist in beiden Instanzen erfolglos geblieben (Urteil des Sozialgerichts (SG) vom 10.4.2006 und Urteil des Landessozialgerichts (LSG) vom 5.4.2007). Das LSG hat den Belegarzt unter Aufhebung eines zuvor auf § 75 Abs 2 SGG gestützten Beiladungsbeschlusses nach § 75 Abs 1 Satz 1 SGG zum Rechtsstreit beigeladen und ausgeführt: Die Klägerin habe schon vor Fälligkeit ihrer beiden Rechnungen die landesvertraglich vorgesehene Mitwirkung am Überprüfungsverfahren abgelehnt; deshalb sei die Beklagte nicht zur Zahlung verpflichtet. Es habe einzelfallbezogen ausreichender Prüfanlass bestanden, zudem habe der MDK sein Überprüfungsverlangen entsprechend den landesvertraglichen Regelungen hinreichend spezifiziert.

5

Mit der vom Senat zugelassenen Revision rügt der Beigeladene eine Verletzung ua von § 203 Strafgesetzbuch (StGB). Als Arzt sei er nur zur Weitergabe von medizinischen Daten befugt, wenn ein berechtigtes Verlangen iS von § 100 SGB X bestehe; dies sei hier mangels ausreichender Spezifizierung seitens des MDK nicht der Fall, sodass er sich der Gefahr einer Bestrafung wegen Verletzung von Privatgeheimnissen ausgesetzt sehe. Der MDK hätte näher begründen müssen, weshalb er Zweifel an der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung habe. In verfahrensrechtlicher Hinsicht habe der Beiladungsbeschluss nicht geändert werden dürfen.

6

Der Beigeladene beantragt, die Urteile des LSG Rheinland-Pfalz vom 5.4.2007 sowie des SG Mainz vom 10.4.2006 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 1.985,83 Euro nebst Zinsen in Höhe 2 %-Punkten über dem Basiszinssatz seit dem 26.1.2002 zu zahlen.

7

Die Beklagte verteidigt die angefochtene Entscheidung und beantragt, die Revision zurückzuweisen.

8

Die Klägerin hat sich im Revisionsverfahren nicht geäußert.

II

9

Die Revision des Beigeladenen ist unbegründet. Die Entscheidungen der Vorinstanzen sind revisionsrechtlich nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat die Vorlage der vom MDK ordnungsgemäß angeforderten Behandlungsunterlagen unter grundlegender Verkennung ihrer Pflicht zur Mitwirkung an der Überprüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit abgelehnt und damit eine sachgemäße Prüfung im Verwaltungsverfahren vereitelt. Das berechtigte die Vorinstanzen, den Vergütungsanspruch ohne weitere Erforschung des Sachverhalts von Amts wegen als nicht erwiesen anzusehen.

10

1. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt. Zu Recht macht die Klägerin den verfolgten Anspruch mit der (echten) Leistungsklage gemäß § 54 Abs 5 SGG geltend (vgl Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 10.4.2008 - B 3 KR 19/05 R -, SozR 4-2500 § 39 Nr 12, RdNr 10, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen; BSGE 90, 1 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 3). Auch ist der Senat an einer Sachentscheidung nicht deshalb gehindert, weil das LSG die zunächst auf § 75 Abs 2 1. Alt SGG gestützte Beiladung des Revisionsführers geändert und zuletzt nur als einfache Beiladung gemäß § 75 Abs 1 Satz 1 SGG fortgeführt hat. Eine solche Korrektur steht dem Gericht im Laufe des Verfahrens offen, sofern ein Fall der notwendigen Beiladung nicht vorliegt (vgl Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl 2008, § 75 RdNr 14c). Dies ist hier der Fall.

11

Wie von ihm selbst nicht anders geltend gemacht, ist der Beigeladene an dem Rechtsverhältnis zwischen der Klägerin und der Beklagten nicht derart beteiligt, dass die Entscheidung auch ihm gegenüber nur einheitlich ergehen kann. Bei belegärztlichen Leistungen sind die Vergütungsbeziehungen zwischen Arzt und Krankenhaus auf der einen und der Krankenkasse auf der anderen Seite nicht einheitlich, sondern getrennt zu sehen (dazu näher unter 5a). Dagegen verbleibt es für das Krankenhaus und seine Leistungsvergütung bei den allgemeinen Abrechnungsbeziehungen zur Krankenkasse. In dieses Abrechnungsverhältnis ist der Beigeladene nicht so eingebunden, dass mit der Entscheidung darüber notwendig zugleich in seine Rechtssphäre unmittelbar eingegriffen wird (zu dieser Voraussetzung Leitherer, aaO, RdNr 10 mwN). Daran ändert nichts, dass die Klägerin ggf Ersatzansprüche gegen den Beigeladenen verfolgen und deshalb Interesse an der Erstreckung der Bindungswirkungen einer Entscheidung auf ihn haben könnte. Dieses Interesse betrifft ausschließlich die hier nicht streitgegenständlichen Rechtsbeziehungen zwischen der Klägerin und dem Beigeladenen und rechtfertigt daher die vom LSG beschlossene einfache Beiladung nach § 75 Abs 1 Satz 1 SGG. Grund für eine notwendige Beiladung ist es hingegen nicht.

12

2. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2001 sowie dem Vertrag über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz eV und den Landesverbänden der Krankenkassen idF des Schiedsspruchs vom 19.11.1999 unter Berücksichtigung des Urteils des LSG vom 12.12.2002 (nachfolgend: Krankenhausbehandlungsvertrag - KBV) und dem Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz eV und den Landesverbänden der Krankenkassen vom 25.3.1991 (nachfolgend: Krankenhausüberprüfungsvertrag - KÜV). Danach entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist. Der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser iS des § 109 Abs 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG, hier anzuwenden idF des Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung - DRG-Systemzuschlags-Gesetz - vom 27.4.2001, BGBl I 772, in Kraft getreten am 5.5.2001) nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (hier anzuwenden idF des DRG-System-Zuschlags-Gesetzes) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger festgelegt wird (vgl BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1 S 3; BSGE 90, 1, 2 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 S 20).

13

3. Ob und ggf mit welcher Dauer Krankenhausbehandlung erforderlich ist, ist nach der Rechtsprechung des BSG von der Krankenkasse und im Streitfall von den Gerichten selbstständig zu prüfen und zu entscheiden, ohne dass dabei den Krankenhausärzten eine Einschätzungsprärogative zukommt. Wie der erkennende Senat mit Urteilen vom 10.4.2008 (ua B 3 KR 19/05 R, SozR 4-2500 § 39 Nr 12, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen) in Anlehnung an die Entscheidung des Großen Senats (GS) des BSG vom 25.9.2007 (GS 1/06 -, BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10) entschieden hat, ist die Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den verantwortlichen Krankenhausarzt im Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse immer daraufhin zu überprüfen, ob nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes - ex ante - eine Krankenhausbehandlung erforderlich war, seine Beurteilung also den medizinischen Richtlinien, Leitlinien und Standards entsprach und nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung stand (BSG, Urteil vom 10.4.2008, aaO, RdNr 41). Eine Bindung an die Einschätzung des Krankenhauses oder seiner Ärzte besteht dabei nicht (BSG, GS, aaO, RdNr 28; BSG, Urteil vom 10.4.2008, aaO, RdNr 23, und Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KN 3/08 KR R -, RdNr 31, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen).

14

4. Als Grundlage des Prüfverfahrens hat das Krankenhaus im Rahmen der wechselseitigen Leistungsbeziehungen zur Krankenkasse diejenigen Angaben zu machen und Unterlagen beizubringen, die zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Einzelfall erforderlich sind. Insoweit gilt Folgendes:

15

a) Rechtsgrundlage der Auskunftsverpflichtung ist § 100 Abs 1 Satz 3 SGB X (hier anzuwenden idF des zum 1.1.2001 in Kraft getretenen 4. Euro-Einführungsgesetzes vom 21.12.2000, BGBl I 1983). Danach ist das Krankenhaus verpflichtet, dem Leistungsträger "im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich" ist und entweder der Betroffene eingewilligt hat (§ 100 Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB X) oder dies gesetzlich zugelassen ist (§ 100 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB X); ausgenommen hiervon sind nach § 100 Abs 2 SGB X nur Angaben, die den Arzt oder ihm nahe stehende Personen der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden. Unabhängig von einer ggf einzuholenden Genehmigung der Versicherten im Einzelfall galten danach im Versorgungszeitraum hier zwingende, weil gesetzlich vorgesehene Auskunftspflichten im Verhältnis zu den Krankenkassen insbesondere nach § 284 Abs 1 Satz 1 Nr 4 und 7 SGB V idF von Art 2 Nr 7 des Gesetzes zur sozialrechtlichen Behandlung von einmalig gezahltem Arbeitsentgelt vom 12.12.1996 (BGBl I 1859). Danach war die Erhebung von Sozialdaten für die Zwecke der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassen, soweit sie nach Maßgabe der Prüfaufträge von Krankenkasse und MDK ua für die "Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte (§§ 2 und 11)" und für die "Beteiligung des Medizinischen Dienstes (§ 275)" erforderlich waren. Demgemäß können im Rahmen eines bis zu dreistufigen Prüfverfahrens Auskunfts- und Mitwirkungspflichten wie folgt bestehen:

16

b) Zwingend, nämlich iS von § 100 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB X gesetzlich zugelassen, sind auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung die Angaben nach § 301 Abs 1 SGB V (hier anwendbar in der insoweit unveränderten Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22.12.1999, BGBl I 2626). Danach besteht die Pflicht, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung ua den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose und die Aufnahmediagnose zu übermitteln (§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V). Hiermit ist aus datenschutzrechtlichen Gründen abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind (vgl BT-Drucks 12/3608, 124). Dazu rechnen ua die Stammdaten des Versicherten, Detaildaten über Aufnahme, Verlegung, Art der Behandlung und Entlassung einschließlich der Angabe des einweisenden Arztes mit Einweisungsdiagnose, Aufnahmediagnose und Änderung von Diagnosen, die medizinische Begründung für die Verlängerung der Verweildauer sowie Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren, nicht hingegen die Behandlungsunterlagen der Versicherten, die in § 301 SGB V nicht erwähnt sind (vgl BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3). Nach der zu Grunde liegenden Vorstellung sind damit die Mindestangaben bezeichnet, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigt (vgl BT-Drucks 12/3608, 124). Genügt die Anzeige schon diesen (Mindest-)Anforderungen nicht, fehlt es bereits an der Fälligkeit der Vergütungsforderung (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 1 RdNr 12).

17

Darüber hinaus normiert § 2 Abs 1 Satz 2 KÜV eine weitere - vertraglich vereinbarte - Pflicht des Krankenhauses. Besteht nämlich aus Sicht

der Krankenkasse in Einzelfällen Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung zu überprüfen, so kann die Krankenkasse vor Beauftragung des MDK unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu den einzelnen Behandlungsfällen anfordern. Das Krankenhaus hat sodann die Notwendigkeit und/oder Dauer der stationären Behandlung mittels Kurzberichts zu erläutern (§ 2 Abs 1 Satz 3 KÜV). Die Weitergabe solcher Daten verletzt nicht die ärztliche Schweigepflicht oder den Datenschutz (vgl auch § 15 KBV). Diese ergänzende Berichtspflicht umfasst jedoch nicht die Übersendung von ärztlichen Unterlagen an die Krankenkasse und ist auf begründete Einzelfälle zu beschränken. Daraus folgt, dass die Krankenkasse dieses Instrumentarium keinesfalls als eine Art "Regelanfrage" ausgestalten darf; der Kurzbericht soll lediglich dazu dienen, die Entscheidungsgrundlage der Krankenkassen vor Einschaltung des MDK zu erweitern und konkrete Zweifel auszuräumen.

18

c) Erschließen sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den - medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten - Mitarbeitern der Krankenkasse aufgrund der Angaben nach § 301 SGB V oder eines Kurzberichts nicht selbst, ist auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V (hier anwendbar ebenfalls in der insoweit unveränderten Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22.12.1999, BGBl I 2626) einzuleiten. Danach ist beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, wenn die vom Krankenhaus erteilten Informationen zur Prüfung insbesondere von Voraussetzung, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Dazu sind dem MDK nach § 276 Abs 1 Satz 1 SGB V jedenfalls diejenigen zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen, die vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt worden sind, also insbesondere die Angaben nach § 301 SGB V; vom Versicherten überlassene Unterlagen sind bei dessen Zustimmung zur Verfügung zu stellen (§ 276 Abs 1 Satz 2 SGB V). Der erkennende Senat hat daraus abgeleitet, dass den Krankenkassen kein Recht zusteht, selbst in die ärztlichen Behandlungsunterlagen Einsicht zu nehmen (BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3). Daraus folgt aber nicht, dass die Krankenkassen nach Bundesrecht verpflichtet wären, Krankenhausrechnungen auch dann in voller Höhe zu begleichen, wenn sie innerhalb angemessener Frist substantiierte und der Höhe nach bezifferte Einwendungen gegen die Abrechnung geltend machen (BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 3). Vielmehr erlegt § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V den Krankenkassen gerade die Pflicht auf, bei Zweifeln über die Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen (BSG, Urteil vom 20.11.2008 - B 3 KN 4/08 KR R -, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen, RdNr 18; ebenso BSG, Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KN 3/08 KR R -, zur Veröffentlichung in BSGE und in SozR 4 vorgesehen, jeweils RdNr 32).

19

Diese schon von Gesetzes wegen vorgesehene Prüfpflicht der Krankenkassen wird in § 2 Abs 1 Satz 4 KÜV ausdrücklich wiederholt, wobei aber auch nochmals klargestellt wird, dass es sich um Überprüfungen "im Einzelfall" handeln muss, also keine generelle und anlasslose Einschaltung des MDK in Betracht kommt. Der Gesetzgeber hat diese Problematik ebenfalls erkannt und nunmehr mit § 275 Abs 1c SGB V (idF des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.3.2007, BGBl I 378, in Kraft seit dem 1.4.2007) eine Konkretisierung der MDK-Überprüfungen vorgenommen, um die von einzelnen Krankenkassen "in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung" genutzten Prüfmöglichkeiten einzuschränken (so die Gesetzesbegründung, BT-Drucks 16/3100 S 171). Die Überprüfung eines Krankenhauses (§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V) ist nunmehr zeitnah durchzuführen, und zwar innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung des Krankenhauses (§ 275 Abs 1c Satz 1 und 2 SGB V). Mit dieser Fristsetzung und der in § 275 Abs 1c Satz 3 SGB V zu Lasten der Krankenkasse vorgesehenen Aufwandspauschale von 100 Euro bei ergebnisloser Prüfung soll "als Beitrag zu dem angestrebten Bürokratieabbau Anreize gesetzt werden, um Einzelfallprüfungen zukünftig zielorientierter und zügiger einzusetzen" (so BT-Drucks 16/3100 S 171; vgl auch Sieper, Die Einschränkung des außergerichtlichen MDK-Überprüfungsverfahrens nach § 275 Abs 1c SGB V, GesR 2007, 446).

20

d) Im Rahmen einer nach diesen Voraussetzungen ordnungsgemäß eingeleiteten Prüfung hat das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung dem MDK auch über die Anzeige nach § 301 SGB V und den Kurzbericht hinaus alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Anfrage der Krankenkasse benötigt werden. Rechtsgrundlage hierfür ist § 276 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V (hier anwendbar idF des Gesetzes zur Änderung von Vorschriften des Sozialgesetzbuchs über den Schutz der Sozialdaten sowie zur Änderung anderer Vorschriften - Zweites Gesetz zur Änderung des Sozialgesetzbuchs - 2. SGB-ÄndG - vom 13.6.1994, BGBl I, 122a). Danach galt: "Haben die Krankenkassen nach § 275 Abs 1 bis 3 eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlasst, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist." Auf dieser Grundlage ist der MDK ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern (vgl BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3) und das Krankenhaus zu deren Vorlage verpflichtet, soweit auch mit medizinischer Expertise nur durch die Angaben gemäß § 301 SGB V und einen ergänzenden Kurzbericht eine zuverlässige Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit oder anderer Fragen der Abrechnung nicht möglich ist. Auf der Vertragsebene wird dies durch § 2 Abs 2 Satz 2 KÜV ausdrücklich bestätigt.

21

5. Diese Grundsätze zu den Auskunfts- und Mitwirkungspflichten gelten auch, wenn ein Versicherter belegärztlich versorgt und über die stationäre Aufnahme deshalb nicht durch Krankenhausärzte entschieden wird. Denn von den Besonderheiten der belegärztlichen Beteiligung abgesehen hat das Krankenhaus hinsichtlich der von ihm abgerechneten Leistungen für die Einhaltung aller Anforderungen einzustehen, die auch sonst im Verhältnis zwischen ihm und Krankenkasse gelten.

22

a) Allerdings führt die Übertragung der ärztlichen Versorgung auf einen Belegarzt zu einer Aufspaltung des ansonsten einheitlichen stationären Leistungskomplexes in die ärztliche Leistung einerseits und die pflegerische, Unterkunft und Verpflegung gewährende Leistung andererseits. Dadurch wird die ärztliche Versorgung aus der ansonsten einheitlichen stationären Leistung ausgegliedert und Gegenstand partiell selbstständiger Rechtsbeziehungen zwischen Arzt, Krankenkasse und Patient. Rechtsgrundlage hierfür ist § 121 Abs 2 SGB V.

Belegarzt ist danach ein nicht am Krankenhaus angestellter Vertragsarzt, der berechtigt ist, seine Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Auch als am Krankenhaus tätiger (Beleg-)Arzt bleibt die Einbeziehung in die vertragsärztliche Versorgung erhalten. Vergütungsrechtlich drückt sich dies in eigenen Ansprüchen auf Honorierung nach § 121 Abs 3 SGB V als Teil seines Honoraranspruchs als ambulant tätiger Vertragsarzt aus (dazu zuletzt eingehend BSG SozR 4-2500 § 121 Nr 1 und Urteil vom 28.1.2009 - B 6 KA 30/07 R -, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen). Auch die Rechtsbeziehungen zu den Patienten sind derart verselbstständigt, dass das Krankenhaus nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) nur für Fehler des eigenen Personals einzustehen hat (vgl BGH NJW 1996, 2429, 2430; BGHZ 144, 296, 301 f = NJW 2000, 2737, 2738 f). Im Übrigen trifft die haftungsrechtliche Verantwortung für Fehler in der Sphäre des Belegarztes ausschließlich diesen selbst und nicht zugleich auch das Krankenhaus (stRspr; vgl nur BGHZ 129, 6, 13 f = NJW 1995, 1611, 1613; BGHZ 161, 255, 260 = NJW 2005, 888, 889 f).

23

b) Dessen ungeachtet verbleibt es für den Krankenhausträger und den von ihm zu verantwortenden Leistungsteil bei der Einbindung in das stationäre Versorgungssystem und die insoweit geltende Rechtslage. Das versteht sich hinsichtlich der Anforderungen an Inhalt und Qualität seiner Leistungen sowie im Hinblick auf die materiellen Leistungsvoraussetzungen nach § 39 SGB V von selbst. Indes verändert die belegärztliche Entscheidung über die Krankenhausaufnahme auch sonst nichts an den für den Krankenhausträger maßgeblichen Vorschriften. Insbesondere entfallen nicht deshalb die Verantwortung und Kompetenz der Krankenkasse zur Entscheidung über die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Das könnte nur anders sein, wenn ein Belegarzt im Rahmen seiner Kompetenzen als Vertragsarzt zu Lasten der Krankenkasse verbindlich über die Krankenhausaufnahme entscheiden könnte. Eine solche Kompetenz besteht indes nicht. Zwar ist den Vertragsärzten im Bereich der ambulanten Versorgung gemäß § 73 Abs 2 SGB V teilweise die Befugnis und Verantwortung zugewiesen, mit verbindlicher Wirkung über die Gewährung von Leistungen der GKV zu Lasten der Krankenkasse zu entscheiden; umgekehrt tragen sie dafür im Verhältnis zur Krankenkasse auch die Verantwortung für die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Leistungsgewährung und stehen im Risiko, entsprechenden Regressansprüchen ausgesetzt zu sein (stRspr; vgl zuletzt BSG, Urteil vom 5.11.2008 - B 6 KA 63/07 R -, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen). Diese Kompetenz gilt für die Einweisung ins Krankenhaus indes gerade nicht. Zwar haben zunächst der niedergelassene Arzt bei seiner Überweisung und nach § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V auch noch das Krankenhaus selbst die Voraussetzungen der stationären Versorgung in eigener Verantwortung zu prüfen. Die verbindliche Leistungsentscheidung ist auf Anfrage des Krankenhauses - Kostenübernahmeantrag - hingegen der Krankenkasse selbst sowie ggfs im Streitfall den Gerichten vorbehalten (vgl dazu zuletzt BSGE (GS) 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, jeweils RdNr 28; BSG, Urteil vom 10.4.2008 - B 3 KR 19/05 R -, SozR 4-2500 § 39 Nr 12 RdNr 23, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen, und Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KN 3/08 KR R -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen, jeweils RdNr 31 mwN). Für eine hiervon abweichende Kompetenz bei der Versorgung von Versicherten durch Belegärzte fehlt jegliche rechtliche Grundlage. Im Übrigen wäre auch kein Grund dafür erkennbar, die Vergütung der Regelversorgung mit (angestellten) Krankenhausärzten von der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse abhängig zu machen und im Ausnahmefall der Versorgung durch Belegärzte hingegen eine nachträgliche Einzelfallkontrolle im Regressverfahren ausreichen zu lassen. Soweit das Krankenhaus infolgedessen einen wirtschaftlichen Nachteil erleidet, weil es von der Krankenkasse - wie hier - für erbrachte Leistungen keine Vergütung erhält, kann der Ausgleich hierfür demzufolge nur im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Belegarzt gesucht werden; die Versichertengemeinschaft hat dafür jedenfalls nicht aufzukommen oder in Vorleistung zu treten.

24

6. Die aufgezeigten Mitwirkungspflichten durfte die Klägerin nicht deshalb als unbeachtlich ansehen, weil Krankenkasse oder MDK sich rechtswidrig verhalten hätten. Das ist - anders als der Beigeladene meint - gerade nicht der Fall; ohne weitere Begutachtung konnten Krankenkasse und MDK ihren Prüfauftrag im Gegenteil nicht hinreichend erfüllen.

25

a) Allerdings verlangt der Beigeladene im Ansatz zutreffend, dass die Anforderung von Behandlungsunterlagen vom MDK ordnungsgemäß zu begründen ist. Das ist aus dem Rechtsgedanken des § 35 SGB X abzuleiten, der im Hinblick auf die Pflichtenstellung des Inhabers von Krankenbehandlungsunterlagen auch in diesem Zusammenhang Geltung beansprucht. Förmliche Entscheidungen durch Verwaltungsakt (VA) sind danach so zu begründen, dass für den Adressaten die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe der Entscheidung erkennbar sind. Eine solche Begründung kann auch derjenige beanspruchen, der dem MDK Behandlungsunterlagen zur Verfügung stellen soll. Zwar begründet die Aufforderung keine unmittelbaren Rechtswirkungen und ergeht auch nicht als VA. Dessen ungeachtet ist der Inhaber der Krankenunterlagen im Verhältnis zu seinem Patienten aus dem zu Grunde liegenden Behandlungsvertrag und zur Meidung strafrechtlicher Sanktionen nach § 203 Abs 1 Nr 1 StGB gehalten, die Berechtigung der Anforderung selbst zu prüfen. Dazu sind nach dem Rechtsgedanken des § 35 SGB X diejenigen Gründe anzugeben, aus denen der Adressat die für die Anforderungen leitenden Gründe entnehmen kann; das hat auch der MDK zu beachten.

26

b) Welche Rechtsfolgen ein etwaiger Verstoß des MDK gegen die in entsprechender Anwendung von § 35 SGB X herzuleitenden Begründungsanforderungen haben könnte, lässt der Senat offen. Das gilt insbesondere für die Frage, ob eine unzureichende Begründung im Verhältnis zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer rechtlich unbedeutend ist. Diese Rechtsauffassung hat der Senat noch mit Urteil vom 28.9.2006 vertreten (BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 6 RdNr 17 f). Ob und inwieweit daran festzuhalten ist, braucht hier nicht entschieden zu werden. Auch bedarf keiner Vertiefung, ob ein Krankenhaus aus dem Grundverhältnis zur Krankenkasse ggf dazu angehalten sein könnte, Bedenken gegen die Anforderung von Krankenunterlagen durch explizite Nachfrage beim MDK auszuräumen. Denn entgegen der Auffassung des Beigeladenen sind weder die Gutachtenaufträge der Beklagten noch die Anforderung der Krankenhausentlassungsberichte durch den MDK zu beanstanden.

27

c) Die Anforderung der Krankenhausentlassungsberichte durch den MDK unterliegt keinen Bedenken. Denn weder erlauben bereits die angezeigten Aufnahmediagnosen eine zuverlässige Entscheidung über die Erforderlichkeit der hier abgerechneten Krankenhausbehandlung noch hat der MDK die aus § 35 SGB X abzuleitenden Begründungsanforderungen verfehlt; die Einwände des Beigeladenen dagegen sind unzutreffend.

28

(1) Entbehrlich wären die Krankenhausentlassungsberichte nur, wenn die Dauer und Notwendigkeit der abgerechneten Versorgungen bereits anhand der Aufnahmediagnosen zuverlässig zu beurteilen wären. Das ist nicht der Fall. Zwar kann die für die Erstaufnahme angezeigte Diagnose der instabilen angina pectoris eine stationäre Behandlung rechtfertigen. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass die Versicherte nach einem zweitägigen Zwischenaufenthalt in einem anderen Krankenhaus nochmals im Haus der Klägerin aufgenommen und damit insgesamt 14 Tage stationär versorgt worden ist (28.6. bis 11.7.2001). Dass dies ohne Weiteres bereits aus der Aufnahmediagnose unzweifelhaft zu rechtfertigen wäre, haben die Beteiligten nicht geltend gemacht; es erschließt sich auch sonst nicht. Dagegen spricht zum einen, dass der Übergang von der stationären Akutintervention zur ambulanten Dauerversorgung (auch) bei koronarer Herzerkrankung von den Umständen des Einzelfalls abhängt und bereits deshalb bei einer nach Tagespflegesätzen abgerechneten Versorgung regelmäßig nähere Angaben über Anlass und Verlauf der konkret zu beurteilenden Versorgung erforderlich sind; erst recht bei einem Aufenthalt von 14 Tagen. Zusätzlicher Erläuterungsbedarf besteht zum anderen deshalb, weil der Abrechnung eine belegärztliche Versorgung zu Grunde liegt und über die Ausstattung der belegärztlichen Station hier zur Akutversorgung koronarer Herzerkrankungen nichts bekannt ist. Dass solche Stationen zur akuten Intervention bei koronaren Krisen hinreichend ausgestattet sind, versteht sich nicht von selbst. Denn während die belegärztliche Versorgung dem rechtlichen Ansatz nach zeitlich hinter dem ambulanten Versorgungsauftrag des Vertragsarztes zurückzutreten hat (vgl § 39 Abs 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte, § 31 Abs 2 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag), verlangt die akute koronare Symptomatik (ACS) nach medizinischer Einschätzung besonders intensive Betreuung, nach Möglichkeit in besonders spezialisierten Brustschmerzzentren (Chest Pain Units) mit kardiologischer Leitung, Integration in einer Notaufnahmeeinheit und ständigem Zugang zu einem Herzkatheterlabor innerhalb der Einrichtung (vgl Hamm, Kommentar zu den Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) zur Diagnose und Therapie des akuten Koronarsyndroms ohne ST-Strecken-Hebung, Der Kardiologe 2009 S 81, 98; ähnlich Breuckmann ua, Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung für "Chest-Pain-Units", Der Kardiologe 2008, 389 ff). Dass zunächst die Krankenkasse und im Gefolge auch der MDK ohne nähere Angaben der Klägerin nicht nachzuvollziehen vermochten, warum die Versicherte zwar einerseits 14 Tage stationär versorgt werden musste, andererseits aber kein Anlass zur Einweisung in eine spezialisierte Einrichtung zur Diagnose und Versorgung von ACS bestanden hat, ist vor diesem Hintergrund nicht zu beanstanden.

29

(2) Angesichts dessen ist ebenfalls nichts dagegen einzuwenden, dass der MDK die Anforderung der Krankenhausentlassungsberichte in seinen Anschreiben nur mit einem knappen Hinweis auf die Notwendigkeit der Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung begründet hat. Nach der Rechtsprechung des BSG richten sich die aus § 35 SGB X abzuleitenden Begründungsanforderungen nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebietes und nach den Umständen des Einzelfalles. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß verteidigen kann. Die Verwaltung darf sich deshalb auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich darzulegen (stRspr; vgl nur BSGE 74, 70, 74 f = SozR 3-2500 § 106 Nr 23 S 128 f mwN). Insoweit durfte der MDK darauf vertrauen, dass dem Beigeladenen als dem hier Zuständigen die medizinischen Grundlagen der Anfrage bekannt sein würden und sich ihm deshalb die Notwendigkeit weiterer Angaben oder Unterlagen zur Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ohne weitere Begründung selbst erschließen würde; Gegenteiliges ist auch nicht vorgebracht worden.

30

7. Ohne Verstoß gegen den Grundsatz der Amtsermittlung (§ 103 SGG) haben die Vorinstanzen ohne Beweisaufnahme in der Sache entschieden und den geltend gemachten Anspruch als nicht erweislich angesehen. Eine dagegen gerichtete rechtzeitige, ordnungsgemäße und ausdrückliche Rüge hat der Beigeladene schon selbst nicht erhoben (§ 202 SGG iVm § 557 Abs 3 Satz 2 ZPO - vgl hierzu Leitherer, aaO, § 170 RdNr 4 ff). Doch auch eine bloß sinngemäß erhobene Rüge griffe ebenfalls nicht durch. Denn die Vorinstanzen haben wegen der fehlenden Mitwirkung der Klägerin ihre Amtsermittlungspflicht zu Recht als erfüllt angesehen. Dies folgt aus dem in § 66 Abs 1 Satz 1 SGB I für die Beantragung von Sozialleistungen normierten und einen allgemeinen Rechtsgedanken verkörpernden Prinzip, dass bei der Verletzung von Mitwirkungspflichten und dadurch bedingter erheblicher Erschwerung der Sachverhaltsaufklärung die begehrte Leistung ohne weitere Ermittlungen versagt werden kann, soweit ihre Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Dies gilt erst Recht, wenn die Aufklärung des Sachverhalts absichtlich erschwert wird (vgl § 66 Abs 1 Satz 2 SGB I).

31

Nach § 103 Satz 1 SGG erforscht das Gericht den Sachverhalt von Amts wegen; die Beteiligten sind dabei heranzuziehen. Zwar muss das Gericht auch bei Verletzung verfahrensrechtlicher Mitwirkungspflichten ermitteln, jedoch gilt dies nicht uneingeschränkt: Unabhängig von der erst mit Wirkung vom 1.4.2008 eingeführten Regelung des § 106a SGG (vgl dazu Hauck, jurisPR-SozR 17/2008 Anm 4) verringern sich die Anforderungen an die prozessuale Amtsermittlungspflicht, wenn ein Beteiligter seinen Mitwirkungspflichten nicht nachgekommen ist (vgl BSG SozR 4-1500 § 144 Nr 1 RdNr 10; BFHE 156, 38; aus der Literatur zB: Leitherer, aaO, § 103 RdNr 16 mwN; Kopp/Schenke, VwGO, 15. Aufl 2007, § 86 RdNr 12 mwN). Dies gilt nach der Rechtsprechung des Senats auch bei Verstößen gegen grundlegende Mitwirkungspflichten im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, also die gesetzlichen Grundlagen des Prüfverfahrens und ihre Ausformung in den jeweiligen Landesverträgen KBV und KÜV. Solches hat er angenommen im Falle eines außergewöhnlichen und gravierenden vertragswidrigen Verhaltens (Urteil vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R -, BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2 und weitere Urteile von demselben Tag - "Berliner Fälle"; vgl dazu zuletzt Urteil des Senats vom 28.9.2006 - B 3 KR 23/05 R -, SozR 4-2500 § 112 Nr 6).

32

Der vorliegende Fall ist dem vergleichbar. Die Ausgestaltung des Abrechnungsverfahrens nach den §§ 301, 275 und 276 SGB V und ihre Ausformung in KBV und KÜV zielen darauf ab, unter den Bedingungen der Massenabrechnung von Krankenhausaufenthalten eine für Krankenhäuser, Krankenkassen und MDK gleichermaßen tragfähige wie nach den Kriterien des § 39 SGB V inhaltlich zutreffende Überprüfung von Krankenhausabrechnungen sicherzustellen. Sie erlegen den Beteiligten besondere gegenseitige Obhutspflichten auf. Demgemäß hat das Krankenhaus bereits bei der Erklärung nach § 301 SGB V dafür Sorge zu tragen, dass der Krankenkasse nach Möglichkeit ohne Einleitung eines Prüfverfahrens nach §§ 275, 276 SGB V alle entscheidungserheblichen Angaben zur Verfügung stehen. Andernfalls hat es - wie hier - dem MDK zur Vermeidung weiterer Sanktionen alle für dessen Prüfung erforderlichen Krankenbehandlungsunterlagen zur Verfügung zu stellen. Das enthebt das Krankenhaus zwar nicht von der Prüfung, ob die Weitergabe iS von § 276 Abs 2 Satz 1 SGB V erforderlich und damit zulässig ist. Jedoch verstößt es gravierend gegen seine Pflichten aus Gesetz und Landesvertrag, wenn es die Weitergabe angeforderter Unterlagen ohne substantiierten Hinweis auf bereits vorliegende, eine zuverlässige Beurteilung ermöglichende Unterlagen nur formelhaft ablehnt oder sie grundlos schlechthin verweigert.

33

So liegt es hier. Schon die zwei Anfragen des MDK zum ersten Krankenhausaufenthalt der Versicherten waren von dem Beigeladenen - für die Klägerin - nur formal und ohne Bezug zu den konkreten Umständen beantwortet worden. Seine Antworten beruhen auf einem - wie dargelegt - grundlegenden Fehlverständnis der Aufgaben des MDK und der Begründungserfordernisse des Krankenhauses für eine Versorgung, deren Notwendigkeit weder aus der Aufnahmediagnose noch nach anderen Kriterien zuverlässig zu beurteilen war. Schlechterdings unvertretbar ist vor diesem Hintergrund, dass die Klägerin die Anfrage des MDK zu dem zweiten Krankenhausaufenthalt völlig unbeantwortet gelassen hat. In der Gesamtheit liegt darin ein so gravierender Verstoß gegen die gesetzlichen und vertraglichen Mitwirkungspflichten der Klägerin, dass ein Anlass zur Nachholung der Sachverhaltsaufklärung im gerichtlichen Verfahren - zumal nach einem Zeitablauf von vier Jahren zwischen Krankenhausbehandlung und gerichtlicher Geltendmachung der Behandlungsforderung - von Amts wegen nicht bestanden hat.

34

8. Die Einwände des Beigeladenen hiergegen greifen nicht durch.

35

a) Insbesondere stehen Patientenrechte oder § 203 StGB der Überlassung von Krankenunterlagen an den MDK nicht entgegen. Das entspricht ständiger Rechtsprechung des BSG, von der abzuweichen kein Anlass besteht. Der Beigeladene übersieht, dass die Bewilligung der Leistungen nach dem SGB V von der Krankenkasse erst nach Prüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgen kann und dazu die Kenntnis des entscheidungserheblichen Sachverhalts erforderlich ist. Dem stehen die Vorschriften über den Sozialdatenschutz nicht entgegen. Die dazu getroffenen Regelungen rechtfertigen keine Einschränkung der Sachaufklärungspflicht der Krankenkasse in dem Sinne, dass sie befugt oder gar verpflichtet wäre, einem Leistungsantrag stattzugeben, ohne dass die Anspruchsvoraussetzungen mit der notwendigen Gewissheit festgestellt sind. Vielmehr bestätigen die einschlägigen Vorschriften die trotz des Sozialdatenschutzes bestehende Sachaufklärungspflicht. Die Krankenkassen sind nach § 284 Abs 1 Satz 1 Nr 4, Abs 3 SGB V zur Erhebung, Speicherung und Verarbeitung von Sozialdaten berechtigt, soweit diese zur Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte erforderlich sind. Eine derartige Vorschrift genügt nach § 35 Abs 2 SGB I, § 67a Abs 1, Abs 2 Nr 2 Buchst b, aa), § 67b Abs 1, § 67c Abs 1 Satz 1 SGB X, um vom Datenschutz unabhängige Ermittlungsbefugnisse der Krankenkasse zu ermöglichen, ohne dass dafür jeweils das Einverständnis des Betroffenen erforderlich wäre. In diesem Sinne ist die Rechtsprechung des BSG ebenfalls zum Ergebnis gelangt, dass der Vertragsarzt trotz der sich aus § 203 StGB ergebenden Schweigepflicht auch ohne Einwilligung des Versicherten verpflichtet ist, der Krankenkasse die von ihm erhobenen Befunde und die Informationen über die bisherige Behandlung zur Verfügung zu stellen, um die Begutachtung einer geplanten Behandlung durch einen von der Krankenkasse beauftragten Sachverständigen zu ermöglichen (vgl zuletzt BSG SozR 4-1200 § 66 Nr 1 RdNr 19 unter Verweis auf BSGE 55, 150 = SozR 2200 § 368 Nr 8; ebenso für die Vorlage von Röntgenaufnahmen zur Qualitätsprüfung: BSGE 59, 172 = SozR 2200 § 368 Nr 9 mit Bestätigung durch BVerfG SozR 2200 § 368 Nr 10).

36

b) Eine Einschränkung der Mitwirkungspflicht des Krankenhauses ergibt sich schließlich auch nicht daraus, dass Krankenkasse und MDK zur Prüfung nur "im Einzelfall" berechtigt sind. Zwar besteht die Verpflichtung zur Auskunftserteilung nach § 100 Abs 1 SGB X im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften nur einzelfallbezogen. Damit ist indes - anders als der Beigeladene möglicherweise meint - kein Regel-Ausnahme-Verhältnis derart begründet, dass Prüfbefugnisse der Krankenkasse nur in besonders zu begründenden Ausnahmefällen bestehen. Das wäre mit dem Prüfauftrag der Krankenkasse unvereinbar. "Einzelfall" iS von § 100 Abs 1 SGB X meint vielmehr, dass die Auskunftsverpflichtung sich auf den jeweiligen Einzelfall zu beziehen hat und entsprechend zu begründen ist (vgl oben unter 4 b und c). Das ist hier ausreichend geschehen.

37

9. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 SGG iVm § 154 Abs 1 und Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung, die Streitwertfestsetzung auf § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und § 47 Abs 1 Gerichtskostengesetz.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2010-01-26