

B 3 KR 64/01 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Speyer (RPF)
Aktenzeichen
-

Datum
10.04.2000
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
-

Datum
01.03.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 64/01 R

Datum
23.07.2002
Kategorie
Urteil

Auf die Revision der Klägerin werden die Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 1. März 2001 und des Sozialgerichts Speyer vom 10. April 2000 abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 526,32 EUR sowie 238,67 EUR zu zahlen, nebst jeweils 2 % Zinsen über dem Diskontsatz bzw Basiszinssatz seit dem 6. Juli 1998 bzw 5. Oktober 1998. Die Beklagte hat der Klägerin die Kosten des Rechtsstreits zu erstatten.

Gründe:

I

Die klagende kreisfreie Stadt ist die Trägerin eines zur Versorgung von Versicherten zugelassenen Krankenhauses und Mitglied der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. Die bei der beklagten Ersatzkasse krankenversicherten Beigeladenen wurden von ihr im Mai bzw August 1998 stationär behandelt. Hierfür stellte die Klägerin der Beklagten die Fallpauschale 12.01 (Beigeladener zu 2) bzw Basis- und Abteilungspflegesätze und das Sonderentgelt 12.19 (Beigeladener zu 1) in Rechnung. Die Beklagte bezahlte lediglich die Kosten der Fallpauschale 12.03 (Beigeladener zu 2) bzw die Basis- und Abteilungs-pflegesätze sowie das Sonderentgelt 12.18 (Beigeladener zu 1). Gleichzeitig forderte sie die Arzt-, Operations- und Entlassungsberichte an. Zur Begründung führte sie aus, dass die Fallpauschale 12.01 und das Sonderentgelt 12.19, das ohnehin sehr selten anfallt, nur nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bezahlt werden könnten. Die Klägerin erwiderte, dass eine Überlassung von Unterlagen zu Abrechnungszwecken nicht zulässig sei.

Mit ihrer vor dem Sozialgericht (SG) Speyer erhobenen Klage hat die Klägerin von der Beklagten die Bezahlung der Differenzbeträge in Höhe von 526,32 EUR (Beigeladener zu 2) und 238,67 EUR (Beigeladener zu 1) nebst Zinsen begehrt. Das SG hat mit Urteil vom 10. April 2000 die Klage abgewiesen. Mit Urteil vom 1. März 2001 hat das Landessozialgericht (LSG) die Berufung der Klägerin zurückgewiesen und zur Begründung ausgeführt, das SG habe die Leistungsklage zu Recht abgewiesen, da der Beklagten nach [§ 273](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in entsprechender Anwendung ein Zurückbehaltungsrecht zustehe. § 36 Abs 3 Satz 1 Nr 6 Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz (LKG) sehe vor, dass eine Übermittlung von Patientendaten an Sozialleistungsträger zur Feststellung der Leistungspflicht und zur Abrechnung auch ohne Einwilligung des Patienten zulässig sei. Zutreffend habe das SG unter Hinweis auf die [§§ 275, 276](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) angenommen, dass ein Überprüfungsrecht der Krankenkassen (KK) hinsichtlich der Höhe der Abrechnung unter Einschaltung des MDK bestehe. Schließlich ergebe sich aus [§ 284 Abs 1 Satz 1 Nr 7](#) und 8 SGB V eine ausdrückliche Befugnis der KK, für die Abrechnung mit den Leistungserbringern Sozialdaten zu erheben.

Mit der vom Senat zugelassenen Revision rügt die Klägerin, das LSG habe Inhalt und Systematik der im Sozialgesetzbuch (SGB) enthaltenen Regelungen zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datenübermittlung verkannt. Die landesrechtliche Regelung des § 36 Abs 3 Satz 1 Nr 6 LKG komme als Grundlage eines Anspruchs der Beklagten auf Herausgabe der Patientenunterlagen nicht in Betracht, da sie durch die bundesgesetzlichen Spezialregelungen der [§§ 294, 301 SGB V](#) verdrängt werde, die den Umfang der von Krankenhäusern an die gesetzlichen KK zum Zwecke der Abrechnungsprüfung zu übermittelnden Daten abschließend regelten. Diese Rechtsauffassung werde von den Datenschutzbeauftragten des Bundes und des Landes Rheinland-Pfalz sowie dem Bundesversicherungsamt geteilt. Auch aus dem Regelungsgehalt der [§§ 275, 276 SGB V](#) lasse sich daher kein Anspruch der gesetzlichen KK bzw der Ärzte des MDK auf Auskunft bzw Herausgabe von Behandlungsunterlagen zum Zwecke der Abrechnungsprüfung gegenüber zugelassenen Krankenhäusern ableiten. Gleiches gelte für den in Rheinland-Pfalz geltenden Landesvertrag nach [§ 112 Abs 2 Nr 2 SGB V](#) vom 25. März 1991 (Krankenhausüberprüfungsvertrag (KÜV)), da sich dieser ausschließlich auf die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung beziehe. Ohnehin gehe die Rechtsauffassung des LSG, wonach der Beklagten ein Zurückbehaltungsrecht in entsprechender Anwendung des [§ 273 BGB](#) zustehe, bereits deshalb fehl, weil der in Rheinland-Pfalz unmittelbar verbindliche Landesvertrag

nach [§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 25. März 1991 (Krankenhausbehandlungsvertrag (KBV)) ein solches Zurückbehaltungsrecht gerade nicht vorsehe. § 9 Abs 6 KBV verpflichtet die KK vielmehr, die Rechnung innerhalb von 14 Kalendertagen zu bezahlen, wobei auch nach Bezahlung Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art geltend gemacht und Differenzbeträge verrechnet werden könnten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 1. März 2001 und das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 10. April 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 526,32 EUR nebst 2 % Zinsen über dem Diskontsatz/ Basiszinssatz seit dem 6. Juli 1998 sowie 238,67 EUR nebst 2 % Zinsen über dem Diskontsatz/Basiszinssatz seit dem 5. Oktober 1998 zu zahlen, hilfsweise, das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 1. März 2001 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

Die im Revisionsverfahren mit ihrer Zustimmung Beigeladenen haben sich nicht geäußert und keine Anträge gestellt.

II

Die Revision der Klägerin ist begründet.

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zulässig. Bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine KK geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. [BSGE 86, 166](#), 167 f = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#)). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm dem am 1. April 1991 in Kraft getretenen KBV zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V., den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen. Wie der Senat bereits im Urteil vom 17. Mai 2000 ([BSGE 86, 166](#), 168 = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#)) festgestellt hat, entsteht die Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen KK unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Der Behandlungspflicht der zugelassenen 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) nach Maßgabe der Bundespflegegesetzverordnung (BPfV) in der Pflegegesetzvereinbarung zwischen KK und Krankenträgern festgelegt wird (vgl. Peters/Hencke HdB der KV, SGB V, Bd 3, Stand 1. Oktober 2001, § 109 RdNr 10). § 16 Satz 1 Nr 1 KHG in der hier maßgeblichen Fassung vom 23. Juni 1997 ermächtigt die Bundesregierung, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Pflegesätze der Krankenhäuser zu erlassen. Die Entgelte wurden bis zum 31. Dezember 1997 in der eingangs genannten Rechtsverordnung bestimmt (§ 17 Abs 2a Satz 2 KHG). In § 17 Abs 2a Satz 7 KHG hat der Gesetzgeber darüber hinaus angeordnet, dass die in der BPfV bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte ab 01. Januar 1998 als vertraglich vereinbart zu gelten haben. Nach § 10 Abs 1 Nr 1 und 2 BPfV in der hier maßgeblichen Fassung vom 09. Dezember 1997 werden die allgemeinen Krankenhausleistungen durch Pflegesätze nach § 11 (Fallpauschalen und Sonderentgelte) bzw einen Gesamtbetrag nach § 12 (Budget) sowie tagesgleiche Pflegesätze nach § 13 vergütet. Der als Anlage zur BPfV bekannt gemachte "Bundesweite Fallpauschalen-Katalog für Krankenhäuser" (Anl 1 zu § 11 Abs 1 BPfV) in der hier maßgeblichen Fassung der 5. Änderungsverordnung zur BPfV vom 09. Dezember 1997 enthält in Gruppe 12 (Operationen am Verdauungstrakt) die von der Klägerin geltend gemachte Fallpauschale 12.01 (Cholezystitis/Cholezystolithiasis, akut - Cholezystektomie, offen chirurgisch). Gleiches gilt für das von der Klägerin geltend gemachte Sonderentgelt, das in dem als Anlage zur BPfV bekannt gemachten "Bundesweiten-Sonderentgelt-Katalog" (Anl 2 zu § 11 Abs 2 BPfV) in der hier maßgeblichen Fassung der 5. Änderungsverordnung zur BPfV vom 09. Dezember 1997 unter Nr 12.19 (Operation eines Mittellinien- oder Bauchnarbenbruchs mit Plastik) enthalten ist. Hinsichtlich der Höhe der abgerechneten Fallpauschale 12.01 bzw des Sonderentgelts 12.19 besteht kein Streit zwischen den Beteiligten. Die Beklagte hat lediglich Zweifel, ob das Krankenhaus der Klägerin die der Fallpauschale 12.01 bzw dem Sonderentgelt 12.19 zu Grunde liegende Leistung auch tatsächlich erbracht hat.

Diese Zweifel geben der Beklagten jedoch kein Recht, die Zahlung des Differenzbetrages zu verweigern, bis diese Zweifel ausgeräumt sind. Auf Grund des KBV ist die Beklagte auch dann zur Bezahlung einer - wie hier - formal ordnungsgemäß erstellten Krankenhausrechnung verpflichtet, wenn sie Einwendungen gegen die Richtigkeit der Abrechnung hinsichtlich der angewendeten Fallpauschalen und Sonderentgelte hat. Denn nach den vertraglichen Regelungen des KBV wird die Fälligkeit einer Krankenhausabrechnung von derartigen Beanstandungen nicht berührt. Zwar sind dessen Vorschriften als Landesrecht nicht revisibles Recht iS des [§ 162 SGG](#). Gleichwohl kann der Senat den KBV auf den hier zu beurteilenden Sachverhalt anwenden, weil die Vorinstanzen die Regelung völlig unberücksichtigt gelassen haben (vgl. [BSGE 7, 122](#), 125).

Nach § 9 Abs 6 Satz 1 KBV hat die KK die Rechnung eines Krankenhauses innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Der Beklagten ist zwar insoweit zuzustimmen, als sie jede Rechnung auf ihre Richtigkeit hin überprüfen kann. Durch diese Prüfung wird die in § 9 Abs 6 Satz 1 KBV vereinbarte Zahlungsfrist allerdings nicht gehemmt. Vielmehr ist nach § 9 Abs 7 KBV das Krankenhaus berechtigt, bei jeder Überschreitung der Zahlungsfrist Verzugszinsen in Höhe von 2 % über dem Diskontsatz der Deutschen Bundesbank zu berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Auch wenn Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art bestehen, ist die KK danach gehalten, die Rechnung zur Vermeidung des Verzugs bis zum Ablauf der vereinbarten Zahlungsfrist zu begleichen. Dies ergibt sich mittelbar aus der Regelung des § 9 Abs 6 Satz 4 KBV, die sicherstellen soll, dass mit der zügigen Bezahlung des geforderten Betrages nicht zugleich auch die Anerkennung der Richtigkeit der Rechnung verbunden ist. Danach ist den KK nämlich ausdrücklich erlaubt, diese Einwendungen nach Bezahlung der Rechnung geltend zu machen und gegen spätere Rechnungen mit Rückzahlungsansprüchen aufzurechnen. Demnach ist

es den KK auch nicht gestattet, bei beanstandeten Rechnungen lediglich den unbestrittenen Teil der Forderung gleichsam als Vorschusszahlung unter Zurückbehaltung des bestrittenen Anteils bis zur abschließenden Klärung zu leisten.

Entgegen der Rechtsauffassung der Vorinstanzen hat die Beklagte gegenüber der Klageforderung schon deshalb kein Zurückbehaltungsrecht wegen eines Anspruchs auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen zum Zwecke der Abrechnungsprüfung in entsprechender Anwendung des [§ 273 BGB](#). Eine Zahlungspflicht der KK besteht nur dann nicht, wenn schon keine formal ordnungsgemäße Abrechnung des Krankenhauses vorliegt. Es steht zwischen den Beteiligten jedoch außer Streit, dass die Abrechnungen der Klägerin die nach [§ 9 Abs 3 KBV iVm II Nr 5 der Anl zum KBV](#) erforderlichen Angaben enthalten und damit formal ordnungsgemäß sind.

Die vertraglichen Regelungen des [§ 9 Abs 6 KBV](#) sind auch in dieser Form gesetzeskonform. Sie verstoßen insbesondere nicht gegen das SGB V, da sie das Prüfungsrecht der KK hinsichtlich der tatsächlichen Erbringung einer abgerechneten Leistung und ihr Recht, nur tatsächlich erbrachte Leistungen zu bezahlen, unberührt lassen. Der KBV soll entsprechend dem ausdrücklichen Wortlaut des [§ 112 Abs 1 SGB V](#) sicherstellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen. Den KK ist in erweiternder Auslegung des Gesetzeswortlauts des [§ 275 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) in der noch gültigen Fassung das Recht zuzubilligen, eine Krankenhausabrechnung auch rechnerisch bzw sachlich zu überprüfen. Seinem Wortlaut nach regelt [§ 275 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) zwar lediglich die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen; es soll überprüft werden, ob sich die Behandlung auf das medizinisch Ausreichende, Zweckmäßige und Notwendige beschränkt oder ob sie nach ihrem Umfang darüber hinausgeht. Die Abrechnungsprüfung hingegen ist auf die Feststellung gerichtet, welchen Fallpauschalen bzw Sonderentgelten die Leistungen des Krankenhauses sachlich zuzuordnen sind und ob die Abrechnung auch rechnerisch richtig ist. Gleichwohl wird die Abrechnungsprüfung vom Regelungsgehalt des [§ 275 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) mitumfasst, da sie der dort geregelten Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendigerweise vorgeschaltet ist. Sie spielte nur, solange die Krankenhausleistungen ganz überwiegend nach tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet wurden, praktisch keine besondere Rolle und erschien deshalb nicht ausdrücklich regelungsbedürftig. Das hat sich mit der Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte geändert. Dies zeigt sich nunmehr an der durch Art 1 Nr 6b des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz (FPG)) vom 23. April 2002 ([BGBl I 1412](#)) mit Wirkung zum 1. Januar 2003 vorgesehenen Änderung des [§ 275 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#), wodurch die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung ausdrücklich in den Gesetzeswortlaut aufgenommen worden ist. Nach dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit ([BT-Drucks 14/7862](#), 6) handelt es sich hierbei aber lediglich um eine "Klarstellung, dass in Einzelfällen bei Auffälligkeiten auch die Rechnungslegung durch den MDK geprüft werden kann". Dem ist als rechtliche Erläuterung zuzustimmen.

Die für die sachlich-rechnerische Überprüfung einer Krankenhausabrechnung gegebenenfalls erforderliche Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen der Versicherten können die KK indessen auch unbeschadet ihrer Vorleistungspflicht nach dem KBV nicht verlangen. Sie sind insoweit vielmehr auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen. Nach [§ 284 Abs 1 Satz 1 Nr 7](#) und 8 SGB V sind die KK zwar befugt, Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung zu erheben, soweit dies für die Beteiligung des MDK ([§ 275 SGB V](#)) bzw zur Abrechnung mit den Leistungserbringern erforderlich ist. Bei wem die Sozialdaten erhoben werden dürfen, bestimmt die Vorschrift allerdings nicht. Dies richtet sich vielmehr nach [§ 67a](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X), da nach [§ 37 Satz 2](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) iVm [§ 35 Abs 2 SGB I](#) die Erhebung von Sozialdaten durch die KK nur unter den Voraussetzungen des Zweiten Kapitels des SGB X zulässig ist. Nach [§ 67a Abs 2 Satz 2 Nr 2 Buchst a](#)) SGB X dürfen Sozialdaten ohne Mitwirkung des Betroffenen bei anderen als den in [§ 35 SGB I](#) bzw in [§ 69 Abs 2 SGB X](#) genannten Stellen oder Personen, mithin auch bei Krankenhäusern, nur erhoben werden, wenn eine Rechtsvorschrift die Erhebung bei ihnen zulässt oder die Übermittlung an die erhebende Stelle ausdrücklich vorschreibt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nach der Begründung des Gesetzentwurfs der Sozialdatenschutz allein den Regelungen des Sozialgesetzbuchs unterliegt ([BT-Drucks 12/5187](#), 36). Als Vorschrift, die die Einsichtnahme der KK in die Behandlungsunterlagen der Versicherten ausdrücklich zulässt, kommt lediglich [§ 100 Abs 1 Satz 1 Nr 1, Satz 3 SGB X](#) in Betracht. Danach sind die Krankenhäuser verpflichtet, im Einzelfall den KK auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung ihrer Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich und gesetzlich zugelassen ist. Die Übermittlung von Behandlungsunterlagen wird hiervon aber nicht erfasst. Denn der Begriff "Auskunft" ist bereits seinem Wortsinn nach etwas anderes als "die Herausgabe der Unterlagen". Dies zeigt vor allem auch die Regelung des [§ 276 Abs 1 Satz 1 SGB V](#), wonach die KK verpflichtet sind, dem MDK die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Eine Vorschrift, die eine Übermittlung der Behandlungsunterlagen an die KK ausdrücklich vorschreibt, ist nicht ersichtlich. [§ 301 SGB V](#) zählt aus datenschutzrechtlichen Gründen abschließend auf, welche Angaben den KK bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten zu übermitteln sind (vgl [BT-Drucks 12/3608](#), 112). Dazu gehören insbesondere die Stammdaten des Versicherten, die Institutionenkennzeichen von KK und Krankenhaus, 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 aber die Behandlungsunterlagen der Versicherten, die in [§ 301 SGB V](#) keine Erwähnung finden. Zwar können nach [§ 67a Abs 2 Satz 2 Nr 2 Buchst b](#)) SGB X bei Krankenhäusern Sozialdaten auch dann ohne Mitwirkung des Betroffenen erhoben werden, wenn die Aufgaben der KK nach dem Sozialgesetzbuch ihrer Art nach eine Erhebung bei anderen Personen oder Stellen erforderlich machen ([§ 67a Abs 2 Satz 2 Nr 2 Buchst b DBuchst aa](#)) oder die Erhebung beim Betroffenen einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde ([§ 67a Abs 2 Satz 2 Nr 2 Buchst b DBuchst bb](#)). Ein Anspruch der KK, die für erforderlich gehaltenen Behandlungsunterlagen vom Adressaten der Erhebung zu erhalten, lässt sich aus der Vorschrift allerdings nicht ableiten (vgl Kass Komm - Scholz, Sozialversicherungsrecht, Bd 2, Stand 1. April 2002, [§ 67a SGB X](#) RdNr 7; im Ergebnis ebenso Meschke/Dahm, MedR 2002, 346, 350).

Die Befugnis zur Datenerhebung und zur Datenübermittlung ist streng zu unterscheiden. Die gesetzliche Ermächtigung der KK zur Datenerhebung besagt lediglich, dass sich die KK die Daten über den Versicherten beschaffen dürfen. Daraus folgt allerdings noch nicht, dass die Personen oder Stellen, bei denen die Daten angefordert werden, ihrerseits auch zur Übermittlung befugt oder gar verpflichtet sind (vgl Rheinland-Pfalz LT-Drucks 14/486, 63). So werden in den [§§ 284 bis 293 SGB V](#) (Zehntes Kapitel, 1. Abschnitt) die Informationsgrundlagen, insbesondere die Datenerhebungsbefugnisse der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt, während in den [§§ 294 bis 303 SGB V](#) (Zehntes Kapitel, 2. Abschnitt) spiegelbildlich die entsprechenden Pflichten der Leistungserbringer zur Datenübermittlung bestimmt werden. Auch das SGB X regelt im Zweiten Kapitel (§§ 67 bis 85a) die Voraussetzungen, unter denen die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung von Sozialdaten durch Leistungsträger wie die KK zulässig ist, während die Auskunftspflichten Dritter gegenüber den Leistungsträgern Gegenstand des Dritten Kapitels des SGB X (§§ 86 bis 119) sind.

Die Einsichtnahme der KK selbst in die Behandlungsunterlagen der Versicherten ist aber auch nicht zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem

SGB zwingend erforderlich ([§ 67a Abs 1 Satz 1 SGB X](#) iVm [§ 284 Abs 1 Satz 1 Nr 7](#) und 8 SGB V). Weder für die Abrechnung mit den Leistungserbringern ([§ 284 Abs 1 Satz 1 Nr 8 SGB V](#)) noch für die Beteiligung des MDK ([§ 284 Abs 1 Satz 1 Nr 7 SGB V](#)) müssen die KK selbst Einsicht in die Behandlungsunterlagen nehmen können. Vielmehr reicht es aus, nach [§ 275 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) bei Zweifeln an der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Dieser ist im Falle einer Abrechnungsprüfung nach [§ 276 Abs 2 Satz 1](#), 2. Halbsatz SGB V ausdrücklich ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern, und nach [§ 277 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) verpflichtet, den KK die notwendigen Informationen, dh das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund, mitzuteilen. Ob sich bei einem anschließenden Rechtsstreit aus prozessualen Gründen ein weiter gehendes Recht auf Einsichtnahme in die Original-Unterlagen ergeben kann, ist hier nicht zu entscheiden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1, 4 Satz 2 SGG](#) iVm § 116 Abs 2 Nr 1 Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung (BRAGO) in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG-Änderungsgesetzes (6. SGGÄndG) vom 17. August 2001 ([BGBl I, 2144](#)) am 2. Januar 2002 geltenden alten Fassung. Diese kommt hier noch zur Anwendung, da es sich vorliegend um ein Verfahren nach [§ 197a SGG](#) neue Fassung handelt, das vor Inkrafttreten des 6. SGGÄndG rechtshängig geworden ist ([Art 17 Abs 1 Satz 2](#) 6. SGGÄndG; vgl Bundessozialgericht (BSG), Urteile vom 11. April 2002 - [B 3 KR 25/01 R](#)- und vom 30. Januar 2002 - [B 6 KA 12/01 R](#) -) und bei dem auch das Rechtsmittel vor dessen In-Kraft-Treten eingelegt worden ist (vgl BSG Urteil vom 19. März 2002 - [B 1 KR 34/00 R](#) - alle zur Veröffentlichung vorgesehen).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-19