

# LANDESÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG

## MIT DEN BEZIRKSÄRZTEKAMMERN

### **Merkblatt** **Auskunftspflicht des Arztes gegenüber Leistungsträgern** **des Sozialgesetzbuches**

Stand: August 2008

Gliederung	Seite
I. Ausgangslage	1
II. Gesetzliche Grundlagen für die Auskunftspflicht	2
III. Anfragen von Unfallversicherungsträgern	2
IV. Anfragen von Rentenversicherungsträgern	2
V. Anfragen der Versorgungsverwaltung	2
VI. Anfragen der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung	3
VII. Übermittlungspflichten der zugelassenen Krankenhäuser	6
VIII. Mitwirkungspflicht des Antragstellers nach § 60 SGB I - Einwilligung des Versicherten zur Übermittlung von Sozialdaten	7
IX. Anfragen von Sozialämtern	8
X. Anfragen der Pflegekassen	8
XI. Anfragen der Bundesagentur für Arbeit und der örtlichen Arbeitsagenturen	8
XII. Rechtsfolgen einer unberechtigten Auskunftsverweigerung	9
XIII. Auskunftspflichten nach dem Tod des Versicherten	9
XIV. Vergütung	9

Gesetzliche Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, Rentenversicherungsträger und die Versorgungsverwaltung in den Landratsämtern fordern von Ärzten in Krankenhäusern und Praxen in zunehmendem Umfang Auskünfte zu den gesundheitlichen Verhältnissen von Versicherten an. Teilweise werden auch gleich die gesamten Patientenunterlagen einschließlich der Krankenhausentlassungsberichte angefordert.

Der Verwaltungsaufwand für die Ärzteschaft ist erheblich. Auch bestehen vielfach Unsicherheiten im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht (§ 203 StGB), die Wahrung des Sozialgeheimnisses (§ 35 SGB I) und mögliche Vergütungsansprüche. Sie sollen durch dieses Merkblatt beseitigt werden.

#### **I. Ausgangslage**

Ausgangspunkt der Überlegungen ist zunächst die Tatsache, dass jeder Arzt die ärztliche Schweigepflicht zu beachten hat. Sie gilt auch gegenüber Sozialleistungsträgern. Verstößt der Arzt vorsätzlich gegen die ärztliche Schweigepflicht, kann er mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu 1 Jahr bestraft werden (§ 203 StGB).

An das im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung geltende Sozialgeheimnis (§ 35 Abs. 1 SGB I) ist der (Vertrags-)Arzt dagegen nicht gebunden. Es ist von den Leistungsträgern der gesetzlichen Sozialversicherung zu beachten. Das sind u. a. die Unfall-, Renten- und Krankenversicherungsträger, also die Berufsgenossenschaften, die Deutsche Rentenversicherung Bund (ehemalige BfA), die Deutsche Rentenversicherung der Bundesländer (ehemalige LVAen) und die gesetzlichen Krankenkassen (§§ 21 Abs. 2, 22 Abs. 2 und 23 Abs. 2 SGB I).

## II. Gesetzliche Grundlagen für die Auskunftspflicht

Das Recht der an das Sozialgeheimnis gebundenen und zuvor genannten Leistungsträger, Auskünfte bei (Vertrags-)Ärzten einholen zu können, ergibt sich aus § 100 SGB X. Hiernach ist der (Vertrags-)Arzt verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, **soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich und**

1. es gesetzlich zugelassen ist
- oder
2. der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat.

Auskünfte können also überhaupt nur verlangt werden, soweit sie der Leistungsträger im **Einzelfall** für die Durchführung seiner Aufgaben benötigt. Da sich § 100 SGB X nur an Vertragsärzte, Ärzte im Krankenhaus und Angehörige anderer Heilberufe richtet, können nur Auskünfte über die Gesundheit/Krankheit des Patienten und deren Bewertung verlangt werden. Das Auskunftsbegehren muss sich auf den Einzelfall und den konkreten Sachverhalt beschränken. Der Leistungsträger muss konkrete Fragen stellen. Mehrseitige Vordrucke braucht der (Vertrags-)Arzt nur dann auszufüllen, wenn der konkrete Leistungsfall dazu Veranlassung gibt.

## III. Anfragen von Unfallversicherungsträgern

Im **Recht der Unfallversicherung** (SGB VII) bestehen gemäß §§ 201, 203 SGB VII **gesetzliche Verpflichtungen** des Arztes **zur Auskunftserteilung** gegenüber den Trägern der Unfallversicherung, den Berufsgenossenschaften. (Vertrags-)Ärzte, die an einer Unfallheilbehandlung beteiligt sind, sind verpflichtet, Patientendaten, die für ihre Entscheidung, eine Unfallheilbehandlung durchzuführen, maßgeblich waren, an die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen zu übermitteln. Daten über die Behandlung und den Zustand des Versicherten sowie andere personenbezogene Daten müssen weitergegeben werden, soweit dies für Zwecke der Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist (§ 201 SGB VII). **Der (Vertrags-)Arzt muss den Versicherten über seine gesetzliche Auskunftspflicht informieren.**

Ärzte, die nicht an der Unfallheilbehandlung beteiligt sind, sind verpflichtet, den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen auf Verlangen Auskunft über die Behandlung, den Zustand sowie über Erkrankungen und frühere Erkrankungen des Verletzten zu erteilen, soweit dies für die Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist (§ 203 SGB VII). Einer Einwilligungserklärung des Unfallversicherten bedarf es nicht.

## IV. Anfragen von Rentenversicherungsträgern

Im **Recht der Rentenversicherung** (SGB VI) besteht gegenüber der Deutschen Rentenversicherung keine gesetzliche Verpflichtung des (Vertrags-)Arztes zur Auskunftserteilung. Nach vielfach vertretener Auffassung ist jedoch in der Stellung eines Rentenantrags die konkludente Einwilligung des Betroffenen zur Beiziehung medizinischer Unterlagen, die zur Prüfung der Rentenbewilligung notwendig sind, zu sehen. Nach anderer Auffassung, der wir uns anschließen, **muss immer eine ausdrückliche Einwilligungserklärung eingeholt**, also eine aktuelle Entbindungserklärung des jeweiligen Arztes von der Schweigepflicht verlangt werden.

## V. Anfragen von Versorgungsverwaltung

Im Verhältnis des Arztes zur Versorgungsverwaltung (Recht der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden) gilt § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB IX i. V. m. § 12 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung. Hiernach sind die Versorgungsverwaltungen in den Landratsämtern berechtigt, von Ärzten Auskünfte einzuholen und Untersuchungsunterlagen zur Einsicht beizuziehen. Die Versorgungsverwaltung muss jedoch hierzu immer das Einverständnis des Versorgungsberechtigten einholen.

Da die Landratsämter in ihren Häusern über eigene Ärzte verfügen, bezieht sich der Auskunftsanspruch der Landratsämter bei Fragen zum Behindertenrecht in der Regel auf die Verpflichtung zur Herausgabe der Krankenunterlagen in Kopie gegen Bezahlung. Soweit die Landratsämter allerdings im Einzelfall einen Befundschein wünschen, kann davon ausgegangen werden, dass der Versorgungsverwaltung keine anderen Beweismittel zur Verfügung stehen oder diese nur mit unverhältnismäßigem Aufwand beschafft werden können. In diesem Fall ist der Arzt gemäß § 21 Abs. 3 SGB X verpflichtet, auf der Grundlage seiner Patientendatei einen Befundschein (Befundbericht) zu erstellen; eine gutachtliche Stellungnahme ist nicht erforderlich. Nach Nr. 200 der Anlage 2 (zu § 10 Abs. 1) JVEG wird der vom Arzt zu erstellende Befundschein mit 21 € vergütet (inklusive Schreibgebühr, zuzüglich Portokosten). Werden (darüber hinaus) Kopien von ärztlichen Unterlagen von der Behörde angefordert, werden nach § 7 JVEG 0,50 € je Seite für die ersten 50 Seiten und 0,15 € für jede weitere Seite erstattet.

## VI. Anfragen der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Äußerst schwierig geregelt ist die Auskunftspflicht des (Vertrags-)Arztes im Verhältnis zu den **Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung**. Im System der gesetzlichen Krankenversicherung gilt das Naturalleistungsprinzip. Versicherte haben ambulant wie stationär nach Vorlage der Krankenversichertenkarte **ohne vorherige Leistungsprüfung** Anspruch auf ärztliche Leistungen in natura. In bestimmten Fällen haben die Krankenkassen jedoch weiterhin die Aufgabe, vor Leistungsgewährung den Leistungsanspruch des Versicherten zu genehmigen und/oder seine Fortdauer während der Behandlung zu überprüfen. Dementsprechend bestehen im gesetzlich vorgegebenen Rahmen Auskunftsansprüche gegen den behandelnden (Vertrags-)Arzt.

Der Medizinische Dienst hat die Notwendigkeit der jeweiligen Leistungsgewährung auf Veranlassung einer Krankenkasse zu überprüfen, wenn es um die Kostenübernahme bei einer Behandlung im Ausland, die Gewährung ambulanter Vorsorgekuren, die Bewilligung stationärer Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter, die Verlängerung der häuslichen Krankenpflege über 4 Wochen, die Bewilligung ambulanter und stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auch für Mütter und Väter, und schließlich die Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit geht (§ 275 Abs. 2 SGB V). Darüber hinaus kann die Krankenkasse den Medizinischen Dienst einschalten, wenn Fragen der Leistungserbringung ganz allgemein, insbesondere Fragen zu Art und Umfang der Leistung, der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe und des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit beantwortet werden sollen.

Schließlich kann es Auskunftsansprüche der Krankenkasse oder des Medizinischen Dienstes bei solchen Überprüfungen geben, die die Krankenkasse durchführen kann, aber nicht durchführen muss, nämlich vor Bewilligung eines Hilfsmittels sowie bei der Frage, welche Art der Dialysebehandlung, Zentrumsdialyse, Limited-Care-Dialyse, Heimdialyse im Einzelfall notwendig und wirtschaftlich ist (§ 275 Abs. 3 SGB V).

Haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 - 3 SGB V eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlasst, sind die Leistungserbringer, insbesondere die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes **unmittelbar an diesen** zu übermitteln, **soweit dies für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist** (§ 276 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V; § 62 BMV-Ä/PK; § 19 BMV-Ä/EK). Die Übermittlung der personenbezogenen Daten an den Medizinischen Dienst zur Prüfung und gutachterlichen Stellungnahme nach § 275 Abs. 1 - 3 SGB V erfolgt zwar zunächst durch die Krankenkassen (siehe § 276 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Im Rahmen der Prüfung können sich für den Medizinischen Dienst jedoch zusätzliche medizinische Fragen ergeben, deren Beantwortung aus den von den Krankenkassen übermittelten Unterlagen nicht zu entnehmen ist. Um diesen zusätzlichen Informati-

onsbedarf zu decken, ist jeder (Vertrags-)Arzt verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Abs. 1 - 3 SGB V notwendigen und vom Medizinischen Dienst angeforderten Auskünfte unmittelbar dem Medizinischen Dienst zu geben. Die gesetzliche Einschränkung („soweit ... erforderlich ist“) setzt aber eine konkrete Fragestellung durch den Arzt des Medizinischen Dienstes voraus.

Zweifelhaft und umstritten ist insbesondere, ob mit § 276 Abs. 2 SGB V eine Verpflichtung des Arztes verbunden ist, bei stationärem Aufenthalt des Patienten den gesamten Entlassungsbericht herauszugeben. Nach der Begründung des Regierungsentwurfs zu § 276 (BT-Drucksache 12/5187, S. 32) stellt § 276 Abs. 2 SGB V eine Rechtsgrundlage für die Übermittlung des Krankenhausentlassungsberichtes an den Medizinischen Dienst dar, soweit dies für seine Aufgaben erforderlich ist. In der Rechtsprechung wird dies teilweise, vgl. zuletzt LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 11.09.1995, Der Arzt und sein Recht 1/96, S. 19 ff., in Frage gestellt. Dieser Meinung schließen wir uns an, soweit es um die Herausgabe von Krankenhausentlassungsberichten durch den **niedergelassenen Vertragsarzt** an den Medizinischen Dienst geht. Denn 1. ist ein Arzt im Krankenhaus Urheber des Berichts, 2. kann der Medizinische Dienst das Krankenhaus um Herausgabe bitten und 3. hat der Medizinische Dienst sogar ein gesetzlich eingeräumtes Betretungsrecht für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, um Krankenunterlagen einzusehen (§ 278 Abs. 4 SGB V). Niedergelassene Vertragsärzte brauchen also die ihnen übersandten Krankenhausentlassungsberichte an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nur dann herauszugeben, wenn ihnen im Einzelfall eine aktuelle Entbindungserklärung des Versicherten von der Schweigepflicht = Einwilligung vorliegt.

Ebenfalls zweifelhaft und umstritten war die Frage, ob der Vertragsarzt die Krankenunterlagen sowohl dem Medizinischen Dienst als auch der gesetzlichen Krankenkasse vorlegen muss. Das LSG Baden-Württemberg hat dies 1996 bejaht (Urt. vom 11.12.1996, Az.: L 5 Ka 1130/95, MedR 1997, S. 331, 334). Dagegen hat das BSG in zwei Entscheidungen aus den Jahren 2002 (Urt. vom 23.07.2002, Az.: B 3 KR 64/01 R) und 2003 (Urt. vom 28.05.2003, Az.: B 3 KR 10/02 R) im Verhältnis zwischen zugelassenen Krankenhäusern und den gesetzlichen Krankenkassen dezidiert entschieden dass letzteren kein direkter Herausgabeanspruch gegenüber dem Krankenhaus zusteht. Dieser Rechtsanspruch folge weder aus dem bisherigen noch aus dem neuen Recht. Das gilt dann selbstverständlich ebenso im Verhältnis zwischen einer gesetzlichen Krankenkasse und dem Vertragsarzt. Der Anforderung eines Arztberichts durch eine gesetzliche Krankenkasse braucht der Vertragsarzt also nicht Folge zu leisten.

Auskunftsansprüche der Krankenkassen oder des Medizinischen Dienstes ergeben sich außerdem aus § 275 Abs. 4 SGB V. Nach § 275 Abs. 4 sollen "die Krankenkassen und ihre Verbände bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3 genannten Aufgaben im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse." Zu diesen Aufgaben der Krankenkassen gehört unter anderem, bei einer Kassenärztlichen Vereinigung die Festsetzung eines Schadensregresses zu beantragen. Die Zuweisung dieser Aufgabe umfasst auch die Zuständigkeit und Pflicht, die dafür erforderliche substantiierte Prüfung vorzunehmen. Hierfür müssen die Krankenkassen die Möglichkeit haben, die Befundunterlagen zu prüfen oder durch ihren Medizinischen Dienst prüfen zu lassen. Hieraus resultiert eine entsprechende Vorlagepflicht des Vertragsarztes (LSG Baden-Württemberg, Urt. vom 11.12.1996, Az.: L R Ka 1130/95, MedR 1997, S. 331, 333).

Weitere gesetzliche Auskunfts- und Übermittlungspflichten des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes sind in den §§ 294 ff. SGB V geregelt. Gemäß

§ 294 SGB V sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen **Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und** gemäß den nachstehenden Vorschriften **den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen mitzuteilen.**

So haben der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt, weitere ärztliche geleiteten Einrichtungen und die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser die Verpflichtung, Krankheitsursachen und den möglichen Verursacher sowie drittverursachte Gesundheitsschäden den Krankenkassen mitzuteilen, wenn die Leistungserbringer Anhaltspunkte dafür haben, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Infektionsschutzgesetzes ist. Auch für drittverursachte Gesundheitsschäden besteht eine Mitteilungspflicht der Leistungserbringer, wenn diesen Hinweise auf solche drittverursachten Gesundheitsschäden vorliegen (§ 294 a SGB V).

Weiter hat der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt bei der Abrechnung ärztlicher Leistungen die **Pflicht**, in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und in den Abrechnungsunterlagen die **Diagnose anzugeben**, die wesentlicher Bestandteil der ordnungsgemäßen Leistungsbeschreibung ist. Die Angabe der Diagnose dient den verschiedenen Prüftatbeständen. Die Diagnosen *müssen* nach dem 4-stelligen Schlüssel der internationalen Klassifikation der Krankheiten verschlüsselt werden (§ 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Bei den ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden abgeschlossenen Verträgen zu integrierten Versorgungsformen (§§ 140 a ff. SGB V), hausarztzentrierter Versorgung (§ 73 b SGB V), besonderer ambulanter ärztlicher Versorgung (§ 73 c SGB V) sowie den Verträgen zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen und zur Behandlung spezieller Erkrankungen (§ 116 b SGB V) haben Ärzte, ärztlich geleitete Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren sowie Krankenhäuser die Diagnosen direkt an diejenige Krankenkasse zu übermitteln, mit der sie die Verträge abgeschlossen haben.

Gemäß § 295 Abs. 2 a SGB V haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überdies die Pflicht, Angaben über Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen für eine spätere Leistungsgewährung erforderlich sind, aufzuzeichnen und den Krankenkassen zu übermitteln. Hierzu gehören insbesondere Angaben zur Feststellung der Voraussetzungen von Leistungsansprüchen bei Krankenhausbehandlung, medizinischen Leistungen zur Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation sowie zur Feststellung der Voraussetzungen der Kostenerstattung und zur Leistung von Zuschüssen. Diese Verpflichtung gilt seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) am 01.01.2004 auch für die Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge abgeschlossen haben und gilt damit auch für Krankenhäuser, die mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen und zur Behandlung spezieller Erkrankungen abgeschlossen haben.

Das GMG hat in § 295 Abs. 4 SGB V überdies die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren verpflichtet, die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern der Kassenärztlichen Vereinigung zu übermitteln.

Auch im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 106 SGB V bestehen seit Inkrafttreten des GMG erweiterte Auskunft- und Mitteilungspflichten der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte. Diese sind gemäß § 296 Abs. 4 SGB V jetzt verpflichtet, bei Prüfungen, die das Überschreiten des Richtgrößenvolumens zum Gegenstand haben, den Prüfungsstellen- die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen. Auch hier müssen auf Verlangen die Diagnosen versichertenbezogen mitgeteilt werden.

Schließlich regelt § 298 SGB V, dass der behandelnde (Vertrags-)Arzt verpflichtet ist, im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 136 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung ärztliche Unterlagen mit versichertenbezogenen Angaben zu offenbaren. Auch insoweit ist der (Vertrags-)Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.

Ob die in §§ 294 ff. SGB V geregelten Übermittlungspflichten auch eine ausreichende gesetzliche Verpflichtung des Vertragsarztes zur Auskunftserteilung bei Anfragen im Einzelfall bilden, ist höchst zweifelhaft. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang auf § 36 Bundesmantelvertrag/Ärzte-Primärkassen, § 18 Bundesmantelvertrag/Ärzte-Ersatzkassen i. V. m. der Vordruckvereinbarung hinzuweisen. Hiernach ist der Vertragsarzt verpflichtet, die zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen schriftlichen Informationen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten) auf Verlangen an die Krankenkasse zu übermitteln. Die hiernach geforderte Auskunftspflicht geht nach ihrem Wortlaut über die in §§ 294 ff. SGB V genannten Übermittlungsbefugnisse und -pflichten teilweise hinaus, ist aber vom Gesetz nur so weit gedeckt, wie oben beschrieben (so auch der Bundesbeauftragte für den Datenschutz in seiner Stellungnahme vom 08.06.2005, s.o.). Abgesehen von den Fällen der gesetzlichen Offenbarungspflichten in § 294 a SGB V, § 296 Abs. 4 SGB V und § 298 SGB V, aufgrund derer kraft Gesetzes einzelfallbezogene Behandlungs- und Verwaltungsdaten offenbart werden müssen, wird dringend empfohlen, vom Versicherten eine aktuelle Entbindungserklärung von der Schweigepflicht zu verlangen, bevor die in den §§ 36, 18 der Bundesmantelverträge genannten Informationen an die Krankenkasse übermittelt werden. Nur so kann ein Konflikt mit der ärztlichen Schweigepflicht vermieden werden.

Bei Auskunftersuchen der Krankenkasse zur Unterstützung eines Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V) gibt es keine gesetzliche Verpflichtung des Arztes zur Beantwortung von Anfragen der Krankenkasse. Nach § 284 Abs. 1 Nr. 5 SGB V ist die Krankenkasse zwar berechtigt, Daten zu erheben, soweit diese für die Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Behandlungsfehlern erforderlich sind. Der Arzt ist allerdings nur verpflichtet, den Krankenkassen diese Auskünfte zu erteilen, sofern der Versicherte ausdrücklich dieser Datenweitergabe schriftlich zugestimmt hat. Wenn es in einer solchen Anfrage um einen vermeintlichen Behandlungsfehler des zur Auskunft aufgeforderten Vertragsarztes geht, wird dem betroffenen Arzt empfohlen, vor der Auskunftserteilung die weitere Vorgehensweise mit einem Rechtsanwalt seines Vertrauens zu besprechen.

## VII. Übermittlungspflichten der zugelassenen Krankenhäuser

§ 301 SGB V enthält weitere Übermittlungspflichten der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, also der Hochschulkliniken, der Krankenhäuser, die im Landeskrankenhausplan stehen, und der Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag gegenüber den **Krankenkassen**. Die den Krankenkassen bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten zu übermittelnden Angaben werden aus datenschutzrechtlichen Gründen in § 301 Abs. 1 Nr. 1 - 9 SGB V enumerativ aufgeführt. Das GMG hat die Krankenhäuser verpflichtet, diese Daten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Krankenkassen zu übermitteln. Die Übermittlung der Daten ist erforderlich, um eine ordnungsgemäße Abrechnung mit den Krankenhäusern zu gewährleisten und die für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen, u. a. die für die Überprü-

fung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung und für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhäuser erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. **Anfragen im Einzelfall sind von dieser gesetzlich geregelten Übermittlungspflicht regelmäßig nicht abgedeckt.** Nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V ist zwar auf Verlangen einer Krankenkasse die medizinische Begründung für das Überschreiten der Dauer der Krankenhausbehandlung zu übermitteln. Damit ist das Krankenhaus verpflichtet, auf bestimmte Fragen in erforderlichem Umfang zu antworten. Diese Vorschrift eröffnet jedoch nicht die Befugnis der gesetzlichen Krankenkassen zur Anforderung von Krankenhausentlassungsberichten, Arztbriefen, Befundberichten, ärztlichen Gutachten, Röntgenaufnahmen etc. Denn sie können nicht aus eigenem Recht die Einsichtnahme in die Krankenhausbehandlungsunterlagen verlangen, sondern sind insoweit auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen (BSG a.a.O. unter VI).

### **VIII. Mitwirkungspflicht des Antragstellers nach § 60 SGB I - Einwilligung des Versicherten zur Übermittlung von Sozialdaten**

Jeder Versicherte, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, muss an der Aufklärung des Sachverhalts mitwirken (§ 60 SGB I). Aus dieser allgemeinen Mitwirkungspflicht des Antragstellers von Sozialleistungen kann keine "stillschweigende Einwilligung" nach Gutdünken des Leistungsträgers hergeleitet werden. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz macht daher in einem Schreiben an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin vom 08.06.2005 erhebliche Bedenken gegen die von Krankenkassen und MDK versandten „Selbstauskunftsbögen“ geltend, in denen Versicherte um die Angabe personenbezogener Daten gebeten werden - beispielsweise zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit oder zur Prüfung der Voraussetzungen medizinischer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz weist darauf hin, dass die Versicherten zwar verpflichtet sind, bei der Datenerhebung (des MDK) mitzuwirken. Sie müssen alle Tatsachen angeben, die für die Leistung erheblich sind (vgl. § 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Leistungserheblich seien aber nur Tatsachen, d. h. keine Werturteile oder Rechtsauffassungen, deren Kenntnis für die aktuelle Verwaltungsentscheidung notwendig sind. Gemäß § 60 Abs. 2 SGB I dürften auch in Vordrucken nur diese erheblichen Umstände (Tatsachen) abgefragt werden. Falls ein Vordruck darüber hinaus gehende Fragen enthalte, dürfe deren Beantwortung abgelehnt werden. Angesichts dieser gesetzlichen Vorgaben hinterfragt der Bundesbeauftragte für den Datenschutz die Notwendigkeit und Erforderlichkeit der abgefragten Daten insbesondere in den Fällen, in denen die Versicherten um Selbsteinschätzungen wie „Halten Sie eine Wiedereingliederung zum ... für möglich?“ oder „Halten Sie aus Ihrer Sicht eine innerbetriebliche Arbeitsplatzumsetzung für sinnvoll?“ gebeten werden. Bedenklich erscheine die Erforderlichkeit der Datenerhebung auch in den Fällen, in denen pauschal, d. h. undifferenziert, durch standardisierte Frage- und Erhebungsbögen relativ umfängliche und aus Sicht der Betroffenen teilweise höchstpersönliche Daten abgefragt werden, wie beispielsweise zum beruflichen, sozialen und familiären Umfeld. Eine derart undifferenzierte, pauschale, maximale Datenerhebung in jedem Einzelfall sei nicht als eine für die konkrete Verwaltungsentscheidung notwendige und damit erforderliche Tatsachenerhebung zu bewerten. Dies habe dann aber auch Auswirkungen auf die Mitwirkungspflicht des Versicherten nach § 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I.

Auch der Hinweis darauf, dass der Versicherte ggf. über seine Mitwirkungspflicht hinaus seiner Krankenkasse Unterlagen freiwillig selbst überlässt, kann nach Auffassung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz die Datenerhebung nur legitimieren, wenn die Voraussetzungen der Einwilligung nach § 67 b Abs. 2 SGB X eingehalten werden. Demnach ist die Einwilligung nur wirksam, wenn sie auf der freien Entscheidung des Betroffenen beruht und der Betroffene zuvor auf den Zweck der vorgesehenen Datenverarbeitung oder -nutzung sowie auf die Folgen der Verweigerung seiner Einwilligung hingewiesen worden ist (vgl. § 67 b Abs. 2 Satz 1 und 2 SGBX).

Auch die Aufforderung einer Krankenkasse an ein Krankenhaus, ärztliche Behandlungsdaten eines Versicherten zu übermitteln, die von den enumerativ aufgeführten Übermittlungspflichten nach § 301 SGB V nicht gedeckt sind, kann durch eine wirksame Einwilligungserklärung des Versicherten nicht legitimiert werden. Denn das Einholen einer Einwilligungserklärung der Versicherten zur Übermittlung von Behandlungsdaten stelle eine unzulässige Umgehung der gesetzlichen Restriktion nach § 301 Abs. 1 SGB V und eine Missachtung des in den §§ 275 ff. SGB V dokumentierten Willens des Gesetzgebers dar, wonach ausschließlich der MDK zur Überprüfung medizinischer Sachverhalte berechtigt ist.

#### **IX. Anfragen von Sozialämtern**

Auch das Sozialhilferecht kennt eine **gesetzliche Verpflichtung des Arztes** zur Auskunftserteilung. § 38 Abs. 3 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) verweist hinsichtlich der ärztlichen Versorgung von Sozialhilfeempfängern auf die Regelungen des 4. Kapitels des SGB V sowie auf die sich aus den §§ 294, 295, 300 – 302 SGB V für die Leistungserbringer ergebenden Verpflichtungen und damit auf die vorstehend erläuterten Verpflichtungen zur Auskunftserteilung des Vertragsarztes und der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Anfragen zur Arbeitsfähigkeit von Sozialleistungsempfängern, die das zuständige Sozialamt dem Arzt stellt, um die Vermittelbarkeit des Patienten im Arbeitsleben feststellen zu können, muss der Arzt gemäß § 100 SGB X nur beantworten, wenn der Leistungsempfänger, also sein Patient, schriftlich eingewilligt hat.

#### **X. Anfragen der Pflegekassen**

Auch am Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eines Patienten ist der Arzt gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beteiligt. Gemäß § 18 Abs. 3 des SGB XI soll der Medizinische Dienst, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, 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 Hilfebedürftigkeit einholen. Der Arzt ist nach § 18 Abs. 4 SGB XI gesetzlich verpflichtet, dem MDK die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

§ 97 Abs. 1 SGB XI, der die Erhebung personenbezogener Daten durch den Medizinischen Dienst für Zwecke der Pflegeversicherung regelt, ist keine eigene gesetzliche Ermächtigungsgrundlage zur Einholung von Auskünften bei Ärzten. Diese Norm bildet nur die allgemeine Rechtsgrundlage dafür, dass Daten im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung überhaupt erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Die teilweise vertretene Auffassung, dass der Medizinische Dienst zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Pflegeversicherungsrecht auf der Basis des § 97 Abs. 1 SGB XI Daten bei niedergelassenen Ärzten erheben darf, ohne dass es insoweit auf eine Einwilligung des Versicherten ankommt, ist deshalb nicht richtig.

#### **XI. Anfragen der Bundesagentur für Arbeit und der örtlichen Arbeitsagenturen**

Für Anfragen der Bundesagentur für Arbeit mit ihren Agenturen in allen Städten in der Bundesrepublik Deutschland gilt wiederum der allgemeine Grundsatz gemäß § 100 SGB X, dass der Arzt im Einzelfall auf Verlangen der Agentur für Arbeit Auskunft erteilen muss, soweit es für die Durchführung von deren Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich und es gesetzlich zugelassen ist oder der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat. Im Recht der Arbeitsförderung, dem SGB III, gibt es keine solche gesetzliche Zulassung für die Weiterleitung insbesondere von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an die Agenturen für Arbeit. Der Versicherte darf sich gegen die Übermittlung aussprechen. Der Arzt darf dann die erbetene Auskunft nicht erteilen. Der Versicherte muss allerdings die Nachteile hieraus tragen. Denn kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, kann



der Leistungsträger – hier die Agentur für Arbeit – ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistungen nicht nachgewiesen sind (§ 66 SGB I).

#### **XII. Rechtsfolgen einer unberechtigten Auskunftsverweigerung**

**Sind die Voraussetzungen des § 100 SGB X gegeben, besteht also eine gesetzliche Auskunftspflicht des (Vertrags-)Arztes, muss er dem Leistungsträger die Auskunft geben.** Dies gilt auch, wenn der Versicherte dem widerspricht (BSG v. 22.6.1993, 6 Rka 10/84). Bei Verweigerung kann das zuständige Sozialgericht um Vernehmung des (Vertrags-)Arztes ersucht werden (§ 22 SGB X). Verweigert der (Vertrags-)Arzt dem **Unfallversicherungsträger** die erforderlichen Auskünfte, handelt er sogar ordnungswidrig. Bei Vorsatz kann er mit einer Geldbuße bis zu 2.500,-- €, bei Fahrlässigkeit mit einer Geldbuße bis zu 1.250,-- € belegt werden (§ 209 SGB VII; § 17 Abs. 2 OWiG).

#### **XIII. Auskunftspflichten nach dem Tod des Versicherten**

Begehrt ein Leistungsträger **nach dem Tod des Versicherten** Auskunft vom (Vertrags-)Arzt, ist zu beachten, dass die **ärztliche Schweigepflicht über den Tod hinaus gilt**. Besteht eine der vorgenannten gesetzlichen Auskunftspflichten, gilt nichts Besonderes. Bedarf es für eine Auskunft jedoch einer Einwilligung (§ 100, 2. Alt. SGB X), ist sie vom toten Versicherten nicht mehr zu erlangen. Die Einwilligung der Angehörigen/Erben gibt dem (Vertrags-)Arzt kein Auskunftsrecht. Der (Vertrags-)Arzt muss sich daher fragen, ob der Tote seine Einwilligung zur Auskunft gegeben hätte. Nur wenn er dies bejaht, kann er auf Grund mutmaßlicher Einwilligung die Auskunft geben.

#### **XIV. Vergütung**

Der (Vertrags-)Arzt kann, soweit mit einzelnen Leistungsträgern keine Sondervereinbarungen bestehen, wie z. B. mit den gesetzlichen Krankenkassen, für seinen Aufwand keine leistungsgerechte Vergütung erwarten. Nach § 21 Abs. 3 SGB X erhält er auf Antrag lediglich eine Entschädigung nach dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG). Für die Ausstellung eines Befundscheines oder die Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachterliche Äußerung kann z. B. eine Gebühr von 21 € verlangt werden. Ist die Leistung außergewöhnlich umfangreich, beträgt das Honorar bis zu 44 €. Im Einzelnen gilt die Anlage zu § 2 Abs. 1 JVEG.

Werden von der Behörde Kopien von ärztlichen Unterlagen angefordert, werden nach § 7 Abs. 2 JVEG 50 Cent je Seite für die ersten 50 Seiten und 15 Cent für jede weitere Seite erstattet.

### **Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Ihre Bezirksärztekammer**

Nordbaden  
Tel. 0721/59610  
Fax 0721/59611140  
E-Mail:  
[baek-nordbaden@baek-nb.de](mailto:baek-nordbaden@baek-nb.de)

Südbaden  
Tel. 0761/600-470  
Fax 0761/892868  
E-Mail:  
[baek-suedbaden@baek-sb.de](mailto:baek-suedbaden@baek-sb.de)

Nordwürttemberg  
Tel. 0711/769810  
Fax 0711/76981500  
E-Mail:  
[info@baek-nw.de](mailto:info@baek-nw.de)

Südwürttemberg  
Tel. 07121/9170  
Fax 07121/9172400  
E-Mail:  
[zentrale@baek-sw.de](mailto:zentrale@baek-sw.de)