

## L 4 KN 87/04 KR

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Halle (Saale) (SAN)  
Aktenzeichen  
S 8 KN 68/04 KR  
Datum  
07.10.2004  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 4 KN 87/04 KR  
Datum  
13.08.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie

Urteil

Leitsätze

Prozessuale Mitwirkungspflicht eines Krankenhausträgers

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 07.10.2004 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 2.131,03 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch auf Zahlung von Krankenhausbehandlungskosten.

Der Kläger betreibt das C.-v.-B.-Klinikum M ...In der Zeit vom 2. bis 24. November 2001 wurde der bei der Beklagten versicherte 1931 geborene Patient W. (nachfolgend: Versicherte) in dieser Klinik stationär behandelt. Die Krankenhausbehandlung war von seinem Hausarzt verordnet worden. Die Aufnahme erfolgte als Notfall. Die Aufnahmediagnose der aufnehmenden Fachabteilung für Innere lautete D 64.9 (Anämie, nicht näher bezeichnet), als Nebendiagnosen wurden E 11.70 (nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) mit multiplen Komplikationen, nicht entgleist) und E 05.2 (Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma) benannt. Als voraussichtliche Dauer der Behandlung war der Zeitraum bis 14. November 2001 angegeben. Nach der Entlassung am 24. November 2001 wurde am 27. November 2001 eine nachstationäre Behandlung durchgeführt. Mit Schreiben vom 14. November 2001 erklärte die Beklagte die Kostenübernahme für die medizinisch notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 2. bis 12. November 2001. Daraufhin übersandte der Kläger die Epikrise.

Die Beklagte forderte vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) eine Stellungnahme zu der Frage an, ob und ggf. für wie lange beim Versicherten über den 12. November 2001 hinaus Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig gewesen sei. Der SMD befürwortete eine Kostenverlängerung bis zum 15. November 2001 und bat die Beklagte, beim behandelnden Krankenhausarzt nachzufragen, welche diagnostischen bzw. therapeutischen Maßnahmen nach dem 15. November 2001 erfolgt seien und weshalb der stationäre Aufenthalt nicht bis dahin habe beendet werden können. Die Beklagte teilte die weitere Kostenübernahme bis zum 15. November 2001 mit und bat um die Übersendung weiterer Unterlagen, soweit diese eine andere Beurteilung des Sachverhaltes zuließen. Die Klinik wurde gebeten, zu den vom Gutachter des SMD aufgeworfenen Fragen Stellung zu nehmen. Auf die Rechnung vom 13. Mai 2002 in Höhe von insgesamt 5.263,31 EUR zahlte die Beklagte einen Betrag von 3.132,28 EUR und unterrichtete den Kläger davon mit Schreiben vom 19. Juni 2002. Nachdem der Kläger trotz Erinnerung der Beklagten vom 12. November 2002 und Fristsetzung bis zum 11. Dezember 2002 lediglich erneut die Epikrise übersandt hatte und der nochmals befragte SMD daraufhin bei seiner Stellungnahme geblieben war, lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 12. Juni 2003 eine Verlängerung der Kostenzusage über den 15. November 2001 hinaus ab.

Am 28. April 2003 hat der Kläger beim Sozialgericht Magdeburg Klage auf Zahlung von 2.131,03 EUR erhoben und zur Begründung ausgeführt, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seien Kostenübernahmeerklärungen grundsätzlich unbefristet zu erteilen. Eine Befristung sei nach einer Plausibilitätskontrolle der Aufnahmeanzeige durch die Krankenkasse grundsätzlich nur zulässig, wenn eine Diskrepanz zwischen Aufnahmediagnose und Verweildauer oder eine ungewöhnlich lange Verweildauer bei Standardbehandlung vorliege. Die Beklagte habe jedoch bei Abgabe der befristeten Kostenübernahmeerklärung keine Gründe für die Befristung vorgetragen und sei bereits deshalb zur Zahlung zu verurteilen. Der SMD habe sich zu keinem Zeitpunkt an den Kläger gewandt und um Übersendung der Krankenakte oder einzelner Krankenunterlagen zum Zwecke der Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit gebeten. Die Beklagte habe sich vielmehr gesetzeswidrig und im Widerspruch zur Rechtsprechung des BSG unmittelbar an den Kläger gewandt und von diesem die Herausgabe von datengeschützten Patientenunterlagen an sich selbst verlangt. Nur der SMD sei berechtigt, entsprechende Krankenunterlagen vom Krankenhaus abzufordern. Die Beklagte habe somit das gesetzlich vorgeschriebene Prüfverfahren missachtet. Nach

der Rechtsprechung des BSG sei daher von einer weiteren Sachaufklärung abzusehen.

Nachdem das Sozialgericht Magdeburg den Rechtsstreit an das Sozialgericht Halle verwiesen hatte, hat dieses die Klage mit Urteil vom 7. Oktober 2004 abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es im Wesentlichen ausgeführt: Aus der Kostenübernahmeerklärung könne kein Zahlungsanspruch abgeleitet werden, da sie für die Zahlungspflicht der Krankenkasse nicht konstitutiv sei. Da der Kläger trotz Überschreitung der selbst prognostizierten Dauer der Krankenhausbehandlung auf das Verlangen der Krankenkasse keine medizinische Begründung für die Überschreitung mitgeteilt habe, genüge die Rechnung nicht den Anforderungen des [§ 301 SGB V](#) und begründe keinen Zahlungsanspruch nach § 9 der Pflegesatzvereinbarung.

Gegen das ihm am 20. Oktober 2004 zugestellte Urteil hat der Kläger am 16. November 2004 Berufung eingelegt. Er macht geltend: Der Abrechnungsverkehr mit der Beklagten laufe grundsätzlich reibungslos. Die nach [§ 301 SGB V](#) erforderlichen Daten seien vollständig übermittelt worden. Auch die Beklagte trage nichts anderes vor. Die Fälligkeit der Zahlung entstehe nach § 9 der Pflegesatzvereinbarung unabhängig davon, ob ein Prüfverfahren noch eingeleitet werden solle bzw. ob ein solches noch nicht abgeschlossen sei. Die Beklagte habe den fälligen Zahlungsanspruch sofort auszugleichen. Der Kläger sei weder berechtigt noch verpflichtet, die von der Beklagten formulierten Fragen zu beantworten. Substantiierte Einwendungen gegen den fälligen Zahlungsanspruch seien nicht erhoben worden. Das BSG habe bei der Zahlung von Krankenhausrechnungen auf das Beschleunigungsgebot verwiesen. Die Beklagte befinde sich mit der Zahlung im Verzug. Amtsermittlungen hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung seien nur dann erforderlich, wenn die Krankenkasse gegenüber der Klinik einen medizinisch begründeten Einwand vortrage, der sich auf eine sozialmedizinische Stellungnahme unter Ausschöpfung der vorhandenen Kenntnismöglichkeiten stütze. Die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit sei aber vorliegend nicht entscheidungserheblich, da die Beklagte mit diesem Einwand ausgeschlossen sei. Die Beklagte sei ihrer vertraglich vereinbarten Zahlungsverpflichtung grundlos nicht nachgekommen. Gröbliche Vertragsverstöße führten nach der stetigen Rechtsprechung des BSG zum Einwendungsausschluss. Der Kläger sei seiner Mitwirkungspflicht im Prüfverfahren vollständig nachgekommen, da der SMD von ihm alle zum Zwecke der Prüfung angeforderten Sozialdaten erhalten habe.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 7. Oktober 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn für die stationäre Behandlung des Patienten W. vom 13. bis 24. November 2001 2.131,03 EUR nebst 4 % Zinsen ab dem 10. Juni 2002 zu zahlen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend und trägt vor, der Kläger sei sowohl gegenüber der Beklagten als auch gegenüber dem SMD zur Abgabe einer medizinischen Begründung für die Überschreitung der prognostizierten Verweildauer verpflichtet. Der SMD habe bereits mit einem an das Krankenhaus gerichteten Schreiben vom 12. November 2002 um die Beantwortung der gestellten Fragen gebeten. Dies liege ohnehin im Rahmen der Dokumentationspflichten des Krankenhauses und der Kläger hätte dieser Bitte auch durch die Übersendung der Patientenakte, die Erstellung eines Krankenberichtes oder in sonstiger Form nachkommen können. Nach Klageerhebung habe die Beklagte Akteneinsicht beantragt und um Übersendung der Krankenakte an den SMD gebeten. Dem Krankenhaus stehe es nach der Rechtsprechung des BSG frei, ob es die Unterlagen direkt dem SMD oder in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse zur Weiterleitung an den SMD übersende. Es sei daher auch nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Fragen des SMD an den Kläger übermittelt habe. Der Vorwurf, die Beklagte habe das gesetzlich vorgeschriebene Prüfverfahren verletzt, sei nicht nachvollziehbar. Eine weitere Substanziierung der Einwendungen gegen den klägerseitig erhobenen Zahlungsanspruch habe gerade auf Grund der Weigerungshaltung der Klägerseite weitere Informationen zu übersenden, nicht erfolgen können. Vielmehr habe der Kläger seine Mitwirkungspflichten verletzt und dadurch seinen Vergütungsanspruch verloren. Eine Kostenzusage sei gesetzlich nicht geregelt, so dass der Kläger auch keinen Anspruch hierauf habe.

Der Senat hat den Kläger mit Schreiben vom 21. März 2005 um die Übersendung der Krankenakte und die Beantwortung der im Schreiben der Beklagten vom 12. November 2002 gestellten Fragen gebeten sowie an die Erledigung mit Schreiben vom 11. November 2005 erinnert. Unter Hinweis auf die inzwischen ergangene Rechtsprechung des großen Senats des BSG durch Beschluss vom 25. September 2007 ([GS 1/06](#)) hat der erkennende Senat den Kläger nochmals mit Schreiben vom 25. März 2008 um die Übersendung der Krankenakte gebeten, da die stationäre Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten grundsätzlich gerichtlich aufzuklären sei. Hierzu wurde dem Kläger eine Frist bis zum 30. April 2008 gesetzt, die er ungenutzt verstreichen ließ. Schließlich wurde dem Kläger nochmals mit Schreiben vom 2. April 2009 eine Frist zur Vorlage der Unterlagen bis zum 20. Juni 2009 gesetzt, diesmal unter Hinweis auf [§ 106 a Abs. 1](#) und 2 Nr. 2 sowie Abs. 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Er wurde darüber belehrt, dass in der fehlenden Bereitschaft zur Übersendung der Unterlagen eine unzureichende Mitwirkung gesehen werden könnte, durch die die gerichtliche Amtsermittlungspflicht beschränkt werde. Der Kläger hat keine weiteren Unterlagen eingereicht.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der Entscheidungsfindung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der vom 02.01.2002 bis 31.03.2008 geltenden Fassung statthaft, weil der Beschwerdewert von 500 EUR überschritten wird. Für den maßgeblichen Wert des Beschwerdegegenstandes ist für die bereits 2004 erhobene Berufung noch auf das alte Recht abzustellen. Sie ist auch form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151 SGG](#)) und damit zulässig.

Die Berufung des Klägers ist jedoch unbegründet.

1. a) Die Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt, denn die Klage ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig. Es handelt sich um einen sogenannten Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urt. v. 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#);

Urt. v. 10. April 2008 - [B 3 KR 19/05 R](#); Urt. v. 20. November 2008 - [B 3 KN 4/08 KR R](#); [B 3 KN 1/08 KR R](#); Urt. v. 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#); [B 1 KN 2/08 KR R](#); [B 1 KN 3/08 KR R](#) zitiert nach Juris; stRspr.).

b) Bei dem Antrag des Klägers, zur Frage der Erforderlichkeit von Amtsermittlungen durch Zwischenurteil zu entscheiden, handelt es sich um kein eigenständiges Klagebegehren im Sinne der [§§ 54 ff. SGG](#), so dass es durch diesen Antrag nicht zu einer Klagenhäufung ([§ 56 SGG](#)) oder Klageänderung ([§ 99 SGG](#)) kommt. Über eine Entscheidung durch Zwischenurteil entscheidet das Gericht gemäß [§ 130 Abs. 2 SGG](#) nach Ermessen. Die Vorschrift erlaubt dem Gericht im Interesse der Verfahrensbeschleunigung einzelne Streitpunkte vorab zu entscheiden, wenn dies sachdienlich ist. Allerdings hält der Senat eine Vorabentscheidung durch Zwischenurteil hier nicht für sachdienlich (dazu 3 b) aa)), da sie nicht der Beschleunigung des Verfahrens dienen, sondern eine unerwünschte Verlängerung des Verfahrens bewirken würde.

2. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die geltend gemachte Zahlung einer weiteren Vergütung für die stationäre Behandlung des Versicherten.

a) Ein solcher Anspruch ergibt sich weder aus der erteilten Kostenzusage noch besteht ein Anspruch auf Erteilung einer vorbehaltlosen, anspruchsbegründenden Kostenzusage. Eine vorbehaltlose Kostenzusage einer Krankenkasse über eine stationäre Aufnahme eines Versicherten führt nach der Rechtsprechung des BSG nicht zu einem eigenen Anspruch aus einem sog. konstitutiven Schuldanerkenntnis. Vielmehr werden damit nur bestimmte den Vergütungsanspruch begründende Voraussetzungen mit der Rechtsfolge bestätigt, dass die Krankenkasse mit bekannten oder zumindest erkennbaren Einwendungen ausgeschlossen ist. Außerdem kann in bestimmten Fällen eine Umkehr der Beweislast eintreten (dazu grundlegend: BSG, Urt. v. 17. März 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#); Urt. v. 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R](#), sowie Urt. v. 20. November 2008, [a.a.O.](#)).

Die Beklagte hat keine vorbehaltlose Kostenzusage erteilt, sondern mit Schreiben vom 14. November 2001 die Kostenübernahme ausdrücklich auf "die medizinisch notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlung" beschränkt und sie damit unter den Vorbehalt der Notwendigkeit gestellt. Ferner hat sie die Kostenübernahme für den stationären Aufenthalt bis zum 12. November 2001 befristet, so dass für den hier streitigen Zeitraum vom 16. bis 24. November 2001 keine Kostenübernahmeerklärung vorliegt.

Ein Anspruch auf die Erteilung einer vorbehaltlosen Kostenzusage existiert nicht, da es hierzu weder gesetzliche Vorschriften noch vertragliche Regelungen zwischen den Beteiligten gibt (so im Ergebnis auch BSG, Urt. v. 20.11.2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#), RdNr. 12; sowie Urt. v. 16.12.2008 - [B 1 KN 2/08 KR R](#), RdNr. 15, zitiert nach juris). Insbesondere ergibt sich ein solcher Anspruch entgegen der in der mündlichen Verhandlung geäußerten Auffassung des Klägers nicht aus der Datenübermittlungsvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach [§ 301 Abs. 1](#) und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Diese Vereinbarung regelt gemäß [§ 301 Abs. 3 SGB V](#) das Verfahren zur Teilnahme an einer Datenübermittlung zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen. Die Vereinbarung dient dazu, das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung und das Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern unter Berücksichtigung der Festlegungen in den Verträgen nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) zu regeln (§ 1 der Datenübermittlungsvereinbarung). Damit hat die Vereinbarung eine ganz andere Zielsetzung. Zahlungsansprüche werden durch diese Vereinbarung weder begründet noch inhaltlich geregelt. In Bezug auf Kostenzusagen enthält die Vereinbarung lediglich Regelungen zu Vordrucken und zur maschinellen Datenübertragung. Hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung der Ansprüche wird ausdrücklich auf die Festlegungen in den Verträgen nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) verwiesen.

b) Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch aus einer stationären Behandlung ist hier [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2001. Die Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Der Behandlungspflicht der zur Versorgung der Versicherten zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträgern festgelegt wird (BSG, Urt. vom 23. Juli 2002 - [B 3 KR 64/01 R](#)). Der Kläger betreibt ein so genanntes Plankrankenhaus im Sinne des [§ 108 Nr. 2 SGB V](#), das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen wurde und für das deshalb der Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß [§ 109 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V](#) fingiert wird. Ein Sicherstellungsvertrag zwischen den Beteiligten besteht nicht. Da es hieran fehlt, verbleibt als vertragliche Regelung nur die Pflegesatzvereinbarung (Vgl. BSG, Urt. v. 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 2/08 KR R](#); Urt. v. 20. November 2008 - [B 3 KN 4/08 KR R](#), jeweils m. w. N.).

Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit der Pflegesatzvereinbarung korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich alle allgemeinen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie speziell von Krankenhausbehandlung, insbesondere deren Erforderlichkeit vorliegen.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Hierzu gehört nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) auch Krankenhausbehandlung. Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) wird Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsergebnis nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#); vgl. BSG, Urt. v. 28.7.2008 - [B 1 KR 5/08 R](#), [SozR 4-2500 § 109 Nr. 6](#) RdNr. 48 ff.). Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.

Ein Vergütungsanspruch des Klägers aus den vorstehend dargestellten Regelungen und Grundsätzen besteht für die Zeit ab 16. November 2001 nicht, weil nicht erweislich ist, ob Krankenhausbehandlung ab diesem Tag tatsächlich erbracht wurde und unter Beachtung des

maßgeblichen Rechtsmaßstabs auch erforderlich war (dazu aa) und die Klägerin die Beweislast für die Erbringung und die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung trägt (dazu bb). Dies gilt nicht nur für die vollstationäre Behandlung, sondern auch für die am 27. November 2001 erbrachten nachstationären Behandlungsleistungen.

aa) Der Senat kann durch die endgültige Weigerung des Klägers, die bei ihm vorhandene Patientenakte dem Gericht zur Verfügung zu stellen, nicht feststellen, ob ab 16. November 2001 noch Krankenhausbehandlung erbracht worden ist und ob die Versorgung im Krankenhaus im Sinne des [§ 39 SGB V](#) erforderlich war. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Für diese Beurteilung kommt es auf die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall an (vgl. hierzu BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25. September 2007 - [GS 1/06](#), zitiert nach juris). Bei dem Versicherten wäre aber möglicherweise eine ambulante Weiterbehandlung ohne die besonderen Mittel eines Krankenhauses und ohne nachstationäre Behandlung ausreichend gewesen.

Für eine Einschränkung der Kontrollbefugnisse der Krankenkasse und des Gerichts in der Weise, dass von der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung schon deshalb auszugehen wäre, weil der Krankenhausarzt sie bejaht und weil seine Einschätzung fachlich vertretbar ist, bietet das Gesetz keine Grundlage (BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007, a.a.O., RdNr. 29). Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist von den Gerichten auch dann vollständig zu überprüfen, wenn die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nachträglich für einen zurückliegenden Zeitraum bestreitet. Eine Beschränkung der gerichtlichen Kontroll- und Entscheidungsbefugnis zugunsten eines Einschätzungsvorrangs des verantwortlichen Krankenhausarztes ist weder vom Gesetz vorgesehen noch von der Sache her erforderlich und deshalb mit dem rechtsstaatlichen Gebot effektiven Rechtsschutzes nicht vereinbar (vgl. BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007, a.a.O., RdNr. 32). Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist allerdings nicht rückschauend aus der späteren Sicht des Gutachters zu beurteilen, sondern nach den im Behandlungszeitpunkt dem Krankenhausarzt verfügbaren Kenntnissen und Informationen (vgl. BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007, a.a.O., RdNr. 33). Vor dem Hintergrund der Entscheidung des Großen Senats des BSG sind die Gerichte bei dieser rückschauenden Beurteilung gehalten, auf der Basis eines vollständig aufgeklärten Sachverhaltes die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung - in der Regel unter Beteiligung eines unabhängigen medizinischen Gutachters - zu beurteilen. Diese Grundsätze gelten auch dann, wenn die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nachträglich für einen zurückliegenden Zeitraum bestreitet (BSG, Großer Senat, a.a.O.). Hierfür ist die Heranziehung aussagekräftiger medizinischer Unterlagen des Krankenhauses unerlässlich. Die übersandte Epikrise ist allein mit den angegebenen Diagnosen nicht geeignet, die Erforderlichkeit der weiteren Krankenhausbehandlung über den 15. November 2001 hinaus abschließend zu beurteilen. Diese Unterlagen sind hinsichtlich des Krankheitszustandes des Versicherten bezogen auf die einzelnen hier streitigen Behandlungstage einschließlich der nachstationären Behandlung sowie bezüglich der im Einzelnen durchgeführten diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen des Krankenhauses nicht aussagefähig.

Der Aufforderung, alle verfügbaren medizinischen Unterlagen vorzulegen, kann auch nicht entgegen gehalten werden, [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) regele die Mitteilungspflichten eines Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse auch in dem hier betroffenen Bereich der Überprüfung nach [§ 275 SGB V](#) enumerativ und abschließend. [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) zielt lediglich darauf ab, ordnungsgemäße Krankenhausabrechnungen zu gewährleisten und die für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen (vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz), [BT-Drucks. 12/3608 S. 124](#) zu Nr. 141). Deshalb begrenzt die Norm den Datenverkehr auf das hierfür Unerlässliche, verbietet aber nicht die Anforderung und Übermittlung weiterer Daten, wenn sie für die Feststellung der Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung benötigt werden. Welche Ermittlungsbefugnisse bei Überprüfungen, in denen die Krankenkasse zwingend den MDK/SMD einschalten muss, konkret bestehen, ergibt sich nicht aus [§ 301 Satz 1 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#), sondern speziell - je nach betroffenem Prüfverfahren - aus [§ 17c KHG](#) oder, wie hier, aus [§§ 275, 276 SGB V](#) (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 2/08 KR R](#); [B 1 KN 3/08 KR R](#), sowie Urt. v. 20.11.2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#), RdNr. 21 zitiert nach juris).

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, versäumen es jedoch Beteiligte, z. B. tatsächliche Umstände aus der eigenen Sphäre anzugeben, kann für das Gericht der Anlass entfallen, diesen Fragen weiter nachzugehen, weil sich die Notwendigkeit weiterer Ermittlungen dann nicht aufdrängt (vgl. [BFHE 113, 540, 545](#)). Weigert sich ein Beteiligter, der aus einem bestimmten Sachverhalt ihm günstige Rechtsfolgen herleitet, trotz Aufforderung, dem Gericht nähere Angaben zu machen, obwohl er es könnte und ihm dies nicht unzumutbar ist, verletzt das Gericht seine Amtsermittlungspflicht nicht, wenn es keine weiteren Ermittlungen mehr anstellt (Leitherer in Meyer-Ladewig u.a., SGG, 9. Aufl. 2008, § 103 RdNr. 17; BVerwG [NJW 1977, 163](#)). Je nach Umständen des einzelnen Falles muss das Gericht in solchen Fällen den Versuch zur Sachaufklärung trotz fehlender Mitwirkung nur dann unternehmen, wenn die erforderlichen Ermittlungen nicht unverhältnismäßig sind (vgl. BSG [SozR 4-1500 § 128 Nr. 5](#) RdNr. 15). Bei mangelnder Mitwirkung ist der Beteiligte allerdings grundsätzlich über die Folgen der Nichtbeachtung einer gerichtlichen Aufforderung zur Mitwirkung zu belehren, soweit ihm diese Folgen nicht bereits konkret bekannt sind. Art und Umfang der Belehrung können sich danach unterscheiden, wie weitestkundig der Beteiligte vertreten ist. Er muss zumindest formlos darauf hingewiesen werden, dass das Gericht nachteilige Schlüsse aus seinem Verhalten ziehen will (Leitherer, a.a.O., RdNr. 17a; BSG SozR Nr. 55 zu [§ 103 SGG](#); [SozR 1500 § 103 Nr. 23](#) m.w.N. und 27; weitergehend - für das wiederholte Fernbleiben von angesetzten Untersuchungsterminen - BSG [SozR 1500 § 160 Nr. 34](#)).

Diesen Anforderungen ist hier Genüge getan. Der Senat hat den Kläger wiederholt darauf hingewiesen, dass er weitere Ermittlungen zur Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung für erforderlich hält und dass deshalb die verfügbaren medizinischen Unterlagen zu übersenden sind. Der Kläger ist auch hinreichend darüber belehrt worden, dass in der fehlenden Bereitschaft zur Übersendung der Unterlagen eine unzureichende Mitwirkung gesehen werden könnte, durch die die gerichtliche Amtsermittlungspflicht beschränkt wird, ferner, dass bei einem fruchtlosen Fristablauf der Prozessverlust droht. Trotz angemessener Fristsetzung hat er keine weiteren Unterlagen übersandt. Aus seinen Schriftsätzen, insbesondere seiner Überzeugung, weitere Ermittlungen von Amts wegen seien nicht erforderlich, und der darauf gestützten Weigerung, die Patientenunterlagen zu übersenden, ist deutlich geworden, dass der Kläger keine Bereitschaft zur Mitwirkung an der Sachaufklärung hatte.

Durch die endgültige Weigerung der Vorlage dieser Unterlagen hat der Kläger seine prozessualen Mitwirkungspflichten verletzt. Eine weitere Sachaufklärung von Amts wegen wäre ohne diese Unterlagen mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden. Nach allgemeiner Erfahrung und unter Berücksichtigung der Ausführungen des SMD war davon auszugehen, dass die über den Versicherten verfügbaren

vollständigen Krankenhausbehandlungsunterlagen auf einfachem Wege hätten Aufschluss über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung im streitigen Zeitraum geben können. Demgegenüber war der übersandte Entlassungsbericht für eine Auswertung durch kostspielige Sachverständige unergiebig. Infolge des Zeitablaufs wäre auch die Vernehmung der Krankenhausärzte anstelle der Auswertung der Behandlungsunterlagen kein ernsthaft in Betracht zu ziehendes gleichwertiges Beweismittel (vgl. BSG, Urt. v. 16.12.2008 - [B 1 KN 2/08 KR R](#), RdNr. 27, zitiert nach juris). Auch nach der Rechtsprechung des 3. Senats des BSG liegt eine mangelnde Mitwirkung des Krankenhauses und eine sich daraus ergebende Beschränkung der Amtsermittlungspflicht vor, wenn das Krankenhaus nicht bereit ist, die verfügbaren medizinischen und pflegerischen Unterlagen vorzulegen (so ausdrücklich Urt. v. 20.11.2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#), RdNr. 35, zitiert nach juris). Dass der Kläger die unterlassene Mitwirkung mit einer unzutreffenden Rechtsauffassung begründet hat, führt zu keinem anderen Ergebnis; weil derjenige, der nicht vorwerfbar eine unzutreffende Rechtsposition einnimmt, die sich daraus ergebenden nachteiligen Konsequenzen des in seiner Risikosphäre liegenden Handelns zu tragen hat, wenn sich seine Rechtsansicht als unzutreffend erweist.

Im Hinblick auf die zu vergleichbaren Sachverhalten in jüngster Zeit zur Frage des Umfangs notwendiger medizinischer Sachaufklärung durch die Tatsachengerichte ergangenen BSG-Urteile brauchte der Senat über die Erforderlichkeit der vollständigen Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nicht durch Zwischenurteil zu entscheiden. Eine solche Entscheidung wäre mit Rücksicht auf die Rechtsprechung des BSG nicht sachdienlich gewesen und hätte den Prozess nicht gefördert.

bb) Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet. Nach diesem Grundsatz trägt der Kläger die materielle Beweislast für den geltend gemachten Zahlungsanspruch. Dies steht im Einklang mit einer Beweislastverteilung nach Risikosphären. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ordnet das Risiko der Erforderlichkeitsprüfung dem Krankenhaus zu, das deshalb auch die Nachteile der Nichterweislichkeit trägt (Urt. v. 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 2/08 KR R](#) RdNr. 28; [B 1 KN 3/08 KR R](#) RdNr. 28, zitiert nach juris). Beruht die Nichterweislichkeit - wie hier - auf einer Verletzung der prozessualen Mitwirkungspflichten des Krankenhauses, darf dies der Krankenkasse nicht zum Nachteil gereichen, so dass die Beweislastverteilung auch aus diesem Grund zu Lasten des Klägers vorzunehmen ist. Auch der 3. Senat hat in seinen Urteilen vom 20. November 2008 die Pflicht des Krankenhauses zur Mitwirkung an der Überprüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung des Versicherten ausdrücklich betont und die Verletzung prozessualer Mitwirkungspflichten nur mangels hinreichender Belehrung verneint, die vorliegend jedoch erfolgt ist (s.o.). Der Zahlungsanspruch gegen die Beklagte ist durch die endgültige Weigerung des Klägers, die Patientenakte zu übersenden und den medizinischen Sachverhalt weiter aufzuklären, nicht mehr überprüfbar. Dies führt zur Klageabweisung, sofern nicht ausnahmsweise auf beweisrechtlicher Ebene ein Einwendungsausschluss der Beklagten in Betracht kommt, der eine gerichtliche Sachaufklärung überflüssig machen würde.

3. Das Vorbringen des Klägers, die Beklagte sei mit Einwendungen gegen den Vergütungsanspruch ausgeschlossen, so dass weitere gerichtliche Ermittlungen nicht erforderlich seien, greift nicht durch.

a) Ein solcher Einwendungsausschluss ergibt sich nicht aus der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2001 oder aus landesvertraglichen Vereinbarungen. Nach [§ 9](#) der Pflegesatzvereinbarung ist der Rechnungsbetrag spätestens 15 Arbeitstage nach Eingang der Rechnung fällig. Diese Vertragsregelung enthält keine Regelung über das Prüfungsverfahren der Beteiligten, sondern beschränkt sich im Wortlaut ausschließlich auf die Frage der Fälligkeit. Denn es ist offenkundig, dass bei Ablauf dieser Frist die von der Krankenkasse durchzuführende Prüfung, ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht worden sind und nach ihren jeweiligen Voraussetzungen sowie nach Art und Umfang notwendig waren ([§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)), auch bei zügiger Bearbeitung vielfach noch nicht abgeschlossen sein kann. Die Regelung kann daher nicht so verstanden werden, dass die Prüfung der Erforderlichkeit innerhalb dieser Frist durchzuführen ist. Auch für eine Auslegung, nach der die Beklagte innerhalb der Frist das Prüfverfahren zumindest einleiten muss, bestehen keine Anhaltspunkte.

Landesvertragliche Vereinbarungen im Sinne von [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 SGB V über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung sowie die Überprüfung ihrer Notwendigkeit und Dauer gab es jedenfalls im betroffenen Zeitraum in Sachsen-Anhalt nicht. Damit ist auch die Rüge hinfällig, die Beklagte habe gegen ein landesvertraglich vereinbartes Beschleunigungsverbot verstoßen.

b) Die Beklagte hat auch nicht gegen ein generelles (ungeschriebenes) Beschleunigungsgebot verstoßen. [§ 275 Abs. 1c SGB V](#), der mit Wirkung vom 01.04.2007 (Art. 1 Nr. 185 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.3.2007, [BGBl. I, S. 378](#)) eingeführt worden ist, normiert nunmehr ein Beschleunigungsgebot speziell für Überprüfungen in Krankenhäusern. Diese jetzt geltende sechswöchige Ausschlussfrist für die Einleitung einer Einzelfallprüfung galt im hier streitigen Zeitraum indes noch nicht. Allerdings sind Krankenhaus und Krankenkasse angesichts sich rasch verschlechternder Beweisverhältnisse und mit Rücksicht auf die langfristigen Rechtsbeziehungen nach Treu und Glauben auch ohne gesetzliche Fristen zu einer zeitnahen Bearbeitung ohne treuwidrige Verzögerungen gehalten (vgl. BSG, Urt. v. 20.11.2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#), RdNr. 15, zitiert nach juris). Die Beklagte hat hier das Verfahren aber nicht verzögert. Sie hat noch während des Krankenhausaufenthaltes des Versicherten am 14. November 2001 die befristete Kostenzusage erteilt. Nach Eingang der Epikrise am 13. Mai 2002 hat sie den SMD am 14. Mai 2002 mit einer medizinischen Stellungnahme beauftragt. Mit Schreiben vom 15. Mai 2002 hat sie die Klägerin um die Beantwortung der Fragen des SMD gebeten. Die Rechnung des Klägers vom 13. Mai 2002 ist erst am 17. Mai 2002 bei der Beklagten eingegangen. Zu dieser Zeit war die Beklagte bereits um die Mitwirkung seitens des Klägers bemüht, eine treuwidrige Verzögerung des Verfahrens kann ihr daher nicht vorgeworfen werden.

c) Der Beklagten sind auch sonst keine schwerwiegenden Verletzungen des Prüfungsverfahrens vorzuwerfen, die ggf. einen Einwendungsausschluss rechtfertigen können. Sie hat nicht rechtsmissbräuchlich gehandelt. Nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) in der zum Behandlungszeitpunkt gültigen Fassung stand der Krankenkasse das Recht zu, eine Krankenhausabrechnung rechnerisch und sachlich zu kontrollieren. Seinem Wortlaut nach darf die Krankenkasse gemäß [§ 275 Abs. 1 Ziff. 1 SGB V](#) bei der Erbringung von Leistungen die Voraussetzungen, die Art und den Umfang der Leistungen überprüfen. Mit dieser Vorschrift soll eine Wirtschaftlichkeitskontrolle der Leistungen ermöglicht werden, um festzustellen ob sich die Behandlung auf das medizinisch Ausreichende, Zweckmäßige und Notwendige beschränkt oder ob sie nach ihrem Umfang darüber hinausgeht (BSG, Urt. v. 23. Juli 2002 - [B 3 KR 64/01 R](#), Urt. v. 20.11.2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#), RdNr. 17, zitiert nach juris). Die Überprüfung der Dauer der Behandlung der Versicherten durch die Beklagte ist daher vom Wortlaut des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) gedeckt.

Zwar kann es nach der Rechtsprechung des 3. Senats des BSG Fälle geben, in denen die Berufung auf Einwendungen nach Würdigung aller

Umstände gegen Treu und Glauben verstieße und damit rechtsmissbräuchlich wäre ([§ 242 BGB](#) analog). Die Annahme eines Rechtsmissbrauchs durch die Krankenkasse ist aber auf gravierende Fälle vertragswidrigen Verhaltens zu beschränken (vgl. hierzu [BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#) - "Berliner Fälle"; sowie Urt. v. 20. November 2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#) RdNr. 14; [B 3 KN 4/08 KR R](#) RdNr. 15, zitiert nach juris). Eine unzulässige Rechtsausübung hat das BSG in Fällen angenommen, in denen die Krankenkasse unter Verstoß gegen ein vertraglich vereinbartes Prüfungsverfahren routinemäßig und pauschal die Begleichung von Krankenhausrechnungen verweigert hatte, da angebliche Erfahrungswerte zur erforderlichen Verweildauer überschritten worden seien. Diese Fälle sind entgegen der Ansicht des Klägers mit dem vorliegenden nicht vergleichbar.

Es fehlt hier bereits die vertragliche Vereinbarung eines Prüfverfahrens, gegen die die Beklagte verstoßen haben könnte. Der Kläger kann auch nicht der Beklagten fehlende substantiierte und auf den Einzelfall bezogene Einwendungen gegen den Zahlungsanspruch vorwerfen, wenn er selbst nicht zur Vorlage der hierfür erforderlichen medizinischen Unterlagen bereit ist. Eine Pflichtverletzung ist bei der gegebenen Sachlage allein auf der Seite des Klägers zu suchen. Denn es steht zweifelsfrei fest, dass er zur Mitwirkung an der Überprüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung des Versicherten in der streitigen Zeit verpflichtet war.

Nach [§ 276 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen verpflichtet, dem MDK/SMD die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. In Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V der Regelung (i.d.F. des Art. 3 Nr. 7 des Gesetzes vom 13.6.1994, [BGBl I 1229](#)) ist bestimmt, dass dann, wenn die Krankenkassen nach [§ 275 Abs. 1 bis 3 SGB V](#) eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK veranlasst haben, die Leistungserbringer verpflichtet sind, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist (BSG, Urt. v. 20.11.2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#), RdNr. 19). Danach war der Kläger verpflichtet, der Beklagten/dem SMD die erbetenen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Seine Weigerung kann der Kläger nicht auf den angeblichen Verstoß der Beklagten bei der Anforderung der Unterlagen stützen. Diese hat den Kläger um die Übersendung einer medizinischen Begründung zur Behandlungsdauer an sich selbst gebeten und hat den SMD erst danach eingeschaltet. Darin ist aber kein Rechtsverstoß zu sehen, denn [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) schreibt den Krankenkassen keinen bestimmten Weg vor, in welcher Weise das gesetzliche Begutachtungsverfahren einzuleiten ist (BSG, Urt. v. 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 2/08 KR R](#); [B 1 KN 3/08 KR R](#); Urt. v. 20.11.2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#) RdNr. 18, zitiert nach juris). Aus dem Vorgehen der Beklagten sind keine anspruchshindernden oder -vernichtenden Rechtsverstöße herzuleiten. Die Beklagte hatte bereits im Schreiben vom 15. Mai 2002 deutlich gemacht, dass der SMD um eine Stellungnahme zu den gestellten Frage gebeten werde, nicht die Beklagte selbst. Auch im Schreiben vom 19. Juni 2002 hat die Beklagte um die Übersendung verschiedener medizinischer Unterlagen (Entlassungs- und OP-Bericht sowie den Berichten der entsprechenden Abteilungen) zur Vorlage beim SMD gebeten. Daraus, aber auch aufgrund der bereits seit vielen Jahren währenden Zusammenarbeit der Beteiligten war dem Kläger bekannt, dass er die Unterlagen auch direkt an den SMD hätte senden können oder in einem verschlossenen Umschlag an die Beklagte zur Weiterleitung an den SMD. Ein solches Vorgehen ist ohne Weiteres statthaft (vgl. [BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr. 1](#), jeweils RdNr. 17) und es lag auf der Hand, dass die Beklagte damit einverstanden war. Der Kläger hätte ansonsten das weitere Verfahren auch mit der Beklagten absprechen können, ohne ein Klageverfahren anzustrengen. Erhöhte gegenseitige Treue- und Rücksichtnahmepflichten sind in langfristigen Vertragsbeziehungen allgemein anerkannt. Diese gelten auch zwischen den Trägern von Krankenhäusern und Krankenkassen. Der Beklagten ist auch kein Vorwurf daraus zu machen, dass dem Kläger Fragen gestellt wurden und nicht um die Übersendung von Unterlagen gebeten wurde. Für den Fall, dass der Kläger nicht bereit gewesen sein sollte, die diagnostischen bzw. therapeutischen Maßnahmen darzulegen und eine Begründung zur Behandlungsdauer zu verfassen und statt dessen lieber bereits vorhandene Patientenunterlagen bzw. die vollständige Patientenakte übersandt hätte, hätte er auch diesbezüglich zunächst eine Klärung mit der Beklagten anstreben müssen. Hierzu ist nochmals auf die Vorschrift des [§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) zu verweisen, nach der das Krankenhaus auf Verlangen der Krankenkasse eine medizinische Begründung für die Dauer der Krankenhausbehandlung vorzulegen hat, falls die angegebene voraussichtliche Dauer der Behandlung überschritten wird. Da die voraussichtliche Dauer nur bis zum 14. November 2001 angegeben war, durfte die Beklagte hier eine Begründung für die Verlängerung verlangen. Die Begründung ist nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) auch an die Krankenkasse zu übersenden, nicht an den MDK bzw. SMD. Es ist aber wohl dennoch davon auszugehen, dass sich die Beklagte nach entsprechender Absprache auch mit der Übersendung von bereits vorhandenen Unterlagen an den SMD begnügt hätte.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für eine Zulassung der Revision im Sinne von [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor, da das BSG die zugrunde liegenden Rechtsfragen spätestens seit den zitierten Entscheidungen des Großen Senats sowie des 3. Senats vom 20. November 2008 und des 1. Senats vom 16. Dezember 2008 umfassend geklärt hat.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) und [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft  
Aus  
Login  
SAN  
Saved  
2012-10-02