



Verkündet am  
13. November 2012

**Im Namen des Volkes**

**Urteil**

**in dem Rechtsstreit**

**Az: B 1 KR 24/11 R**

L 5 KR 14/11 (Bayerisches LSG)

S 3 KR 400/08 (SG München)

KKH-Allianz (Ersatzkasse),  
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover,

Klägerin und Revisionsklägerin,

g e g e n

Klinikum Fürstenfeldbruck,  
Dachauer Straße 33, 82256 Fürstenfeldbruck,

Beklagter und Revisionsbeklagter,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

beigeladen:

MDK Bayern,  
Putzbrunner Straße 73, 81739 München.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 13. November 2012 durch den Richter Prof. Dr. H a u c k als Vorsitzenden, die Richterin Dr. R o o s und den Richter Dr. E s t e l m a n n sowie die ehrenamtlichen Richterinnen G e p p e r t und B e r n d t für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 4. Oktober 2011 aufgehoben und die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 1. Dezember 2010 zurückgewiesen.

Die Kostenentscheidung bleibt dem Schlussurteil vorbehalten.

Der Streitwert wird für alle Instanzen auf 5000 Euro festgesetzt.

Gründe :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Herausgabe von Behandlungsunterlagen an den beigeladenen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).
- 2 Das beklagte Krankenhaus behandelte den bei der klagenden Krankenkasse (KK) versicherten H. L. (im Folgenden: Versicherter) vom 23.4. bis 3.5.2007 stationär und nahm ihn am 4.5.2007 erneut stationär auf. Die Klägerin zahlte an den Beklagten entsprechend der Schlussrechnung vom 24.5.2007 dafür 3244,17 Euro, behielt sich aber eine Rückforderung nach Rechnungsprüfung vor und erteilte dem Beigeladenen einen Prüfauftrag (*Schreiben an den Beklagten und den Beigeladenen jeweils vom 5.6.2007*). Der Beigeladene zeigte den Prüfauftrag dem Beklagten an (*Schreiben vom 15.6.2007*), blieb jedoch ansonsten untätig. Schließlich teilte der Beklagte der Klägerin mit, die Frist für eine zeitnahe Prüfung sei verstrichen (*Schreiben vom 4.2.2008*). Die Klägerin hat Klage auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen vom Beklagten an den Beigeladenen und auf Zahlung eines unbezifferten Erstattungsbetrags erhoben (3.3.2008). Das SG hat die Zahlungsklage von der Herausgabeklage getrennt und den Beklagten verurteilt, die Unterlagen über die stationäre Behandlung des Versicherten vom 23.4. bis 3.5.2007 an den Beigeladenen herauszugeben (*Urteil vom 1.12.2010*). Auf die Berufung des Beklagten hat das LSG das SG-Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Dem Herausgabeanspruch stehe eine aus Treu und Glauben abzuleitende Einwendung des Beklagten entgegen. Der Beigeladene, dessen Verhalten sich die Klägerin zurechnen lassen müsse, habe die Prüfung der Krankenhausbehandlung nicht mehr zeitnah iS von § 275 Abs 1c S 1 SGB V durchführen können (*Urteil vom 4.10.2011*).
- 3 Die Klägerin rügt mit der Revision die Verletzung des § 275 Abs 1 S 1 Nr 1 und Abs 1c SGB V und des § 12 Abs 1 SGB V.
- 4 Die Klägerin beantragt,  
das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 4. Oktober 2011 aufzuheben  
und die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 1. Dezember 2010 zurückzuweisen.
- 5 Der Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.
- 6 Er hält das LSG-Urteil für zutreffend.
- 7 Der Beigeladene stellt keinen Antrag.

II

- 8 Die zulässige Revision der klagenden KK ist begründet. Der Senat ist nicht an einer Sachentscheidung gehindert (*dazu 1.*). Das LSG-Urteil ist aufzuheben und die Berufung des Beklagten gegen das SG-Urteil zurückzuweisen. Zu Recht hat das SG den Beklagten verurteilt, die für eine medizinische Begutachtung erforderlichen Unterlagen über den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 23.4. bis 3.5.2007 an den Beigeladenen herauszugeben (*dazu 2.*).
- 9 1. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt.
- 10 a) Die Klägerin macht zu Recht ihren Anspruch auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen des Versicherten über den stationären Aufenthalt vom 23.4. bis 3.5.2007 an den beigeladenen MDK mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG gegen das beklagte Krankenhaus geltend (*stRspr, zur Anwendung des § 54 Abs 5 SGG im Gleichordnungsverhältnis zwischen KK und Krankenhaus vgl nur BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 8 mwN*).
- 11 b) Der Zulässigkeit des im Wege der Stufenklage nach § 202 SGG iVm § 254 ZPO geltend gemachten Auskunftsanspruchs steht nicht entgegen, dass die Klägerin auf Rückzahlung gezahlter Vergütung für Leistungen des Beklagten nach § 39 SGB V klagt, ohne zu wissen, ob überhaupt ein solcher Anspruch besteht. § 254 ZPO bestimmt: Wird mit der Klage auf Rechnungslegung oder auf Vorlegung eines Vermögensverzeichnisses oder auf Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung die Klage auf Herausgabe desjenigen verbunden, was der Beklagte aus dem zugrunde liegenden Rechtsverhältnis schuldet, so kann die bestimmte Angabe der Leistungen, die der Kläger beansprucht, vorbehalten werden, bis die Rechnung mitgeteilt, das Vermögensverzeichnis vorgelegt oder die eidesstattliche Versicherung abgegeben ist. Die Besonderheit der Stufenklage als einer Sonderform der objektiven Klagehäufung liegt in der Zulassung eines unbestimmten (Haupt-)Antrags, neben dem die Auskunftsklage lediglich ein Hilfsmittel ist, um die (noch) fehlende Bestimmtheit des Leistungsanspruchs herbeizuführen. Sie ermöglicht die sofortige Rechtshängigkeit des Hauptantrags trotz seiner fehlenden Bestimmtheit. Das Unvermögen des Klägers zur bestimmten Angabe der von ihm auf der letzten Stufe seiner Klage beanspruchten Leistung muss gerade auf den Umständen beruhen, über die er auf der ersten Stufe Auskunft begehrt (*vgl nur BGHZ 189, 79, 81 f; BGH Urteil vom 3.7.2003 - III ZR 109/02 - NJW 2003, 2748 f; Becker-Eberhard in MünchKommZPO, 3. Aufl 2008, § 254 RdNr 6 f; Roth in Stein/Jonas, ZPO, 22. Aufl 2008, Bd 4, § 254 RdNr 2; Greger in Zöller, ZPO, 29. Aufl 2012, § 254 RdNr 1*). Hauptanwendungsfall des § 254 ZPO ist - wie auch hier - der Vorbehalt der späteren Bezifferung eines noch unbestimmten Geldanspruchs (*Roth in Stein/Jonas, ZPO, 22. Aufl 2008, Bd 4, § 254 RdNr 3*). Die Stufenklage ist nicht nur zulässig bei

Unvermögen des Klägers, die Höhe des dem Grunde nach bestehenden Geldanspruchs zu beziffern, sondern auch dann, wenn ungewiss ist, ob überhaupt ein Anspruch besteht, sofern diese Ungewissheit über den Anspruchsgrund und den Anspruchsinhalt durch dieselben Tatsachen, auf die der Auskunftsanspruch gerichtet ist, geklärt werden kann (*zulässige Stufenklage bei Ungewissheit über das Bestehen und die Höhe eines geltend gemachten Provisionsanspruchs: BGH Urteil vom 16.6.2010 - VIII ZR 62/09 - NJW-RR 2011, 189; vgl auch Assmann, Das Verfahren der Stufenklage, 1990, S 9, 33 f; Roth in Stein/Jonas, ZPO, 22. Aufl 2008, Bd 4, § 254 RdNr 2*). Wenn die Auskunft hingegen nicht dem Zwecke der Bestimmbarkeit des Leistungsanspruchs dient, sondern dem Kläger sonstige mit der Bestimmbarkeit als solcher nicht in Zusammenhang stehende Informationen über seine Rechtsverfolgung verschaffen soll, ist die Stufenklage unzulässig (*so zum Auskunftsanspruch nach § 84a AMG: BGHZ 189, 79, 82; s ferner BGH Urteil vom 2.3.2000 - III ZR 65/99 - NJW 2000, 1645, 1646*). Hier zielt das Auskunftsbegehren der Klägerin darauf, die medizinischen Voraussetzungen des von dem Beklagten in Rechnung gestellten Vergütungsanspruchs zu überprüfen, aus denen sich unmittelbar Folgerungen für dessen Höhe und - spiegelbildlich dazu - für das Vorliegen und die Höhe des Erstattungsanspruchs der Klägerin ergeben.

- 12 c) Die von der Klägerin im Wege der Stufenklage neben dem unbezifferten öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch erhobene, auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen an den Beigeladenen gerichtete Leistungsklage ist zulässig, obwohl die Klägerin weder von dem Beklagten noch überhaupt eine kaufmännische Rechnungslegung begehrt, um ihre auf Erstattung bereits gezahlter Vergütung gerichtete Hauptklage beziffern zu können. Die Klage auf Rechnungslegung iS des § 254 ZPO erfasst Informationsansprüche jeglicher Art (*Greger in Zöller, ZPO, 29. Aufl 2012, § 254 RdNr 6; Roth in Stein/Jonas, ZPO, 22. Aufl 2008, Bd 4, § 254 RdNr 11*). Die Klage ist überall da gegeben, wo auf Erfüllung der durch Gesetz oder Vertrag begründeten Verpflichtung geklagt wird, die benötigte Auskunft über den Anspruch des Klägers gegen den Beklagten begründenden Tatsachen in sachdienlicher Weise zu erteilen (*so schon RGZ 53, 252, 254 f*). Hierzu zählt auch ein von der KK klageweise geltend gemachter Anspruch auf Herausgabe von Behandlungsunterlagen. Dieser Anspruch dient der Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung des Krankenhauses. Das Krankenhaus hat ihn wegen § 275 Abs 1 Nr 1, § 276 Abs 2 SGB V gegenüber dem MDK zu erfüllen (*näher dazu unter II.2.a*). Dieser Auskunftsanspruch ist zulässiger Gegenstand einer Klage auf Rechnungslegung iS des § 254 ZPO (*zu einem gleichgelagerten Sachverhalt vgl BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 12; s ferner BSGE 108, 35 = SozR 4-2500 § 115b Nr 3, RdNr 34; BSG SozR 5550 § 13 Nr 1 S 2; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl 2012, § 56 RdNr 5*).

- 13 d) Der Senat ist schließlich nicht an einer Entscheidung in der Sache dadurch gehindert, dass das SG mit Beschluss vom 1.12.2010 die auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen an den Beigeladenen gerichtete Auskunftsklage von der den Hauptanspruch betreffenden Klage abgetrennt und mit Urteil vom selben Tage nur über den Herausgabeanspruch entschieden hat. Bei einer Stufenklage stehen Rechnungslegungs- und Zahlungsanspruch, obwohl es sich pro-

zessual um selbstständige Streitgegenstände handelt (BGH Urteil vom 5.5.1994 - III ZR 98/93 - NJW 1994, 2895; BGHZ 76, 9, 12), als Entscheidungsverbund in einem untrennbaren Zusammenhang (BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 12; vgl auch Assmann, Das Verfahren der Stufenklage, 1990, S 24: Stufenklage als "sukzessive Klagehäufung"). Über den Rechnungslegungsanspruch hat das Gericht grundsätzlich (zu den Ausnahmen vgl Roth in Stein/Jonas, ZPO, 22. Aufl 2008, Bd 4, § 254 RdNr 22 mwN) vorab durch Teilurteil (§ 202 SGG iVm § 301 Abs 1 ZPO) zu entscheiden (BGH Urteil vom 28.11.2001 - VIII ZR 37/01 - NJW 2002, 1042, 1044; BGH Urteil vom 21.2.1991 - III ZR 169/88 - NJW 1991, 1893; Roth in Stein/Jonas, ZPO, 22. Aufl 2008, Bd 4, § 254 RdNr 21; Greger in Zöller, ZPO, 29. Aufl 2012, § 254 RdNr 7). Wäre eine Trennung der Streitgegenstände hier möglich, wie dies vom SG fälschlich angenommen wurde, müsste es sich um eine kumulative Klagehäufung handeln, die aber voraussetzt, dass die Ansprüche voneinander unabhängig sind. Die unbezifferte und von der Klägerin noch nicht bezifferbare Leistungsklage ist hingegen nur deswegen zulässig, weil sie im Verbund mit dem Rechnungslegungsanspruch erhoben worden ist (zum Erfordernis eines bezifferten Antrags bei Leistungsklagen nach § 54 Abs 5 SGG vgl BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 2, RdNr 6; BSGE 83, 254, 263 = SozR 3-2500 § 37 Nr 1 S 10 f). Die verfahrensfehlerhafte Abtrennung der Klage auf Rechnungslegung führt jedoch nicht zu deren Unzulässigkeit, da die Klägerin diese Klage auch isoliert hätte erheben können. Die Stufenklage begünstigt die Klägerin lediglich insoweit, als die auf Zahlung gerichtete Klage sofort rechtshängig wird. Hingegen ist das SG aufgrund seines Verfahrensfehlers gehindert, über die Zahlungsklage trotz eines fehlenden bezifferten Klageantrags zu entscheiden. Dies bedarf an dieser Stelle keiner weiteren Vertiefung (zur Kostenentscheidung s unter 3.).

- 14 2. Die Klage auf Übermittlung der den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten an den Beigeladenen ist begründet. Der Anspruch der Klägerin auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen an den Beigeladenen ist entstanden (*dazu a*). Der Anspruch ist auch nicht erloschen. Anspruchsvernichtende Einwendungen bestehen nicht (*dazu b*).
- 15 a) Der Anspruch der Klägerin gegen den Beklagten auf Herausgabe der den Versicherten betreffenden Unterlagen über die stationäre Behandlung vom 23.4. bis 3.5.2007 an den Beigeladenen ergibt sich aus § 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V (*idF durch Art 3 Nr 7 Buchst b Gesetz zur Änderung von Vorschriften des Sozialgesetzbuchs über den Schutz der Sozialdaten sowie zur Änderung anderer Vorschriften <Zweites Gesetz zur Änderung des Sozialgesetzbuchs - 2. SGBÄndG> vom 13.6.1994, BGBl I 1229; vgl BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 35; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 16 RdNr 20; BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 14 ff*). Der Gesetzgeber schuf mit § 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V eine unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten geeignete Rechtsgrundlage zur direkten Übermittlung von Daten der Leistungserbringer an den MDK, um eine zügige Bearbeitung von Prüfungen nach § 275 SGB V zu gewährleisten (*vgl BT-Drucks 12/5187 S 32*). Die Vorschrift berechtigt nur die KKn dazu, dies von den Leistungserbringern verlangen zu können. Sie weist dem MDK keine "Verfahrensherrschaft" zu.

- 16 Der Anwendungsbereich dieses Herausgabeanspruchs ist eröffnet. Weder geht es um eine Überprüfung der Abrechnungsvoraussetzungen und der vorgenommenen Abrechnung auf der Grundlage der an die KK zu übermittelnden Abrechnungsdaten des Krankenhauses (§ 301 SGB V; s hierzu zB BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 31, dort auch zur Unmaßgeblichkeit der früheren Substantiierungsanforderungen seit der Entscheidung des Großen Senats, und RdNr 39; BSG Urteil vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R - Juris RdNr 19, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 24 vorgesehen; Kurzbericht gemäß maßgeblichem Landesvertrag nach § 112 SGB V) noch ist eine Stichprobenprüfung nach § 17c KHG (eingefügt durch Art 2 Nr 5 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser <Fallpauschalengesetz - FPG> vom 23.4.2002, BGBl I 1412) betroffen. Vielmehr will die Klägerin erreichen (sog dritte Stufe der Sachverhaltserhebung, vgl dazu BSG Urteil vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R - Juris RdNr 18 ff mwN, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 24 vorgesehen), dass der Beklagte verurteilt wird, dem Beigeladenen alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die er zur Beantwortung der Prüfanfrage der Klägerin benötigt.
- 17 § 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V verpflichtet den Leistungserbringer dann, wenn die KK nach § 275 Abs 1 bis 3 SGB V eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK veranlasst hat, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist. Maßgeblich ist im Falle der Klägerin § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V (idF durch Art 1 Nr 6b FPG vom 23.4.2002, BGBl I 1412) iVm § 275 Abs 1c S 1 und 2 SGB V (idF durch Art 1 Nr 185 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 2007, 378). Mit dem 3. Senat des BSG leitet der erkennende 1. Senat des BSG aus § 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V her, dass die KK für die im Gesetz genannten Zwecke vom Krankenhaus die Herausgabe von Behandlungsunterlagen an den MDK beanspruchen kann (vgl BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 35; BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1 RdNr 17; zu Parallelbereichen vgl Hauck, Wirtschaftsgeheimnisse, 1987, S 127 ff mwN; zu dem im Zivilrecht auf der Grundlage des § 242 BGB richterrechtlich entwickelten "erweiterten" Auskunftsanspruch vgl RGZ 108, 1, 7, seither dort stRspr, vgl nur BGH Urteil vom 6.2.2007 - X ZR 117/04 - NJW 2007, 1806, 1807 mwN; s ferner Winkler von Mohrenfels, Abgeleitete Informationsleistungspflichten im deutschen Zivilrecht, 1986, S 33 ff; Haefl, Der Auskunftsanspruch im Zivilrecht, 2010, S 56 f).
- 18 Die Voraussetzungen des § 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V sind erfüllt. Die Klägerin beauftragte als KK den beigeladenen MDK, gemäß § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V und § 275 Abs 1c S 1 und 2 SGB V eine gutachtliche Stellungnahme zur ordnungsgemäßen Abrechnung der Krankenhausbehandlung des Versicherten durch den Beklagten abzugeben. Nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V sind die KK in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder

Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, ua bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Es bestehen Auffälligkeiten, die die KK zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Anforderung einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK berechtigen und verpflichten, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der KK verwertbare Informationen (*vgl zu Letzterem Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR 14/12 R - RdNr 33 und 35, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen*) Fragen nach der - insbesondere sachlich-rechnerischen - Richtigkeit der Abrechnung und/oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die KK aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht beantworten kann (*vgl zB BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 36: Entlassung aus stationärer Behandlung an einem Montagvormittag bei Vergütung nach BPflVO*). Liegt keine Auffälligkeit im dargelegten Rechtssinne vor, kann der MDK bei einem solchen, auf bloß vermeintliche Auffälligkeiten gestützten Auftrag die KK hierauf verweisen. Das Krankenhaus darf die Herausgabe von dennoch angeforderten weiteren Behandlungsunterlagen, die über das für die Abrechnung Erforderliche (*vgl hierzu BSG Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR 14/12 R - RdNr 29 und 31, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen*) hinausgehen, an den MDK unter Hinweis auf das Fehlen von Auffälligkeiten verweigern. Auch insoweit unterscheiden sich Auffälligkeits- von Stichprobenprüfungen (§ 17c Abs 2 KHG). Stichprobenprüfungen können dementsprechend auch keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1c SGB V auslösen (*vgl BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 13*).

- 19 Das Krankenhaus hat dagegen kein Recht, die Mitteilung angeforderter Informationen an den MDK zu verweigern, soweit es seinen eigenen Informationspflichten im Rahmen der Abrechnung noch nicht nachgekommen ist (*vgl zur Erfüllung der Informationspflichten als Beteiligtenvortrag in einem Berufungsverfahren BSG Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR 14/12 R - RdNr 31 f, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen*).
- 20 In Bezug auf die Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V ordnet § 275 Abs 1c S 1 SGB V an, dass eine Prüfung nach Abs 1 Nr 1 zeitnah durchzuführen ist. Dieses wird in Abs 1c S 2 dahin präzisiert, dass eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der KK einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist (*vgl BSG Urteil vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R - Juris RdNr 11, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 24 vorgesehen; BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 4 RdNr 10; zur Auslegung dieser Norm vgl auch Urteil des erkennenden Senats vom 13.11.2012 - B 1 KR 10/12 R - RdNr 9, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen*).
- 21 Es bestanden bei der Abrechnung des Beklagten "Auffälligkeiten", die eine unzutreffende Abrechnung sowohl unter dem Gesichtspunkt der Unwirtschaftlichkeit als auch unter dem der sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit als eine Möglichkeit erscheinen lassen. Nach den unange-

griffenen und daher den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) begab sich nämlich der Versicherte am Tag nach seiner Entlassung bereits wieder in die stationäre Behandlung des Beklagten. Die Möglichkeit einer Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale nach § 2 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (*Fallpauschalenvereinbarung 2007 - FPV 2007*) kommt hier ernsthaft in Betracht. Nicht auszuschließen ist auch, dass der Beklagte den Versicherten - medizinisch kontraindiziert - zu früh aus der stationären Behandlung entlassen hat.

- 22 Die Klägerin erteilte auch innerhalb der sechswöchigen Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V (*vgl dazu BSG Urteil vom 16.5.2012 - B 3 KR 12/11 R - Juris RdNr 16, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 275 Nr 5 vorgesehen; BSG Urteil vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R - Juris RdNr 17, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 24 vorgesehen; SozR 4-2500 § 275 Nr 4 RdNr 15; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 37; SozR 4-2500 § 109 Nr 16 RdNr 16*) dem Beigeladenen den Prüfauftrag (*Eingang der Rechnung des Beklagten bei der Klägerin am 29.5.2007, Prüfauftrag erteilt mit Schreiben der Klägerin vom 5.6.2007*).
- 23 b) Die Einwendungen des Beklagten gegen den Herausgabeanspruch greifen nicht durch.
- 24 Die Klägerin muss sich zwar das Verhalten des Beigeladenen im Rahmen der Anzeige der Erteilung von Prüfaufträgen nach § 275 Abs 1 bis 3 SGB V zurechnen lassen (*dazu aa*). Die Klägerin hat aber weder das kompensatorische (*dazu bb*) noch das prüfrechtliche Beschleunigungsgebot (*dazu cc*) verletzt. Auch ist der Auskunftsanspruch weder verwirkt (*dazu dd*) noch einer sonstigen Einwendung ausgesetzt (*dazu ee*). Der Beklagte kann nicht der Klägerin entgegenhalten, dass jedenfalls wegen Ablaufs von vier Jahren seit Zugang der Rechnung ein Prüfverfahren ausgeschlossen sei (*dazu ff*). Es greift schließlich keine vertragliche Ausschlussfrist ein (*dazu gg*).
- 25 aa) Grundsätzlich kann ein Krankenhaus eine durch den MDK verursachte Versäumung der Frist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V der KK entgegenhalten. Zeigt der MDK die Einleitung der Prüfung dem Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig nach § 275 Abs 1c S 2 SGB V an, bewirkt dies - nachgelagert - ein sich auch auf das Gerichtsverfahren erstreckendes Beweisverwertungsverbot (*vgl BSG Urteil vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R - Juris RdNr 30, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 24 vorgesehen*). Der erkennende 1. Senat des BSG geht in Übereinstimmung mit dem 3. Senat des BSG von einem solchen Verbot sowie auch davon aus, dass das Beweisverwertungsverbot auf Verfahren der Abrechnungsprüfung zwecks Minderung des abgerechneten Betrags nach § 275 Abs 1c SGB V beschränkt ist, bei denen der MDK Sozialdaten gemäß § 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V benötigt. Über das Verwertungsverbot hinaus steht - vorgelagert - eine Verletzung der Informationspflicht des MDK über die Einleitung der Prüfung schon einem Anspruch der KK aus

§ 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V auf Übermittlung der den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten an den MDK entgegen, wenn es hierzu kommt. Insoweit muss sich die Klägerin das Verhalten des Beigeladenen hinsichtlich der Prüfanzeige im Rahmen der Erteilung von den genannten Abrechnungsprüfaufträgen nach § 275 SGB V zurechnen lassen. Die Zurechnung des Handelns des MDK in diesem Rechtsverhältnis mit Wirkung gegenüber den KKn ergibt sich nicht aus der analogen Anwendung zivilrechtlicher Zurechnungstatbestände, sondern unmittelbar aus § 275 SGB V. Hiernach sind die KKn gehalten, das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs 1 SGB V) durch die entsprechende Vergabe von Prüfaufträgen an den MDK durchzusetzen. Auch würde ansonsten der Regelungszweck des § 275 Abs 1c SGB V unterlaufen werden. Krankenhäuser können sich danach gegenüber KKn auf das Unterlassen oder die Verspätung der Prüfanzeige als rechtserhebliche Mängel des Prüfverfahrens nach § 275 Abs 1 Nr 1 und Abs 1c SGB V berufen, obwohl sie der Sphäre des MDK zuzurechnen sind (vgl. ebenso BSG Urteil vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R - Juris RdNr 29, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 24 vorgesehen, unter ausdrücklicher Aufgabe von BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 6 RdNr 17-18).

- 26 Der Beklagte kann sich hier nicht darauf berufen, der Beigeladene habe ihn nicht rechtzeitig informiert. Der Beigeladene setzte nämlich den Beklagten im vorliegenden Falle alsbald nach Eingang des Prüfauftrags von diesem in Kenntnis (*Prüfauftrag vom 5.6.2007, Information des Beklagten durch den Beigeladenen mit Schreiben vom 15.6.2007*).
- 27 bb) Kein Einwand erwächst dem Beklagten aus einem vermeintlichen Verstoß gegen das "kompensatorische Beschleunigungsgebot". Dieses Gebot, zügig zu verfahren, beruht auf dem Regelungskomplex der gesetzlichen Zahlungspflichten, die mit der Vorleistungspflicht der Krankenhäuser korrespondieren. Zu Recht betont die Rechtsprechung des 3. Senats des BSG, dass aus den gesetzlichen Vorgaben der Vorleistungspflicht der Krankenhäuser ein gesetzlicher Beschleunigungsauftrag hinsichtlich der Vergütung erwächst. Diese Pflicht zur Beschleunigung findet ihren Niederschlag in den Regelungen über Abschlagszahlungen, angemessene monatliche Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung (vgl. § 8 Abs 7 S 2 und S 3, § 11 Abs 1 S 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG); BSG Urteil vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R - Juris RdNr 13 f, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 24 vorgesehen). Die genannten Regelungen dürfen nicht dadurch unterlaufen werden, dass die KKn Abschlagszahlungen mit dem bloßen Argument verweigern, es sei nicht auszuschließen, dass eine - noch nicht abgeschlossene - Prüfung künftig ergeben könnte, die erbrachte Leistung sei nicht erforderlich gewesen. Eine unzulässige Rechtsausübung wäre es auch, wenn KKn unter Verstoß gegen ein vertraglich vereinbartes Prüfungsverfahren routinemäßig und pauschal die Begleichung von Krankenhausrechnungen verweigerten, weil angebliche Erfahrungswerte zur erforderlichen Verweildauer überschritten wären (vgl. BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2, sog. "Berliner Fälle"; zustimmend ebenso BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 42).

- 28 Sinn und Zweck der die Vorleistungen zunächst kompensierenden Abschlagszahlungen stehen einem Vorgehen der KKn entgegen, den Krankenhäusern - ohne Rechtfertigung durch ein konkretes Prüfergebnis - solche Zahlungen zu verweigern. Trotz erfolgter Zahlung bleiben die KKn bei Erklärung des erforderlichen Vorbehalts indes berechtigt, wenn ihnen die Prüfergebnisse vorliegen, die Abschlagszahlungen ohne Änderung der ursprünglichen Verteilung der objektiven Beweislast zurückzufordern. Die Abschlagszahlungen unter Vorbehalt verschaffen dem Krankenhaus keinerlei beweisrechtlichen Vorteil hinsichtlich der Notwendigkeit der erbrachten Leistung und der Richtigkeit der Abrechnung.
- 29 Ein Verstoß gegen das "kompensatorische Beschleunigungsgebot" besteht nicht. Der Beschleunigungsauftrag aufgrund der genannten Regelungen über Abschlags- und Teilzahlungen begründet hier schon deshalb keine Einwendungen des Beklagten gegen den Herausgabeanspruch, weil die Klägerin pflichtgemäß die Schlussrechnung des Beklagten vom 24.5.2007 - für sie rechtswahrend unter dem Vorbehalt medizinischer Überprüfung - beglich.
- 30 cc) Der Beklagte kann auch keinen Einwand aus einem angeblichen Verstoß des Beigeladenen gegen das "prüfrechtliche Beschleunigungsgebot" der Vorgaben des § 275 Abs 1c SGB V für sich ableiten, obwohl der Beigeladene bis zum 4.2.2008 (*Datum des Schreibens des Beklagten, dass der Überprüfungsanspruch verfristet sei*) noch keine Prüfung der Abrechnung anhand der Krankenhausunterlagen vorgenommen hatte. § 275 Abs 1c SGB V konkretisiert seit 1.4.2007 die allgemeinen Anforderungen von Treu und Glauben, nach denen Krankenhaus und KKn angesichts ihrer auf Dauer angelegten Rechtsbeziehung gehalten sind, so zügig zu kooperieren, dass es nicht zu treuwidrigen Verzögerungen kommt. Die Bestimmung regelt abschließend die sozialrechtlichen Sanktionen bei Verstößen. Das entspricht dem Wortlaut sowie Sinn und Zweck der Regelung unter Berücksichtigung des Regelungssystems. Wie oben dargelegt ordnet § 275 Abs 1c S 1 SGB V in Bezug auf die Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V an, dass eine Prüfung nach Abs 1 Nr 1 "zeitnah" durchzuführen ist. Dieses wird in Abs 1c S 2 dahin präzisiert, dass eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der KK einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist (*vgl BSG Urteil vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R - Juris RdNr 11, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 24 vorgesehen; BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 4 RdNr 10*). Die Regelung schneidet den KKn - über das unter aa) umrissene Auskunfts- und Beweisverwertungsverbot hinaus - keine weiteren Rechte ab, mit Hilfe des MDK Abrechnungen von Krankenhäusern zu überprüfen.
- 31 Das Vorgehen der KKn nach § 275 SGB V hat seinen Ursprung darin, dass es zu den elementaren Aufgaben einer KK gehört, auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 2 Abs 1 S 1, § 4 Abs 3, § 12 Abs 1 SGB V) Acht zu geben, welches uneingeschränkt auch im Bereich des Leistungserbringungsrechts gilt (§ 70 Abs 1 SGB V; *vgl auch BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 4*). Der Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung, die Pflicht der KK zu ihrer

Bewilligung sowie die Pflicht des Krankenhausträgers zu ihrer Bewirkung hängen von der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ab.

32 Das Wirtschaftlichkeitsgebot verknüpft die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung, ihre Vergütung und die Kontrolle des Vorliegens ihrer Voraussetzungen durch KKn und MDK untrennbar miteinander. Dieser enge Zusammenhang stellt keine auf die Krankenhausversorgung beschränkte Besonderheit dar, vielmehr findet sich Ähnliches auch zB bei den Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen nach §§ 106, 106a SGB V im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (*zur Verklammerung vertragsärztlicher Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit den Leistungsansprüchen der Versicherten vgl zB BSG Urteil vom 6.5.2009 - B 6 KA 3/08 R - USK 2009-14 = Juris RdNr 16 ff; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 21 RdNr 16 ff*). Auch § 275 Abs 1 SGB V basiert in diesem Sinne auf der gesetzlichen Pflicht einerseits der KKn, nur solche Leistungen zu bewilligen, und andererseits der Krankenhäuser, nur solche Leistungen zu bewirken, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Ein Anspruch auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V setzt deshalb ua voraus, dass die Behandlung notwendig bzw erforderlich war (*vgl dazu und zu den sich daraus ergebenden Anforderungen näher nur: BSG - Großer Senat - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 15 ff, 27 ff*). § 275 Abs 1 SGB V verpflichtet die KKn, eben diese Voraussetzungen zu überprüfen und hierzu ggf den MDK einzuschalten (*vgl zum Ganzen BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 19; ebenso 3. Senat des BSG: Urteil vom 16.5.2012 - B 3 KR 12/11 R - Juris RdNr 10, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 275 Nr 5 vorgesehen; Urteil vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R - Juris RdNr 23, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 24 vorgesehen*). Rechtssystematisch zielt in diesem Zusammenhang § 275 Abs 1c S 3 SGB V nur auf die Einschränkung von solchen Prüfungen ab, die KKn ohne berechtigten Anlass, ggf gar durch "missbräuchliche" Prüfungsbegehren eingeleitet haben (*vgl BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 21*). Wortlaut, Regelungssystem und Zweck des § 275 Abs 1c SGB V lassen sich auch nicht - entgegen der Auffassung der Vorinstanz - durch Hinweise auf die Gesetzesmaterialien überspielen. Die Gesetzesmaterialien sprechen im Übrigen im Kern auf der Grundlage der in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen erkennbar nur die typischen unbefriedigend verlaufenen ("Bürokratie verursachenden") Verfahren an und machen sie zum Regelungsgegenstand des § 275 Abs 1c SGB V, in denen es aus der Initiative der KKn heraus zu einer übermäßig starken, "streufeuerartigen", stark zeitversetzten und/oder verzögernden Inanspruchnahme der Prüfmöglichkeit gekommen war (*zum Bedeutungsgehalt vgl BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 24*).

33 Die Regelung des § 275 Abs 1c SGB V begründet keine gesetzliche Ausschlussregelung jenseits der sechswöchigen Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V. Namentlich aus § 275 Abs 1c S 1 SGB V und dem dort geregelten Erfordernis der zeitnahen Prüfung kann eine Ausschlussfrist nicht abgeleitet werden.

- 34 Soweit der Beklagte darauf verweist, dass das Krankenhaus nach § 8 Abs 7 S 2 KHEntgG vorbehaltlich einer anderen Vereinbarung über eine zeitnahe Vergütung ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts eine angemessene Abschlagszahlung verlangen kann, dass in Umsetzung des § 11 Abs 1 S 3 KHEntgG zur Festlegung zeitnaher Zahlungszeiträume zwei bis drei Wochen festgelegt werden und dass nach § 17c KHG in Verbindung mit den jeweiligen Vereinbarungen eine Stichprobenprüfung binnen acht Wochen beendet sein muss, folgt daraus nichts für die Auslegung des § 275 Abs 1c S 1 SGB V. Die beiden zuerst genannten Vorschriften stehen in einem völlig anderen, mit dem des § 275 Abs 1c SGB V nicht vergleichbaren Regelungskontext. Auch § 17c KHG ist keine tragfähige Grundlage für die Begründung einer auf § 275 Abs 1c S 1 SGB V gestützten Ausschlussfrist. Obwohl es dem Gesetzgeber gerade darum ging, mit § 275 Abs 1c S 1 SGB V auf eine zeitnahe Einzelfallprüfung hinzuwirken und dies für sämtliche Schritte der Einleitung durch die KK und der Durchführung der Prüfung durch den MDK gelten soll (*vgl BT-Drucks 16/3100 S 171*), hat er - im Gegensatz zu § 275 Abs 1c S 2 SGB V (*vgl BT-Drucks 16/3100 S 171*) - von der Formulierung einer Ausschlussfrist abgesehen. Wenn im Gegensatz dazu § 2 Abs 10 der Gemeinsamen Empfehlung zum Prüfverfahren nach § 17c KHG vorsieht, dass der MDK die Stichprobenprüfung innerhalb einer Frist von acht Wochen mit einem Prüfbericht abzuschließen hat, folgt daraus gerade nichts für § 275 Abs 1c S 1 SGB V, wie auch das LSG zutreffend erkannt hat.
- 35 Der Beklagte kann für sich nichts daraus herleiten, dass der 6. Senat des BSG für das Vertragsarztrecht seit dem Urteil vom 16.6.1993 (*BSGE 72, 271 = SozR 3-2500 § 106 Nr 19*) in ständiger Rechtsprechung davon ausgeht, dass die vertragsärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht der Verjährung unterliegt, aber der die Wirtschaftlichkeitsprüfung abschließende Bescheid über Honorarkürzungen dem Vertragsarzt spätestens vier Jahre nach der vorläufigen Honorarabrechnung bekanntgegeben werden muss (*zuletzt BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 28 RdNr 18 f, 28 f, 31; s ferner Clemens in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 106 RdNr 186, 244*). Die Notwendigkeit einer zeitlichen Begrenzung des Prüfverfahrens ergibt sich hier bereits aus dem rechtsstaatlichen Gebot der Rechtssicherheit (*Art 20 Abs 3 GG*); greifen die Verjährungsvorschriften nicht ein, so muss der Gefahr eines "ewigen Prüfverfahrens" auf andere Weise begegnet werden. Daher hat es das BSG als sachgerecht angesehen, die in den Büchern des SGB für die Verjährung einheitlich festgesetzte Frist von vier Jahren im Sinne einer zeitlichen Höchstgrenze als Ausschlussfrist auch auf das Verfahren zur endgültigen Festsetzung der vertragsärztlichen Honorare zu übertragen (*BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 28 RdNr 28; BSGE 72, 271, 277 = SozR 3-2500 § 106 Nr 19 S 112*). Das BSG begründet die Notwendigkeit einer Ausschlussfrist unter analoger Anwendung der Verjährungsfrist des § 45 SGB I auf die richterrechtlich geschaffene Ausschlussfrist wesentlich mit dem fehlenden Anspruchscharakter des Rechts des Prüfungsausschusses, den Honoraranspruch endgültig und entsprechend dem Prüfergebnis anders als im Honorarbescheid festzusetzen (*BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 28 RdNr 19; BSGE 72, 271, 273 = SozR 3-2500 § 106 Nr 19 S 107*). Diese Überlegungen treffen auf das Leistungsverhältnis zwischen Krankenhaus und KK nicht zu. Im hier bestehenden Gleichordnungsver-

hältnis (vgl. unter II. 1. a) kann kein am Leistungserbringungsverhältnis Beteiligter und keine Behörde die Vergütung für die stationären Krankenhausleistungen zu irgendeinem (späteren) Zeitpunkt endgültig festsetzen. Denn im Gegensatz zu dem vorläufigen Charakter des begünstigenden Honorarbescheids, dessen Vorläufigkeit der Vertragsarzt nicht selbst beseitigen kann, haben die Krankenhäuser im Gleichordnungsverhältnis die Möglichkeit, bei Nicht- oder Teilzahlung der abgerechneten Vergütung auf Leistung der (Rest-)Vergütung zu klagen (zu *bundesrechtlich zulässigen Einbehalten von geforderten Vergütungen* vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 16 RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 3 RdNr 6). Auch fehlt es nicht bei typischen Problemlagen in Verfahren nach den §§ 275, 276 SGB V, wie die vorliegende Stufenklage zeigt, an dem Prüfverfahren zugeordneten Ansprüchen, die der Verjährung unterliegen.

36 (dd) Die abschließende, abgestufte Regelungskonzeption des § 275 Abs 1c SGB V, lediglich die kurze Frist des Satzes 2 zu sanktionieren, bei im Anschluss an gezielte Abrechnungsprüfungen (zu *dieser Grundvoraussetzung auch bei Vorliegen einer Rechnung* vgl. BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 13) nicht erfolgten Abrechnungskürzungen zu einer pauschalen Aufwandspauschale zu gelangen (vgl. § 275 Abs 1c S 3 SGB V) und nach erfolgter rechtskonformer Einleitung der Prüfung die Verjährungsfrist als Zeitgrenze eingreifen zu lassen, eröffnet keinen Raum für die Krankenhäuser, sich etwa wegen zögerlicher Prüfbearbeitung des MDK auf Verwirkung zu berufen.

37 Zudem passt das Rechtsinstitut der Verwirkung als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist nicht. Es ist als Ausprägung des Grundsatzes von Treu und Glauben (§ 242 BGB) auch für das Sozialversicherungsrecht und insbesondere für die Nachforderung von Beiträgen zur Sozialversicherung anerkannt. Die Verwirkung setzt als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts nach Treu und Glauben dem Verpflichteten gegenüber als illoyal erscheinen lassen. Solche, die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage) und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauenstatbestand) und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (stRspr; vgl. BSGE 109, 22 = SozR 4-2400 § 7 Nr 14, RdNr 36; BSG SozR 4-2400 § 24 Nr 5 RdNr 31; BSG SozR 4-2600 § 243 Nr 4 RdNr 36; BSG SozR 4-4200 § 37 Nr 1 RdNr 17; BSG SozR 3-2400 § 4 Nr 5 S 13; BSG Urteil vom 30.7.1997 - 5 RJ 64/95 - Juris RdNr 27; BSGE 80, 41, 43 = SozR 3-2200 § 1303 Nr 6 S 17 f; BSG Urteil vom 1.4.1993 - 1 RK 16/92 - FEVS 44, 478, 483 = Juris RdNr 23; BSG SozR 2200 § 520 Nr 3 S 7; BSG Urteil vom 29.7.1982 - 10 RAR 11/81 - Juris RdNr 15; BSGE 47, 194, 196 = SozR 2200 § 1399 Nr 11 S 15; BSG Urteil vom

25.1.1972 - 9 RV 238/71 - *Juris RdNr 17*; vgl auch *Hauck, Vertrauensschutz in der Rechtsprechung der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit, in Brand/Lembke (Hrsg), Der CGZP-Beschluss des Bundesarbeitsgerichts, 2012, S 147 ff, 167 f).*

- 38 Hat der MDK die Prüfung nach § 275 Abs 1c SGB V angezeigt, ohne sodann zügig in eine Prüfung einzutreten, fehlt es bereits an einem Verwirkungsverhalten. Allein der Zeitablauf stellt ein solches Verwirkungsverhalten noch nicht dar. Denn die Verwirkung unterscheidet sich von der Verjährung dadurch, dass der bloße Zeitablauf nicht genügt, um die Ausübung des Rechts als unzulässig anzusehen (*s ferner ergänzend zu den bereits oben genannten Entscheidungen BSGE 51, 260, 262 = SozR 2200 § 730 Nr 2 S 4; BSG Urteil vom 30.10.1969 - 8 RV 53/68 - USK 6983 S 345 = Juris RdNr 23; BSGE 38, 187, 194 = SozR 2200 § 664 Nr 1 S 9; BSGE 34, 211, 214 = SozR Nr 14 zu § 242 BGB; BSGE 7, 199, 201; vgl auch BGH NJW 2011, 445, 446).*
- 39 Nichtstun, also Unterlassen, kann ein schutzwürdiges Vertrauen ausnahmsweise allenfalls dann begründen und zur Verwirkung des Rechts führen, wenn der Schuldner dieses als bewusst und planmäßig erachten darf (*vgl BSG Urteil vom 19.6.1980 - 7 RAr 14/79 - USK 80292 S 1312 = Juris RdNr 32; BSGE 47, 194, 197 = SozR 2200 § 1399 Nr 11 S 17; BSGE 45, 38, 48 = SozR 4100 § 40 Nr 17 S 55*). Davon ist bei Unterlassen von Prüfmaßnahmen des MDK innerhalb der kurzen, vierjährigen Verjährungsfrist bei von der KK als "Herrin" des Prüfverfahrens erteiltem Prüfauftrag nicht auszugehen.
- 40 ee) Der Verweis auf Treu und Glauben begründet auch im Übrigen keine tragfähige Einwendung. Tragende Sachargumente, die in Verbindung mit der Prüfungsdauer Basis für den Vorwurf von Treuwidrigkeit sein könnten, ergeben sich weder aus den den Krankenhäusern durch die Prüfung entstehenden Kosten (1) noch aus einer etwaigen Beweisverschlechterung (2) noch aus zu bilanzierenden Rückstellungen der Krankenhäuser (3).
- 41 (1) Führt die Prüfung des MDK bei Vorliegen einer Krankenhausrechnung aufgrund eines hierauf gerichteten gezielten Prüfauftrags der KK zu keiner Minderung der Rechnung, haben ausnahmsweise die KKn die Kosten des Aufwandes der Krankenhäuser in pauschalierter Form zu tragen (§ 275 Abs 1c S 3 SGB V; *vgl näher BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 13 ff*). Die Erfüllung gesetzlicher Prüfpflichten mit Hilfe der dazu bereichsspezifisch vorgesehenen Verfahren und Prüfsysteme kann grundsätzlich keine einseitigen Zahlungsansprüche eines Krankenhauses zu Lasten einer KK auslösen, seien sie auch in das Gewand einer Aufwandspauschale gekleidet. Die für Prüfverfahren entstehenden Kosten sind vielmehr grundsätzlich Teil der Kosten der Leistungserbringung selbst, dh schon in die Vergütung für die erbrachten Leistungen mit "eingepreist" und können daher nur ausnahmsweise - unter eng umrissenen Voraussetzungen - den KKn zusätzlich und allein auferlegt werden (*vgl BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 19*). Ist eine Rechnung überhöht und stellt dies der MDK fest, versteht es sich vor diesem Hintergrund von selbst, dass die Krankenhäuser den ihnen im

Rahmen der MDK-Prüfung entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu tragen haben, den sie durch unzutreffende Abrechnungen letztlich selbst verursacht haben. Dies gilt umso mehr, als die dem MDK dabei entstehenden Kosten auch im Erfolgsfall von der Gemeinschaft der Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sind (*vgl § 281 SGB V; BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 19*).

- 42 (2) Sinn der Prüfungsanzeigepflicht des § 275 Abs 1c S 2 SGB V gegenüber den Krankenhäusern ist es insbesondere, ihnen die Vorbereitung der Prüfung zu erleichtern und eine eigene zeitnahe Prüfung der Vollständigkeit und Richtigkeit ihrer Behandlungsdokumentation zu ermöglichen. Die Krankenhäuser erfahren aus der Anzeige des Prüfauftrags, welche Rechnungen aus der Sicht der KKn auffällig sind, und können im Rahmen ihrer ohnehin bestehenden Dokumentationspflichten dafür Sorge tragen, dass die Behandlungsunterlagen gesichert und im Falle einer unzureichenden Dokumentation zeitnah ergänzt werden. Auf ein frisches Erinnerungsvermögen der behandelnden Ärzte kommt es dann nicht mehr an. Insoweit ist den Interessen der Krankenhäuser bereits durch die kurze Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V hinreichend Rechnung getragen.
- 43 (3) Nach der ständigen Rechtsprechung des BFH ist Voraussetzung für die Bildung einer Rückstellung für ungewisse Verbindlichkeiten das Bestehen einer dem Betrage nach ungewissen Verbindlichkeit oder die hinreichende Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer Verbindlichkeit dem Grunde nach - deren Höhe zudem ungewiss sein kann - und ihre wirtschaftliche Verursachung in der Zeit vor dem Bilanzstichtag. Zudem ist erforderlich, dass der Schuldner ernsthaft mit der Inanspruchnahme rechnen muss. Auch für Verpflichtungen, die sich aus öffentlichem Recht ergeben (Geld- oder Sachleistungsverpflichtungen), können Rückstellungen gebildet werden. Dies setzt allerdings voraus, dass die öffentlich-rechtliche Verpflichtung hinreichend konkretisiert ist (*vgl zum Ganzen BFHE 206, 25, 27 mwN; s ferner BFH Urteil vom 6.6.2012 - I R 99/10 - DStR 2012, 1790, 1791*). Wann dies im Zusammenhang mit MDK-Abrechnungsprüfungen im Einzelnen der Fall ist, ist - soweit ersichtlich - bislang nicht Gegenstand einer BFH-Entscheidung gewesen (*zur Rückstellung bei Prüfverfahren nach § 106 SGB V siehe FG Bremen Urteil vom 8.2.2012 - 1 K 32/10 (5) - KrV 2012, 159 ff m abl Anm Schroeder-Printzen*). Gleichwohl kann aus dieser ständigen BFH-Rechtsprechung abgeleitet werden, dass in den Fällen, in denen KKn die Abrechnung zunächst in vollem Umfang begleichen und wegen Auffälligkeiten ein Prüfverfahren nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V einleiten, sich die Bildung von Rückstellungen nach § 5 Abs 1 S 1 EStG iVm § 249 Abs 1 S 1 HGB richtet. Sie ist danach nicht zulässig, wenn ein sorgfältiger und gewissenhafter Kaufmann, der wie die Krankenhäuser unmittelbar Zugang zu medizinischem Sachverstand hat und zu diesem Zeitpunkt über alle abrechnungsrelevanten medizinischen Informationen verfügt, bei gewissenhafter Prüfung davon ausgehen darf, dass eine Minderung der Vergütung ernstlich nicht in Betracht kommt. Ist hingegen nach diesem Maßstab mit einer Minderung der Vergütung ernstlich zu rechnen, ist aus dem

Verhalten der KKn, das zu solchen Rückstellungen Anlass gibt, gerade keine Treuwidrigkeit abzuleiten.

- 44 ff) Der Beklagte kann eine angebliche Säumigkeit des Beigeladenen dem Anspruch der Klägerin auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen an den Beigeladenen auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Verjährung der Erstattungsforderung entgegenhalten. Die Klägerin hat nämlich vor Eintritt der Verjährung Klage erhoben. Die Erhebung der Stufenklage hemmt den Eintritt der Verjährung des Rechnungslegungs- und des Erstattungsanspruchs (§ 45 Abs 2 SGB I analog iVm § 204 Abs 1 Nr 1 BGB; zur Rechtshängigkeit des unbezifferten Erstattungsanspruch vgl oben II.1.b).
- 45 gg) Die Regelung des § 275 Abs 1c SGB V bildet schließlich auch keine Rechtsgrundlage für eine vertragliche Ausschlussfrist. Wie der erkennende Senat am selben Tage entschieden hat, kann durch einen Vertrag nach § 112 SGB V weder das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs 1 SGB V) noch das dieses konkretisierende Prüf- und Beanstandungsrecht der KKn nach §§ 275, 276 SGB V eingeschränkt werden (vgl BSG Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR 27/11 R - RdNr 35 ff und 42 f, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Die Folge ist ua, dass diesbezüglich weder ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch einer KK noch ein ihm vorgelagerter Auskunftsanspruch einer vertraglichen Ausschlussfrist unterworfen werden kann. Die "Vereinbarung für den Vereinbarungs-/Pflegezeitraum 2007 nach § 11 Abs. 1 KHEntgG und § 17 Abs. 1 BPfIV" zwischen der AOK Bayern, des VdAK Bayern/AEV Bayern und dem BKK-Landesverband Bayern e.V. einerseits und dem Beklagten andererseits in ihrem insoweit einschlägigen § 15 (Zahlungs- und andere Abrechnungsbestimmungen) sieht in Einklang mit dieser Rechtsprechung keine einschlägige Ausschlussfrist vor.
- 46 3. Die Kostenentscheidung bleibt wegen der Einheit der Kostenentscheidung dem Schlussurteil vorbehalten (vgl Brandenburgisches OLG Beschluss vom 9.11.2005 - 10 WF 185/05 - FamRZ 2007, 161, 162; OLG Karlsruhe Beschluss vom 18.3.2002 - 2 WF 34/02 - FamRZ 2003, 943, 944; OLG Frankfurt am Main Urteil vom 25.3.1998 - 23 U 80/97 - NJW-RR 1998, 1536; Herget in Zöller, ZPO, 29. Aufl 2012, § 91 Rz 13 "Stufenklage"; Bork in Stein/Jonas, ZPO, 22. Aufl 2004 Bd 2, § 91 RdNr 7 und § 92 RdNr 1; Winkler von Mohrenfels, Abgeleitete Informationsleistungspflichten im deutschen Zivilrecht, 1986, S 192; Assmann, Das Verfahren der Stufenklage, 1990, S 125 f; Rixecker, MDR 1985, 633; Siegel, Die Kostenfrage der Stufenklage, 2009, S 116 f; aA Hartmann in Baumbach/Lauterbach/Albers/Hartmann, ZPO, 70. Aufl 2012, § 254 RdNr 20). Insoweit ist es unerheblich, dass das SG verfahrensfehlerhaft Auskunfts- und Erstattungsklage getrennt hat. Für die Zwecke des Kostenrechts müssen das SG und gegebenenfalls die Rechtsmittelinstanz den Entscheidungsverbund der Stufenklage mit der Folge weiter beachten, dass auch über die Kosten der Auskunftsklage bei der Kostenentscheidung im Verfahren über den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Klägerin, das noch beim SG anhängig ist, in der Weise zu entscheiden ist, dass das Urteil über die Auskunftsklage als Teilurteil im Kostenerstattungsverfahren zu behandeln ist.

- 47 4. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 Halbs 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 2, § 44 GKG. Die Festsetzung des Streitwerts für alle Instanzen folgt aus § 63 Abs 3 GKG. Der Streitwert des Auskunftsanspruchs richtet sich nach dem zu schätzenden Erstattungsanspruch der Klägerin. Denn der Streitwert des Auskunftsanspruchs kann nicht höher sein als der eventuelle Erstattungsanspruch (*ausführlich zum höheren Anspruch iS von § 44 GKG: Siegel, Die Kostenfrage der Stufenklage, 2009, S 74 ff*). Der Senat hat den Regelstreitwert von 5000 Euro zugrunde gelegt, weil der Rechnungsbetrag von 3244,17 Euro mit Blick auf die weitere, in ihren Einzelheiten nicht bekannte Krankenhausbehandlung des Versicherten nach dem 3.5.2007 keine zwingende Obergrenze für einen möglichen, in seinem Umfang unbekannten Erstattungsanspruch der Klägerin darstellt, die Klägerin den Anspruch auch nicht auf einen bestimmten Betrag begrenzt hat und Anhaltspunkte für eine Schätzung nicht vorliegen.