BUNDESSOZIALGERICHT

Im Namen des Volkes

Verkündet am
28. Februar 2007

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 12/06 R

L 4 KR 778/05 (LSG Baden-Württemberg)
S 10 KR 1675/03 (SG Stuttgart)

Techniker Krankenkasse,
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

Universitätsklinikum Ulm, Anstalt des öffentlichen Rechts,
Albert-Einstein-Allee 29, 89081 Ulm,

Beklagte und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte: .....

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 28. Februar 2007 durch den Vorsitzenden Richter Dr. L a d a g e , die Richter Dr. H a m b ü c h e n und S c h r i e v e r sowie die ehrenamtlichen Richter B a r e i t h e r und L i e d k e
für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 18. November 2005 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert beträgt für den zweiten und dritten Rechtszug 350.000 €.

Gründe:

I

1 Die klagende Krankenkasse nimmt die beklagte Universitätsklinik im Wege der Stufenklage auf Herausgabe der medizinischen Unterlagen von 8 Behandlungsfällen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg zwecks Prüfung der sachlichen Richtigkeit der erfolgten Abrechnung der Behandlungen anhand verschiedener Fallpauschalen (1. Stufe) sowie entsprechend dem Ergebnis der Prüfung gegebenenfalls auf die Erstattung überzahlter Rechnungsbeträge (2. Stufe) in Anspruch. Im Revisionsverfahren geht es - wie im vorangegangenen Berufungsverfahren - allein um die Herausgabe der Behandlungsunterlagen (1. Stufe).

2 Für die Durchführung von Stammzellentransplantationen bei 8 ihrer Versicherten im Jahre 2000 stellte die Beklagte der Klägerin jeweils Fallpauschalen aus der Gruppe 11 ("Myeloablative Therapie") des Fallpauschalenkataloges mit Beträgen in Höhe von insgesamt mehr als 2 Millionen DM in Rechnung, die von der Klägerin auch beglichen wurden. Die Klägerin vermutet nunmehr, dass es sich dabei um sogenannte "Minitransplantationen" mit geringer dosierter Medikation gehandelt haben könnte, deren Abrechnung nach Auffassung der Krankenkassen nicht anhand von Fallpauschalen, sondern nach tagesgleichen Pflegesätzen erfolgen müsse, nachdem ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) ergeben habe, dass diese Art der Therapie nicht von den Definitionen der Fallpauschalen der Gruppe 11 erfasst sei. Wegen dieser Vermutung beauftragte die Klägerin den MDK Baden-Württemberg im August 2002 mit der Überprüfung der 8 Behandlungsfälle. Die Beklagte lehnte die vom MDK mehrmals erbetene Übersendung der Behandlungsunterlagen unter Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 13. Dezember 2001 (B 3 KR 11/01 R) wegen verspäteter Einleitung des Prüfungsverfahrens ab. Der MDK gab daraufhin die Gutachtenaufträge Ende Oktober 2002 an die Klägerin unerledigt zurück.

3 Mit ihrer am 27. Dezember 2002 beim Sozialgericht (SG) München erhobenen Klage begehrte die Klägerin zunächst, die Verpflichtung der Beklagten festzustellen, dem MDK Bayern die medizinischen Unterlagen der 8 Behandlungsfälle zur Verfügung zu stellen, und die Beklagte zur Zahlung der sich aus dem Ergebnis der Prüfung des MDK ergebenden Rückforderungsbeträge zu verurteilen. Mit Beschluss vom 25. Februar 2003 ist die Klage an das SG Stuttgart verwiesen worden. In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 19. Januar 2005 hat die Klägerin die Feststellungsklage in eine Herausgabeklage geändert. Die medizinischen Unterlagen sollten auch nicht mehr an den MDK Bayern herausgegeben werden, sondern - wie mit Schriftsatz vom 17. Januar 2005 angekündigt - an den MDK Baden-Württemberg, der insoweit der Klägerin am 12. Januar 2005 vorsorglich eine Vollmacht zur Geltendmachung des Herausgabeanspruchs erteilt hatte.

4 Die Klägerin hat geltend gemacht, zur Überprüfung der Abrechnung der Behandlungsfälle sei sie auf die Begutachtung durch den MDK angewiesen. Es müsse ermittelt werden, welche Medikamente dem jeweiligen Versicherten in welcher Dosierung verabreicht worden seien, weil nur so beurteilt werden könne, ob die jeweilige Fallpauschalen-Definition erfüllt sei. Erst aufgrund der Prüfungsergebnisse lasse sich erkennen, ob und in welcher Höhe Erstattungsansprüche bestünden, die sich auf maximal 1.057.699,91 € beliefen (Beträge der Fallpauschalen abzüglich der tagesgleichen Pflegesätze für die vollstationäre Behandlung).

5 Das SG hat die Beklagte mit Teilurteil vom 19. Januar 2005 verurteilt, dem MDK Baden-Württemberg die für eine medizinische Begutachtung erforderlichen Unterlagen über die stationären Aufenthalte der - namentlich aufgeführten - 8 Versicherten zur Verfügung zu stellen. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen (Urteil vom 18. November 2005). Es hat ausgeführt, die Klägerin verfolge ihr Begehren zu Recht im Wege der auch in der Sozialgerichtsbarkeit zulässigen Stufenklage. Eine Entscheidung über den Rückforderungsanspruch sei erst nach Herausgabe der Unterlagen und deren Auswertung durch den MDK möglich. Die Klage auf Herausgabe der medizinischen Unterlagen an den MDK Baden-Württemberg sei zulässig und nach § 276 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) begründet. Bei der ursprünglichen Benennung des MDK Bayern handele es sich ersichtlich um ein Versehen, das jederzeit korrigiert werden könne. Die Prozessführungsbefugnis für die Herausgabeklage stehe der Klägerin unmittelbar aus eigenem Recht zu. Die Klage sei also nicht erst - wie das SG meint - durch die der Klägerin am 12. Januar 2005 vom MDK Baden-Württemberg erteilte Ermächtigung zur Prozessführung zulässig geworden. Der Einwand, das Prüfungsbegehren sei verspätet geltend gemacht worden und betreffe nicht nur, wie im Vertrag nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V festgelegt, Einzelfälle, sei ebenso unbegründet wie die erhobene Einrede der Verjährung. Auch der Einwand, ein Erstattungsanspruch scheide wegen des inzwischen erfolgten Erlösausgleiches aus, der zu einer erheblichen Zahlung an die Krankenkassen für das Jahr 2000 geführt habe, sei unberechtigt, weil die Beklagte die zeitnahe Prüfung im Jahre 2002 verweigert habe. Das Herausgabeverlangen scheitere daher nicht am erforderlichen Bestehen eines materiellen Anspruchs auf der zweiten Stufe der Stufenklage.

6 Mit der Revision rügt die Beklagte die Verletzung formellen und materiellen Rechts. Der Anspruch auf Herausgabe von Behandlungsunterlagen an den MDK nach § 276 Abs 2 Satz 1 SGB V zwecks Durchführung eines Prüfungsverfahrens nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V stehe allein dem MDK zu und könne prozessual nur von diesem verfolgt werden. Die Krankenkasse sei insoweit weder klagebefugt noch aktivlegitimiert. Die Ermächtigung zur Prozessführung durch den MDK Baden-Württemberg sei unwirksam, weil eine gewillkürte Prozessstandschaft in diesem Bereich unzulässig sei, und zudem verspätet erteilt worden, weil am 12. Januar 2005 die vierjährige sozialrechtliche Verjährungsfrist bereits abgelaufen gewesen sei (31. Dezember 2004). Die Klageerhebung durch die Klägerin am 27. Dezember 2002 stehe daher der Verjährung nicht entgegen. Bei der erst nach Ablauf der Verjährungsfrist erfolgten Benennung des

MDK Baden-Württemberg habe es sich um eine unzulässige Klageänderung nach § 99 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gehandelt und nicht lediglich um die Korrektur eines Schreibversehens. Das Herausgabeverlangen sei unbegründet, weil das Prüfungsverfahren in kurzer Frist nach Eingang der Rechnungen hätte eingeleitet werden müssen. Ein erst nach zwei Jahren geltend gemachtes Prüfverlangen sei rechtsmissbräuchlich und verstoße gegen den Grundsatz von Treu und Glauben nach § 69 SGB V iVm § 242 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Ein Prüfungsverfahren nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V dürfe sich auch nur auf Einzelfälle beziehen, die Überprüfung aller Behandlungsfälle einer bestimmten Fallpauschalen-Gruppe sei deshalb unzulässig. Zudem könne die Prüfung nicht zu dem angestrebten Erstattungsanspruch führen, weil die Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt erfolgt sei. Im Übrigen sei der am 25. Juli 2005 vereinbarte Ausgleich des Mehrerlöses für das Jahr 2000 zugunsten der Krankenkassen in Höhe von insgesamt 3.387.701 DM (1.732.104 €), davon 1.863.064 DM (952.569,49 €) für die Fallpauschalengruppe 11, zu berücksichtigen. Ein etwaiger Erstattungsanspruch könne sich deshalb allenfalls auf 264.425 € belaufen. Bei einem maximalen Erstattungsbetrag von 1.057.699,91 € sei nach § 11 Abs 8 Bundespflegesatzverordnung aF schon ein Betrag von 75 vH = 793.275 € als Mehrerlösausgleich an die Krankenkassen zurückgeflossen und nur ein Restbetrag von 25 vH = 264.425 € bei der Beklagten verblieben, sodass diese durch einen Erstattungsanspruch analog § 812 BGB in Höhe von 793.275 € doppelt belastet wäre. Dass die Klägerin an dem Mehrerlösausgleich nur zu knapp 10 vH beteiligt gewesen sei, sei insoweit unerheblich.

7 Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 18. November 2005 und das Teilurteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 19. Januar 2005 zu ändern und die Klage auf Herausgabe der medizinischen Unterlagen abzuweisen.

8 Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

9 Sie verteidigt das angefochtene Urteil als zutreffend.

II

10 Die Revision der Beklagten ist unbegründet. Die Vorinstanzen haben das Herausgabebegehren im Ergebnis zu Recht für begründet erachtet.

11 1) Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen liegen vor.

12 a) Das Begehren auf Herausgabe von medizinischen Unterlagen an den MDK sowie auf Begleichung etwaiger sich aus der Begutachtung des MDK ergebender Rückforderungsansprüche verfolgt die Klägerin zutreffend im Wege der auch in der Sozialgerichtsbarkeit nach § 202 SGG iVm § 254 Zivilprozessordnung (ZPO) zulässigen Stufenklage (Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, 8. Aufl 2005, § 56 RdNr 5). Erst nach Herausgabe der medizinischen Unterlagen der 8 Behandlungsfälle und anschließender Begutachtung durch den MDK ist für die Klägerin absehbar, ob und ggf in welcher Höhe Erstattungsforderungen gegenüber der Beklagten geltend gemacht werden können. Der als zweite Stufe der Klage bisher unbeziffert gestellte Antrag auf Erstattung einer etwaigen Überzahlung setzt eine Entscheidung über das Herausgabeverlangen voraus und steht daher mit diesem in einem untrennbaren Zusammenhang. Abweichend von § 92 Satz 1 SGG, wonach die Klage einen bestimmten Antrag enthalten soll, darf in diesem Fall der in seiner Höhe noch nicht feststehende Rückzahlungsanspruch bis zur Entscheidung über den Herausgabeanspruch unbeziffert bleiben.

13 b) Gegen die von den Vorinstanzen für zulässig erachtete Umstellung des ursprünglichen Feststellungsbegehrens auf eine Herausgabeklage sowie die Ersetzung des MDK Bayern durch den zuständigen MDK Baden-Württemberg als Empfänger der herauszugebenden Behandlungsunterlagen hat die Beklagte zu Unrecht die Rüge einer unzulässigen Klageänderung erhoben. Nach § 99 Abs 4 SGG ist die Entscheidung, dass eine Änderung der Klage nicht vorliege oder zuzulassen sei, nicht anfechtbar.

14 c) Das LSG hat zutreffend entschieden, dass die Klägerin für die Herausgabeklage selbst zur Prozessführung befugt ist, weil sie insoweit ein eigenes Recht verfolgt. Einer Bevollmächtigung zur Prozessführung durch den MDK Baden-Württemberg bedurfte es entgegen der Auffassung des SG und der Beklagten nicht. Ein der Tatsachenermittlung für einen Zahlungsanspruch dienender Herausgabeanspruch stellt, ebenso wie entsprechende Auskunfts- und Rechenschaftsansprüche nach den §§ 259 ff BGB, lediglich einen Hilfsanspruch für den zu sichernden Zahlungsanspruch dar (vgl Palandt/Heinrichs, BGB, 66. Aufl 2007, § 261 RdNr 25 mwN). Er kann daher grundsätzlich nur demjenigen zustehen, der auch Gläubiger des Zahlungsanspruchs ist. Gläubigerin des hier auf der zweiten Stufe der Stufenklage erhobenen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs (§ 812 BGB analog) ist die Klägerin, die deshalb auch den Herausgabeanspruch aus eigenem Recht geltend machen kann. Dem steht die Regelung über den Herausgabeanspruch nach § 276 SGB V nicht entgegen, weil dort nur normiert ist, wie der Anspruch zu erfüllen ist, nicht aber, wem der Anspruch materiell-rechtlich zusteht und wie er prozessual geltend zu machen ist.

15 Haben die Krankenkassen nach § 275 Abs 1 bis 3 SGB V (hier: § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V) eine Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK veranlasst, sind die Leistungserbringer nach § 276 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V (in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes vom 13. Juni 1994, BGBl I S 1229) verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung

erforderlich ist. Die Krankenkassen können daher nicht verlangen, dass die Behandlungsunterlagen der Versicherten durch eigene Mitarbeiter eingesehen und ausgewertet werden. Sie sind insoweit vielmehr auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen. Dieser ist nach der genannten Regelung ausdrücklich ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern (BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 - B 3 KR 64/01 R - BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 sowie § 275 Nr 1). Der MDK wird bei der Erledigung eines Auftrages der Krankenkassen nach § 275 SGB V in einem eigenen Pflichtenkreis tätig, wie der Senat ebenfalls bereits entschieden hat (Urteile vom 28. September 2006 - B 3 KR 22/05 R und B 3 KR 23/05 R - für SozR vorgesehen). Damit ist aber nicht gesagt, dass der Anspruch auf Herausgabe von medizinischen Unterlagen an den MDK auch nur von diesem selbst geltend gemacht werden kann. Eine Krankenkasse ist im Verhältnis zum Krankenhausträger allein aus dem Versorgungsvertrag (§ 109 SGB V) und den einzelnen Behandlungsverträgen Schuldnerin der Vergütungsansprüche und Gläubigerin der Erstattungsansprüche bei Überzahlungen. Sie ist bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen "Herrin" des Begutachtungsauftrages an den MDK. In diesem Rahmen entscheidet sie nach Maßgabe der §§ 275 ff SGB V, ob und mit welcher konkreten Fragestellung sie den MDK bei der Klärung einer medizinischen Frage einschaltet. Sie kann den Begutachtungsauftrag jederzeit ändern, ergänzen oder beenden, wenn sie dies aufgrund neuer Erkenntnisse für angezeigt hält. Deshalb entscheidet sie auch darüber, ob und mit welchen Mitteln vorgegangen werden soll, wenn der MDK mitteilt, ein anderer Beteiligter verweigere die Erteilung erbetener Auskünfte, die erbetene Einsichtnahme in medizinische Unterlagen oder deren - stets nur vorübergehende - Herausgabe bzw sonstige Formen der Zusammenarbeit. Es wäre dem MDK auch kaum zuzumuten, selbst und auf eigene Kosten in gerichtliche Auseinandersetzungen mit Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern einzutreten, um einen Gutachtenauftrag zu erledigen, weil er kein eigenes rechtliches oder wirtschaftliches Interesse an den streitigen Vergütungsfragen hat. Vor diesem Hintergrund hat nur die Krankenkasse selbst im Rahmen einer beantragten Begutachtung die Möglichkeit, den Anspruch gegenüber dem Leistungserbringer auf Herausgabe von Unterlagen an den zuständigen MDK aus eigenem Recht und in eigenem Namen gerichtlich geltend zu machen, wenn die Aufforderungen des MDK zur Herausgabe erfolglos waren und der Gutachtensauftrag deswegen ruht oder unerledigt zurückgegeben wurde.

16 2) Die Revision der Beklagten konnte auch in materiell-rechtlicher Hinsicht keinen Erfolg haben. Die Klage auf Herausgabe der medizinischen Unterlagen an den MDK Baden-Württemberg ist begründet.

17 a) Der Hausgabeanspruch der Klägerin zugunsten des MDK ergibt sich - wie erwähnt - aus § 276 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V. Danach sind die Leistungserbringer auf entsprechende Anforderung des MDK verpflichtet, Sozialdaten unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die durch die Krankenkassen nach § 275 Abs 1 bis 3 SGB V veranlasste gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung erforderlich ist. Auch wenn in § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V in der - hier maßgebenden - bis zum 31. Dezember 2002 geltenden Fassung des Gesetzes vom 19. Juni

2001 (BGBl I S 1046) den Krankenkassen das Recht zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung nicht ausdrücklich eingeräumt wird, war ihnen in erweiternder Auslegung des Gesetzeswortlauts das Recht zuzubilligen, eine Krankenhausabrechnung auch rechnerisch bzw sachlich zu überprüfen und hierzu eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wie der Senat bereits entschieden hat (BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 - B 3 KR 64/01 R - BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 sowie § 275 Nr 1). Die "Übermittlung der Sozialdaten" iS des § 276 Abs 2 Satz 1 SGB V geschieht in der Regel durch die vorübergehende Überlassung der Behandlungsunterlagen. Dabei steht es dem Krankenhaus frei, ob es die Unterlagen direkt an den MDK aushändigt oder übersendet oder sie in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse zur Weiterleitung an den MDK schickt. Die im Tenor des SG-Urteils angeordnete "Zurverfügungstellung" der medizinischen Unterlagen ist auch in diesem Sinne zu verstehen. Auf die "Einsichtnahme" in die Behandlungsunterlagen im Krankenhaus ist der MDK grundsätzlich nur bei noch laufendem stationären Krankenhausaufenthalt des Versicherten beschränkt (§ 276 Abs 4 SGB V).

18 b) Der Einwand der Beklagten, die Herausgabe der Unterlagen an den MDK könne wegen verspäteter Einleitung des Prüfungsverfahrens nicht mehr geltend gemacht werden, greift nicht durch. Gesetzliche oder vertragliche Fristen zur Überprüfung einer Abrechnung über einen stationären Aufenthalt eines Versicherten bestanden im Jahre 2002 nicht.

19 aa) Die Rechtsprechung des Senats in seinem Urteil vom 13. Dezember 2001 (B 3 KR 11/01 R - BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2 - "Berliner Fälle"), auf die sich die Beklagte bei ihrem Vorbringen bezieht, ist vorliegend nicht einschlägig. Die Entscheidung betraf die Prüfung der Notwendigkeit und Dauer eines Krankenhausaufenthaltes. Danach kann die Überprüfung nur nachgeholt werden, solange sich das Krankenhaus hierauf einstellen kann und muss. Das landesvertraglich vereinbarte Verfahren ist auf eine zeitnahe Durchführung ausgerichtet. Ein Gutachter soll in der Regel nicht nachträglich allein auf schriftliche Dokumentationen angewiesen sein, sondern möglichst einen laufenden Fall beurteilen und die frische Erinnerung des behandelnden Krankenhausarztes nutzbar machen. Dies ist der beste Weg, aufgekommene Zweifel möglichst rasch und unbürokratisch auszuräumen. Ein solches Verfahren kann im Betrieb einer Klinik nicht noch lange Zeit nach Abschluss des jeweiligen Behandlungsfalls nachgeholt werden, weil die anschauliche Erinnerung der behandelnden Ärzte nachlässt. Das verschlechtert die Beweislage des Krankenhauses und erhöht seinen Aufwand. Das Prüfungsverfahren ist deshalb in der Regel spätestens dann einzuleiten, wenn die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung Zweifel an der Notwendigkeit oder Dauer der stationären Behandlung hat. Unterlässt sie dies in gravierender Weise (zB durch die nachhaltige, über Einzelfälle hinausgehende Nichteinhaltung der vereinbarten Regeln des Prüfungsverfahrens in Form pauschaler, allein auf statistische Werte gegründete Einwände), so ist sie nach Treu und Glauben mit solchen Einwendungen endgültig ausgeschlossen, die bis dahin geltend gemacht werden konnten (§ 242 BGB).

20 Ein solcher Sachverhalt liegt hier nicht vor. Anders als in jenem Rechtsstreit geht es nicht um die Prüfung von Notwendigkeit und Dauer eines Krankenhausaufenthaltes, sondern um die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung. Streitig ist lediglich, ob die Beklagte bei den betroffenen Versicherten zutreffenderweise eine Fallpauschale der Gruppe 11 des Fallpauschalen-Kataloges berechnet hat. Hierfür ist maßgebend, ob eine "myeloablative Therapie" im Sinne der dort im Einzelnen festgelegten Definitionen durchgeführt worden ist. Diese Überprüfung kann auch noch geraume Zeit nach Abschluss der jeweiligen stationären Behandlungen anhand vorliegender Unterlagen und Dokumentationen sachgerecht vorgenommen werden, ohne dass die Gefahr einer Verschlechterung der Beweislage des Krankenhausträgers besteht. Hierbei ist es ohne Belang, dass die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung ärztlichen Sachverstand erfordert. Maßgebend ist vielmehr, dass es in solchen Fällen auf die anschauliche Erinnerung des behandelnden Krankenhausarztes nicht ankommt.

21 bb) Die Klägerin hat bei der Einleitung des Prüfungsverfahrens auch keine vertragliche Ausschlussfrist versäumt. Soweit die Beklagte sich dazu auf § 19 Abs 2 des Baden-Württembergischen Landesvertrags nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V (Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung) in der durch Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21. September 2005 gegebenen Fassung bezieht, wonach Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sowie gegen die Art der Abrechnung nur innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungszugang geltend gemacht werden können, ist festzuhalten, dass dieser Vertrag erst am 1. Januar 2006 in Kraft getreten und somit nicht auf einen Vorgang aus dem Jahre 2000 anzuwenden ist. Eine Rückwirkung des Vertrags auf noch offene Abrechnungsfälle bzw Erstattungsfälle ist in dem Vertrag nicht angeordnet worden, und der bis zum 31. Dezember 2005 gültige alte Vertrag nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V sah eine solche Ausschlussfrist für Einwendungen gegen die Art der Abrechnung noch nicht vor.

22 c) Offen bleiben kann die Frage, ob auch die Prüfung der sachlichen und abrechnungstechnischen Richtigkeit einer Krankenhausrechnung in der hier maßgebenden Zeit bis Ende 2002 auf "Einzelfälle" beschränkt war, wie es gemäß § 3 Abs 1 des Baden-Württembergischen Landesvertrages nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V hinsichtlich der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung schon immer der Fall war. § 275 Abs 1 SGB V enthält jedenfalls nach seinem Wortlaut eine Einschränkung der Prüfungskompetenz der Krankenkassen auf "Einzelfälle" bis heute nicht. Erst zum 1. Januar 2003 ist § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V um den Zusatz "sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung" ergänzt worden; der Begriff "Einzelfall" wird bis heute nicht verwendet. Zwar hat der Bundestags-Ausschuss für Gesundheit diese Ergänzung damit begründet, es handele sich lediglich um eine "Klarstellung, dass in Einzelfällen bei Auffälligkeiten auch die Rechnungslegung durch den MDK geprüft werden kann" (BT-Drucks 14/7862, 6 zum Fallpauschalengesetz - FPG - vom 23. April 2002, BGBl I S 1412), und der erkennende Senat hat dem als rechtliche Erläuterung der schon bis 2002 geltenden Rechtslage zugestimmt (BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 - B 3 KR

64/01 R - BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 sowie § 275 Nr 1), soweit es um die bis dahin im Gesetz nicht ausdrücklich erwähnte Prüfung der sachlichen und abrechnungstechnischen Richtigkeit einer Krankenhausrechnung ging. Ob sich die klarstellende Funktion der Gesetzesergänzung auch auf die - einer Einzelfallprüfung jedenfalls nahekommende - Wendung "bei Auffälligkeiten" bezog, hatte der Senat damals nicht zu entscheiden, und auch hier kann die Frage dahingestellt bleiben, weil die Klägerin eine Auffälligkeitsprüfung in diesem Sinne vorgenommen hat. Sie ist berechtigt, die 8 Behandlungsfälle durch den MDK überprüfen zu lassen, weil es sich dabei nicht um eine routinemäßige Stichprobenprüfung handelt, sondern der konkrete Verdacht fehlerhafter Abrechnung besteht und damit "Auffälligkeiten" iS von § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V vorliegen.

23 d) Entgegen der Ansicht der Beklagten ist weder der Erstattungsanspruch noch der Herausgabeanspruch verjährt. Die erhobene Einrede der Verjährung ist unbegründet.

24 aa) Nach § 69 Satz 2 SGB V in der ab 1. Januar 2000 geltenden Neufassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S 2626) werden die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschließend im 4. Kapitel des SGB V, in den §§ 63, 64 SGB V und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Für diese Rechtsbeziehungen gelten im Übrigen die Vorschriften des BGB entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 SGB V und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbar sind (§ 69 Satz 3 SGB V).

25 Der erkennende Senat hat dazu entschieden, dass auch nach der Neuregelung der Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern zum 1. Januar 2000 die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser gegen die Krankenkassen für die Behandlung von Versicherten einer vierjährigen Verjährungsfrist unterliegen (BSG, Urteil vom 12. Mai 2005 - B 3 KR 32/04 R - SozR 4-2500 § 69 Nr 1), wie es auch schon bis 1999 der Fall war (BSG SozR 3-1200 § 45 Nr 8). Dieser Rechtssatz ist nach Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelungen über die Rechtsbeziehungen der Leistungserbringer zu den Krankenkassen grundsätzlich auf alle gegenseitigen Rechte und Pflichten zu übertragen. Der Rückforderungsanspruch einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger wegen Überzahlung einer Behandlung ist in seiner Rechtsnatur als öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch (§ 812 BGB analog) nur die Kehrseite des Leistungsanspruchs (BVerwGE 4, 215). Auch für den Erstattungsanspruch gilt daher - wie für den Vergütungsanspruch - die vierjährige Verjährungsfrist (BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 1; zur früheren Rechtslage vgl BSGE 69, 158, 160 ff = SozR 3-1300 § 113 Nr 1 sowie Urteil vom 28. September 2006 - B 3 KR 20/05 R - für BSGE und SozR vorgesehen). Für den in § 276 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V enthaltenen Anspruch auf Übermittlung von Sozialdaten an den MDK gilt ebenfalls die allgemeine sozialrechtliche Verjährungsfrist von vier Jahren. Ein Hilfsanspruch kann nicht eher verjähren als der zu sichernde Hauptanspruch.

26 bb) Der Anspruch auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen an den MDK ist hier ebenso wie ein möglicher Erstattungsanspruch mit Zugang der Rechnungen im Jahr 2000 bzw im Falle des Patienten L. im Jahr 2001 entstanden. Dementsprechend begann die Verjährungsfrist am jeweiligen Jahresende und endete am 31. Dezember 2004 bzw im Falle des Patienten L. am 31. Dezember 2005. Beide Ansprüche sind nicht verjährt. Durch die am 27. Dezember 2002 erfolgte Klageerhebung wurde die Verjährung nach § 204 Abs 1 Nr 1 und Abs 2 Satz 1 BGB iVm § 209 BGB in der ab 1. Januar 2002 anwendbaren, hier nach Art 229 § 6 Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuch (EGBGB) in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung des Schuldrechts <SMG> vom 26. November 2001 (BGBl I S 3138) maßgebenden Fassung bis sechs Monate nach rechtskräftigem Abschluss dieses Verfahrens gehemmt. Die zivilrechtlichen Vorschriften über die Verjährung gelten in entsprechender Anwendung der §§ 45 Abs 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und 113 Abs 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) im vorliegenden Bereich sinngemäß. Die zivilrechtliche Überleitungsvorschrift des Art 229 § 6 EGBGB gilt dabei in Rechtsanalogie zu den §§ 70 SGB I und 120 Abs 2 SGB X auch für den allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch sowie den ihn sichernden Herausgabeanspruch, weil diese durch Gesetz vom 21. Juni 2002 (BGBl I S 2167) eingeführten Überleitungsvorschriften zu den angepassten Verjährungsvorschriften in § 45 SGB I und § 113 SGB X ebenfalls auf Art 229 § 6 Abs 1 und 2 EGBGB verweisen (vgl BSG, Urteil vom 28. September 2006 - B 3 KR 20/05 R - für BSGE und SozR vorgesehen). Die Verjährung ist durch die Klageerhebung am 27. Dezember 2002 gehemmt worden, weil die Klägerin eine prozessual wirksame Klage erhoben hat. Dies reicht im sozialgerichtlichen Verfahren zur Verjährungshemmung aus (vgl BSG aaO). Dass die Klage beim örtlich unzuständigen SG München eingereicht worden war und irrtümlich der MDK Bayern als zuständiges Prüfgremium genannt war, ist insoweit unerheblich, weil dies die prozessuale Wirksamkeit der Klageerhebung nicht berührt.

27 e) Der Herausgabeanspruch ist auch nicht dadurch ausgeschlossen, dass der mit ihm zu sichernde, noch nicht bezifferbare Zahlungsanspruch unter keinem denkbaren rechtlichen Gesichtspunkt begründet sein könnte (vgl BGHZ 108, 393, 399; BAG ZIP 1994, 642, 644 und Palandt/Heinrichs aaO § 261 RdNr 24).

28 aa) Ein Rückforderungsanspruch wäre ausgeschlossen, wenn entgegen der Ansicht der Klägerin und des MDS auch bei "Minitransplantationen" mit geringer dosierter Medikation die Entgelte nach den Fallpauschalen der Gruppe 11 zu entrichten gewesen wären. Dazu haben sich die Vorinstanzen nicht geäußert. Auch der erkennende Senat sieht keinen Anlass und keine Möglichkeit, hierzu abschließend Stellung zu nehmen, zumal es an entsprechenden Feststellungen fehlt. Es erscheint jedenfalls gut möglich, dass eine Fallpauschale der Gruppe 11 in solchen Fällen nicht in Ansatz gebracht werden kann. Solange diese erst auf der zweiten Stufe der Stufenklage relevante Rechtsfrage nicht geklärt ist, kann der Herausgabeanspruch nicht am Fehlen eines zu sichernden Zahlungsanspruchs scheitern.

29 bb) Den Einwand der Beklagten, sie habe für das Jahr 2000 einen erheblichen Mehrerlös-Ausgleich an die Krankenkassen zahlen müssen, sodass eine etwaige Überzahlung der Rechnungen der Beklagten kompensiert worden sei, ist ebenfalls für die erste Stufe der Stufenklage unerheblich, weil jedenfalls nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich trotz des Mehrerlös-Ausgleichs noch ein Erstattungsanspruch der Klägerin errechnet. Auch dies ist der Entscheidung über den Zahlungsanspruch vorbehalten.

30 3) Die Kostenentscheidung beruht auf dem ab 2. Januar 2002 anzuwendenden § 197a SGG iVm § 154 Abs 2 der Verwaltungsgerichtsordnung.

31 4) Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und § 47 Abs 1 Gerichtskostengesetz (GKG). Bei Stufenklagen der vorliegenden Art ist nach § 44 GKG für die Wertberechnung nur einer der verbundenen Ansprüche, und zwar der höhere, maßgebend. Dies gilt aber nur, wenn in einer Instanz über beide Ansprüche entschieden wird. Ist - wie hier - in zweiter und dritter Instanz lediglich ein der Informationsgewinnung dienender Auskunftsanspruch oder ein dem gleichen Zweck dienender Herausgabeanspruch (vgl insoweit BGH NJW 1999, 3049) Streitgegenstand, ist der Streitwert für diese Instanzen nur anhand dieses Anspruchs zu bemessen. Der Streitwert für die erste Stufe einer solchen Stufenklage beträgt 10 % des voraussichtlichen (in der Regel nur zu schätzenden) Leistungsanspruchs, wenn die fraglichen Verhältnisse schon fast bekannt sind (vgl Hartmann, Kostengesetze, 36. Aufl 2006, § 48 GKG Anhang I RdNr 24 Stichwort "Auskunft" mwN), kann aber auch deutlich höher sein. Dies gilt etwa dann, wenn der Kläger einen Zahlungsanspruch ohne die Auskunft voraussichtlich nicht weiter verfolgen kann. In einem solchen Fall kann der Wert der Auskunft fast den Wert des Zahlungsanspruchs erreichen (OLG Frankfurt MDR 1987, 508, 509; Hartmann aaO). Hier kann die Klägerin zwar die maximale Höhe des Zahlungsanspruchs angeben (1.057.699,91 €); ohne die Auswertung der Behandlungsunterlagen durch den MDK ist sie allerdings nicht in der Lage, ihrer aus § 812 BGB resultierenden Darlegungs- und Beweislast nachzukommen, dass die Beklagte die Versicherten tatsächlich nur mit "Minitransplantationen" versorgt hat. Daher erscheint ein Streitwert von 350.000 €, also rund einem Drittel des höchst möglichen Zahlungsanspruchs, im vorliegenden Fall angemessen. Die vorläufige Streitwertfestsetzung in Höhe von 150.000 € (Beschluss vom 6. Juni 2006) konnte daher nicht aufrecht erhalten werden.

32 a) Der Streitwert des Rechtsmittelverfahrens ist nach § 14 Abs 1 GKG aF bzw § 47 Abs 1 GKG nF bei unverändertem Streitgegenstand grundsätzlich auch dann mit dem Streitwert des Klageverfahrens identisch, wenn nicht der Kläger, sondern der Beklagte das Rechtsmittel führt (BVerwG, Beschluss vom 9. November 1988 - 4 B 185.88 - Der Rechtspfleger 1989, 129). Unerheblich ist in diesem Zusammenhang, dass der Bundesgerichtshof (BGH) im Falle der Verurteilung des Beklagten zur Auskunftserteilung oder zur Herausgabe von Unterlagen den Wert der Beschwer des Beklagten bzw des Beschwerdegegenstandes (§§ 2, 511 Abs 2 Nr 1 ZPO) grundsätzlich nur nach dem Aufwand des Beklagten an Zeit und Kosten für die Erfüllung des titulierten Anspruchs bemisst (BGH NJW 1995, 664; BGH NJW 1999, 3049). Der Wert der

Beschwer ist nach § 47 Abs 1 Satz 2 GKG nur maßgebend, wenn der Beklagte keine Rechtsmittelanträge einreicht. Ansonsten ist bei unverändertem Streitgegenstand der Streitwert der ersten Instanz maßgebend (OLG Stuttgart MDR 2001, 112; Schulte MDR 2000, 805). Der Wechsel in der "Angreiferrolle" ist dann unerheblich, weil das Gericht über denselben Anspruch und denselben Lebenssachverhalt wie die Vorinstanz zu entscheiden hat.

33 b) Die Korrektur der Streitwertfestsetzung für die zweite Instanz beruht auf § 63 Abs 3 GKG. Das LSG hatte in seinem Urteil den Streitwert nach § 13 Abs 1 GKG aF iVm § 71 Abs 1 GKG nF gemäß dem zum Zeitpunkt der Berufungseinlegung maßgebenden Regelstreitwert von 4.000 € (vgl jetzt § 52 Abs 2 GKG: Regelstreitwert 5.000 €) bemessen, was der Bedeutung der Sache bei Weitem nicht gerecht wurde.

34 c) Von einer Korrektur der Streitwertfestsetzung für das Teilurteil durch das SG hat der Senat abgesehen, weil das SG eine einheitliche Streitwertfestsetzung für beide Teile der Stufenklage vorzunehmen hat (vgl § 44 GKG).