

Bundessozialgericht

Urteil

Sozialgericht Aachen S 13 (2) KR 112/07  
Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen L 1 KR 18/10  
Bundessozialgericht B 3 KR 27/12 R

Auf die Revision des Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 16. Mai 2012 - L 1 KR 18/10 - und des Sozialgerichts Aachen vom 8. Dezember 2009 geändert und die Auskunfts- und Herausgabeklage abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten der Auskunfts- und Herausgabeklage in allen Instanzen. Der Streitwert der Auskunfts- und Herausgabeklage wird für alle Instanzen auf 20 000 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Erteilung von Auskünften sowie die Herausgabe von Unterlagen zur Abrechnungsprüfung aus den Jahren 2001 bis 2003.

2

Der beklagte Augenoptiker versorgte in den fraglichen Jahren ua Versicherte der klagenden und zweier weiterer Ersatzkrankenkassen mit Sehhilfen aufgrund vertragsärztlicher Verordnungen und sog Berechtigungsscheine. Aufgrund eines Hinweises der AOK aus dem Jahr 2005 auf möglicherweise fehlerhafte Abrechnungen begann die Klägerin mit der Überprüfung der Abrechnung von Augenoptikern aus den Jahren 2001 bis 2003. Hierzu entwickelte sie zunächst statistische Parameter, anhand derer sie das Versorgungsverhalten einzelner Leistungserbringer mit dem durchschnittlichen Versorgungsverhalten der Augenoptiker im jeweiligen Land verglich. Nachdem das Versorgungsverhalten des Beklagten - wie das einer Vielzahl anderer Augenoptiker - vom Landesdurchschnitt abwich, forderte die Klägerin von dem damals von ihr beauftragten Rechenzentrum die vom Beklagten in der Zeit vom 1.1.2001 bis 31.12.2003 eingereichten Rechnungsbelege unter Bezugnahme auf § 302 SGB V und § 10 des Vertrages zwischen dem Zentralverband der Augenoptiker und den Landesvertretungen des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen eV (VdAK) und dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband eV (AEV) vom 30.6.1994 (in der Folge: Rahmenvertrag) an.

3

Am 29.12.2007 hat die Klägerin Klage zum SG Aachen mit dem Ziel erhoben, Auskunft zu erhalten über sämtliche Leistungs- und Abrechnungsvorgänge, in denen der Beklagte im Zeitraum 2001 bis 2003 Leistungen aufgrund vertragsärztlicher Verordnungen sowie über Berechtigungsscheine abgerechnet hat, und zwar durch Vorlage der diesbezüglichen Kundenunterlagen und -daten, insbesondere der Karteikarten und Lieferscheine. Später sollte der Beklagte verpflichtet werden, überzahlte Rechnungsbeträge zu erstatten, deren Gesamthöhe aber erst nach Erfüllung des Auskunfts- und Herausgabeanspruchs hätte beziffert werden können. Zur Begründung führte die Klägerin aus, eine erste Prüfung habe zahlreiche Auffälligkeiten bei den Abrechnungen des Beklagten ergeben; dies konkretisierte sie durch Vorlage eines von ihr im Februar 2008 in Auftrag gegebenen Gutachtens. Danach ergäben sich Berechnungen von Versorgungsleistungen, auf die ein Anspruch der Versicherten nicht bestanden habe. Zudem bestünden Anhaltspunkte für das Vorliegen weiterer Fehlrechnungen, bei denen eine gutachterliche Würdigung und Bewertung aber nur nach Einsicht und Vergleich mit den Kundenkarteikarten und Lieferscheinen erfolgen könne. Die Berechtigungsscheine hätten nicht abschließend geprüft werden können, da der Beklagte sie unvollständig oder widersprüchlich ausgefüllt habe; auch insoweit sei die Sichtung weiterer Unterlagen nötig.

4

Am 12.6.2008 teilte die Klägerin dem SG mit, dass die Klage die Erstattungsansprüche sämtlicher dem VdAK und dem AEV angeschlossenen Ersatzkassen betreffe, was sie später auf die Ansprüche der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH, seit 1.4.2009 durch Aufnahme der BKK Allianz "KKH-Allianz", in der Folge nur KKH) und der Barmer Ersatzkasse (BEK, seit 1.1.2010 durch Vereinigung mit der Gmünder Ersatzkasse "Barmer GEK", in der Folge nur BEK) beschränkte. Hierzu legte die Klägerin Erklärungen der KKH bzw der BEK vom 27.3.2008 sowie der GEK vom 16.4.2008 vor, wonach sie am 26.7.2007 beauftragt worden sei, die Abrechnungen von Augenoptikern im Zeitraum 2001 bis 2003 zu überprüfen, soweit die Versorgung von BEK-, GEK- und KKH-Versicherten betroffen sei. Sie sei ermächtigt, alle aus ihrer Sicht notwendigen Schritte nach eigenem Ermessen durchzuführen, wozu auch der Einzug von Forderungen sowie die gerichtliche Geltendmachung von Auskunfts- und Zahlungsansprüchen im eigenen Namen gehörten. Alle evtl Erstattungsansprüche gegen Optiker in Nordrhein-Westfalen seien an sie - die Klägerin - abgetreten. Mit Erklärungen vom 18. und 22.9.2009 ermächtigten die BEK und die KKH die Klägerin außerdem zur Durchsetzung ihrer Ansprüche auf Rückforderung zu Unrecht geleisteter Zahlungen im Zeitraum 2001 bis 2003 gegen den Beklagten vor dem SG Aachen.

5

Das SG hat den Beklagten verurteilt, Auskunft zu erteilen über sämtliche rund 600 Leistungs- und Abrechnungsvorgänge, in denen er im Abrechnungszeitraum 2001 bis 2003 Leistungen für namentlich genannte Versicherte der Klägerin, der BEK und der KKH abgerechnet habe, durch Vorlage der diesbezüglichen Kundenunterlagen und -daten, insbesondere der betreffenden Auszüge aus der Kundendatei, Lieferscheine, Lieferantenrechnungen und Kundenrechnungen, in denen Angaben enthalten sind zu Befundwerten (Fern- und Nah-Bereich; rechts und links; sphärisch, Zylinder; Achse; Prisma) inklusive Refraktionsprotokoll, Grund der Abgabe der Sehhilfe, Art und Umfang der erbrachten Leistungen inklusive Fassungs- und Glashersteller, mit dem Versicherten abgerechnete Leistungen, Datum der Bestellung der Sehhilfe beim Lieferanten sowie - aus dem jeweiligen Lieferschein des Lieferanten - zur genauen Bezeichnung des gelieferten Artikels nach Artikelnummer, Artikelbezeichnung und Material, technischen Spezifizierungen und zu den Werten des Artikels, wie zB Radien-Brechwert-Zylinder, Achse oder Durchmesser und zur Anzahl der jeweils gelieferten Artikel (Urteil vom 8.12.2009). Das LSG hat die Berufung des Beklagten zurückgewiesen (Urteil vom 16.5.2012). Die Klägerin sei befugt, im Wege der Prozessstandschaft auch Ansprüche der BEK und der KKH geltend zu machen. Der Auskunfts- und Unterlagenherausgabeanspruch der Krankenkassen beruhe zum einen auf einer ergänzenden Auslegung des Rahmenvertrages und zum anderen auf § 69 Abs 1 S 3 SGB V iVm § 675 Abs 1, § 666 BGB, da zwischen der Klägerin und dem Beklagten bei Lieferung der Sehhilfen jeweils ein den Regeln des Auftragsrecht unterfallender Geschäftsbesorgungsvertrag zustande gekommen sei. Regelungen des SGB V stünden dem nicht entgegen; insbesondere lasse die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Datenübermittlung nach § 302 Abs 1 SGB V die Befugnis der Krankenkassen unberührt, im Rahmen ihrer vertraglichen Beziehungen zu den Leistungserbringern die Gesetzmäßigkeit erbrachter Versorgungsleistungen durch Einholung weitergehender Auskünfte zu überprüfen. Der Auskunftsanspruch der Klägerin sei schließlich nicht verjährt, da die Verjährungsfrist nicht vier, sondern wegen hinreichender Anhaltspunkte für einen Abrechnungsbetrag 30 Jahre betrage.

6

Hiergegen richtet sich die vom LSG zugelassene Revision des Beklagten. Das LSG habe gegen allgemein geltende Auslegungsgrundsätze verstoßen, als es dem Rahmenvertrag die Verpflichtung des Beklagten zur Herausgabe der streitigen Unterlagen entnommen habe. Gegen Bundesrecht sei weiter verstoßen worden, indem das LSG ergänzend die Regelungen des BGB über das Auftragsrecht angewendet habe. Zumindest sei der Herausgabeanspruch der Klägerin verjährt bzw verwirkt, nachdem die Klägerin gegen das für das Prüfverfahren geltende Beschleunigungsgebot verstoßen habe.

7

Der Beklagte beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 16. Mai 2012 - L 1 KR 18/10 - und des Sozialgerichts Aachen vom 8. Dezember 2009 zu ändern und die Klage auf Erteilung von Auskünften und Herausgabe von Unterlagen abzuweisen.

8

Die Klägerin verteidigt die angegriffenen Entscheidungen und beantragt, die Revision zurückzuweisen.

II

9

Die zulässige Revision ist begründet. Die Entscheidungen des SG und des LSG sind dahin zu ändern, dass die Klage auf Erteilung von Auskünften und Herausgabe der begehrten Unterlagen abgewiesen wird, da die Klägerin gegen den Beklagten keinen Anspruch auf die Herausgabe der streitigen Unterlagen besitzt.

10

1. Gegenstand der Revision ist der von der Klägerin umfassend geltend gemachte Anspruch auf die Erteilung von Auskünften und die Herausgabe sämtlicher Unterlagen, die beim Beklagten über die Versorgung von Versicherten der Klägerin, der BEK und der KKH mit Sehhilfen im Zeitraum 2001 bis 2003 angefallen sind. Hierfür sind die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen erfüllt:

11

a. Die Herausgabeklage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG zulässig. Beim Streit zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer handelt es sich um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 2, RdNr 5; BSGE 86, 166, 167 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 1 S 2 f; BSGE 90, 1 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 S 20; BSG SozR 3-2500 § 39 Nr 4 S 14 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11 RdNr 10). Die Klägerin war damit insbesondere nicht in der Lage, den Beklagten durch Verwaltungsakt zur Herausgabe der streitigen Unterlagen zu verpflichten. Der Senat hat weiterhin bereits entschieden, dass das Begehren auf Auskunftserteilung und Herausgabe von (medizinischen) Unterlagen sowie auf Begleichung etwaiger sich aus diesen ergebender Erstattungsansprüche im Wege der auch in der Sozialgerichtsbarkeit nach § 202 SGG iVm § 254 ZPO statthaften Stufenklage verfolgt werden kann (BSGE

98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 12; s auch Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl 2012, § 56 RdNr 5). Zwar will die Klägerin hier mit ihrem Auskunftsbegehren zunächst nur in Erfahrung bringen, ob ihr überhaupt Erstattungsansprüche gegen den Beklagten zustehen. Dies ist allerdings unschädlich, wenn - wie vorliegend - die Erfüllung des Auskunftsbegehrens auch zur Bezifferung des Erstattungsanspruchs erforderlich ist (BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 11 mwN).

12

b. Die Vorinstanzen haben zutreffend entschieden, dass die Klägerin zur Prozessführung befugt ist, und zwar auch soweit die begehrten Unterlagen die Versorgung von Versicherten der BEK und der KKH betreffen.

13

Die Prozessführungsbefugnis ist das Recht, einen bestimmten Prozess als richtige Partei zu führen. Sie ist ohne Weiteres gegeben, wenn der Kläger einen nach seinem Vortrag ihm zustehenden sachlichen Anspruch im eigenen Namen geltend macht. Dagegen bedarf die Prozessführungsbefugnis besonderer Feststellung und Begründung, wenn der Kläger einen fremden materiellen Anspruch im eigenen Namen verfolgt, wie es die Klägerin vorliegend hinsichtlich der Unterlagen tut, die die Versorgung von Versicherten der BEK und der KKH betreffen. In diesen Fällen liegt die Prozessführungsbefugnis nur vor, wenn entweder das Gesetz dies ausdrücklich anordnet (gesetzliche Prozessstandschaft) oder der Kläger aufgrund einer rechtsgeschäftlichen Befugnis handelt und er dabei ein eigenes rechtliches Interesse an der Geltendmachung des fremden materiellen Anspruchs hat (gewillkürte Prozessstandschaft) (stRspr: BSG SozR Nr 3 zu § 69 SGG; BSG SozR 2200 § 639 Nr 1; BSGE 86, 94, 96 f = SozR 3-3300 § 77 Nr 3 S 20 f; BSG SozR 3-3300 § 72 Nr 2 S 3 f, jeweils mwN). Zudem dürfen schutzwürdige Belange des Prozessgegners nicht entgegenstehen (BSGE aaO).

14

Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. BEK und KKH haben im Rahmen ihrer Erklärungen vom 18. bzw. 22.9.2009 der Prozessführung durch die Klägerin hinreichend konkret und bezogen auf die streitigen Ansprüche zugestimmt. Diese Zustimmung genügt zur Begründung einer gewillkürten Prozessstandschaft (Hüßtege in Thomas/Putzo, ZPO, 34. Aufl 2013, § 51 RdNr 33). Es kann offenbleiben, ob ein eigenes schutzwürdiges Interesse der Klägerin an der Prüfung von Erstattungsansprüchen Dritter hier bereits aus der Pflicht der Krankenkassen zur Zusammenarbeit nach § 197a Abs 3 SGB V folgt. Denn dieses ergibt sich jedenfalls aus der Verpflichtung der Klägerin zur Erfüllung der ihr von BEK und KKH übertragenen Aufgaben nach § 88 SGB X. Auf dieser Grundlage waren die BEK und KKH berechtigt, die Überprüfung von Leistungsabrechnungen durch Hilfsmittelerbringer als Teil ihrer gesetzlichen Aufgaben (vgl dazu BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 23; BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 6 RdNr 16 mwN; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 37 f; BSGE 105, 150 = SozR 4-2500 § 109 Nr 20, RdNr 13) einem anderen Leistungsträger - hier der Klägerin - zu übertragen. Diese erfüllte mit der Prozessführung die gegenüber der BEK und der KKH übernommene Verpflichtung (zur Prozessstandschaft der Postbeamtenkrankenkasse für die Gemeinschaft der privaten Versicherungsunternehmen zur Durchführung der Pflegeversicherung s BSGE 86, 94, 97 = SozR 3-3300 § 77 Nr 3 S 21). Dass verfahrensrechtliche Interessen des Beklagten beeinträchtigt sein könnten, weil die Klägerin statt der BEK und KKH den Rechtsstreit führt, trägt dieser selbst nicht vor und ist auch anderweitig nicht ersichtlich. Die Klägerin hat die Prozessstandschaft schließlich mit Schriftsatz vom 12.6.2008 auch noch rechtzeitig (vgl BSG SozR 3-1500 § 55 Nr 34 S 67) offengelegt. Deshalb kann es dahinstehen, ob die BEK und die KKH die ihnen ggf gegen den Beklagten zustehenden Erstattungsforderungen mit ihren Erklärungen vom 27.3.2008 wirksam an die Klägerin abgetreten haben, da dies nach Eintritt der Rechtshängigkeit erfolgt ist und damit auf den Prozess keinen Einfluss haben kann (§ 202 SGG iVm § 265 Abs 2 S 1 ZPO).

15

c. Die Vorinstanzen sind schließlich zu Recht davon ausgegangen, dass die Klage von Anfang an gegen den Beklagten und nicht gegen Herrn S. gerichtet war. Insbesondere handelte es sich bei der Änderung des Passivrubrums von "Herrn S. handelnd als P. OHG" auf "P. oHG" nicht um einen gewillkürten Parteiwechsel und damit um eine Klageänderung iS von § 99 SGG, sondern lediglich um eine Berichtigung des Passivrubrums. Die ursprüngliche Bezeichnung in der Klageschrift war nicht eindeutig. Gegen wen sich die Klage richtete, hatte das SG damit durch Auslegung zu ermitteln (Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl 2012, § 92 RdNr 7). Die hierzu getroffenen Feststellungen des SG (S 13 des Urteilsumdrucks) sind nicht zu beanstanden. Entsprechendes gilt hinsichtlich des vom LSG angenommenen späteren Parteiwechsels auf Beklagtenseite von einer oHG zu einem Einzelunternehmer (S 8 f des Urteilsumdrucks).

16

2. Die Klage auf Auskunftserteilung und Herausgabe sämtlicher Unterlagen, die die rund 600 Versorgungen von Versicherten der Klägerin, der BEK und KKH durch den Beklagten im Zeitraum 2001 bis 2003 betreffen, zum Zweck der Abrechnungsprüfung ist unbegründet. Die Klägerin hat gegen den Beklagten keinen Anspruch auf die Erteilung der begehrten Auskünfte und die Herausgabe der begehrten Unterlagen. Ein solcher ergibt sich weder aus dem öffentlichen Recht (dazu a) noch aus der (entsprechenden) Anwendung von Vorschriften des BGB (dazu b). Lediglich ergänzend ist deshalb darauf hinzuweisen, dass Auskunftsansprüchen der Klägerin darüber hinaus weitestgehend die Einrede der Verjährung, zumindest aber die Einwendung der Verwirkung entgegenstehen (dazu

c).

17

a. Die Klägerin kann ihren Anspruch weder auf Vorschriften des SGB noch auf eine die Hilfsmittelversorgung ergänzend regelnde Vereinbarung nach § 127 SGB V stützen.

18

aa. Die hier geltend gemachten Ansprüche der Krankenkasse bzw die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Auskunft und ggf Herausgabe von Unterlagen sind als Bestandteil des Leistungserbringerrechts zunächst im SGB V geregelt. Soweit sie Sozialdaten oder Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse betreffen, sind ergänzend die Regelungen des SGB I und SGB X zu berücksichtigen. Dementsprechend gilt für die Ansprüche der Krankenkasse bzw die Auskunfts- und Herausgabepflicht des Hilfsmittelerbringers Folgendes:

19

(1) Die Klägerin fordert die Erteilung von Auskünften und die Herausgabe von Unterlagen, die die Befundwerte der Versicherten, den Grund der Abgabe der Sehhilfe, die Art und den Umfang der erbrachten Leistung und die mit dem Versicherten abgerechnete Leistung enthalten. Hierbei handelt es sich um Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse bestimmter natürlicher Personen und damit um Sozialdaten iS von § 67 Abs 1 S 1 SGB X.

20

Die Erhebung von Sozialdaten durch die Krankenkassen ist nur unter den Voraussetzungen des Zweiten Kapitels des SGB X zulässig (§ 35 Abs 2 SGB I idF des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Sozialgesetzbuches - 2. SGBÄndG - vom 13.6.1994, BGBl I 1229). Danach dürfen Sozialdaten ohne Mitwirkung des Betroffenen bei anderen als den in § 35 SGB I bzw § 69 Abs 2 SGB X genannten Stellen und Personen - mithin auch bei Leistungserbringern - nur erhoben werden, wenn eine Rechtsvorschrift die Erhebung bei ihnen zulässt oder die Übermittlung an die erhebende Stelle ausdrücklich vorschreibt (§ 67a Abs 2 S 2 Nr 2 Buchst a SGB X iVm § 35 Abs 2 SGB I) oder wenn die Aufgaben der Krankenkasse nach dem SGB ihrer Art nach eine Erhebung bei anderen Personen oder Stellen erforderlich machen oder die Erhebung beim Betroffenen einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde (§ 67a Abs 2 S 2 Nr 2 Buchst b SGB X iVm § 35 Abs 2 SGB I).

21

Allein aus der Befugnis der Krankenkasse, Sozialdaten zu erheben, folgt allerdings noch nicht, dass die Personen oder Stellen, bei denen die Daten angefordert werden, ihrerseits automatisch zur Übermittlung dieser Daten verpflichtet sind. Dementsprechend regelt das SGB X im Zweiten Kapitel (§§ 67 bis 85a) die Voraussetzungen, unter denen die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung von Sozialdaten durch Leistungsträger wie die Krankenkassen zulässig ist, während die Auskunftsspflichten Dritter gegenüber den Leistungsträgern Gegenstand des Dritten Kapitels des SGB X (§§ 86 bis 119) sind. Eine entsprechende Differenzierung nimmt das SGB V vor, indem es in den §§ 284 bis 293 die Informationsgrundlagen, insbesondere die Datenerhebungsbefugnisse der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen regelt, und in den §§ 294 bis 303 SGB V spiegelbildlich die entsprechenden Pflichten der Leistungserbringer zur Datenübermittlung bestimmt (BSGE 90, 1, 5 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 S 24).

22

Auf dieser Grundlage bestehen zwischen den Beteiligten im Rahmen der Abrechnungsprüfung durch die Klägerin folgende Auskunftsansprüche bzw -pflichten:

23

(a) Die Krankenkassen dürfen - in dem hier relevanten Bereich der Abrechnungsprüfung - Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung erheben und speichern, soweit diese für die Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte, die Beteiligung des Medizinischen Dienstes nach § 275 SGB V oder die Abrechnung mit den Leistungserbringern und die Überwachung des Wirtschaftlichkeitsgebots erforderlich sind (§ 284 Abs 1 S 1 Nr 4 und 7 bis 9 SGB V idF des 2. SGBÄndG vom 13.6.1994, BGBl I 1229). Demgegenüber sind Leistungserbringer nach § 294 SGB V (ebenfalls idF des 2. SGBÄndG vom 13.6.1994, BGBl I 1229) verpflichtet, "die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen ( ) notwendigen Angaben, die aus der Erbringung ( ) sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und gemäß den nachstehenden Vorschriften den Krankenkassen ( ) oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen mitzuteilen".

24

(aa) Für den hier relevanten Bereich der Abrechnung von Hilfsmitteln verpflichten § 302, § 303 SGB V die Leistungserbringer, der Krankenkasse maschinenlesbar in den Abrechnungsbelegen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer

des verordnenden Arztes, die Verordnung des Arztes mit Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund und die Angaben nach § 291 Abs 2 Nr 1 bis 6 SGB V zur Krankenversicherungskarte anzugeben; bei der Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V zu verwenden (§ 302 Abs 1 SGB V idF des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22.12.1999, BGBl I 2626). Damit ist aus datenschutzrechtlichen Gründen abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind (vgl BT-Drucks 12/3608 S 125, zu Nummer 142 (§ 302), die insoweit auf die für die anderen Leistungsbereiche geltende Regelung zu Nummer 141 (§ 301) verweist). Nach der zugrunde liegenden Vorstellung des Gesetzgebers sind damit die wesentlichen Angaben bezeichnet, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung mit den Hilfsmittelerbringern benötigt (BT-Drucks 12/3608 S 125). Das Nähere über die Form und den Inhalt des Abrechnungsverfahrens bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen (heute: Spitzenverband Bund der Krankenkassen) in Richtlinien, die in den Leistungs- und Lieferverträgen zu beachten sind (§ 302 Abs 2 S 1 SGB V). Vorliegend sind die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "sonstigen Leistungserbringern" sowie Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301a SGB V) vom 9.5.1996 (BAnz Nr 112 vom 20.6.1996, zuletzt geändert durch Beschluss vom 13.3.2003; in der Folge: Richtlinie) maßgeblich gewesen. Haben die Hilfsmittelerbringer die Daten nach § 302 Abs 1 SGB V in dem jeweils zugelassenen Umfang nicht maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern abgegeben oder übermittelt, so haben die Krankenkassen die Daten nachzuerfassen (§ 303 Abs 3 S 1 SGB V idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, BGB I 2190). Wie der Senat bereits zur entsprechenden Regelung für den Bereich der Abrechnung von Krankenhausbehandlungen entschieden hat, dürfen die Krankenkassen bei Zweifeln und Unklarheiten in Bezug auf die übermittelten Daten durch nicht-medizinische Nachfragen selbst beim Leistungserbringer klären, ob die jeweiligen Voraussetzungen der Zahlungspflicht im Einzelfall gegeben sind (sog erste Stufe der Sachverhaltserhebung, vgl für den Bereich der Abrechnung im Krankenhausbehandlung nach § 301 SGB V: BSG Urteil vom 16.5.2013 - B 3 KR 32/12 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen, RdNr 21; BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 19). Dieses Recht steht den Krankenkassen auch in Bezug auf die übrigen Leistungserbringer zu.

25

(bb) Die Klägerin kann ihren Auskunfts- und Herausgabeanspruch im vorliegenden Fall nicht auf § 302 SGB V iVm der Richtlinie stützen. Insoweit ist - nachdem die Klägerin bzw die von ihr vertretenen BEK und KKH die streitigen Abrechnungen bereits vergütet haben - zunächst davon auszugehen, dass der Beklagte die entsprechenden Angaben bereits ordnungsgemäß übermittelt hat. Dies gilt auch für die Verpflichtung aus § 302 SGB V iVm §§ 2 bis 5 Richtlinie zur Übermittlung der dort genannten weiteren Abrechnungsdaten sowie der sog Urbelege (Verordnungsblätter, Berechtigungs- und Reparaturscheine, § 2 Abs 1b Richtlinie). Bei diesen Urbelegen handelt es sich um von der Richtlinie vorgegebene Muster (§ 3 Richtlinie), die vom Leistungserbringer in einem bestimmten Format maschinenlesbar zu übermitteln sind. Die Klägerin selbst behauptet aber nicht, dass der Beklagte diesen Verpflichtungen nicht ausreichend nachgekommen ist. Darüber hinaus besteht weder aus § 302 SGB V noch nach der Richtlinie eine Verpflichtung des Beklagten, die von der Klägerin begehrten Kundenunterlagen und -daten, insbesondere Auszüge aus der Kundendatei, Lieferscheine, Lieferantenrechnungen und Kundenrechnungen und bei ihm darüber hinaus ggf vorliegenden weiteren Unterlagen herauszugeben. Das Klagebegehren richtet sich auch nicht auf ein zulässiges Nachfragen der Krankenkasse beim Leistungserbringer, um Zweifel und Unklarheiten im Einzelfall in Bezug auf die nach § 302 SGB V übermittelten Daten zu klären.

26

(b) Die Klägerin kann ihren weiten Auskunfts- und Herausgabeanspruch auch nicht auf die Mitteilungspflichten des Leistungserbringers nach § 276 Abs 2 SGB V idF des 2. SGBÄndG vom 13.6.1994 (BGBl I 1229) stützen. Zwar sieht § 276 Abs 2 SGB V weitere Mitteilungspflichten von Leistungserbringern vor, die allerdings auf die anschließende medizinische Begutachtung eines Leistungs- oder Abrechnungsfalles durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gerichtet sind. Dieser darf Sozialdaten erheben, soweit dies für seine gutachterliche Stellungnahme erforderlich ist (§ 276 Abs 2 S 1 Halbs 1 SGB V). Voraussetzung ist aber nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V - die weiteren Alternativen dieser Vorschrift kommen ersichtlich nicht in Betracht - ein Prüfauftrag der Krankenkasse an den MDK entweder wegen der Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungserbringung oder wegen Auffälligkeiten der ordnungsgemäßen Abrechnung. Daran fehlt es hier; die Klägerin vermutet zwar das Fehlen von ordnungsgemäßen Abrechnungen des Klägers in zahlreichen Fällen, sie hat dazu jedoch - aus ihrer Sicht folgerichtig - kein medizinisches Überprüfungsverfahren beim MDK eingeleitet. Ein solches Prüfverfahren nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V hinsichtlich sämtlicher Abrechnungsvorgänge des Beklagten in den Jahren 2001 bis 2003 wäre im Übrigen auch unzulässig, da die Klägerin keine Auffälligkeit im Einzelfall geltend macht. Eine Auffälligkeit liegt nämlich nur dann vor, wenn der konkrete Verdacht einer fehlerhaften Abrechnung besteht (BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 22 mwN); daran fehlt es hier.

27

Etwas anderes folgt auch nicht daraus, dass die Klägerin behauptet, nach dem von ihr in Auftrag gegebenen Sachverständigenurteilen seien bei einigen Abrechnungen des Beklagten konkrete Fragen zu deren sachlich-rechnerischen Richtigkeit offen. Sie macht aber weder geltend noch ist es anderweitig ersichtlich, dass es zur Überprüfung dieser auffälligen Abrechnungen sämtlicher Abrechnungsunterlagen des Beklagten aus drei Jahren bedarf. Die Klägerin beruft sich vielmehr auf statistische Abweichungen im Versorgungsverhalten des Beklagten vom durchschnittlichen Versorgungsverhalten der Augenoptiker in Nordrhein-Westfalen, die sie durch

Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Abrechnung durch den Beklagten in Einzelfällen bestätigt sieht, und glaubt daraus ableiten zu können, mittels der von ihr begehrten Auskünfte und Unterlagen die komplette Versorgung durch den Beklagten in den Jahren 2001 bis 2003 überprüfen zu dürfen. Für eine derartige umfassende Ausforschung bietet das an Auffälligkeiten im Einzelfall anknüpfende Prüfverfahren nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V und damit auch die in dessen Rahmen bestehende Auskunftspflicht des Leistungserbringers nach § 276 SGB V keine Grundlage.

28

(2) Die vorstehenden Ausführungen gelten erst recht für die begehrte Übermittlung von Daten, die zu den Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen des Beklagten - Unterlagen von Lieferanten und deren Abrechnungen sowie Kundendaten aller Art - gehören (§ 35 Abs 4 SGB I idF des 2. SGBÄndG vom 13.6.1994, BGBl I 1229). Es ist im SGB keine Rechtsgrundlage ersichtlich, die eine derartige Auskunftspflicht des Beklagten gegenüber der Klägerin begründen könnte.

29

bb. Der Anspruch der Klägerin auf Auskunftserteilung und Herausgabe von Unterlagen ergibt sich auch nicht aus Vorschriften des Rahmenvertrages vom 30.6.1994 oder dessen ergänzender Vertragsauslegung.

30

(1) Allerdings geht das LSG zu Recht davon aus, dass § 10 Rahmenvertrag die vom Leistungserbringer im Rahmen der Rechnungslegung zu übermittelnden Angaben und Unterlagen konkretisiert. Dort ist insbesondere geregelt, wann diese zu erfolgen hat (einmal monatlich bis zum 10. des auf das Ende der letzten Lieferung folgenden Monats, § 10 Abs 1 S 1, Abs 2 S 4), welche Unterlagen vorzulegen sind (ärztliche Verordnung oder Berechtigungsschein mit Datum und Bestätigung über den Empfang der Sehhilfe oder sonstigen Leistung durch den Versicherten und Stempel des Augenoptikers, § 10 Abs 1 S 2 und 3, Abs 2 S 4), wie die Lieferungen zu bezeichnen sind (§ 10 Abs 2 S 1), welcher Festpreis ggf gilt (§ 10 Abs 2 S 8), von wem die Kosten zu tragen sind (§ 10 Abs 1 S 4) und wann die Rechnung zu bezahlen ist (§ 10 Abs 2 S 6). Darüber hinaus verweist § 10 Abs 2 S 3 auf § 302 iVm § 303 SGB V und damit auf die gesetzliche Regelung der Pflichten der Leistungserbringer im Rahmen der Leistungsabrechnung mit den Krankenkassen. Die vertraglichen Informationspflichten des Leistungserbringers gehen damit weit über die Verpflichtungen hinaus, die das LSG festgestellt hat (S 12 des Urteilsumdrucks). Die Parteien des Rahmenvertrages wollten nach dem ausdrücklichen Wortlaut nicht nur die sich aus den geltenden gesetzlichen Regelungen ergebenden Verpflichtungen wiederholen, sondern darüber hinaus ergänzende Mitteilungspflichten des Leistungserbringers vertraglich vereinbaren. Gleichwohl folgt daraus keine Verpflichtung des Beklagten zur umfassenden Auskunftserteilung und zur Herausgabe der von der Klägerin begehrten Unterlagen.

31

(2) Zu Unrecht hat das LSG allerdings angenommen, hieraus könne auf eine ergänzungsbedürftige Regelungslücke des Rahmenvertrages geschlossen werden. Denn die Voraussetzungen für eine ergänzende Vertragsauslegung sind vorliegend offensichtlich nicht erfüllt.

32

(a) Voraussetzung für eine ergänzende Vertragsauslegung ist eine Regelungslücke in einem regelungsbedürftigen Punkt der vertraglichen Regelung (BGHZ 40, 91, 103; BGHZ 77, 301, 304; stRspr). Hierfür genügt nicht jeder offengebliebene Punkt eines Vertrages. Eine durch ergänzende Vertragsauslegung zu füllende Lücke ist vielmehr nur dann zu bejahen, wenn die von den Parteien vereinbarte Regelung eine Bestimmung vermissen lässt, die erforderlich ist, um den ihr zugrunde liegenden Regelungsplan der Parteien zu verwirklichen (BGH Urteil vom 13.2.2004 - V ZR 225/03, NJW 2004, 1873; Staudinger/Roth, BGB, Aufl 2010 § 157 BGB RdNr 15 mwN). Ohne die gebotene Vervollständigung darf eine angemessene interessengerechte Lösung nicht zu erzielen sein (BGH Urteil vom 13.5.1993 - IX ZR 166/92, NJW 1993, 2935; BGHZ 90, 69, 74 f; BGH Urteil vom 12.7.1989 - VIII ZR 297/88, NJW 1990, 115, 116).

33

(b) Die Parteien des Rahmenvertrages wollten - § 127 Abs 1 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21.12.1992 (BGBl I 2266) entsprechend - Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln sowie über die Abrechnung der Festbeträge regeln (§ 1 Rahmenvertrag). Zur Umsetzung dieses Regelungsplans haben sie insbesondere die im Rahmen der Rechnungslegung zu übermittelnden Unterlagen und Angaben festgelegt und dabei auch bestimmt, dass die gesetzlichen Regelungen und der Rahmenvertrag gelten sollen (§ 10 Abs 2 S 3 Rahmenvertrag). Es kann dahinstehen, ob schon allein diese ausdrückliche Regelung der Geltung der Gesetzesvorschriften eine Regelungslücke ausschließt (vgl BGHZ 40, 91, 103 mwN). Denn zumindest ist es nicht zur Verwirklichung der Ziele des Rahmenvertrages notwendig, weitere und derartig umfassende Auskunfts- und Herausgabepflichten zu statuieren. So waren die Beteiligten zunächst über Jahre in der Lage, die Hilfsmittelversorgung durch den Beklagten und deren Abrechnung gegenüber der Klägerin entsprechend dem Rahmenvertrag und den von ihm in Bezug genommenen gesetzlichen Regelungen durchzuführen. Auch die Klägerin sah sich aufgrund der vom

Beklagten übermittelten Belege und Angaben offenkundig in der Lage, die von diesem erbrachten Leistungen zu vergüten, was im Hinblick auf § 303 Abs 3 SGB V für eine ordnungsgemäße Rechnungslegung durch den Beklagten gemäß den Regeln von § 10 Rahmenvertrag spricht. Anders als das LSG meint, ergibt sich die Notwendigkeit einer Ergänzung des Rahmenvertrages um die Verpflichtung des Beklagten zur Vorlage weiterer Unterlagen auch nicht aus dem Interesse der Krankenkasse, ihren Prüfpflichten nach dem SGB V nachkommen zu können. Denn dieses Interesse ist bereits anhand der Regelungen des Rahmenvertrages und damit ohne die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Herausgabe weiterer Unterlagen angemessen berücksichtigt.

34

Zudem muss sich die Klägerin vorwerfen lassen, dass sie die Optiker jahrelang hat gewähren lassen - sie hatte die Abwicklung der Abrechnungen einem Rechenzentrum übergeben und offensichtlich keine ausreichende Kontrolle durchgeführt. Es wäre ihr - zumindest mit sachverständiger Unterstützung des MDK - bereits anhand der vom Beklagten bei der Rechnungslegung regelmäßig übermittelten Unterlagen und Angaben durchaus möglich gewesen, das Vorliegen rechtswidriger Hilfsmittelversorgungen oder Anhaltspunkte hierfür festzustellen. Unkorrekte Abrechnungen wären nicht zu vergüten gewesen, zweifelhafte Punkte hätten im jeweiligen Einzelfall gegenüber dem Beklagten zeitnah geltend gemacht werden können und ggf durch den MDK überprüft werden müssen. Soweit die Klägerin geltend macht, der Beklagte habe ganze Versorgungsfälle fingiert (Stichwort "unzulässige Doppelversorgung") oder es seien fehlerhafte Versorgungen erfolgt (Stichwort "fehlerhafte Augenglasbestimmung"), hätte ebenfalls im jeweiligen Einzelfall eine zeitnahe Überprüfung unter Beteiligung des Versicherten (zur Einholung von Stellungnahme bei Versicherten im Rahmen der Abrechnungsprüfung s BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1) erfolgen und eine Stellungnahme des MDK eingeholt werden können. Zum Einwand der Klägerin, entsprechende Ermittlungen bei Versicherten seien nicht mehr zielführend, da diese regelmäßig nicht in der Lage seien, Angaben zu einer Versorgung in den Jahren 2001 bis 2003 zu machen, wird übersehen, dass dies im Wesentlichen aus ihrem Verschulden resultiert, weil die Abrechnungsprüfung nicht zeitnah durchgeführt worden ist.

35

(c) Die vom LSG angenommene Vertragsergänzung widerspricht darüber hinaus ersichtlich einer abgewogenen Auslegung, weil sie einseitig dem Interesse der Krankenkasse Rechnung trägt, eine Abrechnungsprüfung auch nach Jahren und in gesetzlich nicht vorgesehenem Umfang vornehmen zu dürfen. Der Senat weist in ständiger Rechtsprechung auf das im Leistungserbringerrecht allgemein existierende Beschleunigungsgebot hin (vgl zuletzt Urteil vom 18.7.2013 - B 3 KR 21/12 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen, RdNr 20 mwN; zum Bereich der Hilfsmittelversorgung BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 14 RdNr 13), das ua auf dem schutzwürdigen Interesse beider Seiten an Abrechnungssicherheit beruht (BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 14 RdNr 13). Dem widerspräche es, der Krankenkasse - nachdem sie die gesetzlich und vertraglich vorgesehenen Möglichkeiten der Abrechnungsprüfung über Jahre ungenutzt gelassen hat - einen solch umfassenden Auskunfts- und Herausgabeanspruch einzuräumen. Das Interesse des Leistungserbringers bliebe völlig unberücksichtigt, wenn er allein auf der Grundlage statistischer Abweichungen seines Versorgungsverhaltens gegenüber dem Durchschnitt aller Optiker verpflichtet würde, sämtliche Geschäfts- und Versorgungsunterlagen unabhängig von Anhaltspunkten für eine fehlerhafte Abrechnung im Einzelfall vorzulegen. Dies gilt hier umso mehr, als die Klägerin vor dem SG selbst erklärt hat, keinen Hinweis für ein betrügerisches Verhalten des Beklagten gefunden zu haben. Damit wäre die vom LSG angenommene ergänzende Vertragsauslegung unvereinbar.

36

b. Entgegen der Auffassung des LSG kann sich die Klägerin auch nicht auf Vorschriften des bürgerlichen Rechts stützen. Insbesondere bestehen keine Auskunfts- und Rechenschaftspflichten auf Grund eines Geschäftsbesorgungsvertrages (§ 675 Abs 1 iVm § 666 BGB) oder nach dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB); ein etwaiger Anspruch nach dem Recht der unerlaubten Handlungen (§ 823 Abs 2 BGB) ist völlig fernliegend.

37

aa. Entgegen der Auffassung des LSG sind bereits die Voraussetzungen für die entsprechende Anwendung der Vorschriften des BGB nicht erfüllt. Denn die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden werden durch das Vierte Kapitel des SGB V sowie die §§ 63 und 64 SGB V abschließend geregelt (§ 69 S 1 SGB V). Im Übrigen gelten 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 S 3 SGB V idF des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22.12.1999, BGBl I 2626). Eine entsprechende Anwendung der Vorschriften des BGB kommt damit nur in Betracht, wenn die Regelungen des SGB V lückenhaft sind (BSGE 105, 157 = SozR 4-2500 § 129 Nr 5, RdNr 15 aE). Dies ist vorliegend gerade nicht der Fall.

38

Die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und der Augenoptiker sind durch die §§ 126 und 127 SGB V sowie die darauf fußenden vertraglichen Vereinbarungen abschließend geregelt. Ein Rückgriff auf vertragliche Modelle des BGB kommt daneben nicht in Betracht (so schon für den Bereich der Arzneimittelversorgung BSGE 105, 157 =

SozR 4-2500 § 129 Nr 5, RdNr 15 ff). Auch die Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln hat ihre Grundlage unmittelbar im öffentlichen Recht. Die Konstruktion eines in jedem einzelnen Versorgungsfall abzuschließenden und den Versicherten drittbegünstigenden öffentlich-rechtlichen Geschäftsbesorgungsvertrag zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse ist damit entbehrlich.

39

bb. Ein Auskunftsanspruch der Klägerin ergibt auch nicht unmittelbar aus § 242 BGB. Dabei kann dahinstehen, ob der aus § 242 BGB abzuleitende Grundsatz von Treu und Glauben ausschließlich über § 69 S 3 SGB V auf das Rechtsverhältnis zwischen den Beteiligten anzuwenden ist (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 28 RdNr 13) oder als auch dem Sozialrecht immanenter allgemeiner Rechtsgrundsatz (BSGE 99, 271 = SozR 4-2400 § 27 Nr 3, RdNr 13) unmittelbar zur Anwendung kommen kann. Denn auch insoweit bietet das öffentliche Recht die alleinigen Anspruchsgrundlagen (§§ 275 ff SGB V und die ergänzenden vertraglichen Regelungen). Die Klägerin hätte mit zeitnahen Rechnungsprüfungen rechtswidrige Hilfsmittelversorgungen und/oder Abrechnungen erkennen und verhindern können; dies hat sie versäumt. Zudem gebieten Treu und Glauben keinen über die einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen hinausgehende Auskunfts- und Herausgabepflichten, die ausschließlich deshalb nötig werden, weil letztere erst gar nicht oder nicht rechtzeitig genutzt wurden.

40

cc. Die Klägerin kann einen Auskunfts- und Herausgabeanspruch auch nicht aus dem Recht der unerlaubten Handlungen (§ 823 BGB) herleiten. Denn Voraussetzung für die Annahme einer diesen Anspruch begründenden rechtlichen Sonderbeziehung wäre, dass ein Leistungsanspruch dem Grunde nach bestehe und nur der Anspruchsinhalt noch offen ist (BGH Urteil vom 18.1.1978 - VIII ZR 262/76, NJW 1978, 1002; Sprau in Palandt, BGB, 73. Aufl 2014, Einführung vor § 823 RdNr 17). Hiervon ist vorliegend nicht auszugehen; die Klägerin selbst hat keine ausreichenden Anhaltspunkte für die Annahme eines unerlaubten - betrügerischen - Verhaltens des Beklagten gesehen (Schriftsatz vom 30.1.2009 an das SG).

41

c. Etwaige Auskunfts- und Herausgabeansprüche der Klägerin gegen den Beklagten scheitern darüber hinaus weitestgehend an der Einrede der Verjährung (dazu aa) und im Übrigen an der Einwendung der Verwirkung (dazu bb).

42

aa) Ansprüchen aus der Zeit 2001 und 2002, die Versicherte der Klägerin betreffen, sowie aus dem Zeitraum 2001 bis 2003, die für Versicherte der BEK und der KKH geltend gemacht werden, steht die vom Beklagten erhobene Einrede der Verjährung entgegen. Für diese Auskunftsansprüche der Krankenkasse gegen den Leistungserbringer gilt die allgemeine sozialrechtliche Verjährungsfrist von vier Jahren, die mit Ablauf des Jahres beginnt, in dem der Anspruch entstanden ist - § 45 Abs 1 SGB I.

43

Der Senat hat bereits entschieden, dass die sozialrechtliche Verjährungsfrist von vier Jahren für alle gegenseitigen Rechte und Pflichten zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und damit auch für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen etwaiger Überzahlung von Vergütungsansprüchen als Kehrseite des Leistungsanspruchs gilt (für die Vergütung von Krankenhausbehandlung sowie die Mitteilungspflichten des Leistungserbringers nach § 276 Abs 2 S 1 SGB V: BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 25; für die Vergütung von Krankentransporten: BSG SozR 4-1200 § 45 Nr 4 RdNr 22). Die Verjährungsvorschriften des BGB kommen auch über § 69 S 3 SGB V nicht zur Anwendung, weil die Verjährungsfrage schon aus dem Vierten Kapitel des SGB V selbst und den hierfür geltenden allgemeinen Rechtsprinzipien zu beantworten ist (BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 1 RdNr 17 ff; BSG SozR 3-1200 § 45 Nr 8 S 30). Denn das BSG geht in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass die in § 45 SGB I bestimmte Verjährungsfrist von vier Jahren Ausdruck eines allgemeinen Prinzips ist, das der Harmonisierung der Vorschriften über die Verjährung öffentlich-rechtlicher Ansprüche dient. Die Regelung ist aus praktischen und haushaltsrechtlichen Gründen geboten, um jahrzehntelange Auseinandersetzungen einer beschleunigten gerichtlichen Klärung zuzuführen (so bereits BSGE 42, 135 = SozR 3100 § 10 Nr 7 S 10; BSGE 69, 158 = SozR 3-1300 § 113 Nr 1 S 5; Übertragung auf das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer: BSG SozR 3-1200 § 45 Nr 8 S 30; BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 1 RdNr 17; BSGE 97, 125 = SozR 4-1500 § 92 Nr 3, RdNr 11; BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 25; BSG SozR 4-1200 § 45 Nr 4 RdNr 22).

44

Die allgemeine sozialrechtliche Verjährungsfrist beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist (vgl § 45 Abs 1 SGB I; BSGE 97, 125 = SozR 4-1500 § 92 Nr 3, RdNr 11). Auch insoweit kommt ein Rückgriff auf die Vorschriften des durch das Gesetz zur Modernisierung des Schuldrechts vom 26.11.2001 (BGBl I 3138) novellierten bürgerlich-rechtlichen Verjährungsrechts - anders als wohl das LSG meint - nicht in Betracht. Zwar mag sich der Gesetzgeber dort (§ 199 Abs 1 BGB) bewusst dagegen entschieden haben, kurze Verjährungsfristen mit einem kenntnisunabhängigen Beginn der Verjährungsfrist zu kombinieren. Hieraus kann



aber nicht geschlossen werden, dass der Gesetzgeber eine entsprechende Änderung auch für den Bereich des Sozialrechts habe treffen wollen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber eine Änderung der verjährungsrechtlichen Rechtslage im Sozialrecht gerade nicht herbeiführen wollen (vgl für den Bereich des öffentlichen Rechts BVerwGE 132, 324, RdNr 12). Die Entscheidung, ob das neue Regelungssystem auf spezialgesetzlich geregelte Materien übertragen werden kann und welche Sonderregelungen ggf getroffen werden müssten, sollte weiteren Gesetzgebungsvorhaben vorbehalten bleiben (vgl Gegenäußerung der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Schuldrechts, BT-Drucks 14/6857, S 42 zu Nummer 1). Hierzu wurde in der Folge das Gesetz zur Anpassung von Verjährungsvorschriften an das Gesetz zur Modernisierung des Schuldrechts vom 9.12.2004 (BGBl I 3214) erlassen. Auch dort hat sich der Gesetzgeber bewusst gegen eine entsprechende Anpassung des öffentlichen Rechts entschieden, da im öffentlichen Recht grundsätzlich eigenständige Verjährungsregelungen gelten würden und auf die zivilrechtlichen Verjährungsbestimmungen nur hilfsweise entsprechend zurückgegriffen werden könne (BT-Drucks 15/3653 S 10).

45

Eine Korrektur der allgemeinen sozialrechtlichen vierjährigen Verjährungsfrist ist vorliegend schließlich auch im Hinblick auf die vom LSG gesehenen "hinreichenden Anhaltspunkte für einen Abrechnungsbetrug" nicht geboten. Denn Anhaltspunkte genügen zur Bestimmung der maßgeblichen Verjährungsfrist nicht. Welche Verjährungsfrist maßgeblich ist, bestimmt sich vielmehr nach dem - festgestellten - Sachverhalt zur Zeit der Entstehung des Anspruchs (Ellenberger in Palandt, BGB, 73. Aufl 2014, § 195 RdNr 14). Es widerspräche der mit der Verjährung (auch im öffentlichen Recht) bezweckten Zielsetzung der Rechtssicherheit und des Rechtsfriedens, stattdessen auf hinreichende Anhaltspunkte abzustellen. Im Übrigen hat die Klägerin selbst angegeben, keine derartigen Anhaltspunkte vorweisen zu können.

46

Daraus folgt für den geltend gemachten Klageanspruch: Ein Anspruch auf Auskunft und Herausgabe von Geschäftsunterlagen wäre ebenso wie ein möglicher Erstattungsanspruch mit Zugang der jeweiligen Abrechnungsunterlagen entstanden. Dementsprechend hat die vierjährige Verjährungsfrist der in den Jahren 2001 und 2002 vergüteten Hilfsmittelversorgungen in entsprechender Anwendung des § 45 Abs 1 SGB I am 1.1.2002 bzw 1.1.2003 begonnen und mit Ablauf des Jahres 2005 bzw 2006 geendet. Ansprüche aus 2001 und 2002 sind damit zum Zeitpunkt der Klageerhebung am 29.12.2007 bereits verjährt gewesen. Dies gilt auch für die Ansprüche, die die Klägerin darüber hinaus in gewillkürter Prozessstandschaft für die BEK und KKH wegen der Versorgung von deren Versicherten im Jahr 2003 geltend macht. Zwar wird in entsprechender Anwendung von § 45 Abs 2 SGB I iVm § 204 Abs 1 Nr 1 BGB die Verjährung durch Klageerhebung gehemmt. Die verjährungshemmende Wirkung tritt im Fall der gewillkürten Prozessstandschaft aber erst in dem Augenblick ein, in dem diese prozessual offengelegt wird oder offensichtlich ist (BGH Urteil vom 7.6.2001 - I ZR 49/99, NJW-RR 2002, 20 mwN). Die Klägerin hat erstmals mit Schriftsatz vom 12.6.2008 (Bl 55 der SG-Gerichtsakte) offengelegt, dass sie mit der Klage nicht nur eigene Ansprüche, sondern darüber hinaus die weiterer Ersatzkrankenkassen, insbesondere der BEK und der KKH, geltend macht. Zum Zeitpunkt der Offenlegung der Prozessstandschaft war damit die vierjährige Verjährungsfrist auch hinsichtlich der von BEK und KKH in 2003 vergüteten Hilfsmittelversorgungen bereits abgelaufen.

47

bb) Soweit der Auskunfts- und Herausgabeanspruch nicht an der Einrede der Verjährung scheitert, ist er jedenfalls verwirkt, da die Klägerin die Abrechnungsprüfung entgegen dem sich aus dem Grundsatz von Treu und Glauben ergebenden Beschleunigungsgrundsatz erst knapp vier Jahre nach Rechnungslegung und vollständigem Rechnungsausgleich eingeleitet hat.

48

Nach ständiger Rechtsprechung des Senats (vgl Urteil vom 18.7.2013 - B 3 KR 22/12 R, SozR 4-2500 § 276 Nr 2 RdNr 24 ff; BSGE 89, 104, 109 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 2 S 16 f - "Berliner Fälle" sowie zB SozR 4-2500 § 109 Nr 28 RdNr 12) steht die Korrektur einer bereits bezahlten Krankenhausrechnung durch die Krankenkasse unter dem Vorbehalt von Treu und Glauben. Danach ist eine Krankenkasse jedenfalls dann mit Einwendungen gegen eine Schlussrechnung ausgeschlossen, wenn sie die Rechnung zeitnah und vorbehaltlos bezahlt hat, ein Prüfverfahren beim MDK ohne nachvollziehbaren Grund dann aber erst Jahre nach Rechnungslegung und kurz vor Ablauf der Verjährung eingeleitet hat. Der Senat hat weiter aus den dauerhaften Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern auf die Verpflichtung zur gegenseitigen Rücksichtnahme geschlossen und hieraus die Befugnis zur nachträglichen Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus begrenzt. Wegen des "Prinzips der Waffengleichheit" ist der Senat zudem davon ausgegangen, dass dies - also die Begrenzung der Befugnis zur nachträglichen Korrektur der Abrechnung - auch für nachträglich geltend gemachte Ansprüche der Krankenkasse gilt (vgl Urteil des Senats vom 18.7.2013 - B 3 KR 22/12 R, SozR 4-2500 § 276 Nr 2 RdNr 26). Dieses vom Senat für den Bereich der Krankenhausabrechnung immer wieder betonte Beschleunigungsgebot bestimmt auch das Abrechnungswesen in der Hilfsmittelversorgung (vgl hierzu bereits SozR 4-2500 § 33 Nr 14 RdNr 13).

49

Um die Verwirkung eines Rechts anzunehmen, bedarf es dreier Voraussetzungen (stRspr, zuletzt Urteil des Senats vom 18.7.2013 - B 3 KR 22/12 R, SozR 4-2500 § 276 Nr 2 RdNr 27 sowie BSG Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR 24/11 R - BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 37 mwN; vgl auch Grüneberg in Palandt, BGB, 73. Aufl 2014, § 242 RdNr 93 ff mwN):

50

Zeitmoment: Seit der Möglichkeit, das Recht geltend zu machen, muss ein längerer Zeitraum verstrichen sein; maßgeblich sind die Umstände des Einzelfalls. Im vorliegenden Fall hätte die Klägerin die Abrechnungen des Beklagten bereits in den Jahren 2001, 2002 bzw 2003 überprüfen können und müssen, alle dafür erforderlichen Informationen lagen ihr vor. In Anbetracht der vierjährigen Verjährungsfrist und der Pflicht zur Beschleunigung aller Abrechnungsverfahren ist ein Abwarten von knapp vier Jahren (Abrechnungen aus Dezember 2003 bis zur Klageerhebung am 29.12.2007) bzw mehr als vier Jahren (Abrechnungen vor Dezember 2003) deutlich zu lang. Umstandsmoment: Der Verpflichtete hat sich darauf eingestellt, der Berechtigte werde aufgrund des geschaffenen Vertrauenstatbestandes sein Recht nicht mehr geltend machen. Dies ist der Fall, wenn der Berechtigte unter solchen Umständen untätig geblieben ist, die den Eindruck erwecken, dass er sein Recht nicht mehr geltend machen wird. Diese Voraussetzung ist hier ebenfalls erfüllt, weil in der Regel zu erwarten ist, dass Krankenkassen - wie Leistungserbringer - ihre Korrekturmöglichkeiten bis zum Ende des auf die Abrechnung folgenden Kalenderjahres wahrgenommen haben (vgl für den Bereich der Krankenhausabrechnung Urteil des Senats vom 18.7.2013 - B 3 KR 22/12 R, SozR 4-2500 § 276 Nr 2 RdNr 27). Hinweise für einen Ausnahmefall sind weder vorgetragen noch anderweitig ersichtlich. Sie ergeben sich insbesondere nicht aus den von der Klägerin ermittelten statistischen Abweichungen des Versorgungsverhaltens des Beklagten, über die dieser schließlich nicht informiert war. Von einem den Vertrauenstatbestand zerstörenden unredlichen Verhalten des Beklagten geht schließlich auch die Klägerin nicht aus. Untätigkeit: Die Klägerin ist knapp bzw mehr als vier Jahre bezüglich der Geltendmachung ihrer Ansprüche gegenüber dem Beklagten untätig geblieben.

51

Damit steht fest, dass der Beklagte zum Zeitpunkt der Klageerhebung Ende 2007 nicht mehr mit einer Überprüfung seiner Abrechnungen aus den Jahren 2001 bis 2003 rechnen musste, so dass dem entsprechenden Auskunfts- und Herausgabeanspruch der Klägerin - auch - die Einwendung der Verwirkung entgegensteht.

52

3. Gegenstand des vorliegenden Revisionsverfahrens ist ausschließlich der Auskunfts- und Herausgabeanspruch, weil SG und LSG zu Recht ausschließlich dazu verhandelt und entschieden haben (BGH Urteil vom 28.11.2001 - VIII ZR 37/01, NJW 2002, 1042; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl 2012, § 56 RdNr 5 und § 157 RdNr 2a aE). Erst nach Rechtskraft der Entscheidung über den Auskunfts- und Herausgabeanspruch sind Verhandlung und Entscheidung über die nächste Stufe zulässig, also über den Leistungsantrag (Greger in Zöller, ZPO, 29. Aufl 2012, § 254 RdNr 11). Zwar ist eine gemeinsame Entscheidung über mehrere in der Stufenklage verbundene Anträge nicht ausgeschlossen. Dies setzt aber voraus, dass schon die Prüfung des Auskunfts- und Herausgabeanspruchs ergibt, dass dem Hauptanspruch die materiell-rechtliche Grundlage fehlt (BGH Urteil vom 28.11.2001 - VIII ZR 37/01, NJW 2002, 1042; Greger, aaO, § 254 RdNr 14). Dies ist vorliegend nicht der Fall, so dass dem Senat eine Entscheidung über die nächste Stufe verwehrt ist. Es liegt an den Beteiligten, die Fortsetzung des Rechtsstreits ggf durch Verhandlung und Entscheidung eines Leistungsantrags beim SG zu beantragen (Greger, aaO, § 254 RdNr 14).

53

4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO.

54

Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und § 47 Abs 1 GKG, die Korrektur der Streitwertfestsetzung für die 1. und 2. Instanz aus § 63 Abs 3 GKG. Bei Stufenklagen ist nach § 44 GKG für die Wertberechnung nur einer der verbundenen Ansprüche maßgebend, und zwar der höhere. Dies gilt aber nur, wenn in einer Instanz über beide Ansprüche entschieden wird. Ist - wie hier - in allen Instanzen lediglich ein der Informationsgewinnung dienender Auskunftsanspruch oder ein dem gleichen Zweck dienender Herausgabeanspruch Streitgegenstand, ist der Streitwert jeweils nur anhand dieses Anspruchs zu bemessen. Der Senat hat bereits entschieden, dass der Streitwert für eine Auskunfts- und Herausgabeklage am (ggf zu schätzenden) Leistungsanspruch zu orientieren ist, und je nachdem, in welchem Umfang der Kläger auf die Auskunft zur Durchsetzung seines Leistungsanspruchs angewiesen ist, ein Abschlag vorzunehmen ist (BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 31). Der Senat schätzt vorliegend den möglichen Erstattungsanspruch der Klägerin auf der zweiten Stufe der Stufenklage auf rund 50 Euro pro Versorgung, zu der vorliegend Angaben bzw Unterlagen angefordert werden. Hiervon ist ein Abschlag in Höhe von einem Drittel vorzunehmen, da die Bedeutung der begehrten Auskunft bzw Unterlagen für den Erstattungsanspruch als erheblich zu bewerten ist, nachdem die Klägerin geltend macht, ohne die Unterlagen eine abschließende Rechnungsprüfung beim Beklagten nicht vornehmen zu können.