

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 11/05 R

.....

Kläger und Revisionskläger,

Prozessbevollmächtigter:

.....

g e g e n

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, Direktion Bad Homburg,
Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat am 11. Mai 2006 durch den
Vorsitzenden Richter Dr. L a d a g e sowie die Richter Dr. H a m b ü c h e n
und S c h r i e v e r
beschlossen:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom
3. März 2005 wird als unzulässig verworfen.

Der Kläger hat die Kosten der Beklagten in allen Instanzen zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe :

I

- 1 Der Kläger betreibt einen Dienst für die häusliche Alten- und Krankenpflege und ist durch Vertrag vom 17. März 1995 zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflegehilfe und häuslicher Pflege (Versorgungsvertrag) zugelassen. Durch seine Mitarbeiter erbrachte er in der Zeit vom 12. Mai bis 30. Juni 2000 zu Gunsten der bei der Beklagten krankenversicherten E. M. (M) Leistungen der häuslichen Krankenpflege in der Form des morgendlichen Anziehens und des abendlichen Ausziehens von Kompressionsstrümpfen. Nach § 5 des Versorgungsvertrages vom 17. März 1995 erfolgt die Vergütung des Klägers nach Einzelleistungen gemäß einem Gebührenverzeichnis, welches der jeweils mit den Trägerverbänden der häuslichen Krankenpflege in Hessen getroffenen Vergütungsregelung entspricht. Die auf der Grundlage von § 12 des Rahmenvertrages über häusliche Krankenpflege vom 29. April 1996 (Rahmenvertrag 1996) getroffene Vergütungsvereinbarung - ebenfalls vom 29. April 1996 - (Vergütungsvereinbarung 1996) sah unter Ziffer 2.17 eine Pauschale für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen und unter Ziffer 4.1 eine Hausbesuchspauschale vor, die im Zusammenhang mit erbrachten und abrechnungsfähigen Dienstleistungen abgerechnet werden durfte. Für die Versorgung der Versicherten M stellte der Kläger der Beklagten 1.138,40 DM in Rechnung, wobei er pro Tag je zwei Mal die Pauschale für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen sowie die Hausbesuchspauschale ansetzte. Die Beklagte wies darauf hin, dass es sich nach dem bestehenden Vertragswerk um die Abrechnung einer Komplexleistung handele und die geltend gemachten Pauschalen jeweils nur einmal täglich abgerechnet werden könnten, und kürzte die Rechnungen des Klägers um insgesamt 540,10 DM.
- 2 Der Kläger hat gegen die Beklagte Zahlungsklage in Höhe von 530,10 DM (271,03 €) erhoben und vorgetragen, das morgendliche Anziehen und das abendliche Ausziehen der Kompressionsstrümpfe sei jeweils mit einer Pauschale zu vergüten; Entsprechendes gelte für die Hausbesuche, die tatsächlich auch mehrmals pro Tag gemacht worden seien. Das Sozialgericht (SG) hat der Klage mit der Begründung stattgegeben, die Einmalvergütung pro Tag gelte nur für den Fall, dass in demselben Arbeitsgang gebrauchte Kompressionsstrümpfe aus- und frische angezogen würden (Urteil vom 24. Februar 2003). Das Landessozialgericht (LSG) hat der vom SG zugelassenen Berufung der Beklagten stattgegeben und die Klage abgewiesen (Urteil vom 3. März 2005). Eine Vergütungsregelung, die wie hier für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen sei, könne ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt werde. Nach Ziffer 2.17 der Vergütungsvereinbarung 1996 sei das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen mit 7,00 DM (3,58 €) zu vergüten. Da beide Tätigkeiten mit einem "und" zusammengefasst seien,



könne täglich nur eine Gebühr in Ansatz gebracht werden. Entsprechendes gelte für die Hausbesuchspauschale in Höhe von 9,30 DM (4,76 €), die nur im Zusammenhang mit erbrachten und abrechnungsfähigen Dienstleistungen berechnet werden könne. Diese Auslegung der hier streitigen Vergütungsregelung 1996 werde durch den Vergleich mit vorher und nachher in Kraft gesetzten Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen gestützt.

- 3 Mit der vom LSG zugelassenen Revision verfolgt der Kläger die Wiederherstellung des erstinstanzlichen Urteils. Das LSG habe den Rahmenvertrag 1996 und die Vergütungsvereinbarung 1996 zu eng ausgelegt. Aus beiden Vertragswerken lasse sich nicht entnehmen, dass die Pauschalen jeweils nur einmal pro Tag abrechenbar seien. Auf Grund eindeutiger Regelungen gelte dies zwar für das Aufziehen von Insulin (Ziffer 2.15), bei der Gabe von Tropfen, Salben usw (Ziffer 2.10), bei Blutdruckkontrollen (Ziffer 2.11) oder bei physikalischen Maßnahmen (Ziffer 2.5), weil dort ausdrücklich auf den zeitlichen Zusammenhang abgestellt werde; ein solcher Hinweis fehle aber beim An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen. Zudem sei der vom LSG vorgenommene Vergleich mit dem früheren Rahmenvertrag über häusliche Krankenpflege und häusliche Pflege vom 4. Februar 1993 (Rahmenvertrag 1993) und einem hierzu ergangenen Beschluss des Einigungsausschusses vom 1. März 1994 unzulässig, weil diese Regelungen zum hier fraglichen Zeitpunkt nicht mehr in Kraft gewesen seien. Auch die Tatsache, dass eine zwischen dem An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen differenzierende Regelung erstmals im Jahre 2003 getroffen worden sei, bedeute nicht, dass zuvor nur eine Pauschale hätte abgerechnet werden dürfen, auch wenn die Leistung zwei Mal täglich erbracht worden sei.
- 4 Der Kläger beantragt sinngemäß,
das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 3. März 2005 zu ändern und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 24. Februar 2003 zurückzuweisen.
- 5 Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 6 Die Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil des LSG.

II

- 7 Die Revision ist statthaft, da sie im Urteil des LSG ausdrücklich zugelassen worden ist (§ 160 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz <SGG>). Sie ist auch form- und fristgerecht eingelegt (§ 164 Abs 1 SGG) und innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist begründet worden (§ 164 Abs 2



Satz 1 SGG). Die vorgelegte Revisionsbegründung vom 3. Mai 2005 genügt jedoch nicht den gesetzlichen Anforderungen des § 164 Abs 2 Satz 3 SGG; die Revision ist deshalb gemäß § 169 SGG ohne Hinzuziehung der ehrenamtlichen Richter durch Beschluss zu verwerfen.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 8 Gemäß § 164 Abs 2 Satz 1 und 3 SGG ist die Revision schriftlich zu begründen. Die Revisionsbegründung muss einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben. Diese Pflicht zur schriftlichen Begründung des Rechtsmittels soll eine umfassende Vorbereitung des Revisionsverfahrens gewährleisten. Daher muss die Revision nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sorgfältig und nach Umfang und Zweck zweifelsfrei begründet sein. Handelt es sich - wie im vorliegenden Fall - um die Auslegung von Landesrecht durch das Berufungsgericht, muss insbesondere dargelegt werden, dass diese gegen Vorschriften des Bundesrechts verstößt (§ 162 SGG). Ein revisionsrechtlich relevanter Verstoß gegen Bundesrecht liegt aber nicht bereits dann vor, wenn das Revisionsgericht aus seiner Sicht zu einer anderen Gesetzesauslegung kommen würde. Bundesrecht ist vielmehr erst dann verletzt, wenn das Berufungsgericht den Rahmen zulässiger Gesetzesauslegung überschritten und damit die Bindung an Gesetz und Recht (Art 20 Abs 3 Grundgesetz) missachtet hat - Willkürverbot (vgl BSGE 62, 131 = SozR 4100 § 141b Nr 40) - oder wenn es bei der Gesetzesauslegung bundesrechtliche Normen herangezogen hat, die den ihnen beigelegten Regelungsgehalt nicht aufweisen (BSGE 88, 215, 219 = SozR 3-3300 § 9 Nr 1; BSG SozR 3-6935 Allg Nr 1 und SozR 4-2500 § 112 Nr 3). Ausgehend von diesem Prüfungsmaßstab hätte die Revision aufzeigen müssen, ob und wenn ja, welche bundesrechtlichen Vorschriften durch die Auslegung der landesrechtlichen Verträge durch das LSG verletzt worden sind. Dies ist nicht geschehen.
- 9 Der vom Revisionskläger mit Schriftsatz vom 3. Mai 2005 eingereichten Revisionsbegründung lässt sich nicht entnehmen, welche Rechtsnormen des Bundesrechts das LSG konkret verletzt haben soll. Sie weist zwar darauf hin, dass "sämtliche Leistungen der Behandlungspflege bekanntlich unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot von § 12 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) stehen", sie lässt jedoch nicht erkennen, dass oder warum diese Vorschrift auf den vom LSG festgestellten Sachverhalt nicht oder nicht richtig angewandt worden sein soll. Es wird überhaupt keine materiell-rechtliche Verletzung von Bundesrecht behauptet und näher dargelegt; der Kläger rügt lediglich die Auslegung der Landesverträge durch das LSG als unrichtig aber nicht als völlig unvertretbar und damit willkürlich, und setzt seine Interpretation der Vertragswerke an deren Stelle. Damit kann eine weitere revisionsgerichtliche Überprüfung des Falles, die im Wesentlichen zur Vereinheitlichung des Rechts und zur Wahrung der Rechtseinheit dienen soll, nicht erreicht werden. Solange keine Verletzung von Bundesrecht substantiiert gerügt wird, ist es allein Aufgabe des LSG und nicht des BSG zu überprüfen, wie im Lande Hessen geltende Vertragswerke über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflegehilfe und häuslicher Pflege sowie über die Vergütung entsprechender Leistungen auszulegen sind.
- 10 Die Revisibilität von Landesrecht ist allerdings auch dann anzunehmen, wenn inhaltlich gleiche Vorschriften in Bezirken verschiedener LSG gelten, etwa wenn Landesrecht zum Zwecke der Vereinheitlichung übereinstimmend erlassen worden ist oder auf bundesgesetzlicher Rahmen-



gesetzgebung beruht (vgl BSGE 56, 45, 50 = SozR 2100 § 70 Nr 1 mwN; BSG SozR 4100 § 117 Nr 14). Eine solche Geltungserstreckung des hier streitbefangenen hessischen Landesrechts über die Grenzen des LSG-Bezirks hinaus ist jedoch weder vom Kläger vorgetragen worden (vgl zum Begründungszwang BSG aaO) noch ansonsten ersichtlich. Die Tatsache, dass das LSG die Revision wegen seiner Kenntnis von zahlreichen weiteren anhängigen Verfahren zugelassen hat, vermag - die Richtigkeit unterstellt - ebenfalls nicht die Revisibilität des Landesrechts zu begründen.

- 11 Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 Satz 2 SGG in der Fassung des 6. SGG-Änderungsgesetzes vom 17. August 2001 (BGBl I S 2144), da das Verfahren vor dem 2. Januar 2002 rechtshängig geworden ist (BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 108, 115 ff; vgl auch Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl 2005, Vor § 183 RdNr 12 mwN). Schon nach damaligem Recht waren die Aufwendungen der Behörden, Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts erstattungsfähig, soweit sie als Kläger oder Beklagte in einem in § 116 Abs 2 Satz 1 Nr 1 und 4 Bundesgebührenordnung für Rechtsanwälte (BRAGO) genannten Verfahren nach dem SGB V beteiligt waren. Grund für diese Bestimmung, die inzwischen mit § 197a SGG eine neue und umfassendere Regelung gefunden hat, war die Überlegung des Gesetzgebers, dass es in den von § 116 Abs 2 BRAGO umschriebenen Fällen nicht angemessen sei, an dem durch § 183 SGG aF garantierten Prinzip der Kostenfreiheit festzuhalten, wenn staatliche Einrichtungen in einem Sozialgerichtsprozess obsiegen und ihre dadurch verursachten Kosten selbst tragen müssen (so BT-Drucks 12/3608 S 153). Nach § 116 Abs 2 Satz 1 Nr 1 BRAGO - inzwischen ebenfalls außer Kraft getreten - zählten hierzu alle in § 51 Abs 2 Satz 1 SGG aufgelisteten Verfahren. § 51 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGG in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung bezeichnete ausdrücklich solche Streitigkeiten nach dem SGB V, die auf Grund von Entscheidungen oder Verträgen der Krankenkassen oder ihrer Verbände entstehen. Zu diesen Verträgen zählen zB solche mit Zahntechnikern (§ 88 SGB V), Apothekern (§ 129 SGB V) und pharmazeutischen Unternehmen (§ 131 SGB V), aber auch mit den Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege (§§ 132 aF, 132a SGB V), um deren Auslegung es im vorliegenden Fall geht (vgl Meyer-Ladewig, SGG, 6. Aufl 1998, § 51 RdNr 35). Deshalb war in der Kostengrundentscheidung die Kostentragungspflicht des unterlegenen Klägers, einem Unternehmer für häusliche Alten- und Krankenpflege, auszusprechen.

- 12 Der Senat konnte auch die für den Kläger günstige Kostenentscheidung des Berufungsgerichts ändern, obwohl nur er und nicht die Beklagte Revision eingelegt hat. Insoweit gilt das Verbot der reformatio in peius - anders als in den Verfahren zur Entscheidung über eine Nichtzulassungsbeschwerde (vgl Beschluss des Senats vom 18. April 2006 - B 3 P 23/05 B -) - nicht (so schon das RG in JW 1913, 696; BSGE 62, 131, 136 = SozR 4100 § 141b Nr 40 - jeweils mwN; stRspr - vgl auch BSG, Urteil vom 25. Januar 2006 - B 12 KR 12/05 R -, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen). Das Verbot der Schlechterstellung eines Rechtsmittelklägers erstreckt sich nur auf den der Disposition der Beteiligten unterliegenden



Streitgegenstand, der durch das Rechtsmittel in die höhere Instanz gelangt ist, nicht aber auf solche im angefochtenen Urteil enthaltenen Entscheidungen, die der Disposition der Beteiligten entzogen und daher ohne Rücksicht auf den Willen der Beteiligten von Amts wegen zu treffen sind. Über die Kosten ist nämlich - nicht nur im Urteil (vgl § 193 Abs 1 SGG), sondern auch im Beschluss nach § 169 SGG, der einem Urteil gleichsteht (BSG SozR § 169 Nr 1 und 2) - von Amts wegen zu entscheiden, und zwar unabhängig davon, ob ein entsprechender Antrag der Beteiligten vorliegt.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)