

LANDESSOZIALGERICHT NIEDERSACHSEN-BREMEN

L 1 KR 72/09

S 19 KR 271/07 (Sozialgericht Hannover)

IM NAMEN DES VOLKES

Zugestellt am: 14.12.2010

A.
als Urkundsbeamte der Geschäftsstelle

URTEIL

In dem Rechtsstreit

[REDACTED] vertreten durch den Vorstand,
B.

Klägerin und Berufungsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte Dr. C.

gegen

D.

Beklagter und Berufungskläger,

Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte E.,

hat der 1. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen
ohne mündliche Verhandlung am 24. November 2010 in Celle
durch den Vizepräsidenten des Landessozialgerichts F.,
durch den Richter am Landessozialgericht G.,
den Richter am Landessozialgericht H.
sowie die ehrenamtlichen Richter I. und J.
für Recht erkannt:

b.w.

**Das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 6. Februar
2009 wird aufgehoben.**

**Die Klage der Klägerin gegen den Beklagten wird abge-
wiesen.**

**Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in erster
und zweiter Instanz.**

Der Streitwert wird festgesetzt auf 6.760 €.

Die Revision wird zugelassen.

T A T B E S T A N D

Die Klägerin begeht von dem Beklagten Zahlung aus einer „Vereinbarung“.

Die Klägerin ist eine gesetzliche Krankenkasse in Niedersachsen. Der Beklagte ist Augenoptiker in Niedersachsen und zur Hilfsmittelversorgung zugelassen.

Mit Datum vom 22. März 2005 schlossen die Beteiligten folgende „Vereinbarung“:

„Vereinbarung“

zwischen

1. [REDACTED] handelnd im eigenen Namen und im Namen der von ihr vertretenen Primärkassen gem. Anlage 1 dieser Vereinbarung,

- im Folgenden: „Die Krankenkasse“ -

2. den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung

- im Folgenden: „Die Verbände“ -

einerseits und andererseits

3. der Firma E [REDACTED] vertreten durch den Inhaber, Herrn [REDACTED] E [REDACTED]

4.

- im Folgenden: „Der Leistungserbringer“ -

Präambel

Die Krankenkassen erheben gegen den Leistungserbringer Ansprüche wegen der falschen Abrechnung von augenoptischen Leistungen (Abrechnung von nicht oder nicht wie abgerechnet erbrachten Leistungen, Rückdatierung von Berechtigungsscheinen

und Verordnungen). Der Leistungserbringer erklärt sich zur Schadenwiedergutmachung bereit. Die Parteien vereinbaren was folgt:

1. Der Leistungserbringer erkennt hiermit im Wege eines selbstständigen Schuldanerkenntnisses einen Betrag zu Gunsten der [REDACTED] in Höhe von

11.000,- EUR

(in Worten: elftausend EUR)

an. Hiervon entfallen auf den Bereich Rückdatierung 2.600,- EUR.

2. Die Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer vereinbaren eine Vertragsstrafe zu Gunsten der [REDACTED] in Höhe von

5.000,- EUR

(in Worten: fünftausend EUR)

3. Hiermit sind sämtliche Rückforderungsansprüche der Krankenkassen für fehlerhafte Abrechnungen des Leistungserbringers abgegolten. Eingeschlossen sind auch Leistungen, die im Jahr 2004 abgegeben wurden, aber mit einem Abgabedatum vor dem 01.01.2004 zur Abrechnung eingereicht wurden. Der Leistungserbringer verzichtet auf die Vergütung von Leistungen, die im Jahr 2004 abgegeben und mit einem Abgabedatum vor dem 01.01.2004 zur Abrechnung eingereicht wurden.

4. Der Leistungserbringer erstattet den Krankenkassen die Kosten der Schadenermittlung pauschal mit einem Betrag in Höhe von 1.000,- EUR (in Worten: eintausend EUR).

5. Der anerkannte Rückzahlungsbetrag in Höhe von insgesamt 17.000,- EUR ist fällig. Zu dem Zweck, dem Leistungserbringer die Fortsetzung seines Geschäftsbetriebs zu ermöglichen, wird ihm für die Dauer der Betriebsfortführung durch den Leistungserbringer unter folgender Voraussetzung (aufschiebende Bedingung) gestattet, den Betrag in Raten zu zahlen. Der Leistungserbringer leistet bis zum 15.04.2005 eine erste Rate in Höhe von 4.000,- EUR. Die weiteren monatlichen Raten betragen dann mindestens 520,- EUR, erstmals zum 15.05.2005. Die Zahlungen sind auf folgendes Konto der [REDACTED] zu leisten: (wird angegeben, Anm. des Senats)

6. Kommt der Leistungserbringer in Verzug, ist der gesamte Restbetrag sofort fällig und mit 5 Prozentpunkten über den Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank zu verzinsen.

7. Die Parteien vereinbaren Stillschweigen über den Inhalt dieser Vereinbarung gegenüber Dritten.

Hannover, den 22.03.2005

([REDACTED] xxx)

für die Krankenkassen und Verbände

([REDACTED] xxx)

für den Leistungserbringer

Der Beklagte zahlte auf die „Vereinbarung“ zunächst einen Betrag von 4.000,-- € und sodann 12 monatliche Raten à 520,-- € (Gesamtsumme: 10.240,-- €). Im August 2006 stellte der Beklagte die weiteren Zahlungen ein.

Am 29. November 2006 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht (SG) Hannover erhoben und die Zahlung weiterer 6.760,-- € (auf die Gesamtsumme von 17.000,-- €) begehrt.

Dabei hat sie zunächst beantragt, über den Rechtsweg vorab zu entscheiden:

Maßgeblich sei dabei der Zivilrechtsweg, da zwar die Beziehungen zwischen dem Beklagten als zur Hilfsmittelversorgung zugelassenen Augenoptiker und den gesetzlichen Krankenkassen im Wege von Rahmenverträgen nach §§ 125, 127, 129, 132 ff. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt seien, Gegenstand der Zahlungsklage jedoch eine „Vereinbarung“ wegen unerlaubter Handlungen im Wege des Abrechnungsbetruges durch den Beklagten, die vor den Zivilgerichten geltend zu machen sei.

Auch der Beklagte hat vor dem SG zunächst eine Vorab-Entscheidung über den Rechtsweg beantragt, jedoch die Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit für gegeben erachtet, weil die Anspruchsgrundlage der geltend gemachten Zahlung kein zivilrechtlicher Schadensersatz- oder Bereicherungsanspruch sei, sondern es sich vielmehr um eine zwischen den Beteiligten im Rahmen der §§ 125 ff. SGB V geschlossene Vereinbarung handele, die den Regelungen zum öffentlich-rechtlichen Vertrag nach § 53 ff. SGB X unterfalle.

Das SG hat im Rahmen einer Vorab-Entscheidung den Beschluss vom 2. Februar 2007 erlassen, in dem es den Sozialrechtsweg für unzulässig erklärt und den Rechtsstreit an das (örtlich) zuständige Landgericht (LG) Hannover verwiesen hat.

Auf die Beschwerde des Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen mit Beschluss vom 31. Mai 2007 (L 4 B 14/07 KR) den Beschluss des SG Hannover vom 2. Februar 2007 aufgehoben und ausgeführt dass nicht der Zivilrechtsweg, sondern der Sozialrechtsweg gegeben sei. Danach folge die sachliche Zuständigkeit der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit aus § 51 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. § 51 Abs. 2 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG), weil nach der Rechtsprechung des für das nicht ärztliche Leistungserbringungsrecht zuständigen 3. Senats des Bundessozialgerichts (BSG) die Neufassung des § 69 SGB V am 1. Januar 2000 klargestellt habe, dass die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern zukünftig ausschließlich nach öffentlichem Recht zu beurteilen seien. Dies gelte auch für den vorliegenden Fall. Die Klägerin mache gegenüber dem Beklagten eines Anspruchs auf Schadensersatz wegen fehlerhafter bzw. unrechtmäßiger Abrechnungen im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen zugunsten von bei ihr Versicherter geltend. Nach dem Wortlaut der Vereinbarung sei ein selbstständiges Schuldanerkenntnis, eine Vertragsstrafe sowie eine Regelung über die Kosten der Schadensermittlung getroffen worden. Diese Vertragsbestandteile stünden in so engem Zusammenhang mit der Erbringung von Sachleistungen im Rahmen der GKV, dass sie als sozialversicherungsrechtlicher Natur im Sinne von § 69 Satz 1 SGB V zu betrachten seien.

In dem sodann vor dem SG fortgesetzten Verfahren hat die Klägerin zur Begründung ihrer Zahlungsklage wie folgt vorgetragen:

Die Klägerin erhebe die Klage im eigenen Namen sowie hilfsweise in Prozessstandschaft für die an der Vereinbarung beteiligten Primärkassen der Anlage 1 der Vereinbarung sowie den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen gemäß Anlage 2 der Vereinbarung.

In der Sache sei die Vereinbarung das Ergebnis einer Überprüfung von beim Beklagten aufgetretener Abrechnungsauffälligkeiten durch die Klägerin nach § 197 a SGB V. Die Überprüfung habe erbracht, dass der Beklagte Falschabrechnungen vorgenommen habe, und zwar andere Leistungen abgerechnet als erbracht habe (z.B. Trifokal statt Bifokal, Bifokal statt Einstärkengläsern), Leistungen abgerechnet habe, die keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung seien (z.B.: Sonnenbrillen/-tönungen) sowie Rückdattierungen für die Zeit vor dem 1. Januar 2004 vorgenommen habe, betreffend Berechtigungsscheine und Verordnungen von Brillen anlässlich einer Rechtsänderung zum 1. Januar 2004.

Der ermittelte Sachverhalt sei sodann von der Klägerin mit dem Beklagten erörtert worden. Dabei sei eine Schadenswiedergutmachung vereinbart worden in Höhe von insgesamt 11.000,-- €, und zwar bezüglich der Rückdatierungen in Höhe von 2.600,-- € sowie für die Falschabrechnungen in Höhe von 8.400,-- €. Zudem sei für die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen eine Vertragsstrafe in Höhe von 5.000,-- € vereinbart worden. Schließlich sei der Schadensermittlungsaufwand auf 1.000,-- € pauschaliert und vom Beklagten übernommen worden. Über daraus resultierenden Gesamtsumme von 17.000,-- € sei eine Ratenzahlung vereinbart worden, damit eine Betriebsgefährdung des Beklagten ausgeschlossen werde.

Die vom Beklagten zunächst geleisteten Zahlungen einschließlich der Raten seien sodann von der Klägerin auf die einzelnen Forderungspositionen an- bzw. mit diesen verrechnet worden (wird näher ausgeführt).

Der Beklagte hat vor dem SG in prozessualer Hinsicht erwidert, dass er die Aktivlegitimation der Klägerin für die weiteren Primärkassen sowie für die Krankenkassenverbände bestreite, insbesondere die Voraussetzungen einer Prozessstandschaft nicht vorlägen.

In materieller Hinsicht sei in diesem Zusammenhang die von der Klägerin behauptete An- bzw. Verrechnung der geleisteten Zahlungen auf die behaupteten Forderungspositionen willkürlich.

Jedenfalls aber sei die Vereinbarung unwirksam und brauche der Beklagte hierauf nicht (weiter) zu zahlen:

Als Rechtsgrundlage der Vereinbarung scheide § 197 a SGB V von vornherein aus. Die Norm regele allein die Einrichtung organisatorischer Einheiten bei den gesetzlichen Krankenkassen zur Ermittlung von Unregelmäßigkeiten sowie die Abgabe der Ermittlungsergebnisse an die zuständige Staatsanwaltschaft. Den Abschluss einer Vereinbarung mit dem Leistungserbringer sehe die Norm an keiner Stelle vor.

Aber auch die Einzelregelungen der Vereinbarung seien unwirksam:

Es habe keine freie Willensentschließung des Beklagten zum Abschluss der Regelungen gegeben. Die von der Klägerin angesprochene Erörterung habe vielmehr im Hause der Klägerin stattgefunden, bei der der Vereinbarungstext von der Klägerin bereits fix und fertig vorbereitet und dem Beklagten zur Unterschrift vorgelegt worden sei, der die Unterschrift allein unter diesem Eindruck einer drohenden Strafanzeige geleistet habe.

Dabei sei bereits die unter diesem Eindruck zustande gekommene Vertragsstrafe rechtlich unwirksam und führe mangels salvatorischer Klausel zur Unwirksamkeit der gesamten Vereinbarung. Denn eine wirksame Vertragsstrafe nach Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB) könne nur im Vorhinein, nicht aber im Nachhinein vereinbart werden. Hieraus folge zugleich eine Nichtigkeit des Vertrages nach § 58 SGB X (öffentlich-rechtlicher Vertrag), da die Klägerin gegen rechtsstaatliche Grundsätze verstoßen habe, weil einer gesetzlichen Krankenkasse keine Strafgewalt zukomme. Die Unwirksamkeit der nachträglichen Vertragsstrafe bestätige auch ein Blick auf die Verhängung von Geldbußen im Disziplinarrecht, die im Bereich des Vertragsarzt- und Vertragszahnarztrechts allein unter gesetzlich normierten Voraussetzungen verhängt werden dürften. Die Verhängung von Geldbußen gegenüber Augenoptikern sei zwar im früheren Vertragsrecht unter dort näher bezeichneten Voraussetzungen vorgesehen gewesen, der Rahmenlieferungsvertrag habe jedoch nur bis zum Jahre 1989 gegolten und sei nicht verlängert worden. Im Übrigen habe seinerzeit der Landesinnungsverband und hätten die einzelnen Krankenkassen der Geldbuße zustimmen müssen. Zudem sei seinerzeit eine Obergrenze (25.000,-- DM) vorgesehen gewesen, die nicht habe überschritten haben dürfen.

Daneben sei die Rückdatierung bezüglich der verordneten Brillen nach inzwischen ergangener Rechtsprechung des BSG nicht zu beanstanden. Nach dieser Rechtsprechung sei das alte Recht bei Brillen-Verordnungen aus dem Jahre 2003 auch dann noch anwendbar gewesen, wenn die Abholung (Abgabe) ebenfalls noch in 2003 oder aber in 2004 erfolgt sei. Die Klägerin habe als gesetzliche Krankenkasse zum Zeitpunkt des Abschlusses der Vereinbarung im März 2005 um diese rechtliche Problematik gewusst und hätte hierauf hinweisen sowie von einer Geltendmachung etwaiger „Schäden“ absehen müssen. Aufgrund des vertragswidrigen Verhaltens der Klägerin dürfe dem Beklagten kein Schaden entstehen.

Die Klägerin hat auf den Klagabweisungsvortrag des Beklagten erwidert, dass § 197 a SGB V sehr wohl die Rechtsgrundlage für die getroffene Vereinbarung darstelle. Sinn und Zweck der Norm sei die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zum Schutz der Solidargemeinschaft. Zu diesem Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen gehöre bei durch Betrug eingetretenen Schäden auch der Ausgleich dieser Schäden gemäß §§ 812, 823 Abs. 2 BGB, § 263 StGB und dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch.

Die dabei in der vorliegenden Vereinbarung im Einzelnen getroffenen Regelungen seien jeweils wirksam. Das getroffene abstrakte Schuldankenkenntnis diene der Regulierung der

Schäden der betroffenen Kassen, die teilweise auch außerhalb Niedersachsens ansässig seien. Bei der Vertragsstrafe handele es sich um eine Schadloshaltung der Verbände in Niedersachsen durch einen pauschalierten Betrag, wobei eine solche Schadenswiedergutmachung auch rückwirkend erfolgen dürfe.

Bei alledem habe sich der Beklagte zu keiner Zeit in einer Zwangslage, noch nicht einmal in einem Über-Unterordnungsverhältnis zur Klägerin befunden. Denn wenn ein Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherung Falschabrechnungen vornehme, die von der Klägerin entdeckt würden, habe er die Konsequenzen zu ziehen. Der Beklagte habe den Abschluss der Vereinbarung auch ablehnen können, woraufhin die Klägerin ihre Ansprüche im Gerichtsweg hätte verfolgen müssen. Zwar seien dann unter Umständen höhere Folgekosten auf den Beklagten zugekommen, es sei jedoch gerade die freie Entscheidung des Beklagten gewesen, die Schadenswiedergutmachung auf den Betrag von 17.000,-- € zu begrenzen oder sich des Risikos höherer Folgekosten auszusetzen. Ein Über- und Unterordnungsverhältnis zwischen der Klägerin und dem Beklagten bestehet im Übrigen bereits deshalb nicht, weil die Leistungserbringer im System der GKV auf Gleichordnungsebene zur gesetzlichen Krankenkasse stünden.

Aus den vorstehenden Gründen sei auch keine Nichtigkeit der Vereinbarung nach § 58 SGB X oder eine Vergleichsmöglichkeit zu den Disziplinarmaßnahmen im Vertrags(zahn)arztrecht gegeben. Denn es gehe vorliegend nicht um hoheitliche Maßnahmen der Selbstverwaltungsorgane, sondern um vertragliche Vereinbarungen zwischen Gleichordnungssubjekten zwecks Schadenswiedergutmachung bei betrügerischem und sittenwidrigem Verhalten. Auch auf den früher für die Optiker geltenden Rahmenlieferungsvertrag könne insoweit nicht Bezug genommen werden, da die dortigen Geldbußen nicht dem Schadensausgleich gedient hätten, sondern an gemeinnützige Einrichtungen hätten abgeführt werden müssen.

Selbst wenn aber die Regelung über die Vertragsstrafe unwirksam sein sollte, sei die Vereinbarung im Übrigen wirksam, denn eine fehlende Gesamt-Nichtigkeit folge bereits daraus, dass die Einzelpositionen der Vereinbarung gänzlich unterschiedliche Regelungen beträfen und auch zugunsten unterschiedlicher Vertragspartner geschlossen worden seien (Schuldanerkenntnis: Gesetzliche Krankenkassen nach der Anlage 1; Vertragsstrafe: Verbände nach der Anlage 2).

Schließlich führe auch die inzwischen ergangene Rechtsprechung des BSG zum Abgabepunkt der Brillen nicht zu Unwirksamkeit der diesbezüglichen vorliegend getroffenen Vereinbarung. Denn wenn der Beklagte seinerzeit anderer Rechtsauffassung als die

Klägerin gewesen wäre, hätte er diese im Klagewege gegenüber der Klägerin durchsetzen können. Dies habe der Beklagte jedoch nicht getan. Die Vereinbarung mit der Klägerin habe daher gerade dazu gedient, die Unsicherheiten über die Rechtslage zu beseitigen. Im Übrigen führe das vom Beklagten abgegebene Schuldanerkenntnis nach BGB dazu, dass die seitdem entstehenden Einwendungen für den Beklagten ausgeschlossen seien. Ganz unabhängig davon ändere die zwischenzeitliche Rechtsprechung des BSG nichts daran, dass der Beklagte durch die Rückdatierung Manipulationen vorgenommen und Abrechungsbetrug begangen habe.

Der Beklagte hat auf die Erwiderung der Klägerin seinerseits repliziert, dass die Vertragsstrafe ausweislich des Textes der Vereinbarung nicht zum Schadensausgleich gedient habe. Daneben bestreite der Beklagte auch jedwede Falschabrechnung, da die vom Beklagten vorgenommene Abrechnungspraxis von der Klägerin stets unbeanstandet geblieben und erst anlässlich der in Rede stehenden Ermittlungen beanstandet worden sei. Eine weitere Klärung des Vorwurfs der Falschabrechnung könne nun nicht mehr zugunsten des Beklagten vorgenommen werden, weil sie infolge der von der Klägerin gewollten "Vereinbarung" gerade vermieden werden sollte. In dieser Situation sei der Beklagte auch nicht völlig frei in seiner Willensentschließung gewesen. Er habe vielmehr von Berufskollegen gewusst, dass die von der Klägerin anberaumte Erörterung ausschließlich dazu dienen sollte, entweder ein Schuldanerkenntnis zu unterschreiben oder ein Strafverfahren eingeleitet zu sehen. Er habe ein Strafverfahren vermeiden wollen, da bei der ausstehenden Klärung strafbaren Verhaltens jedenfalls weitere Kosten hätte entstehen können, wie etwa Rechtsverteidigungskosten.

Schließlich hat die Klägerin erwidert, dass § 137 a SGB V als Rechtsgrundlage für die getroffene Vereinbarung ausreiche, weil die Klägerin nicht mittels Verwaltungsakt, sondern mittels Vertrag gehandelt habe und der öffentlich-rechtliche Vertrag vom Gesetz als Handlungsform der Verwaltung vorgesehen sei. Bei alledem sei es der Klägerin und dem Beklagten ausweislich der Vereinbarung ausschließlich um Schadenswiedergutmachung gegangen und es sei unverständlich, warum der Beklagte dies nun nicht mehr gelten lassen wolle.

Das SG hat mit Urteil vom 6. Februar 2009 entsprechend des Antrags der Klägerin den Beklagten verurteilt, 6.760,-- € nebst Zinsen (in Höhe von 5 % über den Basiszinssatz ab dem 29. November 2006) an die Klägerin zu zahlen und die Kosten des Rechtsstreits zu tragen. Zur Begründung hat das SG im Einzelnen ausgeführt:

In prozessualer Hinsicht sei die Klage als allgemeine Leistungsklage zulässig, da die Beteiligten im Gleichordnungsverhältnis zueinander stünden. Dabei bedürfe es eines Rückgriffs auf die Prozessstandschaft der Klägerin für die übrigen Krankenkassen und die Verbände nicht, da nach Ziffern 1 und 2 der Vereinbarung Zahlungen gerade zugunsten der Klägerin vereinbart worden und es ihr deshalb möglich sei, sämtliche Forderungen im eigenen Namen gegen den Beklagten geltend zu machen.

In materieller Hinsicht stelle § 197 a SGB V die „öffentlicht-rechtliche Rahmengrundlage zum Abschluss der streitbefangenen Vereinbarung“ dar. Da die Zielrichtung der Vorschrift dem effizienten Einsatz von Finanzmitteln im Krankenversicherungsbereich und der Selbsterneuerung innerhalb des GKV-Systems diene, würde die Zielrichtung verfehlt, wenn die Krankenkassen zwar zur Ermittlung berufen wären, „hieran jedoch keine Folgen geknüpft werden könnten“. Wenn die Krankenkassen gemäß Abs. 4 der Norm bei einem Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen die Staatsanwaltschaft unterrichten „können“, so hätten sie im Rahmen eines „erst-recht-Schlusses“ als milderes Mittel auch die Möglichkeit, mit Leistungserbringern Vereinbarungen zur Schadenswiedergutmachung zu treffen.

Auch die Einzelregelungen der Vereinbarung seien rechtmäßig und trügen den materiellen Klaganspruch. Dabei handele es sich in Ziffer 1 nicht um ein abstraktes, sondern um ein deklaratorisches Schuldnerkenntnis, was durch Auslegung zu ermitteln sei. Es komme nicht auf den Wortlaut an, sondern auf den verfolgten Zweck, die beiderseitige Interessenlage und die allgemeine Verkehrsauffassung. Daneben handele es sich in Ziffer 2 nicht um eine Vertragsstrafe, sondern um eine nachträgliche Schadenspauschalierung, denn auch insoweit komme es nicht auf den Wortlaut, sondern auf die Auslegung nach Zweck, Interessenlage und allgemeiner Verkehrsauffassung an.

Daneben könne der Beklagte mit seinen Einwendungen gegen den Klaganspruch nicht gehört werden. Denn zum Einen schließe das Schuldnerkenntnis alle Einwendungen tatsächlicher und rechtlicher Natur für die Zukunft aus, die der Schuldner bei der Abgabe gekannt habe oder mit denen er mindestens gerechnet habe. Und zum Zweiten folge der Einwendungsausschluss aus den Grundsätzen des *venire contra factum proprium*, da der Beklagte bereits einen erheblichen Teil des anerkannten Betrags gezahlt habe.

Mit seiner hiergegen am 3. März 2009 eingelegten Berufung macht der Beklagte ergänzend geltend:

Entgegen der Rechtsauffassung des SG könne § 197 a SGB V nicht als Rechtsgrundlage für die getroffene Vereinbarung herangezogen werden. Denn die Norm regele allein die Errichtung bestimmter organisatorischer Einheiten der gesetzlichen Krankenkassen sowie die Pflicht, bei Vorliegen eines Anfangsverdachts Strafanzeige zu erstatten. Weder aus dem Wortlaut noch aus der einschlägigen Fach-Kommentatur zu § 197 a SGB V sei erkennbar, dass der Abschluss von Vereinbarungen, die eine Schadenswiedergutmachung bei Absehen von einer Strafanzeige vorsehen, von der Norm habe erfasst werden sollen. Die Rechtsauffassung des SG, das Absehen einer Strafanzeige bei Schadenswiedergutmachung stelle ein Minus gegenüber der in § 197 a Abs.4 SGB V geregelten grundsätzlichen Pflicht zur Strafanzeige dar, sei unzutreffend. Dies gelte erst recht für die vorliegend vereinbarte Vertragsstrafe.

Daneben sei der Auslegung des SG entgegen zu treten, es handele sich in Ziffer 2 nicht um eine Vertragsstrafe, sondern um eine Schadenspauschalierung. Dies folge bereits daraus, dass zwar Ziffer 1 der Vereinbarung von einer Schadenswiedergutmachung spreche, nicht aber Ziffer 2. Hier sei allein die Vertragsstrafe geregelt.

Außer § 197 a SGB V sei auch keine andere Rechtsgrundlage für die getroffene Vereinbarung erkennbar. Da die vorliegende Vereinbarung wie alle anderen Vorgehensweisen der gesetzlichen Krankenkassen dem Vorbehalt des Gesetzes unterlägen, dürften sie nur aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift abgeschlossen werden, die jedoch nicht erkennbar sei. Insbesondere sei es den Krankenkassen und ihren Verbänden nicht gestattet, mit Leistungserbringern Vertragsstrafen zu vereinbaren. Der frühere Rahmenlieferungsvertrag gelte nicht mehr.

Schließlich bleibe darauf hinzuweisen, dass der Beklagte seine Zahlungen an die Klägerin aus der Vereinbarung lediglich unter Vorbehalt geleistet habe und deshalb das SG einen Einwendungsausschluss nicht aus dem Grundsatz des *venire contra factum proprium* herleiten könne. Allein der erste Zahlbetrag in Höhe von 4.000,-- € sei ohne Vorbehalt erfolgt, da der Beklagte den Vorbehalt hier noch vergessen habe. Die weiteren Ratenzahlungen seien jeweils ausdrücklich und schriftlich unter Vorbehalt erfolgt.

Der Beklagte beantragt nach seinem schriftsätzlichen Vorbringen sinngemäß,

1. das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 6. Februar 2009 aufzuheben,
2. die Klage der Klägerin gegen den Beklagten abzuweisen,
3. die Kosten des Rechtsstreits beider Instanzen der Klägerin aufzuerlegen.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Berufung des Beklagten zurückzuweisen.

Die Klägerin wiederholt ihre Rechtsauffassung, wonach § 197 a SGB V Rechtsgrundlage zum Abschluss der streitgegenständlichen Vereinbarung gewesen sei. Auch seien die einzelnen Regelungen wirksam. So stelle „die unter Ziffer 2 vereinbarte Vertragsstrafe, wie das SG richtig festgestellt hat, ein selbstständiges Schuldanerkenntnis dar.“ Denn die Parteien hätten eine abschließende Regelung bezüglich der festgestellten Unregelmäßigkeiten der Abrechnung des Beklagten treffen wollen, die von späteren Einwendungen nicht mehr berührt werden sollte. Auf die bloße Bezeichnung als „Vertragsstrafe“ komme es nicht an. Es handele sich „nicht um eine Strafklausel im herkömmlichen Sinne, sondern um eine nachträgliche Schadenspauschalierung“.

Soweit der Beklagte vortrage, seine Ratenzahlungen seien unter Vorbehalt erfolgt, habe er dies gegenüber der Klägerin nicht erklärt oder sonst erkennen lassen, dass er die Vereinbarung für unwirksam halte und eine Forderung gegen ihn nicht bestehe. Zwar räume die Klägerin ein, dass der Beklagte auf den Überweisungsträgern den Zusatz „unter Vorbehalt“ angegeben habe. Dies genüge jedoch nach geltendem Recht nicht, um einen Vorbehalt wirksam zu erklären. Im Übrigen sei es der Klägerin nicht möglich, unangekündigte Erklärungen oder Zusätze auf Überweisungsträgern zu berücksichtigen, da in dem automatischen Buchungsverfahren der Klägerin der Zusatz „unter Vorbehalt“ nicht aufgenommen sei. Daher sei weder die Buchungsstelle der Klägerin noch das Bankinstitut, derer sich die Klägerin bediene, geeigneter Adressat für die Erklärung der Beklagten.

Der erkennende Senat hat den Beklagten aufgefordert, Nachweise dafür vorzulegen, dass er seine Zahlungen mit einem Vorbehalt gekennzeichnet habe. Der Beklagte hat Überweisungsträger und -texte sämtlicher getätigter Raten-Überweisungen vorgelegt, die alle mit dem Zusatz „unter Vorbehalt“ versehen waren.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte Bezug genommen. Sie hat vorgelegen und ist Gegenstand von Beratung und Entscheidung gewesen.

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

Der Senat konnte gemäß §§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da sich die Beteiligten zuvor hiermit einverstanden erklärt haben.

Die Berufung des Beklagten vor dem Landessozialgericht ist gemäß §§ 143 ff. SGG statthaft und zulässig:

Der Rechtsweg vor der Sozialgerichtsbarkeit ist eröffnet. Für das Berufungsverfahren gilt dies bereits nach § 17 a Abs. 5 des Gerichtsverfassungsgesetzes (GVG), da im erstinstanzlichen Verfahren bereits vorab nach § 17 a Abs. 3 SGG über den Rechtsweg zu der Sozialgerichtsbarkeit entschieden wurde, diese Entscheidung rechtskräftig ist (Beschluss des Landessozialgerichts - LSG - Niedersachsen-Bremen vom 31. Mai 2007, L 4 B 14/07 KR) und nach § 17 a Abs. 5 GVG der erkennende Senat danach nicht mehr zur eigenen Prüfung der Rechtsweg-Zuständigkeit befugt ist. - Nur zur Ergänzung wird daher darauf hingewiesen, dass auch der erkennende Senat in vergleichbaren Streitigkeiten, die bezüglich gleichartige „Vereinbarungen“ mehrfach im Zuständigkeitsbereich des LSG Niedersachsen-Bremen anhängig sind (namentlich: SG Braunschweig) ebenfalls entschieden hat, dass der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet ist. In seiner Entscheidung vom 09. Juli 2007 (L 1 B 23/07) hat dies der erkennende Senat (ebenso wie der 4. Senat des LSG Niedersachsen-Bremen) maßgeblich damit begründet, dass die Neufassung des § 69 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) mit Wirkung ab 01. Januar 2000 zur umfassenden Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit betreffend Ansprüche zwischen Leistungserbringern und gesetzlichen Krankenkassen führt und der (im dortigen Rechtsstreit und ähnlich auch vorliegend) in Rede stehende Vertrag/“Vereinbarung“ in untrennbarem Zusammenhang mit dem Anspruchssystem des Leistungserbringungsrechts der GKV steht.

Schließlich ist auch die Berufungssumme nach § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG erreicht, da die Klägerin eine (Rest-)Forderung in Höhe von mehr als 6.500,-- € geltend macht.

Die Berufung des Beklagten ist aber auch begründet.

Dabei schließt sich der erkennende Senat zunächst in prozessualer Hinsicht dem Urteil des SG an, wonach statthafte Klageart die allgemeine Leistungslage nach § 54 Abs. 5 SGG ist, da die Klägerin Zahlungsklage erhebt und mit dem beklagten Leistungserbringer

nach dem System des gesetzlichen Krankenversicherungsrechts im Gleichordnungsverhältnis steht.

Ebenso tritt der erkennende Senat dem SG in der Beurteilung bei, dass die Klägerin ihre Ansprüche ausschließlich aus eigenem Recht und nicht als Prozessstandschafterin für die an der „Vereinbarung“ beteiligten Krankenkassen und Verbände (Anlagen 1 und 2 der „Vereinbarung“) tätig wird.

Eine hier allein in Betracht kommende sog. gewillkürte Prozessstandschaft setzt voraus, dass die Partei ein Recht als eigenes Recht prozessual geltend macht, dass als fremdes Recht in der Person eines Dritten entstanden ist, der Dritte der Geltendmachung durch die Partei als eigenes Recht (Prozessführungsbefugnis) zustimmt und der gewillkürte Prozessstandschafter ein eigenes Interesse an der Durchführung des Rechtsstreits hat (siehe nur die Nachweise bei: Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 9. Auflage 2008, § 54 Rdnr. 11).

Zwar macht die Klägerin vorliegend die Ansprüche aus sämtlichen, eine Zahlung betreffenden Einzelpositionen der „Vereinbarung“ als eigenes Recht geltend, obwohl als Parteien der „Vereinbarung“ auch weitere gesetzliche Krankenkassen sowie die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen genannt sind. Jedoch sind die von der Klägerin geltend gemachten Forderungen aus Ziffern 1, 2 und 4 der „Vereinbarung“ nicht als fremdes Recht der weiteren Parteien, sondern originär als eigenes Recht der Klägerin entstanden. Die Klägerin macht daher keines fremdes Recht, sondern von vornherein ein eigenes Recht geltend. Dies folgt sowohl aus dem Wortlaut der „Vereinbarung“ („zugunsten der [REDACTED]“) in Ziffern 1 und 2 als auch aus dem rechtlichen Charakter der „Vereinbarung“, die - anders als das SG - ein abstraktes Schuldanerkenntnis sowie eine Vertragsstrafe vorsieht, die jeweils originär durch Abschluss der „Vereinbarung“ entstanden sind, also nicht lediglich abgeleitetes Recht darstellen. Sind aber die Forderungen zu Ziffern 1, 2 und 4 originär durch Abschluss der „Vereinbarung“ entstanden und der Klägerin zugeordnet, handelt es sich um eigenes Recht der Klägerin und ist für eine Prozessstandschaft kein Raum.

Mangels Prozessstandschaft waren die weiter an der „Vereinbarung“ beteiligten Kassen und Verbände auch nicht gemäß § 75 SGG beizuladen (Keller/Leitherer, aaO, § 75 Rdnr. 10 a).

In materieller Hinsicht vermag der Senat dem SG jedoch nicht beizutreten.

Die als Rechtsgrundlage/Anspruchsgrundlage für die Klagforderung der Klägerin allein in Betracht kommende „Vereinbarung“ vom 22. März 2005 ist sowohl hinsichtlich der einzelnen, darin geregelten Forderungspositionen (abstraktes Schuldanerkenntnis, Vertragsstrafe, pauschalierte Schadensermittlungskosten - Ziffern 1, 2 und 4) als auch hinsichtlich des mit dem Vertrag verfolgten Zwecks des Absehens der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft im Gegenzug zur Unterzeichnung der „Vereinbarung“ zwecks Schadenswiedergutmachung (Konnexität) unwirksam, weil es für die einzelnen vertraglichen Regelungen wie auch für den gesamten Vertragszweck an einer die Klägerin als Hoheitsträgerin berechtigenden Rechtsgrundlage/Ermächtigungsgrundlage fehlt und die gesetzliche Krankenkasse damit den Grundsatz des Vorbehalts des Gesetzes nicht einhält.

Im Einzelnen:

Der Vorbehalt des Gesetzes ist für das Sozial(versicherungs)recht spezialgesetzlich in §§ 31, 37 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) geregelt. Ob sich dieser spezial gesetzliche Vorbehalt des Gesetzes auch auf das Verhältnis - wie vorliegend - zwischen Sozialleistungsträgern und Leistungserbringern bezieht, ist streitig (ablehnend: Weselkin JURIS-PK, § 31 SGB I, Rdnr. 21 m.w.N.; bejahend etwa: Gesamtkommentar Bley, § 31 SGB I, Rdnr. 2 d, Mrotzynski, § 31 SGB I, Rdnr. 13 mit Hinweis auf die besondere Notwendigkeit des Grundsatzes der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung in dem sich zunehmend entwickelnden Vertragsrecht gerade auch des SGB V). Die Frage kann vom erkennenden Senat unentschieden bleiben, da die Klägerin als gesetzliche Krankenkasse als Trägerin öffentlicher Gewalt jedenfalls dem allgemeinen Grundsatz vom Vorbehalt des Gesetzes unterfällt (Nachweise zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts bei: Weselkin aaO, Rdnr. 13), was insbesondere auch im Bereich von Ermittlungen zwecks Bekämpfung von Abrechnungskriminalität gilt, da hier namentlich Leistungserbringer in besonders grundrechtsrelevanter Weise betroffen sein können, wie dies etwa für Fälle zu Unrecht angenommener Abrechnungsunregelmäßigkeiten oder (gar) Strafbarkeiten auftreten kann (siehe etwa: Giring, zur Notwendigkeit rechtsstaatlicher Begrenzungen der Unterrichtungspflicht Kassenärztlicher Vereinigungen und Krankenkassen nach §§ 81 a, 197 a SGB V in: Festschrift für Egon Müller, 2008 S. 199 ff.).

Dieser Vorbehalt des Gesetzes ist vorliegend jedoch nicht gewahrt, da sich die der Klägerin getroffenen „Vereinbarung“ weder im Hinblick auf das vorgesehene abstrakte Schuldanerkenntnis (Ziffer 1), noch im Hinblick auf die geregelte Vertragsstrafe (Ziffer 2), noch im Hinblick auf die übernommene Kosten der Schadensermittlung (Ziffer 4), noch hinsichtlich des Vertragszwecks des Absehens der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft im Gegenzug zur Unterzeichnung der „Vereinbarung“ zwecks Schadenswiedergutma-

chung (Konnexität) auf eine Ermächtigungsgrundlage/Rechtsgrundlage stützen kann, und zwar weder auf den von der Klägerin herangezogenen § 197 a SGB V, noch auf § 69 SGB V, noch auf die Vorschriften des BGB, noch auf die Regelungen zum öffentlich-rechtlichen Vertrag nach §§ 53 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Dabei ergibt eine Auslegung der „Vereinbarung“ - entgegen der Auffassung des SG - nicht das Vorliegen lediglich deklaratorischer Schadenspauschalierungen bzw. -Anerkenntnisse in Ziffern 1 und 2, sondern das Vorliegen eines abstrakten Schuldanerkenntnisses sowie einer (nachträglich vereinbarten) Vertragsstrafe.

Die Notwendigkeit einer Vertragsauslegung als solcher ergibt sich aus der fehlenden Eindeutigkeit der textlichen Regelungen in der „Vereinbarung“ sowie aus dem nahezu allen Regelpositionen widerstreitenden Vortrag der Vertragsparteien.

Die Auslegung von Verträgen, auch solcher Verträge, die im Bereich des öffentlichen Rechts geschlossen wurden, richtet sich nach §§ 133, 157 BGB nach Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte. Eine Auslegung ist nur für solche Vertragsgegenstände entbehrlich, zu dem ein übereinstimmender Wille der Parteien feststellbar ist. Bezuglich streitiger Vertragsregelungen hat die Auslegung grundsätzlich vom Wortlaut der Erklärung auszugehen, sodann Begleitumstände, wie etwa die Entstehungsgeschichte sowie die nachvertraglichen Verhaltensweisen der Partner einzubeziehen und schließlich die Interessenlage ebenso zu beachten wie den mit dem Rechtsgeschäft verfolgten Zweck. Dies gilt grundsätzlich auch für formbedürftige Erklärungen. Als Auslegungsregeln gelten dabei u.a. die Unklarheitenregel, nach der bei der Verwendung vorgefertigter Textpassagen Unklarheiten im Zweifel zu Lasten des Verwenders der formularmäßigen Erklärung gehen, der Grundsatz der gesetzeskonformen Auslegung, nach der im Zweifel derjenigen Auslegung der Vorzug zu geben ist, die die Nichtigkeit des Rechtsgeschäfts vermeidet, sowie die Beweislastregel, nach der derjenige die Umstände außerhalb des Vertragstextes beweisen muss, der einen vom Vertragswortlaut abweichenden Inhalt geltend macht und dies mit außertextlichen Umständen begründet (zum Ganzen siehe nur: Sprau in: Palandt, Kommentar zum BGB, 69. Auflage 2010, § 133 Rdnrn. 1, 3, 7 bis 8, 14 bis 25, 29).

Nach diesen Auslegungsregeln ist Ziffer 1 der „Vereinbarung“ als abstraktes Schuldversprechen und nicht lediglich als deklaratorisches Schuldanerkenntnis zugrunde zu legen.

Zwar spricht für die Annahme eines lediglich deklaratorischen Schuldanerkenntnisses der Grundsatz der gesetzeskonformen Vertragsauslegung, da im Bereich des öffentlichen

Rechts zwar deklaratorische Schuldanerkenntnisse (unproblematisch) als zulässig angesehen werden, abstrakte Schuldversprechen jedoch für rechtlich zweifelhaft gehalten oder sogar abgelehnt werden (dazu: siehe unten). Gegen die gesetzeskonforme Auslegung spricht jedoch das nachvertragliche Verhalten namentlich des Beklagten, der (nahezu) sämtliche Leistungen auf die „Vereinbarung“ ausschließlich „unter Vorbehalt“ erbracht und damit eine rechtlich wirksame Grundlage von Anfang an in Frage gestellt hat.

Vor allem aber der Ausgangspunkt jeder Vertragsauslegung, die Auslegung nach dem Wortlaut, lässt einzig und allein auf ein abstraktes Schuldversprechen schließen, da es in Ziffer 1 ausdrücklich heißt: „Selbständiges Schuldanerkenntnis“. Da die Klägerin das Vorliegen eines (lediglich) deklaratorischen Schuldanerkenntnisses behauptet, wäre es an ihr gewesen, sämtliche Randumstände vorzutragen und - im Bestreitensfall - zu beweisen, die den deklaratorischen Charakter des Schuldanerkenntnisses zumindest nahelegen. Da ein deklaratorischer Charakter nur dann anzunehmen wäre, wenn es vor Vertragsschluss zu Ermittlungen über abrechnungsbedingte Schäden gekommen wäre, Schadenshöhen ermittelt worden wären, Abrechnungstatbestände aufgedeckt worden wären und die Beteiligten sich (etwa schriftsätzlich) über Schadensgrund- und -höhen auseinandergesetzt sowie mittels einer deklaratorischen Erklärung die Beseitigung verbliebener Unklarheiten hätten vereinbaren wollen, wäre die Vorlage sämtlicher Ermittlungsvorgänge und dazugehörigen Schriftverkehrs namentlich durch die Klägerin erforderlich und geboten gewesen.

Nichts von alledem ist jedoch geschehen.

Die Klägerin hat schlicht die „Vereinbarung“ vom 22. März 2005 bei Gericht eingereicht und hierauf ihre Klagforderung ausschließlich gestützt. Hieraus kann allein auf die Annahme eines abstrakten Schuldversprechens in Ziffer 1 der „Vereinbarung“ geschlossen werden. Denn gerade für den Bereich von Schuldanerkenntnissen/Schuldversprechen gelten die besonderen Auslegungsgrundsätze, wonach ein abstraktes Schuldversprechen anzunehmen ist, wenn die Vertragspartner einen Schuldgrund nur allgemein angeben und sich der Gläubiger zur Realisierung der Forderung allein auf das Schuldanerkenntnis beruft, ohne weiteren Vortrag zur zugrunde liegenden Schuld zu leisten (siehe nur: Heckelmann/Wilhelmi in: Ermann, BGB-Kommentar, 12. Auflage 2008, § 780 Rdnr. 2; Sprau, aaO, § 780 Rdnr. 4).

So liegt der Fall hier. Der Grund des Schuldanerkenntnisses ist in der zugrunde liegenden „Vereinbarung“ nur allgemein beschrieben („Präambel“: „Schadenswiedergutma-

chung“) und die Klägerin hat während des gesamten Rechtsstreits keinerlei Substantierung zu der von ihr behaupteten Schadensentstehung geleistet und keinerlei entsprechende Unterlagen vorgelegt. Sie hat ihren Klagvortrag vielmehr von Anfang an ausschließlich auf die Vorlage der „Vereinbarung“ beschränkt.

Nach alledem ist in Ziffer 1 von einem abstrakten Schuldversprechen auszugehen.

Aus den im Wesentlichen identischen Gründen ist bei Ziffer 2 des Vertrages - entgegen der Auffassung des SG - nicht von einem deklaratorischen, „pauschalierenden“ Schadensanerkenntnis, sondern von der Vereinbarung einer echten Vertragsstrafe auszugehen. Denn auch dies ergibt sich aus dem eindeutigen Wortlaut der „Vereinbarung“: „Vertragsstrafe“, und wird von der Klägerin als ausschließlicher Grund für die von ihr erhobene Klagforderung geltend gemacht. Vorträge zur Art des Schadens, zur Höhe des Schadens, zum anteiligen Entfallen des Gesamtschadens auf die Klägerin, die weiteren gesetzlichen Krankenkassen (Ziffer 1) sowie auf die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen (Ziffer 2) sind von der Klägerin zu keiner Zeit geleistet worden. Dass die Ziffer 2 sich daher überhaupt auf eine „Schadenswiedergutmachung“ bezieht, kann daher weder aus dem Vertragstext noch aus den geltend gemachten Begleitumständen entnommen werden.

Ziffer 2 kann daher allein als Vereinbarung einer Vertragsstrafe ausgelegt werden (zur fehlenden rechtlichen Zulässigkeit einer nachträglichen Vereinbarung einer Vertragsstrafe: siehe unten).

In Ziffer 4 der „Vereinbarung“ handelt es sich um eine pauschalierte Kostenerstattung, was sich eindeutig aus dem Wortlaut ergibt und auch von den Beteiligten übereinstimmend nicht anders dargestellt wird (zur Zulässigkeit des Abwälzens von Schadensermittlungskosten im Rahmen des von der Klägerin genannten § 197 a SGB V, siehe unten).

Schließlich ist der mit der gesamten „Vereinbarung“ verfolgte Vertragszweck dahingehend auszulegen, dass mit ihm das Absehen der Klägerin von der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft im Gegenzug zur Unterzeichnung der Vereinbarung zwecks „Schadenswiedergutmachung“ (Konnexität) beabsichtigt war:

Zwar ist im gesamten Text der „Vereinbarung“ kein Wort auf das Absehen von der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft nach der von der Klägerin herangezogenen Vorschrift des § 197 a Abs. 4 SGB V verwendet, vielmehr wurde sogar im Gegenteil ausdrückliches Stillschweigen vereinbart, (Ziffer 7), jedoch ergibt sich aus dem Vortrag beider

Vertragsparteien während des gesamten Rechtsstreits der übereinstimmende Wille, dass mit dem Vertragsschluss dieser Zweck des Absehens der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft bei gleichzeitiger Unterzeichnung der „Vereinbarung“ zwecks „Schadenswiedergutmachung“ verfolgt worden ist. Denn diese Konnexität haben beide Beteiligte im vorliegenden Rechtsstreit - wenngleich auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten - vorgetragen.

Diese vorbezeichneten Einzelregelungen der „Vereinbarung“ und der mit der „Vereinbarung“ verfolgte Vertragszweck sind unwirksam, weil sie nicht auf einer Ermächtigungsgrundlage beruhen bzw. - gerade auch hinsichtlich des Vertragszwecks - gegen geltendes Recht verstößen.

Ein abstraktes Schuldversprechen nach §§ 780, 781 BGB, so wie es in Ziffer 1 der „Vereinbarung“ geregelt ist, wird im Bereich des öffentlichen Rechts, das hier in Rede steht (siehe oben), in Rechtsprechung und Literatur weitgehend für rechtlich zweifelhaft gehalten oder sogar abgelehnt, da die Hoheitsträger dem Grundsatz der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung nach Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz (GG) unterworfen sind und mittels abstrakten Schuldversprechen keine Forderung begründet werden darf, für die es keinen Rechtsgrund gibt (siehe etwa: Heckelmann/Wilhelmi, a.a.O., § 780 Rdn. 2; Buck-Heeb in: Prütting/Wegen/Weinreich, BGB-Kommentar, 5. Aufl. 2010, § 780 Rdn. 6; Gehrlein in: Bamberger/Roth, BGB-Kommentar, 2. Aufl. 2008, § 780, Rdn. 9; Pickel/Marschner, Kommentar zum SGB X, § 54, Rdn. 27; Staudinger/Marburger, Kommentar zum BGB, § 780 Rdn. 4).

Der ablehnenden Haltung schließt sich der erkennende Senat gerade auch im vorliegenden Fall an. Denn ob ein Schaden auf Seiten der gesetzlichen Krankenkasse entstanden ist und - wenn ja - in welcher Höhe geltend gemacht werden kann, ist aus den Begleitumständen zu der „Vereinbarung“ in keiner Weise ersichtlich. Bekannt ist allein die „Vereinbarung“ als solche, die keine weiteren Rückschlüsse zulässt. Ob die Klägerin als Adressatin des Grundsatzes der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung aufgrund dieses in keiner Weise näher zu Tage getretenen Sachverhaltes einen Schadensersatzanspruch überhaupt „generieren“ darf, ist daher nicht ersichtlich.

Die in Ziffer 2 der „Vereinbarung“ geregelte Vertragsstrafe ist bereits nach zivilrechtlichen Grundsätzen des BGB unwirksam. Nach §§ 336 ff. BGB ist eine Vertragsstrafe grundsätzlich nur dann wirksam, wenn sie im Vorhinein vereinbart wird, und zwar dergestalt, dass bei Vertragsschluss eines schuldrechtlichen Vertrages vereinbart wird, welche Vertragsstrafe bei Verletzung welcher schuldrechtlicher Pflichten ausgelöst wird. Denn

der Schuldner soll den Vertragsinhalt zukünftig erfüllen und dazu sich der Folgen einer bei zukünftiger Vertragsnichterfüllung fällig werden Vertragsstrafe bewusst werden. Eine nachträglich vereinbarte Vertragsstrafe ist grundsätzlich unwirksam (siehe nur die Nachweise bei: Grüneberg in Palandt, a.a.O., § 276, Rdn. 54, 55).

So liegt der Fall hier. Die Parteien der „Vereinbarung“ haben eine Vertragsstrafe nicht im vorhinein, sondern als nachträgliche Vertragsstrafe vereinbart. Die Zahlung wurde ausgelöst und fällig, ohne dass ersichtlich wäre, aus welchem Grunde die Vertragsstrafe an sich, in dieser Höhe und an diese Beteiligten zu zahlen war.

Die sich in Ziffer 4 der „Vereinbarung“ findende Verpflichtung zur Tragung der pauschalierten Kosten der Schadensermittlung ist unwirksam, weil das Abwälzen - vorliegend im Übrigen in keiner Weise nachvollziehbar entstandener - Kosten der Schadensermittlung auf den Leistungserbringer gerade auch durch die von der Klägerin hierzu herangezogene Vorschrift des § 197 a SGB V nicht gedeckt wird. Im Gegenteil ergibt sich aus der Vorschrift allein die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen, die entsprechenden Abteilungen zu errichten und zu unterhalten. Die Kosten für die Errichtung und Unterhaltung sind damit gesetzlich vorgeschriebene Vorhaltekosten, die nicht, auch nicht anteilig, auf die Leistungserbringer abgewälzt werden dürfen, auch dann nicht, wenn etwaige Manipulationen von Abrechnungen etc. in Rede stehen (siehe nur: Jansen, Schadensregulierung aus erkannten Manipulationen, Die BKK, 2007, S. 363).

Unwirksam ist schließlich auch der von den Beteiligten übereinstimmend bekundete Vertragszweck der „Vereinbarung“ des Absehens der Klägerin von der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft im Gegenzug zur Unterzeichnung der „Vereinbarung“ zwecks Schadenswiedergutmachung (Konnexität) durch den Beklagten.

Die Klägerin beruft sich zur Begründung der von ihr unterzeichneten „Vereinbarung“ als Rechtsgrundlage/Ermächtigungsgrundlage ausschließlich auf § 197 a SGB V.

Dass die Voraussetzungen dieser Norm vorliegen, ist jedoch nicht feststellbar, und zwar zu keinem der dortigen Tatbestandsmerkmale.

Dabei ist der Klägerin ohne Weiteres einzuräumen, dass nahezu alle Tatbestandsmerkmale der Vorschrift in ihrem Inhalt umstritten sind und zahlreiche Stimmen in der Fachliteratur die Vorschrift für dringend konkretisierungsbedürftig halten:

In den vorliegend allein maßgeblichen Absätzen 1 und 4 des § 197 a SGB V heißt es:

„Abs. 1:

Die Krankenkassen ... richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten.

...

....

Abs. 4:

Die Krankenkassen ... sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.“

In der einschlägigen Fachliteratur wird nahezu übereinstimmend darauf aufmerksam gemacht, dass praktisch alle Merkmale des soeben zitierten Gesetzestatbestandes vom Gesetzgeber unscharf formuliert und daher auslegungsbedürftig seien. Dies gelte etwa für die Merkmale in Abs. 1 „Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben“ (etwa: ab welchem Verdachtsgrad?), „auf Unregelmäßigkeiten oder hindeuten“ (erneut: Welcher Verdachtsgrad?), „rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln“ (eigenständige Bedeutung des Merkmals zweckwidrig?). In Abs. 4 sind etwa folgende Merkmale umstritten: „Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen“ (zum Anfangsverdacht: Anlehnung an die Strafprozessordnung (StPO)?), „sollen“ (Beurteilungs- bzw. Ermessensspielraum? Atypischer Fall?), „bestehen könnte“ (Grad des Anfangsverdachtes?) sowie „geringfügige Bedeutung“ (Maßgeblichkeit allein des Schadensbetrages? Welche Höhe?) (siehe nur die ausführlichen Auseinandersetzungen mit dem Gesetzestatbestand des § 197 a SGB V bei: Giring, Zur Notwendigkeit rechtsstaatlicher Begrenzungen der Unterichtungspflicht kassenärztlicher Vereinigungen und Krankenkassen nach §§ 81 a, 197 a SGB V, a.a.0.; Steinhilper, Tätigkeiten der „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ (§§ 81 a, 197 a SGB V); Engelhard in: Hauck/Noftz, Kommentar zum SGG, § 197 a, Rdn. 4 ff.).

Vorliegend kann der Senat zu allen Tatbestandsmerkmalen (Ausnahme: Geringfügigkeit) dahinstehen lassen, welche Inhalte mit den jeweiligen Tatbestandsmerkmalen nach Auslegung zu verbinden sind.

Denn unabhängig davon, welche Auslegung beim jeweiligen Tatbestandsmerkmal zugrunde gelegt wird, ist aus dem Vortrag der Klägerin während des gesamten Rechtsstreits nicht ersichtlich, welche Tatsachenlage überhaupt zugrunde liegt, aufgrund derer die Tatbestandsmerkmale erfüllt sein könnten. Eine Subsumtion unter den Gesetzestatbestand ist schlechterdings nicht möglich. Vielmehr beschränkt sich die Klägerin auf den bloßen Vortrag im Sinne des Vorlegens der „Vereinbarung“ aus dem Jahre 2005.

Damit aber ist das Vorliegen der Voraussetzungen der Ermittlungen, des Erzielens bestimmter Ermittlungsergebnisse sowie der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft für den erkennenden Senat nicht erkennbar. § 197 a Abs. 1 und 4 SGB V können daher nicht als Ermächtigungsgrundlage zugrunde gelegt werden.

Ein Fehlen der Ermächtigungsgrundlage ergibt sich erst recht für den mit der „Vereinbarung“ verfolgten Vertragszweck des Absehens der Klägerin von der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft, und zwar bereits unabhängig davon, ob dies im Gegenzug zur Unterzeichnung der „Vereinbarung“ zwecks Schadenswiedergutmachung (Konnexität) geschah.

Denn zwar ist auch das Merkmal „geringfügige Bedeutung“ in Abs. 4 des § 197 a SGB V in Inhalt und Auslegung in der Fachliteratur umstritten. Vorgeschlagen wird insoweit zum Teil eine Konkretisierung des Begriffs durch Übertragung der Maßstäbe aus § 153 StPO (Absehen von Strafe) oder durch analoge Anwendung einer „geringfügigen Gefahr“ im Sinne von § 355 Strafgesetzbuch (StGB), durch eine Bezugnahme auf den „geringen Wert“ im Sinne von § 73 c Abs. 1 Satz 2 StGB oder - wie soeben angedeutet - auf die „geringe Schuld“ nach § 153 StPO. Streitig ist dabei u.a., ob ausschließlich auf die Höhe des eingetretenen Schadens abgestellt werden darf und wie hoch dieser Schaden als Grenze für die Unterrichtungspflicht der Krankenkassen an die Staatsanwaltschaft angesetzt werden darf (siehe nur die Nachweise bei: Steinhilper, a.a.O., S. 154, 155).

Im vorliegenden Fall ist jedoch die Voraussetzung einer geringfügigen Bedeutung in keinem Fall erfüllt, und zwar unabhängig davon, welche konkrete Auslegung des Merkmals zugrunde gelegt wird. Denn stets ist jedenfalls auch der Schadensbetrag in seiner Höhe zugrunde zu legen und wird von der Fachliteratur etwa dann noch mit der „Baggergrenze“ (Geringfügigkeit) bewertet, wenn es sich um geringfügige Schäden von 30 bis 50,- € bis maximal wenigen Hundert Euro handelt (Nachweise bei Steinhilper, a.a.O.).

Davon kann vorliegend indes keine Rede sein. Ausweislich des Vertragstextes steht eine Gesamtsumme der Zahlungspflicht des Beklagten in Höhe von insgesamt 17.000,- € im

Raum. Nach dem eigenen Vortrag der Klägerin handelt es sich dabei durchgängig um Schadensbeträge. Aufgrund der eigenen Auffassung der Klägerin ist daher für den Senat nicht erkennbar, dass die Grenze der Geringfügigkeit unterschritten worden sein könnte. Dann aber ist nicht ersichtlich, mit welcher Begründung die Klägerin von der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft abgesehen hat.

Das Absehen von der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft stellt daher einen Verstoß gegen § 197 a Abs. 4 SGB V dar. Dies gilt umso mehr, als dass die einschlägige Fachliteratur den Gesetzestatbestand des § 197 a SGB V - insoweit einheitlich und im Anschluss an die Gesetzesbegründung - durchgängig dahingehend versteht, dass wesentlicher Sinn und Zweck der Gesetzesregelung die Unterrichtung der Staatsanwaltschaft sei, sofern es sich nicht ausnahmsweise um Bagatelfälle handele. Dies gelte auch deshalb und umso mehr, weil in der Gesetzesbegründung ausdrücklich auch darauf hingewiesen werde, dass die unterlassene Unterrichtung der Staatsanwaltschaft zu strafrechtlichen Konsequenzen bei den Mitarbeitern der Krankenkasse selber führe, nämlich im Sinne der Strafvereitelung im Amt nach § 258 StGB.

Dem ist beizupflichten. Im Gesetzesentwurf zur Einführung des § 197 a SGB V (GKV-Modernisierungsgesetz) zum 1. Januar 2004 heißt es ausdrücklich (BT-Ds 15/1525, S. 138 und 99 - identische Gesetzesbegründung zu §§ 81 a Abs. 4 und 197 a Abs. 4 SGB V):

„Die Unterrichtung der Staatsanwaltschaft soll die Selbstreinigung innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung fördern. Unterbleibt eine solche Unterrichtung, kann eine Strafbarkeit nach § 258 StGB (Strafvereitelung) in Betracht kommen. Fälle von geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung (Bagatelfälle) sind nicht mitteilungspflichtig, auch damit nicht ein allgemeines Klima des Misstrauens insbesondere in dem komplexen Verhandlungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung erzeugt wird“.

Von Geringfügigkeit kann indes vorliegend - siehe oben - bei einem von der Klägerin behaupteten Schadensbetrag von 17.000,-- € keine Rede sein.

Damit kommt § 197 a SGB V nicht als Ermächtigungsgrundlage für das von der Klägerin vorgenommene Absehen von der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft in Betracht.

Noch weitergehend ist darauf hinzuweisen, dass die durch die vorliegende „Vereinbarung“ bezweckte Konnexität zur Schadenswiedergutmachung durch Abschluss eines

„Vertrages“ erst recht nicht vom Gesetzeswortlaut oder von Sinn und Zweck der Vorschrift erfasst wird. Keine einziger der hierzu vom Senat recherchierten Aufsätze und Kommentare in der Fachliteratur sprechen die Möglichkeit eines Vertragsschlusses zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer im Hinblick auf die vorliegend von der Klägerin erstrebte Konnexität auch nur an (siehe beispielhaft nur: Steinhilper, a.a.O.; Giring, a.a.O.; Engelhard, a.a.O.).

Nach alledem kann die vorliegend geschlossene „Vereinbarung“ weder in ihren Einzelregelungen noch in den damit verfolgten Vertragszweck auf eine Ermächtigungsgrundlage gestützt werden, insbesondere nicht auf § 197 a SGB V.

Bei alledem verkennt der Senat nicht, dass die mangelhafte Textschärfe des gesetzlichen Tatbestandes des § 197 a SGB V (im selben Umfang wie § 81 a SGB V) dazu führt, dass die Rechtsanwendungspraxis im Bundesgebiet sowie zwischen den einzelnen Kassen deutlich unterschiedlich ausgestaltet ist (Nachweise bei: Steinhilper, a.a.O., S. 155). Ebenso verkennt der Senat nicht, dass infolge der Unsicherheit in der Rechtsanwendung der Tatbestand in der Rechtsanwendungspraxis oftmals nicht in voller Schärfe umgesetzt werden kann, weil entsprechende Gesetzeskonkretisierungen fehlen. In der Literatur wird insoweit z.B. von einer „politischen Drohkulisse mit systematisch unklaren Folgen“, von einer Regelung, die „in jeder Hinsicht missglückt und daher praktisch leerlaufend“ ist sowie davon gesprochen, dass die vage gehaltenen Tatbestandsformulierungen beim Juristen nur „Kopfschütteln“ hervorrufen können (siehe etwa Steinhilper, a.a.O., S. 156; Giring, a.a.O., S. 24).

Wie unscharf die Voraussetzungen des Gesetzestatbestandes auch formuliert sein mögen, da keinerlei zur Subsumtion geeigneter Sachverhalt erkennbar ist, sieht der Senat sie für nicht erfüllt an. Im Gegenteil fordern der bereits bezeichnete Grundsatz vom Vorbehalt des Gesetzes, der Grundsatz der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung und die von der Literatur § 197 a SGB V hervorgehobene besondere Grundrechtsrelevanz auch für die Leistungserbringer gerade ein Sistieren der Rechtsprechung auf Prüfung der Einhaltung gesetzlicher Tatbestände und - wo die Tatbestände nicht eingehalten sind - die Verwerfung geltender gemachter, aber nicht nachgewiesener Ansprüche.

Schließlich kommen als Ermächtigungsgrundlage auch die - von der Klägerin nicht geltend gemachten - Vorschriften des § 69 SGB V sowie der §§ 53 ff. SGB X (öffentlicher rechtlicher Vertrag) nicht in Betracht.

Nach § 69 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände (auch) zu den nicht ärztlichen Leistungserbringern (wie vorliegend der Optiker als Hilfsmittelerbringer) im 4. Kapitel des SGB V abschließend geregelt.

Zwar finden sich im 4. Kapitel des SGB V Regelungen, die ähnliche Ziele verfolgen wie § 197 a SGB V, nämlich die Gewährleistung des Wirtschaftlichkeitsprinzips in der GKV, die entsprechende Vergütung der Leistungen sowie die Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln (siehe nur § 70 Abs. 1 Satz 2, §§ 126 bis 128 sowie § 139 SGB V).

Jedoch enthält das 4. Kapitel (§§ 69 bis 140 h SGB V) keine Vorschrift, die Ermittlungen der Krankenkassen zur Aufdeckung von Unregelmäßigkeiten bei der Leistungserbringung/Abrechnung ermöglichen würden oder Vertragsschlüsse erlaubten, wie sie vorliegend in Rede stehen. Gleichsam folgerichtig hat der Gesetzgeber daher zum Zwecke der Regelung entsprechender Ermittlungen die Vorschrift des § 197 a SGB V (zum 1. Januar 2004) überhaupt erst eingeführt und sich die Klägerin ebenso folgerichtig allein auf diese Vorschrift und nicht auf Regelungen im 4. Kapitel des SGB V berufen (anderer Auffassung, nämlich im Sinne einer Nutzbarmachung des § 69 SGB V für Verträge zur Schadenswiedergutmachung wohl: Schimmelpfeng-Schütte, Ansprüche gesetzlicher Krankenkassen gegen Leistungserbringer wegen Fehlverhaltens, Gesundheitsrecht 2006, S. 529, S. 534 f., allerdings ohne jedes Eingehen auf die Vorschriften der §§ 81 a, 197 a SGB V).

Schließlich kommen auch die Normen über den öffentlich-rechtlichen Vertrag der §§ 53 ff. SGB X nicht als Ermächtigungsgrundlage für die geschlossene „Vereinbarung“ in Betracht.

Streitig ist bereits, ob die Regelungen über den öffentlich-rechtlichen Vertrag im Rahmen der Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern überhaupt anwendbar sind, oder ob nicht insoweit § 69 SGB V als Spezialnorm den Ausschluss der Vorschriften aus dem SGB X bewirkt (siehe zum Streitstand nur: Auktor in: Kruuse/Henlein, Lehr- und Praxiskommentar zum SGB V, § 69 Rdn. 4; Becker/Kingriin, Kommentar zum SGB V, § 69, Rdn. 38 f.).

Doch selbst dann, wenn man §§ 53 ff. SGB X im Anwendungsbereich der Beziehungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern für anwendbar hielte, würde die vorliegend geschlossene „Vereinbarung“ nicht hierauf gestützt werden können. Denn Voraussetzung des wirksamen Abschlusses eines öffentlich-rechtlichen Vertrages ist gemäß § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB X, dass den Regelungen des Vertrages „Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen“. Dies gilt, da § 53 Abs. 1 Satz 1 die Grundnorm auch für

die in den §§ 54 und 55 geregelten Spezialformen des öffentlich-rechtlichen Vertrages (Vergleichsvertrag/Austauschvertrags) ist, für alle Formen öffentlich-rechtlicher Verträge.

Wie sich aus dem Obenstehendem ergibt, stehen der vorliegend geschlossenen „Vereinbarung“ jedoch Rechtsvorschriften entgegen, insbesondere zur Frage der Zulässigkeit eines abstrakten Schuldanerkenntnisses im öffentlichen Recht, zur Vereinbarung einer nachträglichen Vertragsstrafe, zum Abwälzen der Schadensermittlungskosten nach § 197 a SGB V auf den Leistungserbringer sowie zum Absehen der gesetzlichen Krankenkasse von der Unterrichtung der Staatsanwaltschaft nach § 197 a Abs. 4 SGB V, noch dazu im Gegenzug zur Unterzeichnung einer „Vereinbarung“ über die Schadenswiedergutmachung (Konnexität).

Ist damit die zwischen den Beteiligten geschlossene „Vereinbarung“ mangels gegebener Ermächtigungsgrundlage sowohl hinsichtlich der einzelnen Forderungspositionen (Ziffer 1, 2 und 4) als auch hinsichtlich des verfolgten Vertragszwecks unwirksam, und kann die Klägerin bereits deshalb den geltend gemachten Klaganspruch aus der „Vereinbarung“ nicht realisieren, können die weiteren, von den Beteiligten im Laufe des Rechtsstreits streitig verhandelten Fragen dahinstehen, insbesondere die materielle Rechtmäßigkeit des Vergütungsanspruchs des Beklagten für die bis zum 31. Dezember 2003 vorgenommenen Brillen-Verordnungen (Rückdatierung), die Frage der Teilnichtigkeit/Gesamtnichtigkeit der Vereinbarung, der Ausschluss etwaiger Einwendungen des Beklagten nach dem Grundsatz des *venire contra factum proprium* (Wirksamkeit des auf den Überweisungsträgern vermerkten „Vorbehalts“), die Frage der Art und Weise der Verrechnung/Aufrechnung der von den Beklagten gezahlten Ratenzahlungen auf die Forderungspositionen durch die Klägerin sowie die Höhe und den Beginn der Verzinsung der von der Klägerin gegen den Beklagten geltend gemachten Klagforderung.

Über einen etwaigen Rückzahlungsanspruch des Beklagten gegen die Kläger der bereits geleisteten Zahlungen war nicht zu entscheiden, da dies nicht Streitgegenstand des Berufungsverfahrens war.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 VwGO.

Die Streitwertfestsetzung erfolgt nach § 52 Abse 1, 3, § 47 Gerichtskostengesetz (GKG).

Die Revisionszulassung erfolgt wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG.

RECHTSMITTELBELEHRUNG UND ERLÄUTERUNG ZUR PROZESSKOSTENHILFE

I. RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann mit der Revision angefochten werden.

Die Revision ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht, 34114 Kassel, einzulegen. Die Revisionsschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht **eingegangen sein**.

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht vom 18. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3219 ff., abrufbar unter www.egvp.de) entspricht und als Anhang einer elektronischen Nachricht zu übermitteln ist. Die qualifizierte elektronische Signatur erfordert eine Signaturkarte und ein Kartenlesegerät (zu den weiteren technischen Voraussetzungen und den zulässigen Dateiformaten: www.egvp.de). Zur Entgegennahme elektronischer Dokumente ist ausschließlich der elektronische Gerichtsbriefkasten des Bundessozialgerichts bestimmt, der über die vom Bundessozialgericht zur Verfügung gestellte Zugangs- und Übertragungssoftware erreichbar ist. Die Software kann über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bundessozialgericht.de) lizenziert heruntergeladen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen:

- jeder Rechtsanwalt,
- Rechtslehrer an einer deutschen Hochschule im Sinn des Hochschulrahmengesetzes mit Befähigung zum Richteramt,
- selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
- berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
- Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
- Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
- juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der vorgenannten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die vorgenannten Vereinigungen, Gewerkschaften und juristischen Personen müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen.

Ein Beteiligter, der zur Vertretung als Prozessbevollmächtigter vor dem Bundessozialgericht berechtigt ist, kann sich selbst vertreten; auch hierbei müssen die vorgenannten Vereinigungen, Gewerkschaften und juristischen Personen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Die Revisionsschrift muss das angefochtene Urteil bezeichnen.

Die Revision ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten oder in elektronischer Form schriftlich zu begründen. Die Begründung muss einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben.

Die Revision kann nur darauf gestützt werden, dass das angefochtene Urteil auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt.

Ist das Urteil im **Ausland** zuzustellen, so gilt **anstelle** der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**. An die Stelle der Frist von zwei Monaten zur **Begründung der Revision** tritt eine Frist von **vier Monaten**.

II. ERLÄUTERUNGEN ZUR PROZESSKOSTENHILFE

Für die Revision vor dem Bundessozialgericht kann ein Beteiligter, der nicht schon durch die oben genannten Vereinigungen, Gewerkschaften oder juristischen Personen vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beiodnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären. Die Hausanschrift des Bundessozialgerichts lautet: Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten und ggf. durch den Schreibwarenhandel bezogen werden.

Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - ggf. nebst entsprechenden Belegen - müssen bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Beschwerde (ein Monat nach Zustellung des Urteils im Inland, drei Monate nach Zustellung des Urteils im Ausland) beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

F.

G.

H.

Der Revisionsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.
(RMB LSG V 550a 04.2010)