

L 9 KR 9/14

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 122 KR 1319/10

Datum

29.11.2013

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 9 KR 9/14

Datum

14.12.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 3 KR 22/17 B

Datum

16.08.2017

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die Rückabwicklung einer ohne Rechtsgrund von einer Krankenkasse an ein Pflegeunternehmen gezahlten Vergütung vollzieht sich über den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch.

2. Ein Pflegeunternehmen hat bei der Erbringung häuslicher Krankenpflege nach [§ 37 SGB V](#) gegenüber der Krankenkasse keinen Vergütungsanspruch, wenn es gegen tragende Regelungen eines Vertrages nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) verstößt (hier: Einsatz nicht hinreichend qualifizierter Pflegekräfte, ungenehmigte Weitergabe eines Pflegeauftrages an einen Dritten).

3. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch umfasst in einem solchen Fall den vollen Betrag der rechtsgrundlos gezahlten Vergütung. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. November 2013 wird zurückgewiesen. Auf die Anschlussberufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. November 2013 geändert. Die Klägerin wird verurteilt, an die Beklagte einen weiteren Betrag in Höhe von 6.569,00 Euro sowie Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf einen Betrag in Höhe von 99.351,00 Euro seit dem 19. Juni 2010, auf einen Betrag in Höhe von 4.018,50 Euro seit dem 1. September 2010 und auf einen Betrag in Höhe von 6.569,00 Euro seit dem 6. September 2011 zu zahlen. Die Klägerin trägt die Kosten des gesamten Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erstattung von Vergütungen in Höhe von insgesamt 109.938,50 Euro, die die Klägerin von der Beklagten für pflegerische Leistungen zugunsten von Versicherten der Beklagten erhalten hat.

Die Klägerin betreibt einen ambulanten Pflegedienst. Mit der Beklagten schloss sie einen Vertrag gemäß [§ 132a Abs. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), der unter anderem folgende Regelungen enthält:

§ 10 Sicherstellung der Leistungserbringung – Qualitätssicherung

(7) Behandlungspflegen dürfen nur von dreijährig ausgebildetem Krankenpflegepersonal

Krankenschwester/Krankenpfleger Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger

entsprechend den Bestimmungen des Krankenpflegegesetzes vom 4. Juni 1985 in der jeweils gültigen Fassung nach vertragsärztliche Anordnung erbracht werden. Staatlich anerkannte Altenpflegerinnen / Altenpfleger können in Verantwortung der Pflegedienstleistung entsprechend ihrer/seiner Ausbildung mit der Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen beauftragt werden.

(12) Die Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag durch Personen, die nicht der Weisungsbefugnis und fachlichen Verantwortung der Pflegedienstleitung unterliegen und nicht im jeweiligen Pflegedienst umfassend integriert sind, ist unzulässig (z.B. freie Mitarbeiter).

§ 14 Abrechnungsverfahren/Leistungsnachweis

(1) Der Leistungserbringer darf nur die von der AOK B genehmigten, von ihm tatsächlich erbrachten und dokumentierten Leistungen abrechnen. Er hat auf dem Abrechnungsbeleg mit seiner Unterschrift zu bestätigen, dass die in Rechnung gestellten Leistungen nach Art

und Häufigkeit erbracht worden sind.

(2) Der einsatzbezogene Erhalt der Leistungen ist vom Versicherten, gegebenenfalls bevollmächtigten Angehörigen oder Vertreter (dieser sollte nicht mit den ausführenden Pflegekräften identisch sein) auf dem Leistungsnachweis mit seiner Unterschrift und Datum zu bestätigen. In zu begründenden Ausnahmefällen kann die Pflegedienstleistung des Leistungserbringers den Leistungsnachweis mit ihrer Unterschrift bestätigen. Der Leistungsnachweis ist im Original dem Abrechnungsbeleg beizufügen. Vordatierungen oder Globalbestätigungen über den Empfang von Leistungen sind unzulässig. Im Leistungsnachweis sind die einzelnen behandlungspflegerischen Maßnahmen aufzuschlüsseln.

(5) Für die Abrechnung sind der AOK B die folgenden Abrechnungsdaten je Abrechnungsbeleg zu übermitteln: - Name, Anschrift, Telefonnummer und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers, - Rechnungsnummer, - Krankenversichertennummer des Versicherten, ausweisweise seine Personalien Name, Vorname, Geburtsdatum, Versichertenstatus (...) - Institutionskennzeichen der AOK B (IK:) - abzurechnender Pflegezeitraum, - abzurechnende Leistungen nach Art, Menge, Einzel- und Gesamtvergütungsbetrag, - Leistungsbestätigung des Leistungserbringers und Versicherten gemäß Abs. 1 und 2.

(6) Rechnungen, die den Anforderungen nach den Abs. 1 bis 5 nicht entsprechen, können unter Angabe des Grundes von der AOK B zur Berichtigung an den Leistungserbringer zurückgegeben werden. Offensichtliche Rechen- bzw. Schreibfehler sollten unbürokratisch abgeklärt werden.

(11) Die AOK B begleicht die Rechnung innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang unter Angabe der Rechnungsnummer und des Rechnungsdatums, vorbehaltlich einer abschließenden Rechnungsprüfung nach Abs. 6. ()

(12) Rechnungsbeanstandungen muss die AOK innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang erheben. Einsprüche gegen Beanstandungen können vom Leistungserbringer innerhalb von 3 Monaten nach Mitteilung geltend gemacht werden.

§ 17 Verbot der Einflussnahme und Vermittlungsverbot

(2) Die Weitergabe von Aufträgen ist nur im Einverständnis mit der AOK B zulässig, es sei denn, eine ordnungsgemäße Versorgung des/der Versicherten durch den Leistungserbringer ist aus unvorhergesehenen Gründen nicht sichergestellt. Die Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe durch den Leistungserbringer (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile sowie die Zahlung von Vergütungen oder Provisionen für Zuweisung von Versicherten ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Pflegeaufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

§ 19 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

(2) Besteht aufgrund von Hinweisen und Indizien der Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus diesem Vertrag, ist die Vertragspartei grundsätzlich schriftlich anzuhören. Die Vertragspartei hat, wenn ein Vertragsverstoß entsprechend Satz 1 dargelegt ist, dieser Anhörung innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Erhalt des Schreibens Folge zu leisten. ()

(3) Bei nachgewiesenen Vertragsverstößen des Leistungserbringers entscheidet die AOK B unter Berücksichtigung des Prinzips der Verhältnismäßigkeit über geeignete Maßnahmen (Verweis, Abmahnung oder Kündigung). Die Entscheidung wird dem Leistungserbringer durch die AOK B schriftlich mitgeteilt.

(4) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 3 ist der durch die Vertragsverletzung entstandene Schaden zu ersetzen.

Am 26. und 27. Oktober 2009 führte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e.V. (MDK) eine Anlass- bzw. Abrechnungsprüfung nach [§ 114 Abs. 2](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) bei der Klägerin durch. Die Prüfung umfasste auch die Erbringung häuslicher Krankenpflege nach [§ 37 SGB V](#) und ergab u.a.:

Von August 2007 bis Oktober 2007 wurden von der Klägerin Leistungen der Behandlungspflege im Rahmen der 24-Stunden-Pflege bei dem Versicherten der Beklagten Y erbracht und abgerechnet. Auf Seiten der Klägerin erbrachte u.a. deren Mitarbeiter T die pflegerischen Leistungen. Dieser ist kein examinierter Krankenpfleger. Die Klägerin ging nach eigenem Bekunden davon aus, dass Herr T approbierter Arzt sei. Die Klägerin rechnete für die von ihrem Mitarbeiter T erbrachten Leistungen 1.282,50 Euro ab.

In der Zeit vom Juli 2008 bis Juli 2009 rechnete die Klägerin für Krankenpflege für den Versicherten der Beklagten Herr C 96 Stunden zu insgesamt 2.736,00 Euro ab, die von nicht examinieren Pflegefachkräften erbracht wurden.

Am 18. Februar 2009 schloss die Klägerin mit dem Pflegedienst Keinen "Kooperationsvertrag zur ganzheitlichen 24 Stunden Versorgung häuslicher Pflege" für den Versicherten der Beklagten Y ab dem 1. März 2009 ab. Der Pflegedienst K verfügte über keinen mit der Beklagten abgeschlossenen Vertrag gemäß [§ 132a Abs. 2 SGB V](#) zur Erbringung häuslicher Krankenpflege; die Beklagte hatte keine Kenntnis von der Einschaltung des Pflegedienstes K durch die Klägerin. Auf der Grundlage ärztlicher Verordnungen erklärte die Beklagte sich gegenüber der Klägerin bereit, Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form von Behandlungspflege für 19 Stunden täglich zu übernehmen. Von März bis August 2009 wurde der Versicherte Y ausschließlich von Pflegekräften versorgt, die arbeitsvertraglich an K gebunden waren. Die jeweiligen Dienstpläne waren von K erstellt und von einer für diese arbeitenden Pflegefachkraft unterzeichnet. Die Klägerin rechnete dafür gegenüber der Beklagten 99.351,00 Euro ab. In einem ersten Schreiben vom 3. November 2009 bat die Beklagte die Klägerin insoweit um Stellungnahme. Die Klägerin äußerte sich hierauf nicht. Gleichwohl gelangten Unterlagen des Pflegedienstes K zur Akte der Beklagten, darunter der "Kooperationsvertrag".

Mit Schreiben vom 17. Dezember 2009 eröffnete die Beklagte das Anhörungsverfahren nach § 19 Abs. 2 des Vertrages nach [§ 132a Abs. 2 SGB V](#) im Hinblick auf den Einsatz des Mitarbeiters T bei der Pflege des Versicherten Y und im Hinblick auf die Pflege des Versicherten C durch nicht examinierte Pflegekräfte. Mit Schreiben vom 22. Dezember 2009 erstreckte die Beklagte das Anhörungsverfahren auf die Versorgung des Versicherten Y durch Mitarbeiter des Pflegedienstes K.

In der Folgezeit erhob die Beklagte gegenüber der Klägerin einen Anspruch auf Rückzahlung von insgesamt 103.369,50 Euro (Summe der Vergütungen für alle drei genannten Fälle). Mit Schreiben vom 17. Februar 2010 und 30. Juni 2010 bekräftigte die Beklagte einen Rückforderungsanspruch in Höhe von 103.369,50 Euro gegenüber der Klägerin.

Am 12. Juli 2010 hat die Klägerin Klage erhoben mit dem Antrag festzustellen, dass sie nicht verpflichtet sei, der Beklagten diesen Betrag zurückzuzahlen. Die Forderungen seien wegen Ablaufs der Beanstandungsfrist nach § 14 Abs. 12 des Vertrages zum größten Teil ausgeschlossen; Rechnungen hätten innerhalb von sechs Monaten nach ihrem Eingang bei der Beklagten beanstandet werden müssen. Vergütungen für bis einschließlich Mai 2009 erbrachte Leistungen seien daher nicht rückforderbar. Anders liege dies höchstens für die ab Juni 2009 erbrachten Leistungen, die Anfang Juli 2009 abgerechnet worden seien (VV Bl. 108), so dass die im Dezember 2009 erhobenen Beanstandungen rechtzeitig seien. Zudem sei der Beklagten aufgrund der tatsächlichen Erbringung der Leistung kein Schaden entstanden. Man sei davon ausgegangen, dass T als Arzt erst recht habe Pflegeleistungen erbringen dürfen. Durch die Einschaltung der K sei nicht gegen den Vertrag verstoßen worden, denn deren Mitarbeiter hätten als Leasingkräfte fungiert und der Pflegedienstleitung der Klägerin unterstanden.

Am 12. Oktober 2010 hat die Beklagte Widerklage erhoben mit dem Begehren, die Klägerin zu verurteilen, an die Beklagte 103.369,50 Euro zu zahlen. Am 28. November 2013 hat die Beklagte die Klage erweitert und die Verurteilung der Klägerin zur Zahlung von weiteren 6.569,00 Euro beantragt. Diese Klageerweiterung betrifft den Versicherten C und seine Pflege durch nicht hinreichend qualifiziertes Personal im Zeitraum Januar 2008 bis Dezember 2009 und geht auf weitere polizeiliche ("Medi-cus") Ermittlungen zurück. Außerdem hat die Beklagte mit der Klageerweiterung die Verurteilung der Klägerin zur Zahlung von Zinsen auf die Gesamtforderung beantragt.

Zur Sache hat die Beklagte angeführt: Eine Erbringung pflegerischer Leistungen durch T sei nicht vertragsgerecht gewesen. Dieser habe die notwendige Qualifikation nicht aufgewiesen. Zudem habe die zuständige Stelle mitgeteilt, dass er nicht die Voraussetzungen für die staatliche Zulassung als Arzt erfülle. Auch in Bezug auf den Versicherten C sei ein Tätigwerden nicht examinierten Personals (Krankenpflegehelfer T, Auszubildende K und H) im Einzelnen anhand der Dienstpläne nachgewiesen. Die vertragliche Vereinbarung zwischen Klägerin und K könne nicht als Personalleasingvertrag angesehen werden. Die Klägerin habe insoweit auch keine fachliche Verantwortung übernommen, denn die Dienstpläne seien durch eine bei K angestellte Pflegefachkraft verantwortet worden. Auch habe K teilweise nur Pflegehilfskräfte eingesetzt. Die sechsmonatige Frist zur Rechnungsbeanstandung aus § 14 Abs. 12 des Vertrages finde vorliegend keine Anwendung, denn gemeint sei insoweit nur eine Prüfung der Abrechnungsunterlagen und sich daraus ergebender Unregelmäßigkeiten. Unter anderem deshalb werde die sowohl gesetzlich wie auch in § 22 des Vertrages festgelegte Qualitätsprüfung durchgeführt. Für schwerwiegende Vertragsverstöße wie die vorliegenden sei allein § 19 des Vertrages einschlägig. Bei Ermittlung des Schadens sei ein streng formaler Maßstab anzulegen (Hinweis auf Bundessozialgericht, Urteil vom 17. März 2005, [B 3 KR 2/05 R](#)).

Die Klägerin hat der Klageerweiterung durch die Beklagte nicht zugestimmt und ihre eigene Feststellungsklage angesichts der Widerklage für erledigt erklärt.

Mit Urteil vom 29. November 2013 hat das Sozialgericht Berlin die Klägerin verurteilt, 103.369,50 Euro an die Beklagte zu zahlen und die Widerklage im Übrigen abgewiesen. Die Erweiterung der Widerklage sei unzulässig, denn die Klägerin habe insoweit nicht zugestimmt und es fehle an Sachdienlichkeit. Im Übrigen habe die Widerklage Erfolg. Der Rückforderungsanspruch der Beklagten beruhe auf [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 812 Abs. 1 Satz 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Pflichtwidrig habe die Klägerin Leistungen in Höhe von 103.369,50 Euro abgerechnet, so dass es insoweit an einem rechtlichen Grund fehle. Der Einsatz des Mitarbeiters T sowie anderer nicht einschlägig examinierter Pflegepersonen bei Pflege der Versicherten Y und C verstoße gegen § 10 Abs. 7 des Vertrages nach [§ 132a SGB V](#), denn danach seien Behandlungspflegen nur von dreijährig ausgebildetem Krankenpflegepersonal zu erbringen. Zudem sei die Klägerin nicht berechtigt gewesen, vom Pflegedienst K erbrachte Leistungen abzurechnen; das verstoße gegen § 10 Abs. 12 und § 17 Abs. 2 des Vertrages. Ein Weisungsrecht der Klägerin habe gegenüber den bei K angestellten Pflegekräften nicht bestanden. Ein von der Klägerin behauptetes Personalleasing habe nicht vorgelegen. In dem auf unbestimmte Zeit abgeschlossenen Kooperationsvertrag liege vielmehr eine vertragswidrige Weitergabe des Pflegeauftrages. Der Rückforderungsanspruch sei auch nicht wegen § 14 Abs. 12 des Vertrages ausgeschlossen. Die dort enthaltene Obliegenheit, Rechnungen binnen sechs Monaten zu beanstanden, erfasse die geltend gemachte Rückforderung nicht, denn gemeint sei insoweit nur eine Prüfung der Schlüssigkeit der Rechnungslegung und der Einhaltung der Abrechnungsmodalitäten und -formalien. Der Fall der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen sei davon nicht erfasst. Eine eigenständige Regelung zur Verjährung von Erstattungsansprüchen der Krankenkasse enthalte der Vertrag nicht. Der aus Bereicherungsrecht resultierende Anspruch sei auch nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Versicherten der Beklagten tatsächlich in den Genuss pflegerischer Leistungen gekommen seien. Denn aufgrund der Verstöße gegen den Vertrag nach [§ 132a SGB V](#) seien die Leistungen nicht ordnungsgemäß erbracht worden.

Gegen das ihr am 12. Dezember 2013 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 7. Januar 2014 Berufung eingelegt. Zur Begründung ihrer Berufung vertieft sie ihr erstinstanzliches Vorbringen. Einen Rückforderungsanspruch der Beklagten aus dem Bereicherungsrecht abzuleiten gehe fehl, denn ein Fehlen des rechtlichen Grundes setze voraus, dass der Vertrag nach [§ 132a SGB V](#) insgesamt gegenstandslos sei. Davon könne nicht die Rede sein. Erwägenswert sei nur ein aus dem Vertragsrecht abzuleitender Schadensersatzanspruch, der aber einen kausal verursachten Schaden erfordere. An diesem mangle es. Im Hinblick auf die Kooperation mit dem Pflegedienst K fehle es auch an einer Pflichtverletzung, denn dessen Pflegekräfte seien für die Klägerin als Erfüllungsgehilfen tätig geworden und vollständig in ihren eigenen Betrieb integriert gewesen. Die von der Beklagten getroffene Maßnahme, die Rückforderung der gesamten Vergütung, sei unverhältnismäßig im Lichte von § 19 Abs. 3 des Vertrages, der vorrangig Verweis, Abmahnung oder Kündigung vorsehe. Es könne nicht angehen, dass der vertragliche Vergütungsanspruch vollständig entfalle, wenn nur vertragliche Nebenpflichten verletzt würden; bei § 10 Abs. 12 des Vertrages (Verbot des Einsatzes von Personen, die nicht der Weisungsbefugnis und fachlichen Verantwortung ihrer Pflegedienstleitung unterliegen) handele es sich um eine bloße Ordnungsvorschrift, die nicht der Sicherstellung der Ergebnisqualität diene. Die vom Sozialgericht vorgenommene einschränkende Auslegung von § 14 Abs. 12 des Vertrages schließlich finde keine Grundlage in dem Vertrag.

Am 10. November 2014 hat die Beklagte Anschlussberufung erhoben.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. November 2013 zu ändern, die Widerklage insgesamt abzuweisen sowie die Anschlussberufung zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts B vom 29. November 2013 zu ändern, die Klägerin zu verurteilen, an sie einen weiteren Betrag in Höhe von 6.569,00 Euro zzgl. Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf einen Betrag in Höhe von 99.351,00 Euro seit dem 19. Juni 2010, auf einen Betrag in Höhe von 4.018,50 Euro seit dem 1. September 2010 und auf einen Betrag in Höhe von 6.569,00 Euro seit dem 6. September 2011 zu zahlen, sowie die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Zu Unrecht habe das Sozialgericht die Erweiterung der Widerklage als unzulässig angesehen. Die Nichtberücksichtigung der erst mit Schreiben vom 28. November 2013 geltend gemachten Zinsforderung sei im Lichte von § 99 Abs. 3 Nr. 2 Sozialgerichts-gesetz (SGG) fehlerhaft. In Bezug auf die zusätzlich geltend gemachte Forde-rung von 6.569,00 Euro sei die Klageerweiterung sachdienlich, denn diese Forde-rung sei der Klägerin schon seit dem Jahr 2011 bekannt gewesen. Im Übrigen sei die erstinstanzliche Entscheidung zutreffend. Die Erbringung pflegerischer Leistungen durch nicht hinreichend qualifizierte Mitarbeiter bzw. durch Mitarbeiter eines anderen Unternehmens sei belegt. Die kurze Beanstandungsfrist könne vorliegend nicht greifen; insoweit gelte auch der Rechtsgedanke aus [§ 202 BGB](#), der regelt, dass die Verjährung bei Haftung wegen Vorsatzes nicht im Voraus durch Rechtsgeschäft erleichtert werden dürfe. Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin bleibt ohne Erfolg. Zu Recht hat das Sozialgericht sie zur Zahlung von 103.369,50 Euro an die Beklagte verurteilt (unten 1.). Erfolgreich ist zugleich die Anschlussberufung der Beklagten, die einen Anspruch auch auf Zahlung der mit der Klageerweiterung geltend gemachten Forderung hat (unten 2.).

1. Die Beklagte hat gegen die Klägerin einen Anspruch auf Zahlung von 103.369,50 Euro.

a) Die Anspruchsgrundlage für das von der Beklagten geltend gemachte Rückforderungsbegehren liegt im öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch. Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 31. Mai 2016, [B 1 KR 17/15 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 28; Urteil vom 20. April 2016, [B 3 KR 23/15 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 15; Urteil vom 24. Januar 2008, [B 3 KR 2/07 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 18; Urteil vom 22. Juli 2004, [B 3 KR 21/03 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 15).

Ein öffentliches-rechtliches Rechtsverhältnis liegt hier vor. [§ 69 Abs. 1 SGB V](#) definiert die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern als öffentlich-rechtlich (vgl. Engemann in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, Rdnr. 5 zu § 69), was sich insbesondere auch auf die Einordnung eines auf der Grundlage von [§ 132a Abs. 2 SGB V](#) angeschlossenen Vertrages zwischen einer Krankenkasse und einem Pflegeunternehmen erstreckt. Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gelten ähnliche Grund-sätze wie im Recht der ungerechtfertigten Bereicherung ([§§ 812ff. BGB](#)), dem der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch zumindest insoweit vergleichbar ist, als beide Ansprüche als Ausdruck eines althergebrachten Rechtsgrundsatzes dem Ausgleich einer rechtsgrundlosen Vermögensverschiebung dienen. Allerdings ist auch im Zivilrecht nicht ausdrücklich geregelt, wann eine Bereicherung ungerechtfertigt ist. Es lässt sich deshalb keine einheitliche Formel für das Vorliegen oder Fehlen eines die Vermögensverschiebung rechtfertigenden Grundes aufstellen. Allgemein anerkannt ist jedoch, dass Leistungen zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, grundsätzlich zurückgefordert werden können (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 22. Juli 2004, [B 3 KR 21/03 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 16; Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 18. Dezember 2009, [L 1 KR 89/06](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 35).

b) So liegt es hier. Die Klägerin besaß für die streitgegenständlichen Pflegeleistun-gen keinen Vergütungsanspruch, weil die Leistungen unter Verletzung wesentlicher zwischen den Beteiligten bestehender vertraglicher Regelungen erbracht wurden; die Beklagte unterlag daher keiner Verbindlichkeit, die insoweit von der Klägerin gestellten Rechnungen zu begleichen.

aa) Der Versicherte Y wurde im Zeitraum August 2007 bis Oktober 2007 von einem vermeintlichen Arzt gepflegt, der kein examinierter Krankenpfleger war. Hierfür rech-nete die Klägerin 1.282,50 Euro ab. Auch der Versicherte C wurde im Zeitraum Juli 2008 bis Juli 2009 von nicht examinierten Pflegefachkräften betreut. Hierfür rechnete die Klägerin gegenüber der Beklagten 2.736,00 Euro ab. Diese Sachverhalte sind unstreitig und im Einzelnen anhand der Akten nachvollziehbar.

Damit steht fest, dass die Klägerin insoweit Leistungen der Behandlungspflege durch Personal erbracht hat, welches nicht über die in § 10 Abs. 7 des Vertrages nach [§ 132a Abs. 2 SGB V](#) vorausgesetzte Qualifikation verfügte. Behandlungspflege durfte nur von dreijährig ausgebildetem Krankenpflegepersonal (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger) erbracht wer-den.

bb) Außerdem hat die Klägerin sich bei der Pflege des Versicherten Y von März bis August 2009 unter Verstoß gegen § 17 Abs. 2 des Vertrages eines Dritten bedient, nämlich des Pflegedienstes K. Der insoweit abgeschlossene "Kooperationsvertrag" diene zur Überzeugung des Senats ausschließlich der Weitergabe des der Klägerin von der Beklagten erteilten Pflegeauftrages an das Unternehmen K. Diese Weitergabe wurde zielgerichtet schon vor Beginn der pflegerischen Maßnahmen (1. März 2009) am 18. Februar 2009 vereinbart. Die Klägerin verpflichtete sich, die von der Beklagten erhaltene Vergütung vollständig an K weiterzureichen. Tätig geworden sind in der Folgezeit ausschließlich Mitarbeiter des Unternehmens K, und zwar im Rahmen von Dienstplänen, die von einer leitenden Pflegefachkraft dieses Unternehmens erstellt wurden. Die Pflegekräfte, die überdies teilweise nicht die erforderliche Qualifikation aufwiesen, waren arbeitsvertraglich an K gebunden. Danach ist schlechthin nichts dafür ersichtlich, dass ein von der Klägerin behauptetes "Personalleasing" oder eine andere (rechtlich zulässige) Beschäftigung unmittelbar für die Klägerin vorgelegen habe.

cc) Bei rechtzeitiger Kenntnis dieser Umstände hätte die Beklagte eine Vergütung der insoweit von der Klägerin gestellten Rechnungen in vollem Umfange ablehnen dürfen. Dies führt umgekehrt dazu, dass die erfolgte Vergütung als rechtsgrundlos anzusehen ist und der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch greift. Irgendeinen "Schaden" muss die Beklagte insoweit nicht nachweisen.

Die streitigen Leistungen wurden unter Verstoß gegen zentrale vertragliche Bestimmungen (und nicht nur gegen bloße "Ordnungsvorschriften") erbracht, die sämtlich der Qualitätssicherung dienen. Für das Erfordernis der fachlichen Qualifikation der Pflegekräfte liegt dies auf der Hand. Dasselbe gilt erst recht für die Weitergabe des Pflegeauftrages an einen Dritten: § 17 Abs. 2 des Vertrages bezweckt insoweit, dass die Krankenkasse stets die Kontrolle darüber hat, von welchem Unternehmen ihre Versicherten Behandlungspflege erhalten. Die vertragswidrige Weitergabe eines Pflegeauftrages an einen Dritten ohne vorheriges Einverständnis der Krankenkasse unterläuft deren berechtigtes Interesse, das Pflegeunternehmen einer Qualitätsprüfung zu unterziehen, bevor sie mit ihm vertragliche Bindungen eingeht. Mit der im vorliegenden Verfahren noch verteidigten Weitergabe des Pflegeauftrages an K hat die Klägerin sich außerhalb des Leistungssystems des Gesetzes gestellt und damit eine besonders schwere Vertragsverletzung begangen.

Die Beklagte wäre daher berechtigt gewesen, die Rechnungen vollständig unbeglichen zu lassen. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Vertragsarztrecht und zum Leistungsrecht der GKV haben Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, innerhalb dieses Systems die Funktion zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für diese Art der Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Das wird dadurch erreicht, dass dem Vertragsarzt oder dem sonstigen Leistungserbringer für Leistungen, die unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt werden, auch dann keine Vergütung zusteht, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht wurden und - wie gegebenenfalls hier - für den Versicherten geeignet und nützlich waren (vgl. nur Bundessozialgericht, Urteil vom 17. März 2005, [B 3 KR 2/05 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 32 m.w.N.). Denn die Bestimmungen des Leistungserbringungsrechts über die Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen der Leistungserbringung könnten ihre Steuerungsfunktion nicht erfüllen, wenn der Vertragsarzt oder der sonstige Leistungserbringer die rechtswidrig bewirkten Leistungen über einen Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung im Ergebnis dennoch vergütet bekäme. Der dem Grunde nach bestehende öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch der Beklagten erfasst damit den vollen Betrag der an die Klägerin rechtsgrundlos gezahlten Vergütung. Auf die Schwere der Verstöße gegen die vertraglichen Bestimmungen kommt es nicht an (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 20. April 2016, [B 3 KR 23/15 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 31 m.w.N.).

c) Auch § 14 Abs. 12 des Vertrages steht dem öffentlich rechtlichen Erstattungsanspruch nicht entgegen. Danach muss die Beklagte Rechnungsbeanstandungen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erheben. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat insoweit nach eigener Sachprüfung Bezug auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Es hat im erstinstanzlichen Urteil zutreffend herausgearbeitet, dass es vorliegend nicht um eine bloße "Rechnungsbeanstandung" im Sinne von § 14 Abs. 12 des Vertrages geht. In Frage stehen nicht Abrechnungsverfahren oder Abrechnungsmodalitäten, sondern die Einhaltung vertraglicher Bestimmungen bei der Leistungserbringung selbst. Es liegt auf der Hand, dass einer Umgehung zentraler Vertragsbestimmungen – wie hier – Tür und Tor geöffnet wäre, wenn der Krankenkasse nur sechs Monate nach Rechnungslegung Zeit bliebe, um die Ordnungsgemäßheit der Leistungserbringung zu überprüfen und gegebenenfalls einen Erstattungsanspruch geltend zu machen.

Sähe man dies anders und meinte, § 14 Abs. 12 des Vertrages erfasse auch den vorliegend streitigen Erstattungsanspruch der Beklagten, wäre die vertragliche Regelung nichtig. Denn sie liefe dann [§ 114 Abs. 2 SGB XI](#) zuwider und schränkte das Prüfrecht der Krankenkassen bzw. des MDK rechtswidrig ein. Nach [§ 114 Abs. 2 SGB XI](#) sind Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen (auch im Hinblick auf Behandlungspflege) bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal im Jahr und ab dem Jahre 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr zu veranlassen. Vorgesehen ist also in etwa ein Jahresrhythmus. Erfasste § 14 Abs. 12 des Vertrages auch Erstattungsansprüche wie den vorliegend streitigen, unterliefe dies die tatsächlichen Prüf- und Kontrollmöglichkeiten der Krankenkasse gegenüber der Qualität der Leistungserbringung.

Eine Regelung zur Verjährung möglicher Erstattungsansprüche fehlt im Übrigen in dem zwischen den Beteiligten abgeschlossenen Vertrag (anders als z.B. in dem vom Sozialgericht Potsdam entschiedenen Fall, Urteil vom 8. Februar 2008, [S 7 KR 40/07](#), zitiert nach juris). Daher bleibt es für die Verjährung des Erstattungsanspruchs bei der für alle Leistungserbringerkonstellationen geltenden Vierjahresregelung in [§ 45 Abs. 1](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) (vgl. dazu Bundessozialgericht, Urteil vom 21. April 2015, [B 1 KR 11/15 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 13).

2. Die Anschlussberufung der Beklagten hat Erfolg.

a) Zu Unrecht hat das Sozialgericht die durch den Schriftsatz der Beklagten vom 28. November 2013 vorgenommene Klageerweiterung um 6.569,00 Euro sowie die Zinsforderung als unzulässig angesehen. Auf eine Zustimmung der Klägerin oder Sachdienlichkeit kommt es insoweit nicht an, denn gegeben ist ein Fall von [§ 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#). Danach ist es als eine nicht den Beschränkungen aus [§ 99 Abs. 1 SGG](#) unterworfenen Änderung der Klage anzusehen, wenn der Klageantrag ohne Änderung des Klagegrunds in der Hauptsache oder in Bezug auf Nebenforderungen erweitert oder beschränkt wird. Ein solcher Fall liegt hier vor, denn zu den Forderungen von [§ 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#) gehört zunächst die Mehrforderung eines gleichartigen Gegenstandes (hier: höhere Erstattung erhaltener Vergütung für Pflegeleistungen auf Grundlage desselben Lebenssachverhalts) sowie insbesondere die Zinsforderung (vgl. Wehrhahn in Breitkreuz/Fichte, SGG, § 99 Rdnr. 11).

b) Ein Zahlungsanspruch der Beklagten besteht auch in Höhe weiterer 6.569,00 Euro. Auch insoweit ist belegt und von der Klägerin nicht weiter bestritten, dass der Versicherte Cimen im Zeitraum Januar 2008 bis Dezember 2009 (und nicht nur von Juli 2008 bis Juli 2009) von nicht hinreichend qualifizierten Mitarbeitern der Klägerin gepflegt wurde.

c) Der Anspruch der Beklagten auf Verzugszinsen beruht auf [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit [§§ 286, 288 BGB](#). Dem liegt zugrunde, dass bei Leistungsbeschaffungsbeziehungen von Krankenkassen nach [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) grundsätzlich Verzinsungsansprüche in entsprechender Anwendung zivilrechtlicher Vorschriften bestehen können, soweit nicht in dem einschlägigen nach öffentlichem Recht zu beurteilenden Vertrag über die Leistungserbringung – hier nach [§ 132a Abs. 2 SGB V](#) – etwas anderes geregelt ist (vgl.

Bundessozialgericht, Urteil vom 8. September 2009, [B 1 KR 8/09 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 14). Demnach gilt grundsätzlich - soweit nicht vertraglich abgeändert -, dass Geldforderungen aus Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern im Falle des Verzugs nach den allgemeinen Regeln zu verzinsen sind.

Die Voraussetzungen eines Verzugs der Klägerin zu den von der Beklagten angegebenen Daten liegen vor, da sie die erhobenen Forderungen nicht innerhalb der ihr für die Rückzahlung gesetzten, jeweils angemessenen Frist ausglich ([§ 286 Abs. 2 Nr. 1 BGB](#)). Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz ([§ 288 Abs. 1 Satz 2 BGB](#)). 3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) und 2 der Verwaltungsgerichtsordnung. Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor, [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2017-09-27