L 9 KR 105/15

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Chemnitz (FSS)
Aktenzeichen
S 15 KR 300/14
Datum
25.03.2015
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 9 KR 105/15
Datum
23.10.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Krankenversicherung
häusliche Krankenpflege
Rahmenvertrag
vertraglich vorausgesetzte Qualifikation
einer Pflegefachkraft mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Altenpfleger" oder "Altenpflegerin" ist eine Regelung mit Steuerungsfunktion - öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch
1. Sieht ein Rahmenvertrag nach § 132a SGB V vor, dass die häusliche Behandlungspflege nur durch Pflegefachkräfte mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Altenpfleger" oder "Altenpflegerin" ausgeführt werden darf, und wird gleichwohl die Leistung vertragswidrig durch Pflegepersonal ohne die erforderliche Erlaubnis erbracht, hat die Krankenkasse gegen den Leistungserbringer bei bereits gezahltem Entgelt einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch.
2. Die rechtliche Befugnis der Krankenkasse, die Zusammenarbeit mit dem Leistungserbringer von der Erfüllung bestimmter - auch formaler - Qualitätsstandards hinsichtlich der angestellten Pflegefachkräfte abhängig zu machen, leitet sich aus der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkasse ab, eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse in der fachlich gebotenen Qualität sicherzustellen.
3. Dem Leistungserbringer steht für die unter Verstoß gegen derartige vertragliche Regelungen bewirkten Leistungen weder ein Vergütungsanspruch noch ein Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung noch ein Aufwendungsersatzanspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag zu, selbst wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden und für den Versicherten geeignet und nützlich sind. Denn die Funktionsfähigkeit des Systems der Leistungserbringung würde in Frage gestellt, wenn Vorschriften nicht
eingehalten werden, die die Qualität der Leistungserbringung sichern und deren Überprüfung erleichtern sollen.
4. Bei den vertraglich festgeschriebenen formalen Qualifikationsanforderungen an die Pflegefachkräfte handelt es sich nicht um Regelungen mit bloßer Ordnungsfunktion, sondern um solche mit einer der Qualitätsgewährleistung dienenden Steuerungsfunktion. Mit der Erlaubniserteilung werden sowohl die fachliche Befähigung als auch die berufsrechtliche Würdigkeit und die gesundheitliche Eignung belegt. Außerdem wird den Anforderungen des Verwaltungsvollzugs Rechnung getragen, der nicht mit Prüfungs- und Ermittlungsaufgaben darüber belastet werden soll, ob im Einzelfall die fachliche und persönliche Eignung der Pflegefachkraft vorhanden ist.
I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 25. März 2015 wird zurückgewiesen. II. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. III. Der Streitwert wird auf 1.900,63 EUR festgesetzt. IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte die Erstattung der Vergütung in Höhe von insgesamt 1.900,63 EUR von der Klägerin als Betreiberin eines ambulanten privaten Alten und Krankenpflegedienstes für in der Zeit von August 2012 bis Dezember 2012 erbrachte Leistungen der Behandlungspflege fordern kann. Mit diesem Erstattungsanspruch rechnete die Beklagte gegen Vergütungsansprüche der Klägerin, die dieser unstreitig für erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege entstanden waren, auf.

Mit Wirkung zum 01.08.2009 trat der zwischen den Beteiligten für den hier streitigen Zeitraum maßgebliche Vertrag über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflege und Haushaltshilfe nach § 132 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und § 132a Abs. 2 SGB V (im Folgenden: Rahmenvertrag) in Kraft. Darin heißt es unter anderem: "§ 1 Gegenstand des Vertrages Dieser Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung mit Leistungen für a) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) gemäß § 37 Abs. 1 SGB V, b) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege) gemäß § 37 Abs. 2 SGB V, c). d). § 10

Behandlungspflege Behandlungspflegerische Leistungen des Pflegedienstes umfassen die Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die auf der Grundlage einer medizinischen Indikation im Rahmen eines individuellen Behandlungsplanes aufgrund einer ärztlichen Verordnung an Pflegedienste delegiert werden. Leistungen der Behandlungspflege müssen von Pflegefachkräften gemäß § 22 ausgeführt werden.

§ 16 Vertragsverstöße (1) Besteht der begründete Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus diesem Vertrag, ist der Leistungserbringer schriftlich anzuhören; §§ 24, 25 SGB X finden Anwendung. Er hat dieser Anhörung innerhalb einer Frist von 21 Tagen nach Zugang des Schreibens Folge zu leisten. Der Leistungserbringer ist berechtigt, seinen Verband beteiligen. (2) Lässt sich der Verdacht auf einen Vertragsverstoß nicht ausräumen, entscheidet der andere Vertragspartner über geeignete Maßnahmen. Diese sind insbesondere die Verwarnung, Abmahnung oder die Verhängung einer Vertragsstrafe in Geld. Bei den in Abs. 3 genannten Vertragsverstößen bedarf es nach der Anhörung vor einer Kündigung keiner Abmahnung. Eine Vertragsstrafe kann in angemessener Höhe verhängt werden. Weitergehende Ansprüche der Vertragspartner bleiben davon unberührt ...

(6) Wurden Leistungen vorsätzlich entgegen geltendem Recht bzw. diesem Vertrag erbracht oder Leistungen ohne entsprechende Gegenleistung mit der AOK ab- gerechnet, hat der Pflegedienst unabhängig von einer eventuellen Kündigung den entstandenen Schaden zu ersetzen.

§ 19 Fachliche Anforderungen (1) (2) Er gewährleistet, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur von dazu fachlich qualifiziertem Personal erbracht werden. Das Personal des Vertragspart- ners muss während der für den Pflegedienst geleisteten Arbeitszeit fachlich und disziplinarisch vollständig in die Organisation des Pflegedienstes eingebunden sein ... § 20 Verantwortliche Pflegefachkraft Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Gesundheits- und Kranken-pflegerin" oder "Gesundheits- und Krankenpfleger", "Krankenschwester" oder "Krankenpfleger , "Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin" oder "Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger", "Kinderkrankenschwester" oder "Kinderkrankenpfleger", "Altenpflegerin" oder "Altenpfleger" entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen bzw. einer landesrechtlichen Regelung in der jeweils gültigen Fassung besitzen und b) § 22 Pflegefachkräfte (1) Der Pflegedienst hat neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Vertretung ständig mindestens zwei weitere Pflegefachkräfte, welche die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen gemäß § 20 Buchstabe a besitzen, zu beschäftigen. (2) Bei Verhinderung der Pflegefachkräfte nach Abs. 1 ist entsprechendes Vertretungspersonal einzusetzen. (3)

§ 33 Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen (1) Wird von der AOK die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen, ist sie berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege durch den MDK oder einen durch die AOK benannten unabhängigen Sachverständigen überprüfen zu lassen. Für das Verfahren gelten die §§ 112 ff SGB XI. (2) Grundlage der Prüfung sind insbesondere ... - die Qualifikationsnachweise des Pflegepersonals ...

§ 40 Vergütung (1) Die Vergütung der erbrachten Leistungen richtet sich nach der mit der AOK abgeschlossenen Vergütungsvereinbarung (Anlage 2) ...

§ 43 Beanstandung, Verjährung (1) Beanstandungen müssen von der AOK innerhalb von zwölf Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Bei Vorliegen von Vertragsverstößen gemäß § 16 gilt diese Frist nicht. (2)

Mit Wirkung ab 01.07.2010 schlossen die Beteiligten die "Vereinbarung über die Vergütung häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflege und Haushaltshilfe" als Anlage 2 des Rahmenvertrages ab. Das darin beschriebene Vergütungssystem umfasst die Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V mit in sechs Leistungsgruppen (I bis VI) unterteilte Behandlungspflegen. Unter § 4 dieser Vereinbarung regelten die Beteiligten: "Für die Leistungserbringung und Abrechnung der Leistungen der Leistungsgruppe I gilt ab 01.07.2010 folgendes: Die Parteien sind sich darüber einig, dass der Pflegedienst für die Dauer der Geltung dieser Vergütungsvereinbarung abweichend von den Regelungen des dieser Vergütungsvereinbarung zu Grunde liegenden Vertrages über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132 und § 132 a Absatz 2 SGB V für die Leistungserbringung Behandlungspflege der Leistungsgruppe I neben Pflegefachkräften weitere geeignete Pflegekräfte einsetzen kann (Anlage 1)." Die Leistungsgruppen II bis VI sind nur durch eine Pflegefachkraft gemäß der Regelungen des Rahmenvertrages zu erbringen. Die Leistungsgruppe I beinhaltet Blutzuckermessung, Blutdruckmessung, Medikamentengabe als Richten von ärztlich vorordneten Medikamenten zur Selbsteinnahme und als Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten, subkutane Injektionen, Richten von Injektionen zur Selbstapplikation, Auflegen von Kälteträgern und An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen für ein Entgelt von 5,99 EUR pro Einsatz bzw. 7,49 EUR pro Einsatz bei Anleitung (gültig jeweils ab 01.07.2011). Die Leistungsgruppe II beinhaltet intramuskuläre Injektionen, Inhalation von ärztlich verordneten Medikamenten, Überprüfen, Versorgen von Drainagen, Flüssigkeitsbilanzierung, Versorgung eines suprapubischen Katheters, Versorgung bei perkutaner endoskopischer Gastrostomie mit einem Entgelt von 7,94 EUR pro Einsatz und 9,91 EUR pro Einsatz bei Anleitung. Die Leistungsgruppe III beinhaltet Absaugen der oberen Luftwege, Blasenspülung, Dekubitusbehandlung, dermatologisches Bad, Instillation als tropfenweises Einbringen ärztlich verordneter flüssiger Medikamente in Harnblase, Harnröhre oder Darm, Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung, Anlegen eines Kompressionsverbands, Stomabehandlung, Anlegen stützender und stabilisierender Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden und Wundversorgung, Verbandswechsel und Pflege des zentralen Venenkatheters, Inspektion der Punktionsstelle für ein Entgelt von 10,19 EUR pro Einsatz und 12,75 EUR pro Einsatz bei Anleitung. Die Leistungsgruppe IV beinhaltet Dekubitusbehandlung (Versorgung von mehr als zwei Dekubitalulzera, Verlaufsprotokoll erforderlich), Wechsel und Pflege einer Trachealkanüle und intermittierende transurethale Einmalkatheterisierung bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder myogener chronischer Restharnbildung für ein Entgelt von 10,87 EUR pro Einsatz bzw. 13,58 EUR pro Einsatz bei Anleitung. Die Leistungsgruppe V beinhaltet Bronchialtoilette, intravenöse Infusionen, Katheterisierung der Harnblase, Legen und Wechseln der Magensonde, Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes für ein Entgelt von 11,78 EUR pro Einsatz bzw. 14,72 EUR pro Einsatz bei Anleitung. Die Leistungsgruppe VI beinhaltet die spezielle Krankenbeobachtung, nämlich kontinuierliche Kontrolle und Dokumentation der Vitalzeichen und Körperzustände und alle in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen und sonstigen erforderlichen Maßnahmen für ein Entgelt per Einzelfallentscheidung.

Die Klägerin beschäftigte seit dem 31.08.2012 den Mitarbeiter Z ... und seit dem 17.09.2012 den Mitarbeiter Y ..., welche bereits im Zeitpunkt der Aufnahme der Beschäftigung die Ausbildung zum Altenpfleger erfolgreich absolviert hatten und von Beginn an Leistungen der Behandlungspflege erbrachten, ohne über die Erlaubnis zum Tragen der Berufsbezeichnung "Altenpfleger zu verfügen. Y ... stellte am

17.09.2012 und Z ... am 02.04.2013 beim Kommunalen Sozialverband Sachsen (KSV) den Erlaubnisantrag. Y ... wurde zum 17.12.2012 und Z ... zum 02.04.2013 die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung "Altenpfleger" erteilt. Mit Schreiben vom 28.05.2013, 10.06.2013 und 14.06.2013 forderte die Beklagte zur Überprüfung der vertragskonformen Leistungserbringung eine Mitarbeiterübersicht und eine Handzeichenliste an, welche die Klägerin mit Schreiben vom 10.06.2013 und 26.06.2013 übersandte. Unter dem 01.07.2013 und 01.10.2013 beanstandete die Beklagte Leistungen der häuslichen Krankenpflege in dem Zeitraum von August 2012 bis Dezember 2012. Da behandlungspflegerische Leistungen durch Pflegekräfte ausgeführt worden seien, welche über die Erlaubnis zum Tragen der Berufsbezeichnung "Altenpfleger" in diesem Zeitraum noch nicht verfügt hatten und damit die vertraglichen Voraussetzungen nicht erfüllt worden seien, beabsichtige sie, die zu Unrecht gezahlte Vergütung in Höhe von 2.006,73 EUR von der Klägerin zurück zu verlangen. In einem am 22.01.2014 geführten Gespräch erläuterte die Beklagte der Klägerin die Zusammensetzung des Rückforderungsbetrages unter konkreter Aufstellung und Benennung der Versicherten sowie die rechtlichen Grundlagen der Rückforderung. Mit Schreiben unter dem 04.02.2014 verringerte die Beklagte den Rückforderungsanspruch auf insgesamt 1.900,63 EUR. Bei X ... hätte die Erlaubniserteilung zum Führen der Berufsbezeichnung "Altenpflegerin" auf den Tag der Antragstellung datiert werden können, da an diesem Tag alle erforderlichen Unterlagen beim KSV vorgelegen hätten. Da sie nur über einen geringen Zeitraum vom 03.09.2012 bis 10.09.2012 Leistungen der häuslichen Krankenpflege ab Leistungsgruppe II ohne die erforderliche Erlaubnis geleistet habe, verzichte sie aus Kulanzgründen auf die Rückforderung des zu Unrecht gezahlten Betrages in Höhe von 106,10 EUR. Y ... sei erst seit dem 17.12.2012 im Besitz der Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Altenpfleger", da das polizeiliche Führungszeugnis erst zu diesem Zeitpunkt beim KSV eingegangen sei. Bei Z ... sei die Erlaubnis auf den 02.04.2013 datiert worden, da das Führungszeugnis erst an diesem Tag ausgestellt worden sei. Die Führung der Berufsbezeichnung "Altenpfleger" sei vorher nicht erlaubt gewesen. Die Klägerin habe sich aber gemäß §§ 10 i. V. m. 22 und 20 a des Rahmenvertrages verpflichtet, behandlungspflegerische Leistungen nur durch Pflegefachkräfte mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Altenpfleger" (u. a.) durchführen zu lassen. Der Rückforderungsanspruch beruhe auf § 69 Satz 3 SGB V i. V. m. § 812 Abs. 1 Satz 1, 1. Alternative Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Ein ambulanter Pflegedienst habe keinen vertraglichen Vergütungsanspruch, wenn die Behandlungspflege durch nicht geeignetes Personal durchgeführt werde, auch wenn die Leistungen ordnungsgemäß erbracht worden seien. Dies habe das Bundessozialgericht (BSG) in mehreren Urteilen, zuletzt mit Beschluss vom 17.05.2000 - B 3 KR 19/99 B -, entschieden. Auch das Sächsische Landessozialgericht habe in seinem Urteil vom 19.02.2010 - L 1 KR 89/06 - diese Auffassung vertreten. Unter dem 27.03.2014 kündigte die Beklagte gegenüber der Klägerin an, nunmehr ihren Rückforderungsanspruch von insgesamt 1.900,63 EUR gegen die laufenden Vergütungsansprüche der Klägerin aus der Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege aufzurechnen. Um die Liquidität nicht zu gefährden, verteile sie den Rückforderungsanspruch auf mehrere Abrechnungen (ca. 20 % bis 25 % der monatlichen Abrechnung). Mit Schreiben vom 19.05.2014 erklärte die Beklagte die Aufrechnung ihres Rückforderungsanspruches von 1.900,63 EUR gegen die mit Rechnung vom 02.05.2014 geltend gemachte Forderung der Klägerin in Höhe von 9.240,73 EUR.

Am 05.06.2014 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Chemnitz (SG) auf Zahlung der mit Rechnung vom 02.05.2014 geltend gemachten und noch nicht erfüllten Vergütung von insgesamt 1.900,63 EUR erhoben. Der Beklagten stünden keine Rückforderungsansprüche zu, mit der sie aufrechnen könne. Die von der Beklagten zur Begründung herangezogenen Entscheidungen passten nicht auf den vorliegenden Sachverhalt. Die betreffenden Pflegekräfte seien keine bloßen Hilfskräfte gewesen, sondern ausgebildete Altenpfleger. Lediglich die Erlaubniserteilung zum Führen der Berufsbezeichnung habe noch gefehlt. Die Verfahrensdauer bis zur Erlaubniserteilung durch den KSV könne ihr nicht angelastet werden. Es liege nur ein Vertragsverstoß vor. Die dagegen zu ergreifenden Maßnahmen seien in § 16 des Rahmenvertrages abschließend geregelt. Darin sei nur eine Vertragsstrafe, also eine Minderung des Vergütungsanspruchs vorgesehen. Dies sei auch verhältnismäßig, denn in qualitativer Hinsicht habe die Beklagte die vereinbarte Leistung durch examinierte Pflegekräfte erhalten. Die Pflegekräfte hätten bereits nach bestandener Abschlussprüfung alle im Altenpflegegesetz (AltPflG) erforderlichen Voraussetzungen für die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung erfüllt. Dabei handele es sich nur um eine Ordnungsvorschrift. Mit dem AltPflG solle den examinierten Altenpflegern nicht der Zugang zum Beruf verschlossen werden wie dies bei der Bundesrechtsanwaltsordnung (BRAO) der Fall sei. Auch sei in § 71 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nur von "ausgebildeten Pflegefachkräften" die Rede. Erst die Verträge mit den Kranken- und Pflegekassen würden den Besitz der Erlaubnisurkunde zur Vertragspflicht erheben, könnten den Altenpflegern damit aber nicht den Zugang zur beruflichen Tätigkeit versagen. Welches Mehr an Qualität durch die Berufsbezeichnung erreicht werden solle, was so bedeutsam sei, dass die erbrachten Leistungen als nicht erbracht gelten würden, sei nicht zu beschreiben, zumal Leistungen der Leistungsgruppe I durch Fachkräfte nach § 23 des Rahmenvertrages erbracht werden dürften. Das Gefährdungspotential sei in dieser Gruppe nicht geringer als in den anderen Leistungsgruppen. Beigelegt hat die Klägerin den Rahmenvertrag und die Vergütungsvereinbarung, die Korrespondenz mit der Beklagten, die Handzeichenliste und die Begründung für den Gesetzentwurf der Bunderegierung zum AltPflG (BT-Drucksache 14/1578).

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 25.03.2015 abgewiesen. Der Klägerin stünde kein Vergütungsanspruch zu, weil er durch die Aufrechnung der Beklagten mit deren Rückforderungsanspruch erloschen sei. Die Beklagte habe die bereits gezahlte Vergütung in Höhe von 1.900,63 EUR für die im Zeitraum vom August bis Dezember 2012 von den Mitarbeitern Wende und Trassat erbrachten Leistungen der Behandlungspflege aus öffentlich rechtlichem Erstattungsanspruch zurückfordern dürfen, dessen Voraussetzungen entsprechend den bereicherungsrechtlichen Vorschriften des Zivilrechtes (§§ 812 ff. Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]) vorlägen. Auf die Gründe der Entscheidung des Sächsischen Landessozialgerichts (LSG) vom 18.12.2009 - L 1 KR 89/06 - werde Bezug genommen. Die Mitarbeiter hätten nicht über die in §§ 10, 20 a und 22 des Rahmenvertrages vorausgesetzte Qualifikation verfügt. Diese setze nicht lediglich den Berufsabschluss, sondern auch die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung voraus. Diese hätten die Mitarbeiter erst mit Aushändigung der Urkunde erhalten. Die Regelungen des Altenpflegegesetzes übernähmen neben der Kodifizierung der Voraussetzungen für einen erfolgreichen Abschluss im Beruf die weitere Aufgabe sicherzustellen, dass neben der fachlichen Ausbildung in der Pflege auch die Zuverlässigkeit und Gesundheit des zukünftigen Berufsanwärters geprüft werden. Insoweit stelle die Forderung nach einer weiteren Qualifikation nicht lediglich ein formales Kriterium dar, sondern sei zusätzlich zu erfüllen. Alle Voraussetzungen hätten gleichermaßen unmittelbaren Einfluss auf die Qualität der Pflege. Ein Mitarbeiter, der die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis nicht erfülle oder Vorstrafen habe, erweise sich genauso ungeeignet wie ein fachlich unqualifizierter.

Gegen das ihr am 24.04.2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 13.05.2015 Berufung eingelegt. Die vertraglichen Voraussetzungen für ihre Vergütungsansprüche lägen vor. Die Qualität der behandlungspflegerischen Leistungen sei sichergestellt gewesen, da die Mitarbeiter Wende und Trassat ihre Ausbildung erfolgreich abgeschlossen und die Prüfung bestanden hätten. Die fachliche Eignung sei in § 2 Abs. 1 Nr. 1 AltPflG an erster Stelle und als bedeutendste Voraussetzung genannt. Die anderen Kriterien (gesundheitliche Geeignetheit, Zuverlässigkeit) seien völlig unbestimmt und würden von den zuständigen Behörden kaum geprüft. Außerdem hätten die Mitarbeiter auch

diese Voraussetzungen erfüllt. Schließlich sei ihnen die Erlaubnis später auch erteilt worden. Bei der Erteilung der Urkunde gehe es deshalb nur um einen formalen Akt. Diesbezügliche Versäumnisse ihrer Mitarbeiter müsse sich die Klägerin nicht zurechnen lassen. Zudem sehe § 22 Abs. 2 des Rahmenvertrages vor, dass die Leistungen auch durch "entsprechendes Vertretungspersonal" erbracht werden dürften. Examinierte Pflegekräfte seien entsprechendes Pflegepersonal im Sinne dieser Vorschrift, sonst hätte Abs. 2 neben Abs. 1 keinen eigenständigen Regelungsgehalt, sondern wäre völlig überflüssig. Außerdem sehe § 16 des Rahmenvertrages Sanktionen für den Fall von Vertragsverstößen vor. Der Wegfall des Vergütungsanspruchs bei Vorliegen eines Vertragsverstoßes sei jedenfalls keine angemessene Sanktion. Zumindest stünde ihr Wertersatz in Höhe der vertraglich vereinbarten Vergütungsansprüche gemäß § 818 Abs. 2 BGB zu. Bei einem Verstoß gegen Vorschriften, denen eine reine Ordnungsfunktion zukomme und nicht die Aufgabe, die Qualität der Leistungserbringung zu sichern, sei nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 18.12.2009 - L 1 KR 89/06 -) die Vorteilsausgleichung nicht zu versagen.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 25.03.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.900,63 EUR nebst acht Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die erstinstanzliche Entscheidung. Nach § 10 des Rahmenvertrages dürften Leistungen der Behandlungspflege nur von Pflegefachkräften gemäß § 22 in Verbindung mit § 20 a des Rahmenvertrages ausgeführt werden. Danach hätten Z ... und Y ... als Pflegefachkräfte die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Altenpfleger" besitzen müssen. Diese Erlaubnis hätten sie erst mit Erteilung der Urkunden erhalten. Jeder Ausbildungsabsolvent solle umgehend die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung beantragen und diese bei Erfüllen der Bedingungen auch erhalten. Mit dem KSV sei im Übrigen abgesprochen, dass die Erlaubnis, sofern alle Voraussetzungen erfüllt seien, zum Zeitpunkt der Antragstellung erteilt werde. Dies sei kein nur formeller Akt. Nach § 2 AltPflG sei neben der erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung die Vorlage eines polizeilichen Führungs- und eines Gesundheitszeugnisses erforderlich. Der Gesetzesbegründung zu § 1 AltPflG (BT-Drs. 14/1578 Seite 11f) zufolge habe die Berufsbezeichnung "Altenpfleger" unter besonderen staatlichen Schutz gestellt werden sollen, um die Qualitätsstandards der Pflegeleistungen sicherzustellen und eine einheitliche Basis für Versorgungsverträge innerhalb der Altenpflege zu schaffen. Durch die Verlagerung der Prüfung auf die zuständige Landesbehörde könnten nicht nur divergierende Auf-fassungen zwischen ihr und der Behörde vermieden werden, sondern auch unterschiedliche Entscheidungen der einzelnen Krankenkassen untereinander gegenüber den Pflegediensten. Abgesehen davon stünde ihr als Leistungserbringerin auch kein Rechtsanspruch zu, sich für die Prüfung der gesundheitlichen Eignung und Zuverlässigkeit der Pflegekräfte geeignete Unterlagen vorlegen zu lassen. In § 22 sei die Mindestanzahl der Pflegefachkräfte festgelegt, die ein Pflegedienst vorhalten müsse. Die Vertretungsregelung des § 22 Abs. 2 sei so zu verstehen, dass im Verhinderungsfall eine Pflegefachkraft, die die Voraussetzungen des § 20 a) erfülle, eingesetzt werden müsse. Nach Auffassung der Klägerin könnten komplizierte pflegerische Maßnahmen, wie z. B. das Legen einer Magensonde, von Laien erbracht werden, was dem gesetzlich verankerten Qualitätsgebot zuwiderliefe. § 16 des Rahmenvertrages solle dem Leistungserbringer nicht den Vergütungsanspruch für vertragswidrige Leistungen sichern. Dies ergebe sich bereits aus § 16 Abs. 2 Satz 5, wonach weitergehende Ansprüche von der Sanktion unberührt blieben. Sanktionen könnten unabhängig davon verhängt werden. Soweit die betreffenden Mitarbeiter Wende und Trassat Leistungen der Leistungsgruppe I zusammen mit denen der Leistungsgruppe II erledigt hätten, habe sie die Leistungen der Leistungsgruppe I vergütet und nur die Differenz zurückgefordert, da die Leistungen der Gruppe I auch von Pflegekräften ausgeführt werden dürften.

Die Beteiligten haben sich in Schriftsätzen vom 15.10.2018 mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt §§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogene Akten des SG und die Verwaltungs-akte der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der Beratung und Entscheidungs-findung waren.

Entscheidungsgründe:

Mit Einverständnis der Beteiligten konnte der Senat ohne mündliche Verhandlung in der Sache entscheiden (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG). Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Zu Recht hat das SG mit Urteil vom 25.03.2015 die Klage abgewiesen. Die Beklagte durfte die bereits gezahlte Vergütung von 1.900,63 EUR für in der Zeit von August 2012 bis Dezember 2012 erbrachte Leistungen der Behandlungspflege zurückfordern, weil die diese Leistungen erbringenden Mitarbeiter die vertraglich vereinbarte Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Altenpfleger" gemäß § 1 Altenpflegegesetz (AltPflG) nicht besaßen. Der Vergütungsanspruch der Klägerin ist infolge der von der Beklagten erfüllungshalber erklärten Aufrechnung mit dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch erloschen. Gegenstand der Klage ist eine isolierte Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz [SGG]) gerichtet auf Vergütung von Leistungen der Behandlungspflege (vgl. Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 18. Dezember 2009 – L 1 KR 89/06 –, Rn. 31, juris; BSG, Urteil vom 29.06.2017, B 3 KR 16/16 R, Rn.17, juris).

Die Beklagte war berechtigt, die Vergütung für Leistungen der Behandlungspflege durch Y ... und Z ... für die Zeit von August 2012 bis Dezember 2012 zurück-zufordern (1.) und mit dieser Forderung gegen ab Mai 2014 entstandene Forderungen der Klägerin rechtswirksam aufzurechnen (2.). 1. Rechtsgrundlage für den Rückforderungsanspruch der Beklagten ist der öffentlich-rechtliche 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. BSG, Urteil vom 01. August 1991 – 6 RKa 9/89 –, BSGE 69, 158-166, SozR 3-1300 § 113 Nr. 1, Rn. 17, juris). Ein öffentliches Rechtsverhältnis liegt hier vor. Mit der Neufassung des § 69 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) durch Art. 1 Nr. 26 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl I 2626) hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und der Leistungserbringer in Zukunft insgesamt nur noch nach öffentlichem Recht zu bewerten sein sollen. Trotz dieser Gesetzesänderung bleiben nach § 69 Satz 3 SGB V die Vorschriften des Zivilrechts aber gleichwohl weiterhin entsprechend anwendbar, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 SGB V und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem Vierten Kapitel SGB V vereinbar sind (vgl. BSG, Urteil vom 13. Mai 2004 – B 3 KR 2/03 R –, SozR 4-2500 § 132a Nr. 1, Rn. 13, juris).

Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gelten ähnliche Grundsätze wie im bürgerlichen Recht der ungerechtfertigten Bereicherung (§§ 812 ff Bürgerliches Gesetzbuch (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. BSG, Urteil vom 22. Juli 2004 – B 3 KR 21/03 R –, BSGE 93, 137-149, SozR 4-2500 § 137c Nr. 2, Rn. 16, juris). Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch und damit eine rechtswidrige Vermögensverschiebung in diesem Sinne besteht jedoch auch dann, wenn eine Leistung zwar evtl. nicht ohne rechtlichen Grund, jedoch entgegen einer besonderen gesetzlichen Regelung bzw. vertraglichen Vereinbarung erbracht wurde.

Die rechtliche Befugnis der Beklagten, die Zusammenarbeit mit der Klägerin von der Erfül-lung bestimmter Qualitätsstandards hinsichtlich der angestellten Pflegefachkräfte abhängig zu machen, leitet sich aus der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen ab, eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse in der fachlich gebotenen Qualität sicherzustellen (§§ 69 Abs. 1 Satz 3, 70 Abs. 1, 132 SGB V) (rechtsähnlich: BSG, Urteil vom 04. Mai 1994 – 6 RKa 40/93 –, BSGE 74, 154-159, SozR 3-2500 § 85 Nr. 6, SozR 3-1300 § 53 Nr. 2, Rn. 15, juris). Unerheblich ist dabei, dass es sich hier um eine vertragliche und nicht eine gesetzliche Regelung handelt. § 132a SGB V liefert für eine solche vertragliche Regelung eine ausreichende rechtliche Grundlage. Der Vertragsinhalt verstößt nicht gegen zwingende Normen der öffentlich-rechtlichen Rechtsordnung (vgl. § 58 Abs. 2 SGB X; BSG, Urteil vom 04. Mai 1994 – 6 RKa 40/93 –, BSGE 74, 154-159, SozR 3-2500 § 85 Nr. 6, SozR 3-1300 § 53 Nr. 2, Rn. 15, juris). Nach § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorga-nisationen auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abgeben. Dabei sind nach § 132a Abs. 1 Satz 4 SGB V insbe-sondere zu regeln: Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung (Nr. 1), Eignung der Leistungserbringer (Nr. 2), Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung (Nr. 3), Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus (Nr. 4), Grundsätze der Wirt-schaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung (Nr. 5) sowie Grund-sätze der Vergütungen und ihrer Strukturen (Nr. 6). Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen dann die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern (§ 132a Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die Frage, welche persönlichen und fachlichen Anforderungen die mit häuslicher Kran-kenpflege betrauten Pflegefachkräfte erfüllen müssen, sollen hiernach grundsätzlich Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände auf Bundesebene regeln. Dennoch ist ein Versorgungsvertrag, der eine Regelung über die Eignung und Qualifikation der Leistungs-erbringer trifft, nicht schon mangels gesetzlicher Grundlage rechtswidrig. Für die Rege-lungsgegenstände des § 132a Abs. 1 Satz 4 SGB V müssen solche Verträge zumindest solange geschlossen werden, wie es keine Rahmenempfehlungen auf Bundesebene gibt, was in dem hier streitigen Zeitraum der Fall war. Die Krankenkassen und die Pflegedienste benötigen konkrete Regelungen über die Grundsätze der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, um ihre tägliche Arbeit durchzuführen und Streitfälle nach Möglichkeit zu vermeiden; vom Gesetzgeber wird auch nur auf Rahmenempfehlungen auf Bundesebene verwiesen, die erlassen werden "sollen", also auch nicht innerhalb einer bestimmten Frist erlassen werden mussten. In dieser Situation sind die Parteien der Versorgungsverträge zur Lückenfüllung befugt. Eines förmlichen Gesetzes zur Wahrung des sog. Wesentlich-keitsprinzips bedurfte es nicht, vielmehr reichte es hier aus, dass der Gesetzgeber sich auf den unbestimmten Rechtsbegriff der "Eignung" der Leistungserbringer beschränkt hat (vgl. auch "durch geeignete Pflegekräfte" in § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V), weil damit jedenfalls die äußeren Grenzen des Spielraums der Vertragspartner abgesteckt sind und die Möglichkeit richterlicher Überprüfung der Einhaltung der Grenzen gegeben ist (vgl. Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 22. Juni 2017 – L 1 KR 39/15 –, Rn. 43, juris m. w. N.). Ein Vergütungsanspruch aus dem Rahmenvertrag steht der Klägerin für die von Y ... und Z ... in dem Zeitraum von August bis Dezember 2012 erbrachten Leistungen der Behandlungspflege nicht zu, da sie diesbezüglich die Vertragsbedingungen nicht erfüllten. Y ... war erst mit Wirkung ab dem 17.12.2012 erlaubt, die Berufsbezeichnung "Altenpfleger" zu führen und Z ... erst mit Wirkung ab dem 02.04.2013. Dies folgt bereits aus § 19 Abs. 2 des Rahmenvertrages. Danach gewährleistet die Klägerin, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur von dazu fachlich qualifiziertem Personal erbracht werden. Leistungen der Behandlungspflege gemäß § 10 Satz 2 des Rahmenvertrages (§ 37 Abs. 2 SGB V) müssen von Pflegefachkräften gemäß § 22 Abs. 1 des Rahmenvertrages ausgeführt werden, welche die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen gemäß § 20 a) des Rahmenvertrages (hier: "Altenpfleger") besitzen. Der Wortlaut dieser Regelungen ist klar, eindeutig und nicht auslegungsfähig: Die Behandlungspflege muss von einer Pflegefachkraft ausgeführt werden, die die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung besitzt. Sowohl nach seinem Wortlaut als auch nach seinem Sinn und Zweck lässt § 22 Abs. 2 des Rahmenvertrages auch keine andere Interpretation zu, als dass im Verhinderungs- bzw. Vertretungsfall entweder eine verant-wortliche Pflegefachkraft oder eine Pflegefachkraft einzusetzen ist, die die Voraussetzun-gen des § 20a) erfüllt. Sonst würde die Pflegefachkraft den in § 22 Abs. 1 aufgestellten Anforderungen nicht im Wortsinn "entsprechen". Diese wortlautgetreue Auslegung macht die Regelung des § 22 Abs. 2 nicht etwa obsolet. Durch die Regelung wird vielmehr klargestellt, dass auch im Vertretungsfall dieselben Qualitätsanforderungen wie im "Normalfall" zu gewährleisten sind, um keinen Raum für eine "Hintertür" zu lassen. Konsequenterweise haben die Vertragsbeteiligten dann auch ausdrücklich unter § 4 der Vergütungsvereinbarung die Ausnahmeregelung aufgenommen, dass Leistungen der Behandlungspflege der Leistungsgruppe I - abweichend von den Regelungen des Rahmenvertrages - auch von geeigneten Pflegekräften erbracht werden können, demgegenüber die Leistungen in den Leistungsgruppen II bis VI nur durch eine Pflegefachkraft gemäß der Regelungen des Rahmenvertrages erbracht werden dürfen.

Nach § 1 Satz 1 AltPflG dürfen die Berufsbezeichnung "Altenpflegerin" oder "Altenpfleger" nur Personen führen, denen die Erlaubnis dazu erteilt worden ist. Eine Öffnungsklausel, wonach es z. B. ausreichen soll, dass die Pflegefachkraft über eine abgeschlossene Berufsausbildung als Altenpflegerin verfüge und/oder schon den Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis bei der zuständigen Behörde gestellt habe, enthält § 20 a) des Rahmenvertrags gerade nicht. Der Sachverhalt unterscheidet sich insoweit auch von dem, welcher dem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 08.10.2015 – III ZR 893/15 (juris) – zugrunde liegt. Auf der Homepage des Pflegedienstes wurde mit einer "festangestellten examinierten Kinderkrankenpflegefachkraft" geworben, die als vereinbart galt. Nach Auffassung des BGH kann danach eine Zahlungspflicht nur bestehen, wenn das Anforderungsprofil einer "Kinderkrankenschwester mit staatlicher Anerkennung" erfüllt worden sei, da "zur Durchführung umfassender Krankenpflege ("große Behandlungspflege") regelmäßig nur staatlich anerkannte Krankenpfleger oder -schwestern, Kinderkrankenpfleger oder -schwestern sowie Altenpfleger in Betracht kommen" (vgl. BGH, Urteil vom 08. Oktober 2015 – III ZR 93/15 –, Rn. 18, m. w. N., juris).

Die Klägerin ist mit dem vor Erlaubniserteilung erfolgten Einsatz der Mitarbeiter Wende und Trassat ihrer vertraglich vereinbarten Gewährleistungspflicht, nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen, folglich nicht nachgekommen.

Die Klägerin kann die Vergütung der von diesen Pflegekräften erbrachten Leistungen auch nicht aus anderen rechtlichen Gesichtspunkten, etwa auf Grund entsprechender Anwendung der Vorschriften über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung oder Wertersatz (§§ 812 ff, 818 Abs. 2 BGB i. V. m. § 69 Satz 3 SGB V), beanspruchen. Dem steht entgegen, dass die Leistungen unter Verstoß gegen vertragliche Bestimmungen (§§ 19 Abs. 2, 10 Satz 2, 22 Abs. 1, 20 a) des Rahmenvertrages) erbracht worden sind. Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, haben innerhalb dieses Systems die Funktion zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für diese Art der Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht (vgl. BSG, Beschluss vom 17. Mai 2000 – B 3 KR 19/99 B –, Rn. 5, juris). Das wird dadurch erreicht, dass dem Leistungserbringer für Leistungen, die unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt werden, auch dann keine Vergütung zusteht, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden und für den Versicherten geeignet und nützlich sind (vgl. BSG, Urteil vom 4. Mai 1994 – 6 RKa 40/93 –, BSGE 74, 154-159, SozR 3-2500 § 85 Nr. 6, SozR 3-1300 § 53 Nr. 2, Rn. 18; BSG, Urteil vom 17. März 2005 – B 3 KR 2/05 R –, BSGE 94, 213-221, SozR 4-5570 § 30 Nr. 1, Rn. 32, alle juris). Denn die genannten Regelungen des Rahmenvertrages könnten ihre Steuerungsaufgabe nicht erfüllen, wenn die Klägerin als Leistungserbringerin die vertragswidrig bewirkten Leistungen über einen Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung oder einen Aufwendungsersatzanspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA) im Ergebnis dennoch vergütet bekäme (vgl. BSG, Beschluss v. 17.05.2000 – B 3 KR 19/99 B, Rn. 5 mwN, juris). Die Funktionsfähigkeit des Systems der Leistungserbringung würde in Frage gestellt, wenn Vorschriften nicht eingehalten werden, die die Qualität der Leistungserbringung sichern und deren Überprüfung erleichtern sollen (vgl. BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 – B 3 KR 15/06 R –, SozR 4-2500 § 39 Nr. 7, SozR 4-2500 § 39 Nr. 9, Rn. 17, juris). Diese Aussagen gelten nicht nur für den ärztlichen Bereich, sondern auch für alle sonstigen Leistungserbringer (vgl. Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 22. Juni 2017 – L 1 KR 39/15 –, Rn. 40, juris). Nur soweit bestimmte Vorschriften reine Ordnungsfunktion haben, besteht kein Grund, dem Leistungserbringer trotz der Entlastung der Krankenkasse eine Entschädigung zu versagen (vgl. BSG, Urteil vom 24. Januar 2008 – B 3 KR 17/07 R –, SozR 4-2500 § 109 Nr. 7, SozR 4-2500 § 108 Nr. 1, Rn. 29, juris). Eine solche bloße Ordnungsfunktion haben die §§ 19 Abs. 2, 10 Satz 2, 22 Abs. 1, 20 a) des Rahmenvertrages nicht. Vielmehr kommt ihnen eine wesentliche Steuerungsfunktion zu. Die Vorschriften sollen die Qualität der Leistungserbringung gewährleisten und deren Überprüfung erleichtern, insbesondere, ob die Qualifikation der Pflegefachkräfte nach den Regeln des Berufsrechts vorhanden ist. Gemäß § 2 Abs. 1 AltPflG (in der Fassung vom 02.12.2007) ist die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnungen "Altenpflegerin" oder "Altenpfleger" (nach § 1 AltPflG) auf Antrag zu erteilen, wenn die antragstellende Person 1. die durch dieses Gesetz vorgeschriebene Ausbildung abgeleistet und die jeweils vor-geschriebene Prüfung bestanden hat, 2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt, 3. nicht in ge-sundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und 4. über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt. Somit werden mit der Erlaubniserteilung sowohl die fachliche Befähigung als auch die berufsrechtliche Würdigkeit und die gesundheitliche Eignung belegt. Hierbei handelt es sich insgesamt um Voraussetzungen des öffentlich-rechtlichen Berufsrechts, die dazu dienen, alle Patienten vor fachlich und/oder persönlich ungeeigneten Altenpflegern zu schützen und möglichen sich daraus für die Gesundheit der Patienten und die finanziellen Mittel der Kostenträger ergebenden Gefahren vorzubeugen. Die Krankenkasse prüft dies nicht eigenständig, sondern knüpft an die Erlaubniserteilung als Ergebnis des Prüfungsvorgangs der zuständigen Landesbehörden an. Die Krankenkassen sind weder befugt, diese Qualifikation eines/r Altenpflegers/in erneut zu überprüfen noch die Erlaubniserteilung durch eine eigene berufsrechtliche Bewertung zu ersetzen (vgl. rechtsähnlich zur Approbation: BSG, Urteil vom 13. Dezember 2016 – B 1 KR 4/16 R –, Rn. 15 - 17, juris). Das im Rahmenvertrag vereinbarte Erfordernis eines formalen Qualifikationsnachweises trägt den Anforderungen des Verwaltungsvollzugs Rechnung, der nicht mit Prüfungs- und Ermittlungsaufgaben darüber belastet werden soll, ob im Einzelfall die fachliche und per-sönliche Eignung der Pflegefachkraft vorhanden ist (vgl. BSG, Urteil vom 21. November 2002 – B 3 KR 14/02 R –, BSGE 90, 150-157, SozR 3-2500 § 132a Nr. 4, SozR 3-2500 § 37 Nr. 4, Rn. 21, juris). Die Bedeutung nicht nur der fachlichen Eignung durch eine abgeschlossene Ausbildung, sondern auch der persönlichen Zuverlässigkeit und Gesundheit der Pflegefachkraft wird besonders deutlich, wenn die einzelnen Maßnahmen der Behandlungspflege in den Blick genommen werden (siehe Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 18. Dezember 2009 – L 1 KR 89/06 –, Rn. 51, juris), wie sie sich aus Anlage 2 des Rahmenvertrages "Vereinbarung über die Vergütung Häuslicher Krankenpflege, Häuslicher Pflege und Haushaltshilfe" ergeben. Die in den Leistungsgruppen II bis VI im Einzelnen aufgezählten Maßnahmen der Behandlungspflege machen deutlich, dass deren ordnungsgemäße Durchführung nicht nur besondere Fachkenntnisse voraussetzt, die nur von einer Pflege-fachkraft erwartet werden kann, sondern auch - durch den nahen Umgang mit dem Pati-enten - Gesundheit und persönliche Zuverlässigkeit (vgl. Schneider in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 132a SGB V, Rn. 15, juris). Die zum Teil lebenserhaltende Bedeutung ist evident. Wegen der dabei häufig – insbesondere bei der Pflege schwer kranker, älterer Personen – auftretenden gesundheitlichen Gefahren sind die Anforderun-gen eines Versorgungsvertrages für einen Pflegedienst, der sämtliche Bereiche der häus-lichen Krankenpflege nach den §§ 132 a Abs. 2 Satz 1, 37 SGB V einschließlich aller Auf-gaben der (großen) Behandlungspflege, abdecken will, hoch anzusetzen. Sie entsprechen den Anforderungen bei der professionellen Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) und können daher daran gemessen werden (vgl. BSG, Urteil vom 21. November 2002 – B 3 KR 14/02 R –, BSGE 90, 150-157, SozR 3-2500 § 132a Nr 4, SozR 3-2500 § 37 Nr. 4, Rn. 19, juris). Für die Leistungsgruppe I haben die Beteiligten ausdrücklich eine Ausnahmeregelung (§ 4 der Vergütungsvereinbarung) getroffen.

Als professionelle Anbieterin hat die Klägerin mit der Beklagten für den Bereich der Be-handlungspflege somit eine nach § 132 a Abs. 2 SGB V vertraglich zulässige konkretisie-rende Begriffsbestimmung der "geeigneten Pflegekräfte" im Sinne von § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V vorgenommen, zu deren Gewährleistung sie sich vertraglich verpflichtet hat (§ 19 Abs. 2 des Rahmenvertrages) und an der sie sich somit festhalten lassen muss.

Das in § 16 Abs. 2 des Rahmenvertrages vorgesehene Sanktionsregime steht dem öffent-lich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten nicht entgegen. Er wurde vertraglich nicht abbedungen (§ 16 Abs. 2 Satz 5 des Rahmenvertrages). § 43 Abs. 1 Satz 1 des Rahmenvertrages wirkt hier ebenfalls nicht anspruchsvernichtend. Danach muss die Be-klagte Beanstandungen innerhalb von zwölf Monaten nach Rechnungseingang erheben. Dies hat sie hier mit Schreiben vom 01.07.2013 getan. Abgesehen davon geht es vorliegend nicht um bloße "Beanstandungen" im Sinne von § 43 Abs. 1 Satz 1 des Vertrages. In Frage stehen nicht Abrechnungsverfahren oder Abrechnungsmodalitäten auf der Grundlage von Leistungsnachweisen, 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 zwölf Monate nach Rechnungslegung Zeit bliebe, um die Ordnungsgemäßheit der Leistungserbringung zu überprüfen und gegebenenfalls einen Erstattungsanspruch geltend zu machen. Dies 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 § 43 Abs. 1 Satz 1 des Vertrages auch Erstattungsansprüche wie den vorliegend streitigen, unterliefe dies die tatsächlichen Prüf- und Kontrollmöglichkeiten der Krankenkasse gegenüber der Qualität der Leistungserbringung (vgl. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 14. Dezember 2016 – L 9 KR 9/14 –, Rn. 62 - 63, juris).

2. Die Beklagte hat ihre Erstattungsansprüche rechtswirksam gegen die streitgegenständli-chen Vergütungsforderungen der Klägerin aufgerechnet, so dass diese als erloschen gelten (§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 389 BGB).

Rechtsgrundlage für die Aufrechnung ist § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 387 BGB. Schulden zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann. Die Aufrechnung erfolgt durch Erklärung gegenüber dem anderen Teil (§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 388 BGB). Die Aufrechnung bewirkt, dass die Forderungen, soweit sie sich decken, als in dem Zeitpunkt erloschen gelten, in welchem sie zur Aufrechnung geeignet einander gegenübergetreten sind (§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 389 BGB).

Gleichartigkeit und Gegenseitigkeit der Forderungen sind zu bejahen. Durch die mit Schreiben vom 19.05.2014 erfolgte Aufrechnungserklärung hat die Beklagte bewirkt, dass die Vergütungsforderung der Klägerin als erloschen gilt. Ein gesetzliches Aufrech-nungsverbot im Sinne von § 390 BGB greift nicht ein. Da der Erstattungsanspruch der Beklagten zum Zeitpunkt der Aufrechnung in Anlehnung an § 45 Erstes Buch Sozialge-setzbuch (SGB I) auch nicht verjährt war, findet auch § 215 BGB keine Anwendung. Rechnerische Fehler wurden nicht geltend gemacht und sind auch nicht ersichtlich.

II.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 Ver-waltungsgerichtsordnung (VwGO).

III.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 Teils 1 SGG i. V.m. § 63 Abs. 2 Satz 1, § 47 und § 52 Abs. 1 GKG. Für den Streitwert ist die Höhe der geltend gemachten Vergütungsforderung (1.900,63 EUR) maßgeblich, was zu der aus dem Tenor ersichtlichen Streitwertfestsetzung führt.

IV.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG), da sich die Entscheidung in die höchstrichterliche Rechtsprechung zum öffentlich-rechtlichen Erstat-tungsanspruch einreiht und hier keine rechtliche Frage von grundsätzlicher Bedeutung zu klären war.
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2018-11-15